

PRESENTACIÓN	9
1. INTRODUCCIÓN	14
1.1. PRINCIPIOS DE TRATAMIENTOS EFECTIVOS	14
1.2. DEFINICIONES E HISTORIA NATURAL	15
1.2.1. Historia natural del consumo de drogas	15
1.2.2. Esquema general de clasificación en el DSM IV-TR.	21
1.2.3. Proceso y recursos terapéuticos. Principios generales	30
1.2.4. Contextos de tratamiento	31
1.3. REFERENCIAS BIBIOGRÁFICAS	33
2. EPIDEMIOLOGÍA	34
2.1. ENCUESTAS DE POBLACIÓN	34
2.2. ADMISIONES A TRATAMIENTO	36
2.3. MUERTES Y URGENCIAS RELACIONADAS CON LAS DROGAS	37
2.4. DISPONIBILIDAD Y SUSTANCIAS INTERVENIDAS	38
2.5. REFERENCIAS BIBIOGRÁFICAS	39
3. TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS DEL ABUSO Y DEPENDENCIA DE OPIÁCEOS	42
3.1. INTOXICACIÓN Y DESINTOXICACIÓN DE OPIÁCEOS	42
3.1.1. Intoxicación por opiáceos	43
3.1.2. Abstinencia de opiáceos	43
A. <i>ESCALAS DE EVALUACIÓN</i>	43
A.1. OWS (Opiate Withdrawal Scale)	43
A.2. SOWS (Short Opiate Withdrawal Scale)	43
A.3. OWSOC (Opioid Withdrawal Syndrome Observation Chart-Wistar Center, 1993)	43
A.4. DFSS-14 (Detoxification Fear Survey Schedule)	43
B. <i>INDICACIONES PARA LA ELECCIÓN DEL CONTEXTO DEL TRATAMIENTO</i>	43
B.1. Unidades hospitalarias	44
B.2. Hospital de día	45
B.3. Centros residenciales	45
I. <i>Comunidades terapéuticas</i>	46
II. <i>Viviendas de apoyo al tratamiento</i>	46

B.4. Unidades ambulatorias	46
3.1.3. Tratamiento de la intoxicación por opiáceos	47
3.1.4. Tratamiento de la abstinencia de opiáceos	49
A. PAUTAS DE DESINTOXICACIÓN CLÁSICAS	49
A.1. Tratamiento con agonistas opiáceos	50
I. <i>Metadona</i>	50
II. <i>Dextropropoxifeno</i>	51
III. <i>Buprenorfina</i>	52
IV. <i>Codeína</i>	53
V. <i>Difenoxilato</i>	53
A.2. Tratamiento con agonistas α -2 adrenérgicos	53
I. <i>Clonidina</i>	54
II. <i>Lofexidina</i>	54
A.3. Otros	55
I. <i>Benzodiacepinas</i>	55
II. <i>Antipsicóticos</i>	55
III. <i>Antidepresivos</i>	55
IV. <i>Anticomiciales</i>	55
V. <i>Otros</i>	55
B. PAUTAS DE DESINTOXICACIÓN (ANTAGONIZACIÓN) RÁPIDAS Y ULTRARRÁPIDAS	56
B.1. Pautas de desintoxicación (antagonización) rápidas	56
B.2. Pautas de desintoxicación (antagonización) ultrarrápidas	58
C. CONCLUSIONES	59
3.1.5. Tratamientos de desintoxicación en situaciones especiales	60
A. EMBARAZO Y NEONATOS	60
A.1. Embarazo	60
A.2. Neonatos	61
3.1.6. Referencias Bibliográficas	62
3.2. PROGRAMAS DE TRATAMIENTO CON AGONISTAS OPIÁCEOS	63
3.2.1. Programa de mantenimiento con metadona. PMM	64
A. EFECTOS SECUNDARIOS	64
B. METODOLOGÍA Y ESTRATEGIAS	65
3.2.2. Otros opiáceos utilizados en los programas de mantenimiento	82
I. PAUTAS CLÍNICAS PARA EL USO DE BUPRENORFINA EN LA DEPENDENCIA A LA HEROÍNA	82
A. Farmacología clínica de la buprenorfina	82
B. Aspectos reguladores	83
C. Indicaciones y contraindicaciones	84
D. Pautas para los programas de mantenimiento con buprenorfina	85
E. Pautas de desintoxicación de heroína con buprenorfina	89
F. Reflexiones finales	90
II. <i>DIACETILMORFINA (HEROÍNA)</i>	91
3.3. PROGRAMAS DE TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS OPIÁCEOS	91
3.3.1. Naltrexona	91
A. OBJETIVOS GENERALES	91
B. FUNDAMENTO FARMACOLÓGICO Y CONDUCTUAL	91

C. EFECTOS SECUNDARIOS O INDESEABLES	92
D. CRITERIOS DE INDICACIÓN MÁS ACEPTADOS	92
E. METODOLOGÍA Y ESTRATEGIAS	94
F. EFECTIVIDAD	95
3.4. REFERENCIAS BIBIOGRÁFICAS	95
3.5. ANEXOS	99
I. Consentimiento informado de metadona	99
II. Interacciones farmacológicas de la metadona	100
III. Consentimiento informado para el tratamiento con naltrexona en: pacientes con síndrome de dependencia a opiáceos	102
IV. Tarjeta de naltrexona	103

4. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS 105

4.1. PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	105
4.1.1. Psicoterapia y Psicoterapias	105
4.1.2. La búsqueda de un punto de encuentro: el Modelo Transteórico del Cambio	107
4.1.3. La estructura del cambio	109
A. Los procesos de cambio	109
B. Los estadios del cambio	112
C. Los niveles del cambio	115
4.1.4. La dinámica del cambio	117
A. Las variables mediadoras del cambio	117
B. El balace decisional	117
C. Las expectativas de autoeficacia	119
D. Integración de las dimensiones y las variables propuestas por el . . . Modelo Transteórico	120
4.1.5. Referencias bibliográficas	122
4.2. LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL	124
4.2.1. La atmósfera del cambio	124
4.2.2. Las trampas de la comunicación	127
4.2.3. Estrategias de la entrevista motivacional	129
4.2.4. Eficacia de la entrevista motivacional	136
4.2.5. Referencias bibliograficas	138
4.3. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL	138
4.3.1. Enfoque Conductual	139
A. <i>CONDICIONAMIENTO CLÁSICO</i>	139
B. <i>CONDICIONAMIENTO OPERANTE</i>	140
4.3.2. Enfoque Cognitivo	141
4.3.3. Enfoque Cognitivo-Conductual	144
4.3.4. Referencias bibliográficas	151
4.4. TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA	152
4.4.1. Modelos teóricos terapéuticos	154
A. <i>ESCUELA DE MILÁN</i>	154
B. <i>ESCUELA ESTRUCTURAL</i>	154

C. ESCUELA ESTRATÉGICA	156
D. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN	159
E. MODELO DE TERAPIA BREVE	162
4.4.2. La drogodependencia desde el enfoque sistémico	164
A. MODELO HOMEOSTÁTICO	164
B. TIPOLOGÍA DE LAS DROGODEPENDENCIAS	170
C. PROPUESTA DE UN MODELO DE TRATAMIENTO FAMILIAR EN ADICCIONES	176
4.4.3. Referencias bibliográficas	181
4.5. INTERVENCIÓN GRUPAL	182
4.5.1. Tipos de terapia de grupo	182
4.5.2. Principios terapéuticos	183
A. COHESIÓN	184
B. PROPORCIONAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN	184
C. EVALUACION	184
D. AUTORREVELACIÓN	185
E. APRENDIZAJE POR MODELADO	185
F. RETROALIMENTACIÓN	185
G. PRINCIPIO DE REFORZAMIENTO	185
H. EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA PERSONAL	185
4.5.3. Ventajas de los grupos terapéuticos	186
4.5.4. Objetivos de un programa de intervención grupal	187
4.5.5. Áreas y programas de intervención grupal	187
A. ÁREAS DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	187
B. PROGRAMA DE HHSS PARA LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS INTERPERSONALES: “SÍNDROME DE PRISIONIZACIÓN”	188
C. ENTRENAMIENTO EN HHSS PARA LA RELACIÓN Y COMUNICACIÓN	188
D. BÚSQUEDA DE EMPLEO	188
E. CONTROL DE IMPULSOS Y AGRESIVIDAD	189
F. ENTRENAMIENTO ASERTIVO	189
G. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	189
H. AUTOCONTROL DEL ESTADO DE ÁNIMO	189
I. INFORMACIÓN Y FORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD Y CONSUMO DE DROGAS. SEXUALIDAD SATISFACTORIA	189
J. RELACIONES DE PAREJA	189
K. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RECAIDAS EN GRUPO	190
4.5.6. Referencias bibliográficas	190

5. INTERVENCIONES SOCIALES EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DE OPIÁCEOS 192

5.1. DIAGNÓSTICO SOCIAL	192
5.2. PROGRAMAS DE INCORPORACIÓN LABORAL	198
5.3. PROGRAMAS SOCIOEDUCATIVOS	200
5.4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	205

6. PRESENTACIONES ESPECIALES	206
6.1. PATOLOGÍA DUAL	206
6.1.1. Conceptos	206
6.1.2. Principales consecuencias	206
6.1.3. Recomendaciones terapéuticas generales	206
6.1.4. Protocolo de actuación conjunta entre equipos de salud mental de distrito y centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias	207
A. <i>MODELOS TERAPÉUTICOS</i>	207
B. <i>CRITERIOS GENERALES</i>	208
C. <i>TIPOLOGÍA DE TRASTORNOS Y CRITERIOS DE ATENCIÓN</i>	209
D. <i>CIRCUÍTO TERAPÉUTICO</i>	211
6.1.5. Relaciones entre el consumo de opiáceos y otros trastornos mentales	213
6.1.6. Particularidades clínicas y pautas de actuación	214
A. <i>TRATAMIENTO DE LA INTOXICACIÓN AGUDA POR OPIÁCEOS</i>	214
B. <i>TRASTORNOS PSICÓTICOS INDUCIDOS POR OPIÁCEOS</i>	214
C. <i>TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO INDUCIDOS POR OPIÁCEOS</i>	215
D. <i>DISFUNCIONES SEXUALES DURANTE LA INTOXICACIÓN</i>	215
E. <i>TRASTORNOS DEL SUEÑO DURANTE LA ABSTINENCIA Y LA INTOXICACIÓN</i>	216
F. <i>COMORBILIDAD CON TRASTORNOS PSICÓTICOS/ESQUIZOFRENIA</i>	217
G. <i>COMORBILIDAD CON TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO</i>	218
H. <i>COMORBILIDAD CON TRASTORNO POR ANSIEDAD</i>	219
I. <i>COMORBILIDAD CON TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD</i>	220
J. <i>COMORBILIDAD Y OTROS TRASTORNOS MENTALES</i>	222
6.2. POLICONSUMIDORES	222
6.3. TRATAMIENTO CON MENORES	224
6.4. PROGRAMA EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS	226
6.5. ESTRATEGIAS DE DISMINUCIÓN DEL DAÑO	230
6.6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	231

7. CLASIFICACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS SEGÚN SU EFICACIA	232
---	------------

PRESENTACIÓN:

En los últimos veinticinco años, se han producido grandes cambios en la prestación de servicios a los problemas derivados del consumo de drogas y sobre todo a los derivados del consumo de heroína.

Han surgido múltiples herramientas diagnósticas y estrategias terapéuticas aparentemente eficaces y se hace cada día más necesario que la toma de decisiones se haga desde el análisis de la mejor evidencia científica disponible. Se ha asistido a un aumento muy significativo de tratamientos farmacológicos, psicológicos y sociales y se ha incrementado la accesibilidad de las personas con problemas derivados del consumo de opiáceos a los diversos servicios.

La naturaleza tan específica de las conductas adictivas, ha condicionado el desarrollo de una nueva disciplina científica, que redundo en una mayor profesionalidad, calidad asistencial y por tanto una mejora en la calidad de vida de los pacientes.

Las estrategias de intervención en el campo de las conductas adictivas, surgieron de las incertidumbres, la escasez de recursos, la gran variabilidad de intervenciones y el afán autoformativo de un pequeño colectivo de profesionales, consolidando un modelo de tratamiento donde lo prominente era la observación y el juicio clínico, frente al conocimiento surgido del método científico. El desarrollo de éste y la experiencia clínica acumulada, establecieron una nueva fase, basada sobre todo en la elaboración de buenos protocolos de actuación, que con el tiempo van resultando poco útiles, dejando paso a la elaboración y puesta en marcha de las “Guías de Práctica Clínica” que recogen los resultados de las evaluaciones de eficacia, efectividad y eficiencia de los diversos tratamientos disponibles.

Las guías de práctica clínica, deben ser un conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, con el objetivo de guiar a los profesionales y a los enfermos en el proceso de toma de decisiones sobre qué intervenciones son más adecuadas en el abordaje de una condición clínica específica en circunstancias sanitarias concretas. No se pretende que los clínicos sean gobernados por las guías, si no que éstas proporcionen las bases para la toma de decisiones e intervenciones.

El derecho de los pacientes a una información cada día más válida y fiable y la reivindicación de los profesionales de una mayor y mejor formación y por tanto de una especialización de su actividad clínica, justifican el desarrollo de las guías clínicas. El incremento de la competencia profesional, a través del acercamiento científico, con la búsqueda de los mejores estándares de intervención y procedimientos suficientemente contrastados, repercutirá positivamente en una mejor especialización y perspectivas profesionales.

El objetivo de la presente guía es:

“Proporcionar un conjunto de recomendaciones, surgidas de la revisión de la mejor evidencia científica disponible, para guiar a los profesionales y los pacientes con problemas derivados del consumo de opiáceos, en el proceso de toma de decisiones sobre qué tratamientos son más adecuados para el abordaje de los problemas derivados del consumo de opiáceos, desde los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias de Andalucía”.

Para la elaboración de la presente guía se han tenido en cuenta los siguientes aspectos:

- Los problemas derivados del consumo de opiáceos, presentan una frecuencia y gravedad elevadas como queda recogido en el capítulo 2. Con un gran impacto sobre la morbimortalidad individual y comunitaria.
- Las condiciones clínicas, objeto de la guía, son las definidas en el DSM-IV-TR y vienen recogidas en el capítulo 1. · No se acotan ni por edad, sexo u otras variables sociodemográficas, prestando atención sobre todo a los aspectos diagnósticos y terapéuticos.
- Existe una importante variabilidad en la práctica clínica, que genera un alto nivel de incertidumbre en la toma de decisiones.
- La aplicación de las recomendaciones terapéuticas de la guía revertirá positivamente en la disminución de los impactos de los problemas derivados del consumo de opiáceos. Se espera que constituya la referencia más utilizada en la toma de decisiones clínicas.
- Alto consumo de recursos públicos y privados. Se ha buscado la aplicabilidad con los recursos disponibles que existen en la actualidad en Andalucía.
- Disponibilidad de evidencia científica.
- El equipo de elaboración (multidisciplinar) ha estado compuesto por trabajadores sociales, médicos y psicólogos de reconocida credibilidad, de la Red Pública de Atención a las Drogodependencias de Andalucía, sin conflictos de intereses derivados de incentivos econó-

micos o profesionales, ostentando representación por grupos profesionales y por localidad o puesto de trabajo.

- Las decisiones y áreas de investigación se tomaron desde las reuniones del equipo, el conocimiento de la historia natural (ver capítulo 1) y las diferentes estrategias de intervención. Consensuándose el índice general de la obra y sus contenidos.

- En la elaboración de las recomendaciones, la guía se ha centrado en los aspectos de eficacia (evidencia en condiciones experimentales) y efectividad (evidencia en condiciones cercanas a la realidad clínica), no se han tenido en cuenta los aspectos relacionados con los costes.

- La búsqueda de la integración de los aspectos médicos, psicológicos y sociales, ha supuesto un acercamiento a metodologías diferentes para evaluar la evidencia. En los aspectos médicos se ha respetado estrictamente el modelo de revisión sistemática de ensayos clínicos. En el campo de la psicología, donde era disponible el modelo de evidencia, se ha elegido, pero en otros aspectos se han debido consultar los protocolos y opiniones de expertos. Para el campo de lo social, la búsqueda de evidencias con modelos científicos ha resultado casi imposible, por tanto las recomendaciones están basadas en análisis de memorias de resultados. Aunque se ha tratado de respetar el modelo médico de guía, se han integrado otros modelos en aras de garantizar el punto de vista multidimensional y biopsicosocial para el abordaje de los problemas derivados del consumo de opiáceos.

- Aunque se recogen los aspectos específicos de cada estrategia de intervención, la investigación empírica muestra que tanto la relación terapéutica como el método de tratamiento, realizan aportaciones consistentes con los resultados.

- A la hora de presentar las diversas recomendaciones, siempre se ha optado por aquellas en las que prevalece la aportación clínica sobre la investigadora.

- La revisión sistemática de la bibliografía científica y su evaluación crítica se efectuó desde la propuesta de estrategia de búsqueda eficiente de guías clínicas ya existentes (**www.orlevidencia.org**) que necesariamente incluyó las búsquedas en:

- Tirpdatabase (Turning Research Into Practice).
- National Guideline Clearinghouse.
- NeLH Guidelines Zinder.
- CMA Infobase – Clinical Practice Guidelines.
- SING (Scottish Intercollegiate Guidelines Network).
- NICE.
- Health Services Technology Assessment (USA).
- New Zealand Guidelines Group.
- Embase.
- Pubmed.
- The Cochrane Library.
- Agencias de evaluación de tecnologías sanitarias (AETS).
- Psycinfo.

Igualmente se revisaron las bases de datos más específicas del campo de la psicología y lo social, así como catálogos de servicios, libros y manuales de contrastada validez (ver anexo)

- El nivel y fuerza de la evidencia, se presenta en el cuadro final, agrupándose en:
 - Tipo 1: Evidencia de buena calidad. Tratamiento bien establecido.
 - Tipo 2: Evidencia de calidad moderada. Tratamiento probablemente eficaz
 - Tipo 3: Evidencia de baja calidad: Tratamiento en fase experimental o escasamente evaluados.
- Este documento está abierto a futuras revisiones y recomendaciones .

ANEXO: LIBROS, MANUALES, CATÁLOGOS Y GUÍAS CLÍNICAS DE OPIÁCEOS O DROGAS

- A guide to treatments that work. New York: Oxford University Press. 2002.
- Actuaciones clínicas en trastornos adictivos. Aula Médica.2002.
- Antagonistas opiáceos en las dependencias. Clínica de naltrexona. Psiquiatría 21.Enriqueta Ochoa Mangado. Ars Médica 2001.
- Catálogo de servicios asistenciales de los centros de Tratamiento Ambulatorio de Andalucía. Comisionado para las Drogodependencias. Consejería de Asuntos Sociales. 2003
- Consenso de la SEP sobre Patología Dual. Ars Médica. 2004.
- Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras adicciones. Bristol-Myers Squibb y Sociedad Española de Psiquiatría.2003.
- Detection of drugs of Abuse in urine: Methadone Maintenance Program. Guidelines and Protocols. British Columbia Medical Association. 2001
- Drug Misuse and Dependence-Guidelines on Clinical Management. Department Of Health Scottish Office. Department of Health. Welsh Office. Department of Health and social services. Northern Ireland. 1999.
- Effective medical treatment of opiate addiction. National Institutes of Health (NIH).Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addition.1997 Nov.41 pages.
- Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Ediciones Pirámide 2003.
- Guía clínica de los trastornos adictivos. Mosby/Doyma Libros.1994.
- Guía clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias. Alcohol, cocaína, opiáceos. Aprobada por la American Psychiatric Association Ars Médica. 2001.
- Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: Hacia una nueva psicología clínica. Madrid. Dykinson 2000.
- Instrumentos de Evaluación en Drogodependencias. Aula Médica ediciones.2002.
- Manual de evaluación y tratamiento de Drogodependencias. Psiquiatría Editores, S.L. 2003.
- Manual de Metadona. Annette Verster y Ernst Buning.
<http://www.q4q.nl/methwork/guidelines/guidelinesspa/guidelinesspa.htm>
- Manual de tratamiento con Metadona Mark W. Parrino.Ediciones IGIA.1997.
- Measuring and improving cost, cost-effectiveness, and cost-benefit for substance abuse treatment programs. National Institute on Drug Abuse. Washington: U.S. Department of Health and Human Services. 1999.
- Metadona Heroína y otros opioides. Manual para un tratamiento ambulatorio de mantenimiento con opioides. Ediciones Diaz de Santos, S.A. 2000.
- Methadone Maintenance Guidelines. The College of Physicians and Surgeons of Ontario. 2001.
- National Clinical Guidelines and procedures for the use of Buprenorphine in the treatment of Heroin Dependence. National Drug Strategy. Commonwealth of Australia. 2001.
- Opiate dependence. Prodigy Guidance. National electronic Library for Health 2002.
- Opioid Substitution Treatment. New Zealand Practice Guidelines. 2003.
- Perinatal opioid use, care of the mother. British Columbia Reproductive Care Program. Canada. 1999
- Principles of drug addiction treatment. National Institute on Drug Abuse. Washington: U.S. Department of Health and Human Services. 1999.
- Programa de tratamiento con Metadona, manual clínico. Consejería de Asuntos Sociales. Comisionado para la

Droga. Junta de Andalucía.2000.

- Protocolo de actuación conjunta entre equipos de salud mental de distrito y centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias. Consejería de Asuntos Sociales. Consejería de Salud. 2002.
- Recomendaciones terapéuticas en Patología Dual. Ars Médica. 2002.
- Report of the Council on Scientific Affairs: methadone maintenance and needle-exchange to reduce the medical and public health consequences of drug abuse. Yoast R., Wiliamns MA, Deitchman SD., Chanpion HC.. J. Addict Dis. 2001;20 (2):15-40.
- Substance Abuse Treatment and domestic Violence. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 25.U.S. Department of Health and Human Services.1997.
- Tratamiento de trastornos mentales. Una guía de tratamientos que funcionan. Madrid. Alianza Ensayo 2002.
- Utilisation de la méthadone dans le traitement de la Toxicomanie aux opiacés. Collège de Médecins du Québec. Octobre 1999.
- VHA/DoD clinical practice guideline for the management of substance use disorders. Washington (DC). Veterans Health Administration, department of Defense. 2001.
- What works for whom? A critical review of psychotherapy research. New York: Guilford Press. 1996.
- 108. Effective Medical Treatment of Opiate Addiction. NIH Consens Statement. 1997 Nov 17-19; 15(6):1-38.

**Autores: Manuel Martínez Delgado
María Fdz.-Repeto Guilloto
E-mail: jmmartinez@dipucadiz.es**

1. INTRODUCCIÓN

■ 1.1. PRINCIPIOS DE TRATAMIENTOS EFECTIVOS

El NIDA en 1999 a través de su publicación “Principles of Drug Addiction Treatment. A research-based guide” (Principios de Tratamientos para la Drogadicción: Una Guía basada en investigaciones), propone los siguientes principios efectivos:

1. No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas.
2. El tratamiento debe estar fácilmente disponible en todo momento.
3. El tratamiento efectivo debe abarcar las múltiples necesidades de la persona, no solamente el consumo de drogas.
4. El plan de tratamiento del paciente debe ser continuamente evaluado y, de ser el caso, modificado para asegurar que el plan se mantenga a la par con los cambios en las necesidades de la persona.
5. Para que el tratamiento sea efectivo, es esencial que el paciente lo continúe durante un período de tiempo adecuado.
6. La terapia individual y/o de grupo y otros tipos de terapia de comportamiento constituyen componentes críticos del tratamiento efectivo para la adicción.
7. Para muchos pacientes, los medicamentos (metadona, naltrexona, parches o chicles de nicotina,...) forman un elemento importante del tratamiento, especialmente cuando se combinan con los diferentes tipos de terapia.
8. En el caso de individuos con problemas de adicción o abuso de drogas que al mismo tiempo tienen trastornos mentales, se debe tratar los dos problemas de una manera integrada.
9. La desintoxicación médica es solamente la primera etapa del tratamiento para la adicción y por sí misma hace poco para cambiar el consumo de drogas a largo plazo.
10. El tratamiento para que sea efectivo, no tiene por que ser voluntario.
11. El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser constantemente supervisado.
12. Los programas de tratamiento deben incluir pruebas para el VIH/SIDA, la hepatitis B y C, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, conjuntamente con la terapia necesaria para ayudar a los pacientes a modificar o cambiar aquellos comportamientos que les ponen a ellos o a otros en riesgo de ser infectados.
13. La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo y frecuentemente requiere múltiples rondas/reinicios de tratamientos.

■ 1.2 DEFINICIONES E HISTORIA NATURAL

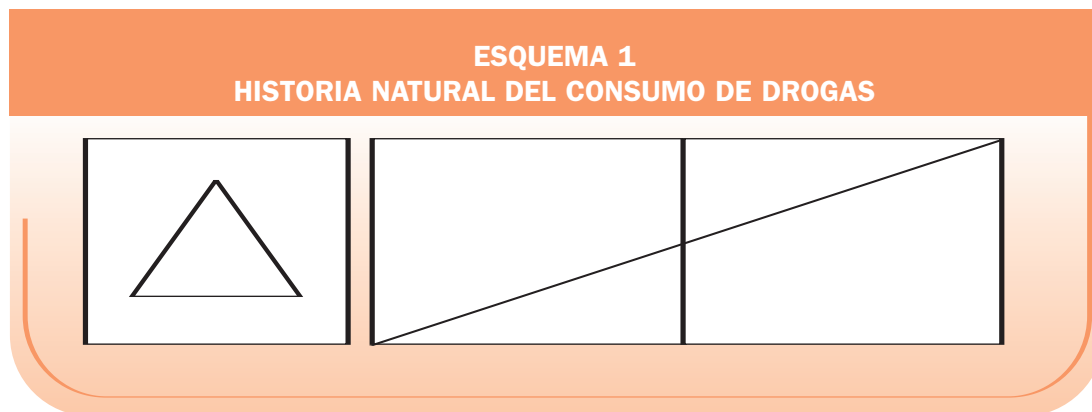
1.2.1. HISTORIA NATURAL DEL CONSUMO DE DROGAS

Desde una óptica de tipo comunitario, los problemas derivados del consumo de drogas son entendidos como “Enfermedad” según la perspectiva ecológica del concepto de enfermedad que sostiene que :

“Cualquier enfermedad en el hombre es el resultado de un proceso dinámico en donde diferentes elementos ambientales y características propias del hombre, entran en interacción y concluyen con la ruptura de un equilibrio llamado Salud”.(Leavell & Clark)

Dicho proceso tiene su origen antes y durante la vida del ser humano, por tanto la enfermedad, y en nuestro caso los problemas derivados del uso de drogas, responden al fenómeno de adaptación ecológica del organismo humano y a las condiciones sociales y económicas que faciliten (factores de protección) o dificulten (factores de riesgo) el proceso adaptativo.

Este proceso dinámico que es el resultante de las múltiples interacciones que se generan entre el ser humano, el medio ambiente y las sustancias, concluyendo, a veces, con manifestaciones clínicas, incapacidades y muerte, es lo que se conoce como la “*Historia Natural Del Consumo De Drogas*”. Historia que, como concepto teórico-práctico, trae dos grandes aportaciones: la idea ecológica en cuanto al origen multifactorial del consumo de drogas y su mantenimiento y por tanto la necesidad de la corresponsabilidad y la multidisciplinariedad en las actuaciones, y la concepción dinámica que nos sitúa ante la perspectiva de una actuación precoz, mediada y programada.



P. PRECLÍNICO

P. DE LATENCIA

P. CLÍNICO

A. PERÍODO PRECLÍNICO

En esta etapa de la historia natural aún no se ha producido el consumo de drogas como tal, pero el individuo como ente social y generalmente en su fase infantil, de adolescente y joven, va

formando su propia historia al interrelacionarse con el medio ambiente y el alcohol u otras drogas y actitudes presentes en él. Podemos ver, por tanto, que existen tres elementos básicos interactuando (triángulo) en el período preclínico:

INDIVIDUO:

Los diferentes aspectos que constituyen la personalidad del individuo con sus rasgos biológicos y hereditarios y sus matices psicosociales (ignorancia, curiosidad, soledad, inconformismo, evasividad, desesperanza, hedonismo,...), psicológicos (angustia, labilidad afectiva, inmadurez, inseguridad,...) y psicopatológicos, pueden favorecer la demanda de drogas.

MEDIO AMBIENTE: (Conjunto de condiciones e influencias externas favorecedoras del consumo de drogas)

El actual ambiente social, con factores como: la crisis sociofamiliar, los sistemas facilitadores del consumo (paro, marginación, moda, desilusión, sobrepoblación, aislamientos, crisis de valores,...) y elementos propios de la sociedad mercantilista, favorecedores del aumento de la oferta de drogas o presencia excesiva de ellas en la comunidad (sobreproducción, paso del rito a la industrialización, numerosos puntos de venta, transporte fácil, rápido y económico, gran movilidad geográfica de las personas, publicidad y otros métodos de promoción y carácter altamente lucrativo de la venta) hacen que el consumo de drogas se vea excesivamente favorecido, facilitando, por lo tanto, la posibilidad de la dependencia y de otro tipo de repercusiones en el individuo, familia y comunidad.

DROGAS:

Toda sustancia que introducida en un organismo vivo puede modificar una o más funciones de éste (Kramer J.F, Camerón D.C. 1975). Además nos parece oportuno recoger la definición que aparece en la “Ley de Prevención y Asistencia en materia de drogas. Ley 4/1997 de la Junta de Andalucía”: Sustancias naturales o de síntesis, cuyo consumo pueda generar adicción o dependencia, o cambios en la conducta, o alejamiento de la percepción de la realidad, o disminución de la capacidad volitiva, así como efectos perjudiciales para la salud, por representar un marco legal.

La capacidad de las drogas de inducir un estado psicológicamente vivido como placentero (“psicoactividad”), es lo que hace inicialmente que el individuo desee repetir la experiencia del consumo. Entre estos estados buscados y vividos placenteramente cabe destacar: la eliminación de sensaciones dolorosas, la euforia y los cambios en la percepción de la realidad. Igualmente, también cobra su importancia los condicionantes sociales tales como: la entrada en un grupo, el estatus social adquirido por el consumo, rito de iniciación, signo de adultez, etc.

La repetición en el consumo de las sustancias genera la aparición de unos efectos denominados “de estado”, donde convergen de forma importante aspectos psicosociales y neurofisiológicos. Entre estos efectos de estado destacan la “tolerancia y la dependencia”.

El proceso de consumo/ no consumo de las diferentes drogas, depende de las características de estos tres elementos que agrupan una multitud de factores cuya presencia o ausencia incrementan la posibilidad de desarrollar el consumo de drogas (factores de riesgo) y constituyen los elementos básicos del origen del consumo de drogas.

B. PERÍODO CLÍNICO

Si los factores anteriores coinciden en un individuo susceptible y en un momento determinado, se rompe el equilibrio ecológico anterior (no consumo) y aparece el consumo de drogas, comenzando así el periodo clínico. Este período se inicia generalmente con una fase de consumo (uso integrado) que acarrea excepcionalmente complicaciones cuando el consumo se hace de forma excesiva y aguda.

Estos usos abusivos episódicos si se producen unidos a situaciones de alto riesgo como pueden ser, la toma de ciertas medicaciones, en situación de embarazo, durante la conducción de coches o maquinaria industrial, y en cualquier tarea que necesite de una especial atención, adquieren una relevancia fundamental en cuanto suponen una serie de *“problemas relacionados con el consumo de drogas”* que generalmente no son tomados con la importancia que merecen. Hay que señalar que los problemas derivados del consumo de drogas no se centran sólo en los ya conocidos estados finales de dependencia, ni en los fenómenos de intoxicaciones agudas o sobredosis.

Por tanto se asiste a un momento de la historia del individuo donde no se observan ni signos, ni síntomas específicos y/o manifiestos. Esta fase inicial del período clínico, que transcurre entre el momento de los primeros consumos de la droga y la aparición de signos y síntomas de abuso-dependencia de la misma, se denomina *“Periodo de Latencia”* y puede durar meses y años (como en el caso del alcohol) y en muchos casos nunca se llega a sobrepasar un uso integrado o normativo. Pero no debemos caer en su banalización, ya que, representa un período generador de múltiples complicaciones y por tanto deberá ser objeto de especial atención en los programas de actuación.

Cuando el consumo de drogas ha producido suficientes cambios orgánicos y psicosociales, reconocibles por un observador adiestrado, e independientemente de que el individuo los asuma como tales, nos encontramos con lo que se denomina el período clínico de la enfermedad, que es específico para cada tipo de droga o sustancia. Estamos ante un problema de *“Drogodependencia”*.

Entre las características que debemos saber reconocer de la dependencia y su nivel de gravedad se encuentran:

1. Deseo intenso e irreprímible de consumir la droga.
2. Disminución de la capacidad de control, una vez que se inicia el consumo resulta muy difícil controlar lo que se consume. Cada día que pasa, resulta más complicado la abstinencia absoluta.
3. Síndrome de abstinencia, o malestares importantes físicos y psíquicos cuando se abandona el consumo o cuando se disminuye mucho. Son específicos de cada sustancia.
4. Tolerancia, es decir descubrimos que se “aguanta cada día más” o para ponerse a gusto se necesitan mayor cantidad de droga.
5. Abandono de otras fuentes de placer. El consumo, la búsqueda o compra de la sustancia y la vivencia de los efectos que produce tras el consumo, cada día obliga más a dejar el resto de actividades que antes se llevaban a cabo.
6. Aumento del tiempo para el consumo. Se invierte la situación y uno se pregunta si el resto de cosas (familia, trabajo, amigos,...) afectan la manera de consumir.
7. Persistencia en el consumo a pesar de conocer los efectos perjudiciales. No se deja el consumo, o no se encuentra la manera de hacerlo, aunque se va descubriendo que le ocasiona disputas familiares y sociales y riesgos para el mantenimiento de su trabajo.

La historia natural del consumo de drogas, que tiene su origen en el periodo preclínico, puede concluir con la curación (no consumo), incapacidades, o con la muerte, dependiendo de hechos tales como: tipo de sustancia y vinculación establecida con ella, características del individuo, calidad de los servicios de atención y preventivos, condiciones socioculturales y el nivel de conocimientos que sobre la historia natural del consumo de drogas se tenga. Por ello uno de los actuales objetivos de la Salud Comunitaria es conocer, a través de observaciones e investigaciones, las diferentes etapas o componentes de la historia natural, con el propósito de intervenir lo más temprano posible y antes de que el deterioro de la salud siga su curso.

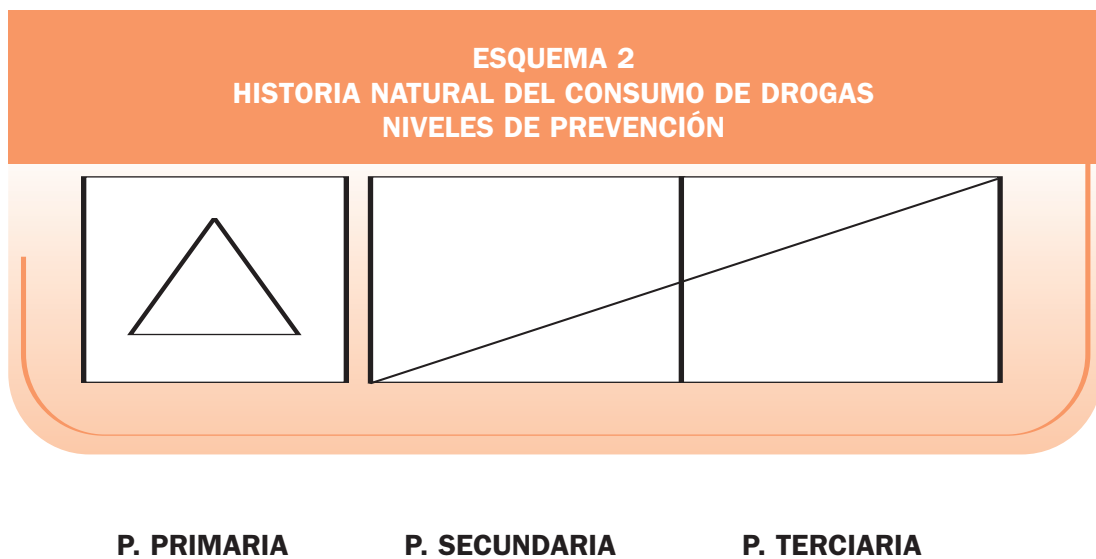
La interrupción de la cadena de acontecimientos que constituye la historia natural del consumo de drogas es responsabilidad de todos los miembros de la sociedad, ya que las drogodependencias obedecen a múltiples causas o factores de riesgo cuyo control no puede ser abordado ni por unos profesionales en particular, ni por diferentes agentes sociales desconectados entre sí.

Proponemos una metodología de intervención cuyos pilares básicos son:

- Drogodependencias como proceso multifactorial.
- Prevención en Educación para la Salud.
- Implicación consciente de los individuos.
- No aceptar soluciones preestablecidas.

Un plan de intervención deberá estar capacitado para colocar barreras en diferentes puntos del continuo no consumo - dependencia de drogas. Estas barreras se denominan niveles de Prevención y se agrupan en:

- Nivel de Prevención Primaria.
- Nivel de Prevención Secundaria.
- Nivel de Prevención Terciaria.



A. NIVEL DE PREVENCIÓN PRIMARIA

La prevención primaria se desarrolla durante el período preclínico de la enfermedad, va dirigida a las personas que aún no muestran ningún tipo de consumo o complicaciones y se dirige directamente a las personas o al medio.

Se impone como metas:

- Impedir la aparición de los problemas derivados del consumo.
- Reducir las incidencias.
- Disminuir la cantidad o calidad de los factores de riesgo.

Sus objetivos fundamentales son:

- Facilitar información.
- Modificar pautas de consumo.
- Crear ambientes favorables.
- Y por supuesto, reducir la oferta de drogas.

Las estrategias básicas a desarrollar se pueden resumir en:

- La Promoción de la Salud, como mecanismo de prevención inespecífica y entendida como:

“Una metodología educativa que tiende sobre todo a incitar al individuo a una tarea de responsabilidad hacia lo que es su propia salud y la de la colectividad, así como a desarrollar sus actividades para participar de manera constructiva en la vida en comunidad” (ALMA ATA).

- La Protección Específica, ya sea de los problemas derivados del consumo de una droga en particular o del conjunto de todas las drogas. Las medidas a desarrollar pueden ir encaminadas principalmente a la disminución de la oferta: medidas de carácter normativo o legal, o bien a incidir en la demanda a través de la “Educación para la Salud”, entendida como:

“Cualquier combinación de actividades de información y educación, que lleve a una situación en la que la persona desee estar sana, sepa como alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener la salud y busque ayuda cuando la necesite” (O.M.S.).

Por tanto se apuesta teóricamente por una prevención primaria del consumo de drogas insertada en la promoción de la salud, usando la educación para la salud de una manera participativa y comunitaria que implique de manera consciente a los individuos que integran la comunidad.

B. NIVEL DE PREVENCIÓN SECUNDARIA:

Cuando las acciones de prevención primaria no han sido aplicadas o han sido deficientemente desarrolladas es muy posible que se inicie el consumo de drogas y es necesario recurrir a la segunda barrera o nivel de prevención secundaria, que se desarrolla en la fase clínica de la enfermedad sobre todo en su período de latencia.

Durante el período de latencia las grandes metas a lograr serían:

- La reducción del número de personas con problemas de consumo de drogas.
- Evitar el avance en el deterioro de la salud.
- Lograr una detección y orientación precoces.

Por tanto los objetivos fundamentales podrían quedar resumidos en:

- Identificar personas o grupos de alto riesgo.
- Limitar incapacidades o secuelas.
- Generar un clima propicio para la aceptación de las medidas diagnósticas y terapéuticas precoces.
- Encauzar correctamente los casos detectados.

Para ello se deben poner en marcha las siguientes medidas:

- Revisar periódicamente a las poblaciones, de una manera individualizada o bien a través de encuestas colectivas. Existen buenos instrumentos diagnósticos para detectar precozmente los problemas derivados del consumo de drogas y no existirían grandes inconvenientes para incorporarlos a los reconocimientos sanitarios o sociales, respetando principios de voluntariedad y confidencialidad.

- Desarrollar protocolos de intervención ante situaciones de crisis provocadas por el consumo de drogas y que faciliten que la persona desee pedir y aceptar ayuda para eliminar lo más pronto posible el consumo de drogas.
- Poner en marcha programas de información y educación, orientados de forma amplia hacia valores de Salud y sobre todo a como actuar ante problemas derivados del consumo de drogas de uno mismo o de sus compañeros, evitando actitudes moralizadoras y de rechazo y facilitando actitudes terapéuticas y de apoyo que de una manera sólida influyan en la cultura de la comunidad y hagan que la persona con problemas de drogas no desee ocultarse y pueda pedir la ayuda necesaria de una manera precoz, voluntaria y colaboradora.
- Hacer que los servicios de atención a problemas derivados del consumo de drogas estén disponibles para cualquier ciudadano que lo necesite, facilitándole su accesibilidad y aceptabilidad.
- Definir claramente, en la política de actuación, cuales serán las funciones a desempeñar por cada estamento, en aras a evitar confusiones y asegurar en todo momento que los procesos de detección, diagnóstico, orientación, tratamiento, evaluación, reinserción están garantizados y son clara responsabilidad del estamento y profesional correspondientes.

C. NIVEL DE PREVENCIÓN TERCIARIA

Las propias características del consumo y dependencia de drogas, sumado al fracaso de las medidas preventivas anteriores hacen que se asista con demasiada frecuencia a la presencia de secuelas, incapacidades y muerte, y por ello debe contarse con el tercer nivel de prevención o prevención terciaria.

Este nivel está dado por el conjunto de medidas encaminadas al tratamiento y rehabilitación de los drogodependientes, y constituirán el núcleo principal de esta guía.

1.2.2.ESQUEMA GENERAL DE CLASIFICACION EN EL DSM-IV-TR.

El DSM-IV-TR proporciona criterios para los Trastornos relacionados con 11 sustancias diferentes: alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cafeína, cannabis, cocaína, fenciclidina, inhalantes, nicotina, opiáceos, sedantes/hipnóticos/ansiolíticos. A continuación resumimos los datos fundamentales de los “Trastornos relacionados con el consumo de opiáceos”:

Los Trastornos se dividen en dos tipos: trastornos por consumo y trastornos inducidos

A. TRANSTORNOS POR CONSUMO

- * Describen un patrón problemático de consumo.
- * Comprenden, a su vez, dos trastornos: dependencia y abuso.

A.1. DEPENDENCIA DE OPIÁCEOS

El DSM-IV-TR contempla la dependencia de sustancias como una categoría diagnóstica caracterizada por la presencia de síntomas y signos cognitivos, conductuales y fisiológicos que

indican que el individuo ha perdido el control sobre el uso de sustancias y las sigue consumiendo a pesar de sus consecuencias adversas. A continuación organizamos la clínica de este trastorno en torno a sus criterios diagnósticos DSM-IV-TR:

“Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los items siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses”.

Solamente es necesaria la presencia de tres de estos síntomas durante un período mínimo de un mes o que se hayan presentado repetidamente durante un período largo de tiempo, para poder efectuar su diagnóstico.

I. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes items:

(a) *“una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado”.*

La tolerancia es un proceso farmacocinético y farmacodinámico que obliga a aumentar progresivamente la cantidad de sustancia consumida con el fin de conseguir un determinado efecto psicoactivo.

(b) *“el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado”.*

Actualmente se considera que el proceso de disminución del efecto previsto, que aparece al consumir una misma cantidad de sustancia de forma repetida, está también determinado por fenómenos de condicionamiento ambiental.

Tolerancia inversa: consiste en el aumento de los efectos de la sustancia a pesar de no aumentar la dosis; se suele deber a fenómenos de inducción metabólica que produce metabolitos más activos que la sustancia original. Aquí tampoco se descarta el condicionamiento ambiental: un cambio en las circunstancias ambientales en que un drogodependiente se administra una sustancia, asociado a una situación ansiógena, puede disminuir el fenómeno de tolerancia, favoreciendo un efecto de intoxicación o de mayor efecto.

Tolerancia cruzada: describe la disminución del efecto de una determinada dosis de sustancia psicoactiva como consecuencia del consumo de otra distinta (p.ej. entre alcohol y barbitúricos o entre heroína y metadona).

II. Abstinencia, viene definido por cualquiera de los siguientes items:

(a) *“el síndrome de abstinencia característico de cada sustancia”*

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE F11.3 ABSTINENCIA DE OPIÁCEOS (292.0)

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 sudación.
6. Diarrea.
7. Bostezos.
8. Fiebre.
9. Insomnio.

C. Los síntomas del Criterio B provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de tres 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.

(b) “se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia”.

Podemos distinguir tres situaciones: síndrome de abstinencia agudo, síndrome de abstinencia tardío y síndrome de abstinencia condicionado:

1. Síndrome de abstinencia agudo:

- Es un conjunto de síntomas y signos orgánicos y psíquicos que aparecen inmediatamente después de interrumpir el consumo de la sustancia de la que el individuo es dependiente. Cada grupo de sustancias presenta un síndrome característico y diferente de otros grupos.
- La intensidad y la gravedad de este síndrome depende del tipo y la cantidad de la sustancia consumida.

- Los síndromes de abstinencia agudos del alcohol y de los barbitúricos son potencialmente peligrosos.
- El síndrome de abstinencia de opiáceos, aunque pueden llegar a ser espectaculares, por sí mismos no ponen en peligro la vida del sujeto.
- En algunos casos el sujeto nunca permite que aparezca este síndrome, ya que al inicio de los síntomas de abstinencia toma la sustancia de nuevo.
- Dura como promedio de 4 a 12 días y da paso al síndrome de abstinencia tardío.

2. *Síndrome de abstinencia tardío:*

- Es un conjunto de disregulaciones del sistema nervioso vegetativo y de las funciones psíquicas básicas, que persisten durante un largo período de tiempo (meses o años), después de conseguir la abstinencia.
- Esta situación dificulta el proceso de recuperación y facilita la recaída.

3. *Síndrome de abstinencia condicionado:*

- Es la aparición de la sintomatología típica de un síndrome de abstinencia agudo en un individuo que ya no consume, al ser reexpuesto a los estímulos ambientales que fueron condicionados, a través de un proceso pauloviano, al consumo de la sustancia de la que era dependiente.

III. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

IV. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

Crterios 3 y 4: Existe una cierta paradoja inherente a la evaluación de si un individuo está tomando más sustancia de la que querría o de si tiene un deseo persistente de abandonar el consumo. Para llegar a este punto, el individuo debe tener suficiente conciencia de su problema como para querer controlar su consumo. Estos aspectos son, por tanto, imposibles de evaluar en alguien que presenta un consumo muy importante y que niega cualquier necesidad de controlarlo o incluso de interrumpirlo.

V. se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej. visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

Este punto es especialmente variable en función de la sustancia debido a las diferencias en cuanto al coste, la disponibilidad, la legalidad y el patrón de consumo típico de cada una de ellas (p. ej. este tiempo sería mayor para el caso de la heroína o la cocaína que para los inhalantes).

VI. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

Este criterio es un reflejo de cómo la sustancia puede convertirse en el centro de la vida de una persona. Las actividades relacionadas con la sustancia desplazan otros aspectos del repertorio de intereses y actividades. Este aspecto puede ser consecuencia del criterio 5. Además, el deseo de experimentar los efectos de la sustancia se antepone al placer derivado de otras actividades e intereses.

VII. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de los problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p.ej. consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera”.

La evaluación de este aspecto es una fuente de confusión considerable. Se refiere al patrón de consumo compulsivo y no sólo a los efectos físicos o psicológicos adversos, consecuencia de este consumo. Este ítem se aplica sólo cuando la persona es consciente de que la sustancia le causa o exagera un problema físico o psicológico. Si un individuo todavía no ha sido informado sobre el problema o no sabe que éste es consecuencia del consumo de la sustancia, el patrón de consumo previo no constituiría una evidencia del tipo de pérdida de control que define este criterio (p.ej. no se aplicaría este criterio a un sujeto alcohólico simplemente porque presente cirrosis hepática. Se aplicará cuando, tras el diagnóstico de cirrosis y a pesar de las continuas recomendaciones, el sujeto continúa bebiendo)

Especificar sí:

- Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia.
- Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia.

Especificadores de remisión para la Dependencia de sustancias:

Las siguientes especificaciones de remisión son aplicables únicamente tras un mes sin que se cumplan ninguno de los criterios para la dependencia o el abuso (estas especificaciones no se aplican cuando el sujeto se halla bajo terapéutica con agonistas o en un entorno controlado).

- *Remisión total temprana:* se usa si no se cumplen los criterios de dependencia o abuso durante 1 a 12 meses.
- *Remisión parcial temprana:* se usa si se han cumplido entre 1 y 12 meses, uno o más criterios de dependencia o abuso (sin que se cumplan todos los criterios para la dependencia).

El concepto de remisión parcial del DSM-IV-TR viene siendo criticado por numerosos clínicos al considerarlo excesivamente “permisivo”, ya que se acepta que un sujeto está en “Remisión parcial” aunque continúe el consumo prob-

lemático de la sustancia, siempre y cuando no cumpla los criterios necesarios para el diagnóstico de Dependencia o Abuso. Es más, un individuo puede estar en Remisión total sostenida de alcohol a pesar de estar consumiendo sustancias de otra clase (p.ej. heroína o cocaína).

- *Remisión total sostenida*: se usa si no se cumple ninguno de los criterios de dependencia o abuso en ningún momento durante un período de 12 meses o más.
- *Remisión parcial sostenida*: se usa si no se cumplen todos los criterios para la dependencia durante un período de 12 meses o más; se cumplen sin embargo uno o más criterios de dependencia o abuso.
- *En terapéutica con agonistas*: Esta especificación se utiliza cuando el individuo está bajo medicación con agonistas prescrita, sin que se cumpla ninguno de los criterios para la dependencia o abuso de ese medicamento durante 1 mes (exceptuando la tolerancia o la abstinencia al agonista). Esta categoría también es aplicable a los sujetos tratados de su dependencia con un agonista parcial o con un agonista/antagonista.
Esta especificación viene a diferenciar la dependencia “patológica” de una sustancia no controlada médicamente (p.ej. la heroína) de la dependencia “fisiológica” (neuroadaptación) de un agonista que sí está prescrito médicamente (p.ej. la metadona).
- *En un entorno controlado*: Esta especificación se utiliza si el sujeto se encuentra en un entorno donde el acceso al alcohol y a las sustancias controladas es restringido y no se observa ninguno de los criterios para la dependencia o el abuso durante 1 mes (p.ej. comunidades terapéuticas, unidades hospitalarias cerradas y prisiones estrechamente vigiladas y libres de sustancias).

En el DSM-IV-TR la gravedad de la dependencia no se valora en función del tipo de droga, la cantidad consumida o la presentación del síndrome de abstinencia, sino a partir de la presencia de los síntomas citados, del deterioro conductual y del grado de interferencia que estos síntomas producen en la vida laboral y social del individuo. La tolerancia y/o abstinencia sólo participan en el diagnóstico como dos síntomas más del conjunto de criterios que se utilizan para el diagnóstico de dependencia.

A.2. ABUSO DE SUSTANCIAS

El DSM-IV-TR mantiene el concepto de abuso de sustancias como una categoría diagnóstica residual que se aplicará a aquellos modelos desadaptativos del uso de estas sustancias que no lleguen a cumplir los criterios de dependencia. Así, diversos tipos de consumo de sustancias pueden ser considerados como formas de abuso (aunque las cantidades sean muy pequeñas) en función de que la persona esté en situación de riesgo orgánico, el momento sea inoportuno o se administren simultáneamente diversas sustancias que sumen sus efectos individuales.

Criterios DSM-IV-TR de Abuso de sustancias:

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 la casa (p.ej. 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 (p. ej. conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia) problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej. arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).
3. consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej. 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 estas clases de sustancias”.

1. La mayoría de los sujetos con criterios de Dependencia también presentan criterios de Abuso, pero ésta última se considera una categoría residual de la primera para evitar una comorbilidad confusa. Una vez que se ha diagnosticado Dependencia en un paciente, nunca debe realizarse el diagnóstico de Abuso para el mismo tipo de sustancia. Si, por ejemplo, un sujeto con una historia previa de Dependencia vuelve a consumir (reuniendo ahora criterios de Abuso), esto se considera como una recaída de su Dependencia y no como Abuso.

A.3. CONSUMO PERJUDICIAL

Es una categoría diagnóstica de la clasificación CIE-10 equivalente a la de Abuso del DSM-IV-TR.

I. Trastornos inducidos:

- Son los antiguos “trastornos mentales orgánicos provocados por sustancias psicoactivas” del DSM-III-R.
- Describen síndromes comportamentales causados por el efecto directo de la sustancia sobre el sistema nervioso central (concepto de “toxicidad”).

- Aunque sea obvio, hay que decir que con mucha frecuencia los Trastornos inducidos por sustancias aparecen en el contexto de un Trastorno por consumo de sustancias (p. ej. el sujeto puede presentar el diagnóstico de Dependencia del Opiáceos y el de Abstinencia del Opiáceos).
- Las secuelas psiquiátricas del consumo de opiáceos pueden presentarse en alguno de los siguientes contextos:

1.a. Como un efecto agudo de la Intoxicación:

- Intoxicación:
Hace referencia a un síndrome reversible, específico de cada sustancia, debido generalmente a su ingestión reciente en cantidades suficientes como para producir cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos. También es necesario que la alteración sea clínicamente significativa: no se incluye en esta categoría el simple efecto de escasa cantidad de una sustancia (p. ej. una leve euforia). Los criterios para el diagnóstico de Intoxicación por opiáceos son:

Criterios para el diagnóstico de F11.00. Intoxicación por opiáceos (292.89)

- A. Consumo reciente de un opiáceo.**
- B. Cambios psicológicos o de comportamiento desadaptativo clínicamente significativo (p. ej., 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 F11.04 si: **Con alteraciones perceptivas**

- Delirium.
- Trastornos psicóticos.
- Trastornos del estado de ánimo.
- Disfunciones sexuales.
- Trastornos del sueño.

I.b. Como un efecto agudo de la Abstinencia:

- Abstinencia (ya descrita anteriormente).
- Trastornos del sueño.

Los criterios diagnósticos DSM-IV-TR generales para los Trastornos inducidos por sustancias, son los siguientes:

(Del criterio C original, se hace una adaptación conceptual del mismo para mejorar su comprensión).

- Presencia del síntoma psiquiátrico particular.
- A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de:
 - los sí tomas del criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abuso de sustancias.
 - el consumo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración.
- Para diagnosticar un trastorno como inducido por sustancias, debe descartarse que la sintomatología se deba a un trastorno “independiente” (no inducido según esta definición o “psicopatología primaria”).

Criterios de “trastorno no inducido” o “independiente”:

- Los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento)
- Los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (p. ej. alrededor de 1 mes = 4 semanas) tras la abstinencia aguda o la intoxicación grave.
- Los síntomas son claramente excesivos en relación a lo que cabría esperar por el tipo o la cantidad de sustancia o la duración de su uso.
- Hay otros datos que sugieren la existencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias (p. ej. una historia de episodios recidivantes no relacionados con sustancias).

Nota: Debe realizarse este diagnóstico en lugar del diagnóstico de intoxicación o abstinencia 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 (esto es así porque los síntomas afectivos, de ansiedad, de sueño, sexuales, cognoscitivos, etc. forman parte de varios síndromes de intoxicación y abstinencia).

Especificar si:

- De inicio durante la intoxicación.
- De inicio durante la abstinencia.

1.2.3. PROCESO Y RECURSOS TERAPÉUTICOS. PRINCIPIOS GENERALES

El tratamiento debe iniciarse con la valoración de la problemática personal, social y familiar que presentan la mayoría de estos pacientes y estableciendo con ellos un plan terapéutico que para algunos consistirá en la búsqueda de la plena abstinencia y otros muchos necesitarán un tratamiento a largo plazo con agonistas opiáceos:

El plan terapéutico, orientado sobre todo a la abstinencia, se desarrollará a través de las siguientes fases:

A. DESINTOXICACIÓN

- Proceso a través del cual se consigue que el paciente cese de consumir la sustancia de la que es dependiente y pueda permanecer abstinentes sin experimentar un síndrome de abstinencia agudo.
- Puede realizarse en régimen ambulatorio, en una unidad hospitalaria o en comunidad terapéutica, dependiendo esta decisión del tipo/tipos de sustancia/s, la gravedad de la dependencia y de los problemas relacionados con el consumo, las circunstancias del paciente y la decisión del equipo de tratamiento. Existen distintas pautas de tratamiento farmacológico.
- La mayoría puede realizarse en un período de 7-14 días y no acostumbra a comportar ningún riesgo para el paciente. Recientemente, y sobre todo para el caso de los opiáceos se están proponiendo tratamientos de menor duración (las denominadas “desintoxicaciones ultracortas”: 12-24 horas).
- A pesar de todo esto, es importante valorar en su justo término la utilidad real de esta fase del tratamiento: es importante efectuar una correcta desintoxicación para iniciar el proceso de abstinencia del paciente drogodependiente; sin embargo, la simple desintoxicación, si no va seguida de un completo tratamiento de deshabituación, no podrá impedir la recaída de la inmensa mayoría de los pacientes.
- La desintoxicación permite al sujeto estar libre de los síntomas del síndrome de abstinencia agudo, sin embargo, no soluciona el síndrome de abstinencia tardío, el síndrome de abstinencia condicionado ni otros componentes de la adicción como el deseo de consumir la sustancia (*craving*).

B. DESHABITUACIÓN

- Es un proceso largo y complejo con el que se pretende que desaparezcan el síndrome de abstinencia tardío y el de abstinencia condicionado, mientras el paciente efectúa un aprendizaje de estrategias terapéuticas que le permitirán enfrentarse, con posibilidad de éxito, a los factores adversos, internos y externos, que normalmente tenderían a abocarlo a un nuevo consumo de tóxicos.
- La forma práctica de realizar la deshabituación depende de la escuela o grupo ideológico del equipo de tratamiento. Se distinguen (muy genéricamente) dos grandes corrientes:

- Una de ellas propugna un alejamiento del paciente del medio ambiente en el que se ha desarrollado la adicción, mediante la estancia durante un tiempo indeterminado en un centro/comunidad terapéutica donde será acogido, cuidado y reeducado.
- Otra corriente sostiene lo contrario: el paciente debe enfrentarse lo más rápidamente posible, y de forma continuada a los estímulos externos que precipitan su recaída, intentando poder controlar su efecto nocivo con las armas terapéuticas, normalmente de tipo conductual, que se le proporcionan. En los últimos años esta segunda forma se está demostrando más efectiva que la primera.

Si embargo, en la práctica clínica cotidiana, se utilizan las dos, usando una u otra o, en la mayoría de los casos, una combinación de ambas, en función de la idiosincrasia del paciente y de los recursos disponibles.

C. REINSERCIÓN

- El proceso de deshabitación debe solaparse con la progresiva integración del individuo en el medio socio-familiar que le corresponde, reestructurando su conducta hasta hacerla compatible con una forma de vida responsable y autónoma sin dependencia del tóxico.
 - Es una etapa larga y difícil por:
 - La falta de formación y cualificación laborales de la mayoría de estos pacientes.
 - El número de conflictos sociales, familiares y legales que ha generado su dependencia.
 - El deterioro psicológico y médico consecuencia del consumo.
- Los programas de tratamiento con agonistas opiáceos, se basan en la sustitución de la heroína por un opiáceo de consumo legal, prescrito durante largo tiempo y controlado médicamente, junto a la provisión de tratamiento psicosocial, pudiéndose beneficiar durante el tratamiento en las fases de desintoxicación, deshabitación y reinserción de la mayoría de los contextos de tratamiento.

1.2.4. CONTEXTOS DE TRATAMIENTO:

Los pacientes con trastornos derivados del consumo de opiáceos, pueden ser atendidos en diferentes contextos terapéuticos, la elección de estos debe basarse en el plan terapéutico individualizado diseñado por cada paciente y en la disponibilidad de los recursos. Como norma general se deberá contemplar el uso del contexto menos restrictivo, y que garantice la aplicación segura y eficaz de las medidas terapéuticas.

Según se recoge en la “Guía clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias” de la APA, las decisiones relativas al lugar de asistencia deben basarse en las siguientes características del paciente:

- a. Capacidad y deseo de colaboración con el tratamiento.
- b. Capacidad de autocuidado.
- c. Necesidad de una estructura, apoyo y supervisión para mantener un tratamiento seguro, alejado de los ambientes y actividades que fomentan el consumo de sustancias.

- d. Necesidad de tratamientos específicos para trastornos médicos generales o psiquiátricos asociados.
- e. Necesidad de tratamientos concretos o de una intensidad de tratamiento que pueden ser aplicables tan sólo en determinados contextos.
- f. Preferencia por un modelo y contexto de tratamiento particular.

Los contextos de tratamiento disponibles en nuestra comunidad, quedan recogidos y definidos en el “Catálogo de Servicios Asistenciales de los Centros de Tratamiento Ambulatorio (CTA) de Andalucía”.

Los CTA, según Orden de 29 de Febrero de 1996, se dedican a la prevención, orientación, desintoxicación, deshabituación-rehabilitación y reinserción o incorporación social, en régimen abierto, de las personas con problemas de adicción. Ofertan los siguientes servicios para el tratamiento de los pacientes con trastornos por consumo de opiáceos (que se describen de forma pormenorizada en la presente guía):

- a. Programa de desintoxicación rápida.
- b. Programa de desintoxicación Domiciliaria.
- c. Programa de Tratamiento con agonistas (Metadona).
- d. Programa de Tratamiento con Antagonistas (Naltrexona).
- e. Programas de intervención psicosocial.

Los CTA disponen de una serie de dispositivos de apoyo, a los que se accede exclusivamente por indicación de los profesionales de los mismos, previa cumplimentación de un protocolo específico de derivación al recurso valorado. Estos son:

- UNIDADES DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA (UDH): Atienden la sintomatología del síndrome de abstinencia orgánico, restaurando en el organismo la capacidad de mantener el equilibrio funcional sin la presencia del tóxico. El proceso suele durar una media de 10 días y tras el alta regresa a su CTA.
- COMUNIDADES TERAPÉUTICAS (CT): Utilizadas fundamentalmente para la realización de la fase de deshabituación en régimen de internamiento. En la actualidad también se realizan desintoxicaciones, tratamientos con sustitutivos así como actividades orientadas a la incorporación social.
- VIVIENDAS DE APOYO AL TRATAMIENTO (VAT): Son recursos de alojamiento y convivencia, ubicados en edificios o zonas de viviendas normalizadas, destinadas a drogodependientes durante los inicios de su proceso terapéutico.
- VIVIENDAS DE APOYO A LA REINSERCIÓN (VAR): Son unidades de alojamiento y convivencia ubicadas en edificios o zonas de viviendas normalizadas destinadas a drogodependientes durante su proceso terapéutico. Estos recursos están especialmente indicados para personas que carecen de un sistema de relaciones y de vinculación con el entorno. Atienden a personas que previamente han logrado una estabilización en su proceso terapéutico necesitando de este recurso para su incorporación social y normalización.

- CENTROS DE DÍA (CD): Son recursos socioeducativos que ofrecen una serie de programas educativos y ocupacionales, permaneciendo el paciente varias horas al día en los mismos y pernoctando en su domicilio.
- CENTROS DE ENCUENTRO Y ACOGIDA: Son recursos de carácter ambulatorio que intervienen a demanda, mediante actuaciones dirigidas a mejorar la calidad de vida y a disminuir la morbilidad y la mortalidad del drogodependiente.

■ 1.3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Catálogo de servicios asistenciales de los centros de Tratamiento Ambulatorio de Andalucía. Comisionado para las Drogodependencias. Consejería de Asuntos Sociales. 2003.
- Guía clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias. Alcohol, cocaína, opiáceos. Aprobada por la American Psychiatric Association Ars Médica. 2001.
- International Conference on Primary Health Care, Alma Alta, USSR, 6-12 september 1978.
- Kramer, J. F., Cameron, D. C.: Manual sobre Dependencia de las Drogas. O. M. S. Ginebra, 1975.
- Leavell, H., Clark, E.K.: Preventive medicine for the doctor in this community. New York. Mc Graw-Hill Book. 1958.
- Nuevos Métodos de Educación Sanitaria en la Atención Primaria de la Salud. Informes Técnicos nº 690. O. M. S. 1983.
- Principles of drug addiction treatment. National Institute on Drug Abuse. Washington: U.S. Department of Health and Human Services. 1999.

2. EPIDEMIOLOGÍA

El Observatorio Europeo de la Drogas y las Toxicomanías hace sus estimaciones de prevalencia sobre cinco indicadores: prevalencia y pautas del consumo de drogas entre la población en general (encuestas de población), prevalencia y pautas del problema del consumo de drogas (estimaciones estadísticas de prevalencia/incidencia completadas con encuestas a consumidores de drogas, enfermedades infecciosas relacionadas con el consumo de drogas (tasas de prevalencia e incidencia del VIH, y de las hepatitis B y C en consumidores de drogas por vía parenteral), muertes relacionadas con la droga y mortalidad de los consumidores de drogas y demanda de tratamiento de la drogadicción.

■ 2.1. ENCUESTAS DE POBLACIÓN:

Ofrecen estimaciones del porcentaje de la población que ha consumido distintas drogas durante determinados periodos se adoptan los criterios de prevalencia: en algún momento de la vida, los últimos 12 meses, los últimos 6 meses y el último mes. El Observatorio Europeo de la Drogas y las Toxicomanías define el consumo problemático de drogas como el «consumo por vía parenteral o habitual/prolongado de opiáceos, cocaína y/o anfetaminas». Aunque son sólo una fracción del total de consumidores de estupefacientes, los consumidores problemáticos de drogas son responsables de una parte desproporcionada de los problemas sanitarios y sociales que se derivan del consumo de drogas. En la mayoría de países de la UE, con la excepción de Suecia y Finlandia, donde el consumo de anfetaminas tiene una mayor prevalencia, el consumo problemático de drogas continúa caracterizándose por el consumo de heroína, a menudo en combinación con otras drogas. Dada la dificultad de realizar estimaciones sobre esta cuestión, y puesto que la precisión y fiabilidad de las estimaciones varían considerablemente, se impone actuar con precaución a la hora de interpretar tendencias y realizar comparaciones entre países. Las estimaciones nacionales relativas al consumo problemático de drogas se sitúan entre 2 y 10 casos por cada 1 000 personas adultas (es decir, entre un 0,2 % y un 1 %). No se aprecia ninguna tendencia común en cuanto al número de consumidores problemáticos de drogas en la UE, aunque los estudios parecen indicar que en al menos la mitad de los países de la UE se ha registrado cierto incremento desde mediados de la década de 1990. Probablemente, cerca de la mitad de los «consumidores problemáticos de drogas» que hay en la UE son consumidores por vía intravenosa (500 000-750 000 de un total de 1-1,5 millones de consumidores de drogas de la UE, según estimaciones). La proporción de consumidores por vía intravenosa es distinta en cada país y ha variado con el paso del tiempo. Durante la década de 1990 cayó en la mayoría de países y ahora existen indicios de cierto crecimiento. Las estimaciones nacionales relativas al consumo de drogas por vía intravenosa oscilan entre 2 y 5 casos por cada 1 000 adultos (entre un 0,2 % y un 0,5 %). A pesar del drástico descenso en la producción de opio de Afganistán en 2001, no parece que haya pruebas de que esto repercutiera directamente sobre la disponibilidad de heroína en el mercado ilícito europeo, probablemente debido a que se disponía de existencias de la droga. El Observatorio Europeo en su informe anual de 2003 señala al cánnabis como la droga ilegal más consumida en la Unión Europea, en el caso de la heroína, su

consumo se sitúa en tasas inferiores al 1%, aunque hay países que tienen una tasa de entre 2 y 3% de los hombres jóvenes.

En España, el Observatorio Español sobre Drogas en su Informe Nº 6 refiere el aumento del consumo de cánnabis y cocaína. Señala que en los últimos años han disminuido los problemas más graves relacionados con el consumo de drogas ilegales, en especial número anual de muertes por reacción aguda a drogas (que en seis grandes ciudades pasó de 557 en 1992 a 267 en 2001) y de nuevas infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana -VIH- en inyectores de drogas (que pasó de 12.000-15.000 en 1985-1987 menos de 1.000 a finales de los noventa). Aunque la heroína continúa siendo responsable de la mayoría de los problemas graves relacionados con las drogas detectados en España, están disminuyendo rápidamente tanto el consumo como los problemas asociados a esta droga. Además, cada vez es más difícil encontrar consumidores jóvenes de heroína. Todos los indicadores manejados por el OED (indicadores de control de la oferta, consumo en población general y escolar, estimaciones del consumo problemático, tratamientos, urgencias o muertes relacionadas con el consumo de heroína) muestran una tendencia descendente. En algunos casos la caída ha sido muy acentuada. Por ejemplo, el número de personas tratadas por primera vez en la vida por abuso o dependencia de heroína pasó de 20.017 en 1992 a 16.647 en 1996 y 7.461 en 2001, y el número de muertes por reacción aguda a drogas con presencia de opiáceos en seis grandes ciudades, pasó de 544 en 1992 391 en 1996 y 235 en 2001. Finalmente, se está produciendo un importante descenso del uso de la inyección para consumir heroína. La proporción de tratados por heroína por primera vez en la vida que consume esta droga principalmente por inyección pasó de 50,3% en 1991 17,5% en 2001. La vía inyectada ha sido sustituida principalmente por la vía pulmonar (“fumar chinos”). En 2001, sólo cuatro Comunidades Autónomas (Navarra, Aragón, Cantabria y Baleares) estaban por encima del 40% en cuanto a la proporción de admitidos a tratamiento que usaban preferentemente la heroína por inyección. En 2001 las prevalencias de consumo de heroína alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días fueron, respectivamente, 0,6%, 0,1% y el 0,01%. El consumo estaba bastante más extendido entre los hombres que entre las mujeres. En el período 1995-2001 descendió la prevalencia de consumo, siendo este descenso más perceptible en el caso del consumo más reciente (últimos 12 meses y últimos 30 días). En 2001 las mayores prevalencias de consumo alguna vez en la vida o en los últimos 12 meses se observaron entre 30 y 34 años.

El Observatorio español estimando la prevalencia del consumo problemático de opiáceos. Que define como “el consumo por inyección o habitual/ a largo plazo de opiáceos. Durante dos décadas la heroína (principalmente administrada por vía intravenosa), ha sido la droga que causaba la gran mayoría los problemas sociales y sanitarios ligados al consumo de drogas ilegales en España, aunque las encuestas mostraban repetidamente que el consumo de otras drogas como la cocaína estaba más extendido. Actualmente, la heroína ha perdido relevancia, pero continúa siendo una droga con un importante impacto social y sanitario. Los datos de las encuestas poblacionales relativos a la prevalencia del consumo problemático de heroína tiene problemas de validez, y hay poca información adicional al respecto obtenida con métodos indirectos. A comienzos de la década de los noventa se realizaron estimaciones locales en Barcelona y Madrid utilizando el método de captura-recaptura y se obtuvieron cifras de prevalencia anual para el período 1990-1993 y el grupo de edad de 15-54 años de 7,2-11,0/1000 habitantes en Barcelona y 14,1/1000 habitantes en Madrid (Domingo-Salvany et al. 1998; EMCDDA 1999). Para obtener la estimación por el método demográfico se multiplicó el número de admitidos a tratamiento por dependencia de drogas por primera vez en la vida que eran consumidores de opiáceos (11.034 sujetos en 1999) por el número medio

de años de uso de drogas de los consumidores de opiáceos que iniciaron tratamiento el mismo año fuera o no por primera vez en la vida (10.54 años). Para obtener la estimación por el método multiplicador de tratamiento se dividió el número de sujetos admitidos a tratamiento por dependencia de drogas que consumían opiáceos (38.976 en 1999) entre la proporción de admitidos a tratamiento por dependencia de opiáceos en 1996 que habían contactado con centros que habían notificado al indicador tratamiento del Plan Nacional sobre Drogas en los 12 meses previos a la admisión (26,2%). Recientemente se han realizado estimaciones con los métodos indirectos propuestos por el EMCDDA en el contexto de la armonización de un indicador europeo. Los resultados de la aplicación de estos métodos se muestra en la tabla siguiente: España con el método demográfico en el año 99 obtuvo 116.298 consumidores y con el método Multiplicador de tratamiento 148.763 5,48. Finalmente, si se comparan las estimaciones obtenidas para 1999 con los métodos demográfico y multiplicador de tratamiento con las obtenidas con los mismos métodos para 1998 (4,8/1.000 para el primer método y 6,55/1.000 para el segundo) se observa que el número de consumidores problemáticos de opiáceos está disminuyendo. El descenso de la prevalencia estimada podría deberse a un descenso de las admisiones a tratamiento atribuible a otros factores distintos al volumen de consumidores como el aumento de la retención en tratamiento debido a la extensión de los programas de mantenimiento con metadona. No obstante, el hecho de que desciendan también las admisiones a tratamiento por primera vez en la vida hace pensar que este descenso es real.

En Andalucía, el estudio de EDIS (2003) indica que un 1% de la población andaluza de 12 años en adelante indica haber consumido heroína alguna vez, un 0.5% en los últimos doce meses, un 0.3% en los últimos y el 0.2% en el último mes. Un 0.1% del total de la muestra en Andalucía son consumidores habituales (diariamente). En términos absolutos, y de forma tan sólo indicativa, se puede estimar que consumieron heroína en el último mes entre 12.000 y 15.000 personas, de las que entre 6.000 y 8.000 serían consumidores habituales. Así mismo, señalan una tendencia general de disminución del consumo de heroína siempre descendente, con dos saltos muy importantes: entre 1994 y 1996 que pasa 1.6% al 0.7%, y otro entre 2000 y 2003, con 0.6% y 0.3%, respectivamente.

■ 2.2. ADMISIONES A TRATAMIENTO

El Observatorio Europeo en su informe anual de 2003 refiere que en la mayoría de los países, los opiáceos (en particular, la heroína) siguen siendo la principal sustancia consumida entre todos los pacientes que solicitan tratamiento. En la mayoría de los países de la UE, entre un 50 % y un 70 % de los pacientes que solicitan tratamiento son consumidores de heroína, pero las cifras varían ampliamente. Podemos dividir a los Estados miembros de la UE en cuatro grupos en función del porcentaje en que el envío a los centros de tratamiento de la drogodependencia se debe al consumo de opiáceos: inferior al 50 % (Finlandia, Suecia); 50-70 % (Dinamarca, Alemania, Francia, Irlanda, Países Bajos); 70-80 % (España, Luxemburgo, Reino Unido); y superior al 80 % (Grecia, Italia, Portugal) (16). Existen tendencias comunes en los países europeos en materia de demanda de tratamiento para el consumo de heroína y cánnabis; al parecer, el consumo de heroína se ha estabilizado o ha disminuido en todos los países, en tanto que el consumo de cánnabis está aumentando casi en todas partes, en particular entre los nuevos pacientes. Entre las posibles razones de la aparente disminución del número de consumidores de heroína encontramos el final de la epidemia de heroína que tuvo lugar al final de los años ochenta y principios de los noventa, y la consiguiente disminución de las peticiones de tratamiento, la saturación de los servicios de tratamiento

para consumidores de heroína, y una mayor diferenciación entre los programas de tratamiento, pues ahora existen más posibilidades para consumidores de otras drogas (entre ellas el cánnabis).

En España, el Observatorio Español sobre Drogas en sus Informe Nº5 y Nº 6 señala que Las admisiones a tratamiento por heroína han descendido de forma importante en los últimos años, debido sobre todo a la caída de los admitidos a tratamiento por primera vez en la vida a partir de 1992. En cambio, las admisiones tratamiento de personas previamente tratadas sólo comenzaron a descender a partir de 1998. En el año 2001 se registraron 49.487 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluidos alcohol y tabaco) procedentes de 487 centros declarantes. El número de admisiones notificadas disminuyó ligeramente con respecto a 1999 (51.191 casos) y 1998 (54.338). La tasa global de admisiones fue de 124,2 casos por 100.000 habitantes y la correspondiente al grupo de edad de 15 a 39 años de 279,2/100.000. Al igual que en años anteriores, la mayor parte de las admisiones a tratamiento se debieron a heroína (72,2%). Si se observa la evolución temporal de las admisiones a tratamiento por heroína, se aprecia un descenso importante (pasando de 16.647 casos nuevos en 1996 a 7.461 en 2001). La gran mayoría (84,7%) de las personas admitidas a tratamiento durante 2001 fueron hombres. La edad media de los tratados fue 31.5 años. La gran mayoría de las admisiones a tratamiento en ambos sexos y en los grupos de edad desde 20-24 años hasta más de 45 años fueron debidas a la heroína. Entre los admitidos por primera vez en la vida de 20-24 años por heroína es de 36.1%.

En Andalucía, según los datos referidos por el Comisionado para las Drogodependencias en su informe Asistencial 2002 indica que hubo un total de 16.008 admisiones y readmisiones a tratamiento. En ellas se incluyen por primera vez las admisiones por tabaquismo, que son 573 (3,5% del total). Se registró una estabilización de las demandas de tratamiento por consumo de drogas ilegales y psicofármacos respecto al año 2001 10.583 usuarios en 2002 y 10.582 en 2001. En lo que se refiere a la heroína el porcentaje de demandas de tratamiento se encuentra que el 39,2%. Las demandas a tratamiento por consumo de heroína y/o “rebujaos” se han reducido con respecto al 2001 en un 25,68%, siendo en 2002 de 6.251 usuarios. La media de edad es de 33,90 años. Hay 5.457 hombres (87,3%). El 64,2% se encuentra en paro. El 88,7% de estos usuarios afirman no tener ninguna incidencia legal previa al consumo, porcentaje que se reduce al 21,5% después de iniciarse en el consumo. El porcentaje de usuarios que había realizado previamente un tratamiento por la misma sustancia es del 86%.

■ 2.3. MUERTES Y URGENCIAS RELACIONADAS CON LAS DROGAS:

El Observatorio Europeo en su informe anual de 2003 señala que puede resultar un indicador útil de las tendencias que presentan las formas más graves de consumo de drogas, sobre todo si se analiza junto con otros indicadores. Las sobredosis de drogas constituyen una importante causa de muerte entre los jóvenes, en especial los hombres, en la mayoría de los países de la UE. Las muertes debidas al sida y a otras causas violencia, accidentes, etc.) representan una mortalidad añadida relacionada con la droga. Durante los últimos diez años, el número total de muertes anuales por reacción aguda con drogas registrado en los países de la UE ha oscilado entre 7.000 y 9.000. La mayoría de las víctimas contenían opiáceos en sangre.

En España, el Observatorio Español sobre Drogas, Informe Nº 6 destaca que los episodios de urgencia directamente relacionados con sustancias, corresponde a la heroína el 33.5% en el año 2001. Se subraya la tendencia a la disminución desde 1996 que era del 61.4%, 1997 con

55.6% y 1998 de 43.8%. En relación con la mortalidad registrada por reacción aguda a sustancias psicoactivas el 86.8% de los casos fueron positivos a opiáceos en el año 2001 (Observatorio Español sobre Drogas, Informe Nº 6). La proporción de fallecidos por reacción aguda a drogas en que se encuentran opioides o sus metabolitos (atribuibles en su gran mayoría al consumo de heroína) ha descendido de forma lenta desde 1983. Igualmente, ha disminuido, aunque de forma más acentuada, la proporción de muertes en que se detectan exclusivamente opioides, pasando de 21,6% en el período 1983-1989 a 9,1% en 1998-2001. Por su parte, la proporción de fallecidos en que se detectan opiáceos y ausencia de cocaína ha disminuido poco, pasando de 43,7% en el período 1983-1989 a 38,8% en 1998-2001. Por otra parte, ha aumentado progresivamente la edad media de los muertos en que están implicados los opioides, pasando de 25,1 años en 1983 a 33,8 años en 2001.

En Andalucía, según los datos referidos por el Comisionado para las Drogodependencias en su informe Asistencial 2002 subraya que en el año 2002 se han registrado 168 casos de urgencias relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. De ellos 64 personas fueron atendidas por consumo de sustancias ilegales, apareciendo o no el alcohol entre las sustancias consumidas y 102 por consumo exclusivamente de alcohol (para 2 casos la sustancia aparece como desconocida). De las 64 personas atendidas por consumo de sustancias ilegales, con o sin alcohol, en un 29% la urgencia estuvo relacionada con consumo el de opiáceos, incluyendo la heroína. En cuanto al Indicador Mortalidad, en el año 2002 se señala lo siguiente: El número total de defunciones registradas por consumo de sustancias psicoactivas en estos partidos judiciales fue de 51, de las cuales 12 correspondían al partido judicial de Granada, 11 al de Málaga y 28 al de Sevilla. Se observa una estabilización en el número de casos detectados entre 2001 y 2002. De los 51 casos registrados, 47 eran hombres y 4 eran mujeres. La edad media con la que fallecieron fue de 34,6 años. Al analizar las sustancias psicoactivas que se han encontrado en los análisis toxicológicos, aparecen opiáceos en un 38,3% de los resultados, siendo la sustancia más presente. La siguiente sustancia que más aparece son las benzodiacepinas (26,6%) y la cocaína (25,2%).

■ 2.4. DISPONIBILIDAD Y SUSTANCIAS INTERVENIDAS

El Observatorio Europeo en su informe anual de 2003 señala que en el año 2000, las autoridades se incautaron de casi nueve toneladas de heroína en la UE, de las cuales una tercera parte correspondió al Reino Unido. La heroína incautada en la UE procede sobre todo Afganistán (y Pakistán), seguidos de los países del sudeste asiático. Sin embargo se ha observado un incremento del tráfico a través de Europa Oriental (Rusia, Estonia, Bielorrusia y Bosnia) y los países de Asia Central que formaban parte de la URSS. En 2001, el precio de la heroína en la calle oscilaba, por término medio, entre 31 y 194 euros por gramo en la UE. Los precios más altos se observaron en los países escandinavos e Irlanda. El grado medio de pureza de la heroína (blanca o marrón) varía entre el 14 % y el 48 %. En el ámbito de la UE, las incautaciones de heroína aumentaron hasta 1991-1992 y después se estabilizaron. En 2001, la mayoría de los países señaló un aumento de las cantidades de heroína incautada. Los precios de la heroína en la calle se mantienen generalmente estables o bajan, aunque en 2001 se observó un aumento en Bélgica (heroína marrón) y Dinamarca. En general, todos los países señalan que el grado de pureza de la heroína se mantiene estable bajo, aunque el grado de pureza de la heroína marrón ha aumentado recientemente en Bélgica, Dinamarca, Irlanda y Reino Unido.

En España, el Observatorio Español sobre Drogas, Informe Nº 6 señala que la heroína intervenida en España en el año 2000 fue de 485 Kg, en el año 2001 631Kg y 275 Kg en 2002. Puede observarse una tendencia descendente. En cuanto al precio, los datos facilitados por la UCIC en el año 2001 nos muestran que se ha mantenido bastante estable el precio pureza de las sustancias respecto al año 2000. El número total de detenidos por tráfico de drogas en el año 2001 es de 17.380 cifra similar al año 2000, corresponde a los opiáceos 1.914 (11%) del total.

■ 2.5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ACMD (Advisory Council on the Misuse of Drugs) (2000). Reducing Drugrelated Deaths. A report by the Advisory Council on the Misuse of Drugs. The Stationery Office: Londres.
- Adalbjarnardottir, S. y Rafnsson, F. D. (2002). Adolescent antisocial behaviour and substance use: longitudinal analyses. *Addictive Behaviours* 27: 227-240.
- Amossé, T., Doussin, A., Fizardon, J.-M., et al. (2001). Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire. Enquête INED, Paris et petite couronne, février-mars 1999, série resultants, Biblio no. 1355. CREDES, Paris.
- Bargagli et al. (2002). Mortality among problem drug users in Europe: a project of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 4 (1), pp. 5-12.
- Beck, F. (2001). Santé, mode de vie et usages de drogues à 18 ans. ESCAPAD, OFDT: París.
- Beck, F., Perreti-Wattel, P., Choquet, M., et al. (2000). Consommation de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés: premiers résultats de l'enquête ESPAD 1999; évolutions 1993-1999. *Tendances* 6, p. 6.
- Bennett, T. (2000). Drugs and Crime: the Results of the Second Stage of the NEW-ADAM programme. Estudio de investigación 205. Ministerio del Interior, Londres.
- Bird, S. M. y Rotily, M. (2002). Inside methodologies: for counting bloodborne viruses and injector-inmates' behavioural risks-results from European prisons. *The Howard Journal*, 41, no 2.
- Brochu, S. (1999) Drogue et criminalité une relation complexe. Les Presses de l'Université: Montreal.
- Brugal, M. T., Barrio, G., de la Fuente, L., et al. (2002). Factors associated with non-fatal overdose: assessing the effect of frequency and route of heroin administration. *Addiction* 97: 319-327.
- Carpentier, C. (2002). Drug Related Social Exclusion, in the Context of socio-demographic and Economic Indicators. Documento de trabajo, OEDT, Lisboa.
- CEIES (Statistics Users Council) (1999). Social Exclusion Statistics, Trabajos la Conferencia, Conferencia Conjunta, 22 de noviembre de 1999, Imac Research, Esher, Reino Unido.
- Comisionado para las Drogodependencias. Informe evolutivo 2000-2003. Andalucía (Comunidad Autónoma) Consejería de Asuntos Sociales. Sevilla 2003.
- Comisionado para las Drogodependencias. Informe sobre las admisiones y readmisiones a tratamiento en Andalucía, 1º semestre 2003. Andalucía (Comunidad Autónoma) Consejería de Asuntos Sociales. Sevilla 2003.
- Comisionado para las Drogodependencias. Memoria 2002. Andalucía (Comunidad Autónoma) Consejería de Asuntos Sociales. Sevilla 2003.
- Comité central sobre el tratamiento de los adictos a la heroína (2002) Medical Co-prescription of Heroin, Two Randomized Controlled Trials. Informe de van den Brink, W., Hendriks, V. M., Blanken, P., et al. Comité central sobre el tratamiento de los adictos a la heroína, Utrecht.
- Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad. "Informe: Hábitos de salud en población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2001". Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2001 7 (11): 1-42. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
- Consejo de la Unión Europea (2000). Plan de acción de la Unión Europea materia de lucha contra la droga (2000-2004), http://www.emcdda.eu.int/policy_law/eu/eu_actionplan.shtml.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. La incidencia de las drogas en el medio laboral, 2001. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Madrid, 2002.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas. Indicadores de Tratamiento Urgencias y Mortalidad: Informe año 2000. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 2002.
- Dettmer, K. (2002) First-aid training for drug users and (in emergency)naloxone. Informe sobre un estudio piloto realizado por Fixpunkt e.V., Berlín. Documento presentado a la reunión de expertos del OEDT sobre «Prevención y gestión de la sobredosis», Lisboa, 24 y 25 de octubre de 2002.
- DrugScope (2000). Vulnerable Young People and Drugs: Opportunities to Tackle Inequalities. DrugScope: Londres.

- Eland, A. y Rigger, H. (2001). Immigrants and Drug Treatment. Estudio sobre antecedentes. Observatorio Nacional de la Droga, Utrecht.
- EMCDDA (2002a). Informe Anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea y Noruega. EMCDDA: Lisboa.
- EMCDDA (2002b). Update and Complete the Analysis of Drug Use, Consequences and Correlates Amongst Minorities. EMCDDA Scientific Report. EMCDDA: Lisboa.
- EMCDDA (2002c). Strategies and coordination in the field of drugs in the
- EMCDDA (2003a). Alternatives to Prison for Drug Dependent Offenders. Expert Meeting Report 2003. EMCDDA: Lisbon.
- ESPAD (European School Surveys Project) (2001). Alcohol and other drug use among students in 30 European countries, B. Hibell, B. Andersson, S. Ahlström, O. Balakireva, T. Bjarnason, A. Kokkevi, M. Morgan, Consejo Sueco de Información sobre el Alcohol y otras Drogas (CAN), Grupo Pompidou del Consejo de Europa, diciembre 2000).
- Farrell, M., Verster, A., Davoli, M., et al. (2000) Reviewing Current Practice in Drug-substitution Treatment in the European Union. OEDT: Lisboa.
- Ferrari, A., Manaresi, S., Castellini, P., et al. (2001). Overdose da oppiacei: analisi dei soccorsi effettuati dal Servizio Emergenze Sanitarie «118» Modena Soccorso, nel 1997. Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo, año XXIV 2001, no 2.
- Fundación Secretariado General Gitano (2002). Grupos étnicos minoritarios y consumo de drogas. Fundación Secretariado General Gitano, Madrid.
- Godfrey, C., Eaton, G., McDougall, C. y Culyer, A. (2002). The economic and social costs of Class A drug use in England and Wales, 2000. Estudio de investigación no 249 del Ministerio del Interior, Dirección de Desarrollo y Estadística, Londres.
- Goulden C. y Sondhi, A. (2001). At the Margins: Drug Use by Vulnerable Young People in the 1998/99 Youth Lifestyles Survey. Estudio de investigación del Ministerio del Interior no 228, Londres.
- Griffiths, C. (2003). Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1997-2001. Health Statistics Quarterly, 17 (Spring 2003): 65-71.
- Hammersley, R., Marsland, L. y Reid, M. (2003). Substance Use by Young Offenders: the Impact of the Normalisation of Drug Use in the Early Years of the 21st Century. Estudio de investigación del Ministerio del Interior no 361, Ministerio del Interior, Londres.
- Hariga, F., Goosdeel, A. y Raedemaker, A. F. (1998). Opération boule-deneige sida, hépatites, overdoses. Carnets du Risque 15. Modus Vivendi, Bruselas.
- Hartnoll, R., Daviaud, R.L. y Mitcheson, M. (1991). Problemas de drogas: Valoración de necesidades locales. Madrid: Delegación de Gobierno para el Plan Nacional. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Hickey, C. (2002). Crime and Homelessness. Focus Ireland and PACE: Dublín.
- Hurley, S. F., Jolley, D. J. y Kaldor, J. M. (1997). Effectiveness of needleexchange programmes for prevention of VIH infection. Lancet 349: 1797-1800. Informatievoorziening Zorg (IVZ). Informes nacionales de la red Reitox (2002)
- Johnston, L.D.; O'Malley, P.M. y Bachman, J.G. National Survey results on drug use 1975-2001. NIDA. Maryland, 2002.
- Kopp, P. y Fenoglio, P. (2003). Public Spending on Drugs in the European Union During the 1990s - Retrospective Research.
- Lepère, B., Gourarier, L., Sánchez, M., et al. (2001). Diminution du nombre de surdoses mortelles à l'héroïne en France, depuis 1994. A propos du role des traitements de substitution. Annales de Médecine Interne 152 (suplemento del no 3): IS5-12
- Lloyd, C. (1998). Risk factors for problem drug use: Identifying vulnerable groups. Drugs, Education, Prevention and Policy 5 (3).
- Lupton, R., Wilson, A., May, T., et al. (2002). A rock and a hard place: drug markets in deprived neighbourhoods. Estudio de Investigación del Ministerio del Interior no 240, Ministerio del Interior, Londres.
- Medicos del Mundo. Programas de intercambio de jeringuillas de Médicos del Mundo en Madrid, Valencia y Galicia: análisis de las características diferenciales de sus usuarios según el tratamiento previo o concomitante en programas de mantenimiento con metadona. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 2001.
- Megías Valenzuela E., Bravo Portela M.J., Juez Guitierrez J., Navarro Botella J., Rodríguez San Julián E., Zarco Montejo J. Atención primaria ante las drogodependencias. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Madrid, 2001.
- Molinae, M., Pecsteen, D., Hariga, F., et al. (2002). L'usage de drogues en communauté française. Informe de la Comunidad Francesa 1999-2000. Ministerio de la Comunidad Francesa, Bruselas.

- Navarro Botella J., Gómez González E. (2003). Los Andaluces ante las drogas VIII. Comisionado para las Drogas, Junta de Andalucía. Sevilla.
- Navarro Botella, J. Jóvenes andaluces ante las drogas (2002). Prevalencia del consumo de drogas y el juego en los jóvenes andaluces (tomo 1). Andalucía (Comunidad Autónoma) Consejería de Asuntos Sociales. Sevilla 2003.
- Observatorio Español Sobre Drogas (2002). Informe nº 5, Ministerio de Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea en. Oficina de publicaciones oficiales de las Comunidades Europeas. Luxemburgo, 2002.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe anual sobre el problema de las drogodependencias en la Unión Europea 2001. Oficina de publicaciones oficiales de las comunidades europeas. Luxemburgo, 2001.
- Origer, A. y Delucci, H. (2002). Etude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage illicite de substances psycho-actives. Analyse comparative (1992-2000). Series de recherche no. 3. Point Focal del OEDT en Luxemburgo-CRP Santé, Luxemburgo.
- Paglia, A. y Room, R. (1999). Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention* 20: 3-50.
- Parker, H. y Egginton, R. (2002). Adolescent recreational alcohol and drugs careers gone wrong: developing a strategy for reducing risks and harms. *International Journal of Drug Policy* 13: 419-432.
- Petraitis, J., Flay, B., Miller, T., et al. (1998). Illicit substance use among adolescents: a matrix of prospective predictors. *Substance Use & Misuse* 33: 2561-2604.
- Plan nacional Sobre Drogas (2004). Memoria 2002. Ministerio de Justicia e Interior. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Postma, M. J., Wiessing, L. G. and Jager, J. C. (2001). Pharmaco-economics of drug addiction; estimating the costs of hepatitis C virus, hepatitis B virus and human immunodeficiency virus infection among injecting drug users in Member States of the European Union. *Boletín de las Naciones Unidas sobre Estupefacientes* no 53, 79-89.
- Pudney, S. (2002). The road to ruin? Sequences of initiation into drug use and offending by young people in Britain. Estudio de investigación del Ministerio del Interior no 253. Ministerio del Interior, Londres.
- Reinås, K., Waal, H., Buster, M. C. A., et al. (2002). Strategic Choices for Reducing Overdose Deaths in Four European Cities. A Joint Project of the Cities of Oslo, Amsterdam, Copenhagen, and Frankfurt am Main. Servicios de lucha contra el alcoholismo y la drogodependencia del Ayuntamiento de Oslo, Oslo.
- Seaman, S., Brettle, R. y Gore, S. (1998). Mortality from overdose among drug users recently released from prison: database linkage study. *British Medical Journal* 316: 426-428.
- Single, E., et al. (2001). *International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse*, 2a edición.
- Sporer, A. (2003). Strategies for preventing heroin overdose. *British Medical Journal* 326: 442-444.
- Stauffacher, M. (1998). Treated Drug Users in 22 European Cities. Annual update. 1996 Trends 1992-1996. Grupo Pompidou, Consejo de Europa, Estrasburgo.
- Stephenson, J. (2001). Former addicts face barriers to treatment for HCV. *Journal of the American Medical Association* 285: 1003-1005.
- Stöver, H. (2001). Assistance to Drug Users in European Union Prisons: an overview study, informe científico del OEDT, Lisboa y Londres.
- Swadi, H. (1999). Individual risk factors for adolescent substance use. *Drug and Alcohol Dependence* 55, 209-224.
- Tait, R. J, Hulse, G. K., Robertson, S. I. y Sprivulis, P. (2002). Multiple hospital presentations by adolescents who use alcohol or other drugs. *Addiction* 97: 1269-1275.
- Varescon-Pousson, I., Boissonnas, A. y Ionescu, S. (1997). La surdose non mortelle: etude descriptive d'une population de toxicomanes. *Psychologie Française* 3: 255-260.
- Villalbi, J. R. y Brugal, M. T. (1999). Sobre la epidemia de heroína, su impacto, su contexto y las políticas sanitarias. *Medicina Clínica (Barcelona)* 112: 736-737.
- Vrieling, I., Van Alem, V. C. M. y Van de Mheen, H. (2000). Drop-out onder allochtonen in de ambulante verslavingszorg 1994-1998. IVV/IVO: Houten/Rotterdam.
- Warner-Smith, M., Lynskey, M., Darke, S. y Hall, W. (2001). Heroin overdose: prevalence, correlates, consequences and interventions. Informe elaborado por el Centro de Investigación sobre el Alcohol y las Drogas de la Universidad de Nueva Gales del Sur, Consejo Nacional Australiano de Lucha contra las Drogas, Woden, Australia.
- WHO (1998). Opioid overdose: trends, risk factors, interventions and priorities for action. World Health Organization, Programme on Substance Abuse, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse: Ginebra.
- Wiessing, L. (2001). The access of injecting drug users to hepatitis C treatment is low and should be improved, *Eurosurveillance Weekly*, número 31 (<http://www.eurosurv.org/2001/010802.htm>).

**Autores: Manuel Martínez Delgado
María Fdz-Repeto Guilloto
Juan Ramírez López
E-mail: jmmartinez@dipucadiz.es
jramirez@diphuelva.org**

3. TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS DEL ABUSO Y DEPENDENCIA DE OPIÁCEOS

■ 3.1. INTOXICACIÓN Y DESINTOXICACIÓN DE OPIÁCEOS

3.1.1. INTOXICACIÓN POR OPIÁCEOS

La característica esencial de la intoxicación por opiáceos, es la aparición de un síndrome específico y reversible, debido a la ingestión reciente de los mismos. La gravedad del cuadro va a oscilar entre la intoxicación de carácter leve-moderada, que no suele requerir tratamiento, hasta la sobredosis grave que puede ser mortal; estando relacionada con la cantidad de sustancia consumida, tipo de sustancia, vía de administración, asociación con otras sustancias, etc.

Para su diagnóstico vamos a utilizar criterios operativos de referencia como los referidos por la DSM-IV-TR.

3.1.2. ABSTINENCIA DE OPIÁCEOS

La característica esencial es la presencia de un síndrome específico debido al cese, reducción del consumo o administración de un antagonista. Normalmente no suele peligrar la vida del paciente, a no ser que exista patología de base, que pueda descompensarse. Existen diferentes modalidades para su abordaje terapéutico, recomendándose el tratamiento de la misma en cualquier situación, con toda confianza clínica.

Para su diagnóstico vamos a utilizar criterios operativos, como los referidos en la DSM-IV-TR.

A. ESCALAS DE EVALUACIÓN

La evaluación del Síndrome de Abstinencia de Opiáceos (SAO), se debe basar fundamentalmente en la exploración clínica (valoración de signos y síntomas), no obstante se recomienda el uso de instrumentos de evaluación que ayuden a dirigir el tratamiento y evaluar el progreso de la mejoría sintomatológica.

Existen numerosas escalas para valorar el SAO, todas son similares y se basan en la valoración de una serie de signos y síntomas en un rango variable de gravedad. A continuación vamos a describir las más usadas y con mayor confianza clínica.

A.1.- OWS (Opiate Withdrawal Scale)

(Bradley, Gossop, Philips et al., 1987), describe la severidad de los síntomas de 0 (ausente) a 3 (grave), presenta 32 ítems. Está considerado como un instrumento veraz y válido.

A.2.- SOWS (Short Opiate Withdrawal Scale)

(Gossop, 1990), es una adaptación de la OWS, elimina items redundantes, puede ser usada en situaciones en las cuales la anterior es impracticable. Consta de 10 items y valora la intensidad de los mismos de 0 (ausente) a 3 (grave). Es muy útil y práctica por la facilidad de su manejo.

A.3.- OWSOC (Opioid Withdrawal Syndrome Observation Chart-Wistaria Centre, 1993)

SÍNTOMAS	AUSENTE	LEVE	MODERADO	SEVERO
1. Sentirse mal	0	1	2	3
2. Retortijones	0	1	2	3
3. Espasmos musculares	0	1	2	3
4. Sentir frialdad	0	1	2	3
5. Sentir el latido cardíaco	0	1	2	3
6. Tensión muscular	0	1	2	3
7. Dolores	0	1	2	3
8. Bostezos	0	1	2	3
9. Rinorrea/lagrimo	0	1	2	3
10. Insomnio	0	1	2	3

es una escala que valora 9 items de signos objetivos y 4 de signos subjetivos, además de otros dos correspondientes a medicación, describe la severidad de los items de 0 (ausente) a 1 (presente). Es una escala para servicios especializados, ya que su uso es complicado.

A.4.- DFSS-14 (Detoxification Fear Survey Schedule)

(Milby, Gurwitch, Hohmán et al., 1987), es un autoinforme capaz de discriminar a los pacientes con temor o fobia a la desintoxicación.

A continuación reproducimos la escala SOWS, por ser la que consideramos más práctica.

SOWS (Short Opiate Withdrawal Scale. Gossop, 1990)

B. INDICACIONES PARA LA ELECCIÓN DEL CONTEXTO DEL TRATAMIENTO.

Los pacientes con dependencia de opiáceos pueden ser atendidos en diferentes contextos terapéuticos. La elección del contexto debe basarse en las exigencias del Plan Terapéutico Individualizado (PTI) y debe ser llevado a cabo del modo menos restrictivo posible en el cual sea probable la aplicación segura y eficaz de las medidas terapéuticas.

Las decisiones relativas al lugar de asistencia deben basarse en las siguientes características del paciente:

- Capacidad y deseo de colaboración con el tratamiento.
- Capacidad de autocuidado.

- Necesidad de una estructura, apoyo, y supervisión para mantener un tratamiento seguro, alejado de los ambientes y actividades que fomentan el consumo de la sustancia.
- Necesidad de tratamientos específicos para trastornos médicos generales o psiquiátricos asociados.
- Necesidad de tratamientos concretos o de una intensidad de tratamiento que pueden ser aplicables tan sólo en determinados contextos.
- Preferencia por un contexto de tratamiento particular

Los contextos a los cuales se van a referir las indicaciones, se deben considerar como elementos o partes concretas de un “continuum” terapéutico y los estudios que se han realizado para valorar la eficacia de los resultados a corto, medio y largo plazo de los distintos contextos terapéuticos, presentan diversos problemas metodológicos, por lo que no podemos llegar a concluir nada acerca de la mejor eficacia de uno u otro contexto.

B.1. UNIDADES HOSPITALARIAS.

La cartera de servicios de los tratamientos hospitalarios incluyen normalmente: la desintoxicación, la evaluación y tratamiento de los trastornos físicos y psíquicos asociados, tratamientos grupales, individuales y familiares, la psicoeducación, el consejo y el trabajo motivacional.

Las Unidades Hospitalarias, pueden permitir la entrada y salida de pacientes y familiares de forma supervisada o bien ser cerradas especialmente para los pacientes con trastornos psiquiátricos asociados, con poco control de los impulsos y escasa capacidad de juicio y aquellos pacientes con poca motivación y que voluntariamente lo expresen por escrito.

La duración del tratamiento debe venir dada por la necesidad actual del paciente de ser tratado en un contexto restrictivo y por la capacidad que tenga de participar de manera segura en un contexto menos restrictivo.

Según los datos existentes la hospitalización no aporta beneficios específicos respecto a otros contextos terapéuticos, aunque sí existen una serie de indicaciones para situaciones como las siguientes:

Indicaciones para la Unidad Hospitalaria

1. Pacientes con sobredosis graves, que no pueden ser tratados a nivel ambulatorio de manera segura.
2. Pacientes con síndrome de abstinencia grave o complicado.
3. Pacientes con enfermedades médicas agudas o crónicas que hacen que la desintoxicación a nivel ambulatorio sea poco segura.
4. Pacientes con antecedentes documentados de fracasos terapéuticos a nivel ambulatorio.
5. Pacientes con una patología psiquiátrica asociada importante en los que existe un peligro agudo para ellos mismos o para otros.
6. Pacientes que manifiestan un consumo de sustancias u otras conductas que constituyen un peligro agudo para ellos mismos o para otros.
7. Pacientes que no han respondido a las medidas de tratamiento menos

intensivas y cuyo trastorno o trastornos por consumo de sustancias plantean una amenaza permanente para la salud física o mental.

B.2. HOSPITAL DE DÍA.

El Hospital de Día puede proporcionar una atención terapéutica intensiva y estructurada a pacientes que requieran más servicios de los que generalmente se proporcionan en contextos ambulatorios, sin necesidad de estar ingresados. La duración debe ajustarse a las necesidades del paciente y puede oscilar entre unos meses y varios años.

Los recursos terapéuticos con los que cuenta el Hospital de Día son:

- La terapia individual, familiar y grupal.
- El consejo laboral y educativo.
- La utilización de medicación bajo supervisión médica (Antagonistas, interdictores, tuberculostáticos, antipsicóticos...).
- La utilización de técnicas terapéuticas complejas, que requieran importante supervisión (Desintoxicaciones cortas y ultracortas, inducciones con agonistas...).
- Análisis toxicológicos.
- Tratamiento de los trastornos psiquiátricos asociados.
- Estrategias de Prevención de Recaídas.
- Educación del paciente y familia respecto a los trastornos adictivos.

Indicaciones para el Hospital de Día.

- Pacientes dados de alta de un hospital, comunidad terapéutica o residencia que presenten un riesgo elevado de recaída.
- Pacientes en fases iniciales del tratamiento y con motivación ambivalente para continuar con la abstinencia.
- Los que presentan antecedentes de fracasos terapéuticos repetidos en el período inmediatamente posterior a la salida de hospital o comunidad.
- Los pacientes que residen en zonas con alta disponibilidad de drogas.
- Pacientes con bajo apoyo social y familiar.
- Los que padecen de patología psiquiátrica asociada.

B.3. CENTROS RESIDENCIALES.

Los centros residenciales están indicados fundamentalmente para aquellos pacientes cuyas vidas e interacciones sociales están centradas exclusivamente en el consumo de sustancias y carecen en ese momento de una motivación suficiente y/o de apoyos sociales necesarios para llevar a cabo la desintoxicación y que no cumplan criterios para la hospitalización.

La oferta de servicios de los centros residenciales incluyen:

- La evaluación psicosocial, laboral y familiar.
- Psicoeducación.
- Proporcionar atención médica y psiquiátrica, cuando sea necesario.
- Terapia individual y grupal.
- Rehabilitación social y laboral.
- Prevención de recaídas.

En nuestra Comunidad Autónoma disponemos de dos tipos de centros residenciales para realizar tratamientos de desintoxicación: Las Comunidades Terapéuticas y las Viviendas de Apoyo al Tratamiento.

I. COMUNIDADES TERAPÉUTICAS.

Recurso residencial ubicado normalmente en el medio rural alejado de los grandes núcleos de población, destinados a la deshabitación, pero también para aquellos pacientes que precisen de una desintoxicación y posteriormente vayan a continuar la deshabitación en la Comunidad Terapéutica.

Indicaciones para la desintoxicación en Comunidad Terapéutica:

- Que vayan a continuar la deshabitación en Comunidad Terapéutica.
- Que necesiten un contexto terapéutico altamente estructurado en el que iniciar el tratamiento.
- Que presenten falta de apoyo familiar y social.
- Múltiples fracasos terapéuticos previos.
- Que padezcan de graves trastornos del carácter, que dificulten el tratamiento en otros contextos.
- Pacientes con alto grado de negación que necesiten de una confrontación interpersonal y de grupo como parte importante del proceso inicial.

II. VIVIENDAS DE APOYO AL TRATAMIENTO.

Recurso residencial y de convivencia de carácter urbano destinado a reforzar los períodos iniciales del tratamiento, fundamentalmente el proceso de desintoxicación y la consolidación de la abstinencia tras la desintoxicación o en la deshabitación con agonistas. La oferta de servicios es similar a la de las Comunidades Terapéuticas y las indicaciones son las siguientes.

Indicaciones para la desintoxicación en Vivienda de Apoyo al Tratamiento:

- Pacientes con apoyo social y familiar inadecuado para realizar la desintoxicación.
- Pacientes con residencia en zonas de alta incidencia de consumos.
- Pacientes con escasos recursos económicos.
- Pacientes que una vez desintoxicados vayan a continuar el proceso de deshabitación en otros recursos libres de drogas.
- Pacientes que precisen una vez desintoxicados una incorporación gradual y supervisada en su propio medio.

B.4. UNIDADES AMBULATORIAS.

Son recursos ambulatorios ubicados en núcleos urbanos de grandes ciudades y en municipios, con una zona de actuación definida, formada por equipos interdisciplinares que trabajan con el paciente y la familia del mismo y que están en coordinación con recursos específicos de la red y con otros no específicos como salud, servicios sociales, judiciales, laborales, educativos...

La oferta asistencial incluye la atención integral al proceso terapéutico, estando formada por:

- Valoración médica, psicológica y social.
- Tratamiento médico y psiquiátrico.
- Terapia individual, familiar y grupal.
- Rehabilitación e incorporación sociolaboral.
- Prevención de recaídas.

Las indicaciones para la desintoxicación ambulatoria son las siguientes:

- Pacientes cuyo estado clínico o circunstancias ambientales no exigen un grado de asistencia más intensivo.
- Pacientes con adecuados recursos sociales, familiares y económicos.
- Pacientes motivados para realizar desintoxicación.
- Pacientes con dependencias leves o moderadas.
- Pacientes cuyo síndrome de abstinencia no se prevea como grave.
- Pacientes que no presenten graves trastornos orgánicos.
- Pacientes sin trastornos psiquiátricos graves.
- En definitiva, serán susceptibles de desintoxicación ambulatoria aquellos pacientes motivados, con recursos adecuados y que el realizar una desintoxicación ambulatoria no le exponga a graves riesgos para su salud.

Las elevadas tasas de abandono constituyen un verdadero problema tanto de los contextos hospitalarios y residenciales como de los ambulatorios, en especial en la fase inicial (es decir, en los primeros seis meses). La variable que mejor predice el éxito del tratamiento es el mantenimiento en el programa, por lo que deben tomarse medidas específicas para motivar a los pacientes en la persistencia en el tratamiento.

3.1.3. TRATAMIENTO DE LA INTOXICACIÓN POR OPIÁCEOS.

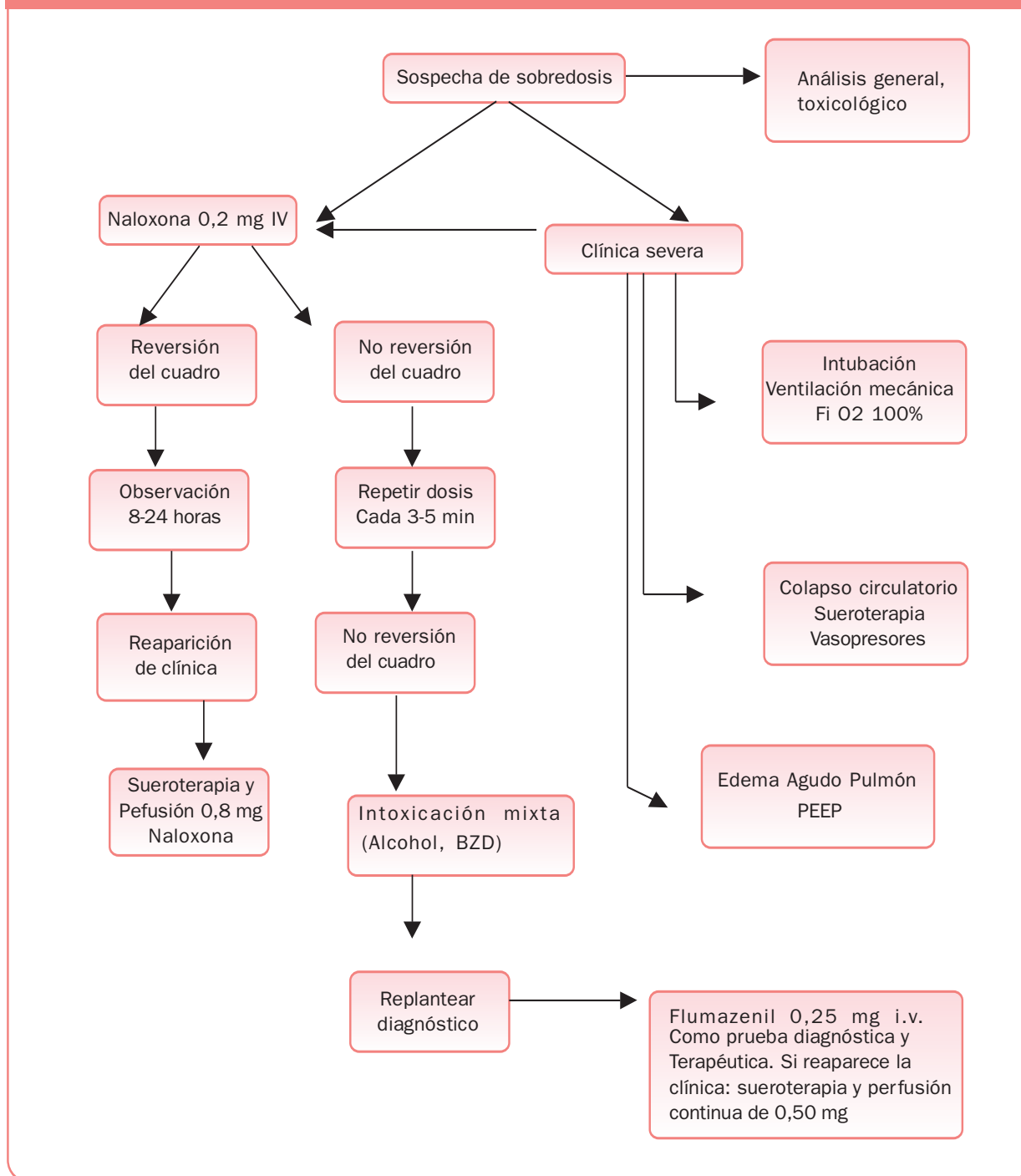
La intoxicación aguda de carácter leve o moderada no suele requerir tratamiento. Sin embargo, la sobredosis grave de opiáceos puede ser mortal y requiere tratamiento en un servicio de urgencias médicas o en un hospital.

La duración de la hospitalización y observación dependerá de la dosis y vida media del opiáceo utilizado, de la presencia de otras drogas de abuso, de las características de la gravedad clínica y de las complicaciones médicas asociadas.

Una sobredosis no complicada por heroína puede ser tratada en urgencias y dar el alta en 4-8 horas. Sin embargo una sobredosis de Metadona puede requerir de observación y medidas de sostén durante unas 24-48 horas, ya que la vida media de la misma es mayor que la de la heroína. Por otra parte, en las sobredosis con fines autolíticos, es conveniente realizar una evaluación psiquiátrica.

La base del tratamiento es la restauración de las funciones vitales mediante soporte respiratorio y circulatorio, junto con la administración de antagonistas opiáceos (naloxona).

Árbol de decisión en la intoxicación por opiáceos



La falta de respuesta a la administración de naloxona debe hacernos pensar en un error diagnóstico o bien en la intoxicación por más de una sustancia. Las sustancias más frecuentemente implicadas en una sobredosis mixta son el alcohol y las benzodiacepinas.

El empleo de Flumazenil (Anexate), es útil en el diagnóstico diferencial y en el tratamiento de la intoxicación por benzodiacepinas, además parece tener ciertos efectos beneficiosos en el coma etílico.

Deben remitirse muestras de sangre y orina para determinaciones generales de laboratorio, y pruebas toxicológicas que permitan la confirmación del diagnóstico.

3.1.4. TRATAMIENTO DE LA ABSTINENCIA DE OPIÁCEOS.

Los tratamientos de desintoxicación son procesos destinados a conseguir la abstinencia, permitiendo al paciente prescindir del consumo del tóxico. Se trata de un proceso mediante el cual se le suprime de forma brusca o gradualmente una sustancia a un sujeto, en este caso un opiáceo, del cual es físicamente dependiente.

Los objetivos de la desintoxicación según la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) son:

Objetivos de la desintoxicación.

- Liberar al organismo de la dependencia asociada al consumo crónico.
- Disminuir el dolor y molestias característicos de la abstinencia .
- Proporcionar un tratamiento seguro y humanizado que permita al adicto superar las primeras dificultades que surgen al iniciar algún tipo de tratamiento.
- Detectar y tratar cualquier problema médico existente.
- Iniciar el proceso de educación del paciente en todas aquellas cuestiones relacionadas con la salud y prevención de recaídas.
- Comenzar a definir las necesidades de cara a planificar el Plan Terapéutico Individual (PTI).
- Facilitar la incorporación del paciente a un programa de tratamiento a largo plazo (rehabilitación y reinserción).

Actualmente existen múltiples tipos de desintoxicaciones, desde las que se efectúan sin ayuda farmacológica por parte de determinados grupos terapéuticos no medicalizados, pasando por las que se realizan a nivel ambulatorio en los Centros de Tratamiento, que no requieren instalaciones sanitarias especiales, hasta las más tecnificadas, como las ultrarrápidas, que exigen un control médico exhaustivo del paciente, incluso, el ingreso del paciente en una unidad de cuidados intensivos.

A. PAUTAS DE DESINTOXICACIÓN CLÁSICAS.

Las pautas de desintoxicación clásicas se basan en la utilización de agonistas opiáceos, agonistas α -2 adrenérgicos y tratamiento farmacológico sintomático. En todos los casos, es preciso, previamente al inicio de la desintoxicación, realizar una valoración médica completa que incluya análisis elementales, así como una historia toxicológica exhaustiva que permita conocer con profundidad las sustancias consumidas, las dosis utilizadas, las vías de administración y la antigüedad del consumo. Todos estos datos nos orientarán para conocer el grado de tolerancia desarrollada, la

intensidad del síndrome de abstinencia que pueda desarrollar y el estado físico del paciente para afrontar el mismo utilizando fármacos con el menor riesgo posible.

A.1. TRATAMIENTO CON AGONISTAS OPIÁCEOS.

Los tratamientos de desintoxicación con agonistas opiáceos se basan en la tolerancia cruzada de unos opiáceos con otros y consiste en sustituir el opiáceo usado por el paciente, habitualmente heroína, por un fármaco opiáceo de vida media más larga y fácil manejo clínico, siendo para ello necesario tener en cuenta las equivalencias de dosis.

Equivalencias de dosis entre agonistas opiáceos.

Metadona: 1mg es equivalente a:

Heroína	1-2	mg
Morfina	3-4	mg
Meperidina	20	mg
Codeína	25-30	mg
Propoxifeno	40-50	mg
Buprenorfina	0,06	mg

I.- METADONA.

La metadona es un potente agonista opiáceo de síntesis con actividad preferente sobre los receptores m. Presenta buena absorción por vía oral y es capaz de suprimir la sintomatología de abstinencia de los opiáceos de forma prolongada. Se detecta en plasma a los 30 minutos de su administración y alcanza concentraciones plasmáticas máximas a las cuatro horas. La vida media en sujetos no tolerantes es de 15 horas aproximadamente y de 15 a 47 horas, con una media de 25 horas, en sujetos tolerantes.

La biotransformación es hepática y sus principales metabolitos son excretados por la bilis y la orina. Después de la administración repetida se produce un acúmulo gradual en tejidos, que se libera lentamente; por ello, si la metadona se suspende bruscamente se provoca un síndrome de abstinencia de intensidad leve, pero de más larga duración que el de la heroína.

Para realizar una desintoxicación con metadona, primero debemos estabilizar al paciente en una dosis confortable, que es aquella con la cual no experimenta síntomas de abstinencia. La dosis inicial no debería superar los 20-40 mg/día, aumentando de 5-10mg/día, hasta conseguir la dosis óptima, aunque en los tratamientos de desintoxicación con metadona la dosis adecuada para contrarrestar el SAO y de la cual debemos partir, no debería superar los 30 mg/día

Una vez controlado el SAO y estabilizado el paciente, se iniciará una lenta disminución diaria del fármaco en función del estado general.

**Dosis orientativas de metadona, en función de la heroína ilegal consumida.
(Ribalta et al, 1993).**

HEROÍNA	METADONA
1/8 g (125 mg)	15 - 20 mg
1/4 g (250 mg)	30 - 45 mg
1/2 g (500 mg)	60 - 90 mg
3/4 g (750 mg)	90 - 135 mg
1 g (1000 mg)	120 - 190 mg

Existen diferentes pautas de desintoxicación, en función de la duración de las mismas se pueden clasificar en:

Desintoxicación a corto plazo.

La duración del proceso completo suele durar entre 14-21 días. Al inicio se estabiliza al paciente con una dosis no superior a los 30-40 mg/día y a partir de dicha dosis se van realizando reducciones diarias de 5-2 mg/día, hasta conseguir abstinencia. En la última fase se puede asociar tratamiento sintomático.

Desintoxicación a largo plazo.

Implica un descenso gradual de la dosis de metadona durante un periodo de 3-6 meses. Se realiza en algunos pacientes que han seguido tratamiento de mantenimiento con metadona. La disminución de dosis se realiza lentamente, aproximadamente unos 10 mg/semana, hasta conseguir los 25-30 mg/día. A partir de estas dosis no se recomienda decrementos superiores a los 5 mg/semana.

II.- DEXTROPROPOXIFENO.

Agonista opiáceo poco potente, con efecto analgésico menor que la codeína, con buena absorción oral y parenteral. Se estima que la vida media es de 3,5 a 15 horas, según la vía usada.

El Dextropropoxifeno es útil para realizar desintoxicaciones en pacientes con dependencia de opiáceos leve o moderada. A dosis superiores de 1.000-1.500 mg/día puede aparecer disforia, sedación, convulsiones y alucinaciones, por lo que su manejo se hace peligroso. Además, debido a su estrecho margen terapéutico, existe un elevado riesgo de sobredosis con parada respiratoria. Es conveniente añadir un hipnótico como la zoplicona o lormetacepán. La duración del tratamiento suele ser de 7-14 días y la dosis inicial suele oscilar entre 450 y 900 mg/día, distribuidos en tres tomas, posteriormente se disminuyen 150 mg/día en función del estado general del paciente. Se aceptan múltiples variaciones de esta pauta.

**Pauta de Dextropoxifeno (cápsulas 150 mg) para consumo aproximado
1/2 g de heroína al día**

Día	Cápsulas
1º	2 - 1 - 2
2º	2 - 2 - 2
3º - 5º	2 - 2 - 3
6º	2 - 2 - 2
7º	2 - 1 - 2
8º	1 - 1 - 2
9º	1 - 1 - 1
10º	1 - 0 - 1
11º	0 - 0 - 1
12º	0 - 0 - 0

III. BUPRENORFINA.

Opioide semisintético derivado de la tebaína con acción mixta agonista-antagonista, por lo que se define como agonista parcial, ya que ejerce acciones distintas sobre los receptores opiáceos. Para el receptor κ , tiene alta afinidad y presenta actividad antagonista. Sobre el receptor μ , también presenta una alta afinidad con una lenta interacción y disociación del receptor, lo que explicaría la larga duración de sus efectos, pero presenta una baja actividad intrínseca, por lo que se comporta como un agonista parcial μ . Para el receptor δ presenta menor afinidad teniendo una acción agonista débil.

La acción de la buprenorfina es de 25 a 50 veces más potente que la morfina. La absorción es relativamente buena por todas las vías, utilizándose de modo habitual la vía sublingual. La concentración sanguínea máxima se logra a los 5 minutos por vía intramuscular y a las 2 horas por vía oral o sublingual. Su vida media plasmática es de 3 horas, aunque posee una larga duración de acción, comparable a la metadona, debido a su lenta disociación de los receptores opioides. Es metabolizada en hígado y su principal metabolito es la nor-buprenorfina.

Se ha afirmado que la administración crónica no llega a crear una dependencia física significativa y que la supresión brusca en caso de abuso o dependencia generaría un síndrome de abstinencia tardío y de intensidad leve-moderado.

En estudios comparativos se ha comprobado que 2mg de buprenorfina sublingual eran tan eficaces como 30 mg de metadona por vía oral.

Actualmente se recomienda el uso de 2-3 mg/día por vía sublingual para realizar desintoxicaciones, dado que con estas dosis predominan los efectos agonistas opiáceos que contrarrestan la sintomatología abstinencial. Una vez estabilizado se mantiene la dosis durante un mes, con el objetivo de desensibilizar los receptores opiáceos y en la última fase se finaliza la administración y se inicia el tratamiento con antagonistas.

La buprenorfina puede ser útil en los pacientes que presentan dependencia de heroína, para finalizar o suspender los programas de mantenimiento con metadona y en aquellos pacientes que abusan de analgésicos tipo opiáceos.

IV. CODEÍNA.

Agonista opiáceo tipo m de menor potencia que la morfina, con una buena actividad analgésica, también usado para tratar la abstinencia en aquellos cuadros de adicción de opiáceos de carácter leve-moderado.

Se ha comprobado que 120 mg de codeína equivalen a 10 mg de metadona. En los tratamientos de desintoxicación se pueden usar pautas que se inician a partir de 360 mg/día repartidos en tres tomas que van a ir decreciendo, para finalizar a los 10-12 días.

V. DIFENOXILATO.

Análogo de la meperidina, a dosis altas (40-60 mg) posee actividad opioide.

A.2. TRATAMIENTO CON AGONISTAS α -2 ADRENÉRGICOS.

Los agonistas α -2 adrenérgicos son fármacos que actúan estimulando los receptores α -2 presinápticos del locus coeruleus del mesencéfalo, de tal modo que bloquean la sintomatología neurovegetativa del SAO, provocada por la hiperactividad adrenérgica, la cual es desencadenada al suprimir bruscamente el consumo de opiáceos, al reducir la dosis de fármacos agonistas opiáceos o al precipitar un SAO mediante antagonistas.

Existen diferentes fármacos dentro de este grupo, como: la clonidina, lofexidina, guanabenz, azepexol, monoxidina, guanfacina, etc. Todos ellos son útiles para suprimir el componente vegetativo (náuseas, vómitos, diarreas, espasmos y sudoración), pero su acción sobre el malestar subjetivo, el dolor generalizado, el deseo de consumo, la intranquilidad psicomotriz, el insomnio y las mialgias es mínimo, por lo que se aconseja pautar tratamiento sintomático de estas molestias.

Están contraindicados en las siguientes situaciones:

- Alergias a las imidazolininas.
- IMAOS.
- Antihipertensivos (excepto diuréticos).
- Bradicardia sinusal severa u otras arritmias.
- Psicosis (pueden reactivar sintomatología).
- Insuficiencia hepática o renal.
- Hipotensión marcada.
- Consumos elevados de alcohol o cocaína.
- Embarazo.

I. CLONIDINA.

Es un agonista α -2 adrenérgico, se absorbe bien en el tracto gastrointestinal, se metaboliza en hígado, se excreta en un 65% por el riñón y su vida media en plasma es de 6-20 horas.

Está indicada en el tratamiento de desintoxicación de pacientes hospitalizados y en pacientes ambulatorios muy motivados, en la finalización de los tratamientos de deshabituación con metadona y en combinación con naltrexona en los tratamientos de antagonización rápida.

El efecto secundario más destacable es la hipotensión, que se suele acompañar de mareos, hipersomnia y postración. En este sentido no se debe administrar la dosis de clonidina cuando la tensión arterial sistólica es menor de 80 y/o la frecuencia cardíaca es inferior a 50 x' y se debe esperar a la siguiente toma para comprobar las constantes antes de administrar la siguiente toma.

Una posible pauta de desintoxicación con clonidina consistiría en la administración sostenida por vía oral durante 6-8 días, que se disminuye en los siguientes días hasta la suspensión a los 10-12 días.

Pautas de desintoxicación con clonidina

Día	PAUTA 1 Consumo < _ g 0,900 mg	PAUTA 2 Consumo < _ g 1,050 mg	PAUTA 3 Consumo < _ g 1,200 mg	PAUTA 4 Consumo < _ g 0,350 mg
1	0-2-2	0-2-3	0-2-3	0-3-3
2	2-2-2	2-2-3	3-2-3	3-3-3
3	2-2-2	2-2-3	3-2-3	3-3-3
4	2-1-2	2-2-2	2-2-3	3-2-3
5	1-1-2	2-1-2	2-2-2	2-2-3
6	1-1-1	1-1-2	2-1-2	2-2-2
7	1-1/2-1	1-1-1	1-1-2	2-1-1
8	1/2-1/2-1	1/2-1/2-1	1-1-1	1-1-2
9	1/2-1/2-1/2	1/2-1/2-1/2	1/2-1/2-1	1-1-1
10	1/2-0-1/2	1/2-0-1/2	1/2-0-1/2	1/2-1/2-1
11	0-0-1/2	0-0-1/2	0-0-1/2	1/2-0-1/2
12	0-0-0	0-0-0	0-0-0	0-0-0

II. LOFEXIDINA.

La lofexidina se utiliza en algunos países europeos, pero no en España, ya que no está comercializada.

El tratamiento con lofexidina comienza con 0,2 mg (1 comprimido) cada 12 horas el primer día, incrementándose 0,2-0,4 mg diarios en función de la respuesta. El tratamiento se mantiene 10-12 días. La dosis máxima recomendada es de 2,4 mg al día. Una vez estabilizado el paciente, el tratamiento se retira en 2-4 días.

Los efectos secundarios más frecuentes son somnolencia, sequedad de mucosas e hipotensión (menor que con clonidina).

A.3. OTROS

Además de los tratamientos referidos anteriormente se pueden usar otros fármacos como tratamiento complementario o para tratar complicaciones, entre estos tenemos analgésicos no esteroideos, antieméticos, benzodiacepinas, antidepresivos, anticomiciales y antipsicóticos.

I. BENZODIACEPINAS.

Se utilizan ampliamente en las desintoxicaciones clásicas como tratamiento coadyuvante de la ansiedad y el insomnio. Es frecuente el uso de benzodiacepinas de vida media larga, como el clonacepán, cloracepato dipotásico y diacepán. Se aconseja su utilización a corto plazo debido a su potencial riesgo de dependencia.

II. ANTIPSICÓTICOS.

Se usan en caso de resistencia a las benzodiacepinas o en pacientes que presentan sintomatología psicótica. Su manejo debe ser cuidadoso, debido a la frecuente aparición de efectos extrapiramidales, especialmente con los clásicos como la levomepromacina, tioridacina y la clotiapina. Recientemente se han incorporado el uso de antipsicóticos atípicos como la risperidona y olanzapina, de gran importancia en la patología dual psicótica.

III. ANTIDEPRESIVOS.

Algunos antidepresivos pueden ser útiles en los pacientes que presentan insomnio y es necesario evitar el uso de benzodiacepinas. En este sentido se han utilizado con éxito la trazodona y los nuevos antidepresivos con un perfil más inductor del sueño, como la mirtazapina.

IV. ANTICOMICIALES.

Últimamente se están usando anticomiciales asociados a los tratamientos de desintoxicación con el objetivo de disminuir impulsividad, craving, y provocar sedación, especialmente los de nueva generación como la gabapentina, topiramato, oxcarbamacepina, etc., los cuales presentan un perfil con menos efectos secundarios. En estos momentos en proceso de valoración.

V. OTROS.

Recientemente se ha abierto una nueva línea de investigación, utilizando antagonistas de los canales L del calcio (Nimodipino) asociado a dextropropoxifeno.

B. PAUTAS DE DESINTOXICACIÓN (ANTAGONIZACIÓN) RÁPIDAS Y ULTRARRÁPIDAS.

En los últimos años se han modificado las pautas farmacológicas empleadas en los tratamientos de desintoxicación de opiáceos. El denominador común de las variaciones observadas es la reducción del tiempo empleado en el proceso y el anticipo en la antagonización, y así conseguir disminuir la duración de los síntomas de abstinencia y el padecimiento de los enfermos y una mayor adherencia al tratamiento y menores tasas de abandono durante la desintoxicación. De este modo podemos observar que las desintoxicaciones clásicas que duran dos o tres semanas comienzan a realizarse primero en cinco días como las pautas de Charney et al, 1982. Kleber et al, 1987. Vining, Kosten y Kleber, 1988; tres días como las pautas del CPD Huelva, 1990. Oliveros et al, 1990. Senft et al, 1991. García et al, 1995 y en un día o menos como las pautas de Loimer et al, 1991 y 1993. Legarda y Gossop, 1994. Seoane et al, 1996. Ochoa et al, 1998. Salazar et al, 1998.

Las estrategias farmacológicas de todas estas técnicas se basan en la combinación de agonistas α -2 adrenérgicos como la clonidina o guanfacina (actualmente retirada del mercado), ya que reducen la actividad noradrenérgica que provoca el SAO y antagonistas opiáceos como la naltrexona, que precipita SAO y provoca bloqueo completo de receptores opioides durante largo tiempo debido a su larga vida media y la naloxona, cuya administración intravenosa es capaz de provocar SAO y al mismo tiempo reducir su duración. Además de los agonistas α -2 adrenérgicos y los antagonistas opiáceos, también se usan antieméticos como la metoclopramida, ondansetrón, oclerótido, para controlar las náuseas y vómitos y ansiolíticos y neurolépticos para conseguir sedación y controlar la agitación.

En función del tiempo de duración, estos tratamientos se dividen en:

- **Tratamiento de desintoxicación (antagonización) rápida.**

Estos tratamientos suelen durar de 3 a 5 días y se realizan normalmente en centros ambulatorios especializados y hospital de día.

- **Tratamiento de desintoxicación (antagonización) ultrarrápida.**

Suelen tener una duración de 24 horas o menos y se llevan a cabo en hospital de día, en planta de hospitalización o en Unidad de Cuidados Intensivos, con sedación profunda y monitorización o sin ella.

B.1. PAUTAS DE DESINTOXICACIÓN (ANTAGONIZACIÓN) RÁPIDAS.

Existen distintas pautas de desintoxicación (antagonización) rápidas, dependiendo de los días de duración y de los fármacos que utilizan, vamos a reflejar las más significativas.

Pauta de Vining, V., Kosten, T.R., Cléber, H.D. Clinical Utility of rapid Clonidine-Naltrexone detoxification for opioid abusers. Br. J. Addict 1988 : 83: 567-575

HORA	FÁRMACO	VÍA	Dosis (mg)				
			Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5
8.30	NALOXONA	I.M.	0,8				
	CLONIDINA	ORAL		0,1-0,3	0,1-0,2	0,1-0,2	0,1
9.00	CLONIDINA	ORAL	0,1-0,3				
	NALTREXONA	ORAL		12,5	25	50	100
14.00	CLONIDINA	ORAL	0,1-0,3	0,1-0,3	0,1-0,2	0,1-0,2	0,1
20.00	CLONIDINA	ORAL	0,1-0,3	0,1-0,3	0,1-0,2	0,1-0,2	0,1
DOSIS DIARIA TOTAL	CLONIDINA		0,3-0,9	0,3-0,9	0,3-0,6	0,3-0,6	0,3
	NALTREXONA		-----	12,5	25	50	100

Tratamiento asociado: - Insomnio: Hidrato de Cloral, 1 gr. o Fluracepan 30 mg.
- Calambres musculares: Diacepán 10 mg.

Pauta CPD HUELVA, 1990

HORA	FÁRMACO	VÍA	Dosis (mg)		
			Día 1	Día 2	Día 3
10.00	CLONIDINA	V.O.	0.15 – 0.3	0.15	0.15
	CLORACEPATO	V.O.	12.5 – 25	12.5 – 25	12.5
	NALTREXONA	-----	--	--	--
11.00	CLONIDINA	-----	--	--	--
	CLORACEPATO	V.O.	--	--	--
	NALTREXONA	V.O.	2 - 10	10 - 20	20 -50
14.00	CLONIDINA	V.O.	0.15 – 0.3	0.15	0.15
	CLORACEPATO	V.O.	12.5	12.5	12.5
	NALTREXONA	-----	--	--	--
22.00	CLONIDINA	V.O.	0.15 – 0.3	0.15	0.15
	CLORACEPATO	V.O.	12.5 – 25	12.5	12.5
	NALTREXONA	-----	--	--	--
23.00	MIDAZOLAM	V.O.	7.5 - 15	7.5	7.5

Tratamiento asociado: Vómitos: Metoclopramida. Diarreas: Difenoxilato. Dolor: Salicilato de Lisina.

B.2. PAUTAS DE DESINTOXICACIÓN (ANTAGONIZACIÓN) ULTRARRÁPIDAS.

MODELO HOSPITALARIO (UCI)

Ingreso en la unidad.

Monitorización.

Canalización de vía venosa.

Premedicación (línea base).

Ondasentrón (4-8 mg) i.v.

Ranitidina (50 mg) i.v.

Clonidina (0.15 mg) s.c.

Atropina (? ampolla) s.c.

+ 30 minutos.

Propofol y midazolam en bolos
(3P/1M) hasta conseguir la sedación
adecuada.

Colocación de sonda nasogástrica.

+ 60 minutos.

Naltrexona (75 mg por la sonda).

Almagato (1.5 g por la sonda).

Clonidina (0.15 mg) s.c.

Octreótido (0.05 mg) en bolo y (0.05 mg)
a perfundir en dos horas, con sonda pinzada.

Mantenimiento de la sedación.

Propofol y midazolam en perfusión.

+ 300 minutos.

Clonidina (0.15 mg) s.c.

Atropina (? ampolla) s.c.

+ 420 minutos.

Naltrexona (25 mg por la sonda).

+ 540 minutos.

Clonidina (0.15 mg) s.c.

Atropina (? ampolla) s.c.

Al recuperar la conciencia traslado a planta.

A las 24h valoración completa del paciente.

Medicación sintomática si precisa.

Inicio del programa de mantenimiento

MODELO HOSPITALIZACIÓN PARCIAL (HOSPITAL DE DÍA)

Premedicación: inicio de medicación
(tiempo = 0)
Octreótido (200 mg) s.c.

+ 1 hora

Famotidina (40 mg) v.o.
Ondansetrón (12 mg) v.o.
Midazolam (22.5 mg) v.o.
Cloracepato dipotásico (50 mg) v.o.
Clonidina (0.450 mg) v.o.

+ 105 minutos

Metoclopramida (10 mg) v.o.
Naltrexona (50 mg) v.o.

+ 165 minutos

Clonidina (0.300mg) v.o.
Metoclopramida (10 mg) v.o.
Hioscina (20 mg) v.o.

C. CONCLUSIONES.

A pesar de los escasos estudios de evaluación de los tratamientos de desintoxicación, se considera que aproximadamente el 50% de los pacientes tratados mediante desintoxicaciones ambulatorias clásicas finalizan el proceso, alrededor del 70-80 % de los tratados mediante desintoxicación hospitalaria y prácticamente el 100% de los tratados mediante desintoxicaciones rápidas y ultrarrápidas.

A modo de conclusión podemos afirmar que:

- Las desintoxicaciones rápidas y ultrarrápidas pueden realizarse tanto en medio ambulatorio como hospitalario (hospitalización parcial, total, UCI), dependiendo del nivel de sedación deseado.
- El nivel de severidad de la adicción de los pacientes no condiciona el resultado de la desintoxicación.
- Con el cumplimiento estricto de los diferentes protocolos, estas pautas son seguras para los pacientes.
- La eficacia, efectividad y eficiencia, de las pautas de antagonización ambulatoria, son muy superiores a las de las pautas clásicas y ultrarrápidas hospitalarias.
- La evolución de los pacientes en el tratamiento posterior a la desintoxicación no depende del tipo de ésta.

3.1.5. TRATAMIENTOS DE DESINTOXICACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES.

A. EMBARAZO Y NEONATOS.

A.1. EMBARAZO.

Los trastornos por consumo de opiáceos en la mujer gestante pueden generar efectos adversos en:

- La salud de la mujer embarazada.
- El curso del embarazo.
- El desarrollo fetal.
- La fase inicial del desarrollo infantil.
- La conducta de cuidado de los hijos.

Los objetivos del tratamiento incluyen:

- La estabilización fisiológica y la evitación de la abstinencia.
- La prevención del abuso de drogas.
- La mejora de la nutrición materna.
- El fomento de la participación en la asistencia prenatal y la rehabilitación.
- La reducción de riesgos de complicaciones obstétricas, como el bajo peso y la abstinencia neonatal, que puede ser mortal si no se trata.
- La preparación para el cuidado postnatal.

En las mujeres adictas a opiáceos y con consumos activos, el tratamiento de elección es el mantenimiento con metadona, ya que la desintoxicación comporta una serie de riesgos muy importantes que hacen desaconsejable su uso.

El estudio de parámetros neurobiológicos indicadores de estrés en el feto, durante la desintoxicación, han demostrado una hiperactividad del sistema nervioso vegetativo y de la glándula suprarrenal. Estos datos unidos a los hallazgos clínicos que asocian desintoxicación en el primer trimestre con aborto, y desintoxicación en el tercer trimestre con distrés fetal y parto prematuro, han llevado a recomendar que las mujeres embarazadas no sean desintoxicadas, especialmente durante el primer y tercer trimestre.

A pesar de lo comentado anteriormente, pueden existir ocasiones en las cuales la desintoxicación sea la única opción viable. En estos casos deben tenerse en cuenta los siguientes puntos:

- El momento más seguro para su realización, corresponde al periodo comprendido entre la 14-28 semanas de gestación.
- No debe realizarse de forma aguda sin el uso de un fármaco de sostén, ya que el feto sufrirá un cuadro de abstinencia paralelo al de la madre.
- No deben usarse antagonistas opiáceos, por el riesgo de aborto espontáneo, parto prematuro o muerte fetal.

- No debemos utilizar clonidina, ya que no existen datos sobre su seguridad.

El método más adecuado consiste en la desintoxicación lenta usando como sustitutivo la metadona. Si la paciente está con consumos activos de heroína, el tratamiento se inicia con una dosis no superior a 20 mg y se va aumentando progresivamente, si es necesario, hasta conseguir un estado confortable, a partir del cual comenzamos a reducir la dosis a un ritmo de 5mg/semana.

A.2. NEONATOS.

La atención al Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN) comporta una serie de medidas generales y un tratamiento farmacológico específico. En primer lugar deben instaurarse unas medidas simples, tales como:

- Colocar al niño en un ambiente tranquilo, con poca luz y poco ruido.
- Proporcionar un trato suave y poco frecuente.
- Control del sueño, temperatura y peso.
- Alimentación con dieta hipercalórica.

La instauración de un tratamiento farmacológico profiláctico, no es recomendable, ya que la sintomatología abstinencial aparece únicamente en un 60-90% de los neonatos y un 30-50% de éstos, pueden ser controlados con medidas generales.

Los agentes más comúnmente empleados son los siguientes:

I. ÁCIDO PAREGÓRICO

Solución de morfina preparada a partir del opio. Sus principales ventajas son la administración oral y la ausencia de efectos secundarios. El tratamiento se inicia con 0,2 cc cada 3-4 horas, pudiendo aumentarse 0,05 cc por dosis hasta el control de los síntomas. Una vez estabilizada la dosis, se mantendrá durante una semana aproximadamente, para después disminuirla en 0,05 cc/ día, hasta la retirada definitiva.

II. DIAZEPAN

Algunos autores han recomendado su uso por vía intramuscular, cada 8 horas, a una dosis de 1 mg cuando la sintomatología es leve, 1,5 mg si es moderada y 2 mg si es severa. Debe ser evitado en los prematuros y en los que presentan ictericia, ya que es metabolizado a nivel hepático.

III. CLORPROMAZINA

Controla los síntomas gastrointestinales y neurológicos del SAN, aunque no mejora las alteraciones del sueño REM. La dosis inicial recomendada es de 2,2-3 mg/Kg/24

horas pautadas cada 6 horas por vía oral o intramuscular. Esta dosis se mantiene durante 2-4 días, disminuyéndose de forma gradual.

IV. FENOBARBITAL

Actúa fundamentalmente sobre la irritabilidad, aunque no tiene efectos sobre los síntomas gastrointestinales. Grandes dosis puede deprimir el SNC, debilitar el reflejo de succión y retardar la vinculación madre-hijo. Es el tratamiento de elección en la abstinencia de barbitúricos, alcohol y sedantes.

V. CLONIDINA

Se administra una dosis única de clonidina oral de 0,5-1 mg/kg de peso corporal. Después de 24 horas se pasa a un régimen de 3-4 mg/Kg/día dividido en dosis administradas cada 6 horas. La duración oscila entre 10-16 días.

3.1.6.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bunick G, Inturris CE, Jerez E, Wallach RC. Methadone assays in pregnant women and their progeny. *American Journal of Obstetric Gynecology* 1975; 121: 617-624.
- Carroll KM, Chang G, Behr H, Clinton B, Kosten TR: Improving treatment outcome in pregnant, methadone-maintained women. *Am J Addiction*. 1995; 4:56-59.
- Datte BJ: Substance abuse in pregnancy. *Semin Perinatol*. 1990; 14:179-187.
- Finnegan LP, Hagan TA, Kaltenbach K. Opioid dependence: Scientific foundations of clinical practice. In: *Pregnancy and substance abuse: Perspectives and directions: Proceeding of the New York Academy of Medicine* 67 (3). May-June, 1991; 223-239.
- Kaltenbach KK, Nathanson L, Finnegan LP. Temperament characteristics of infants born to drug dependent women. *Pediatric Res*. 1989; 25:15A.
- Kaltenbach KK, Silverman N, Wapner R. Mantenimiento con metadona y embarazo. En: *Manual de tratamiento con metadona*. Parrino MV. Grup Igia. 1997.
- Kreek MJ, Schechter A, Gutjahr CL, Bowen A, Field F, Queenan J, Merkatz I. Analyses of methadone and other drugs in maternal and neonatal body fluids: use in evaluation of symptoms in a neonate of mother maintained on methadone. *Am J of Drugs and Alcohol Abuse*. 1974; 1: 409.
- Moss K. Substance abuse during pregnancy. *Harvard Women's Law Review*. 1989.
- National Association for perinatal addiction research and education. 1989.
- Shegel L, La penalización de las usuarias de drogas, embarazadas y de las que cuidan de sus hijos: un ejemplo del programa norteamericano de maximización de daños. En: *La reducción de los daños relacionados con las drogas*, O'Hare R, Newcumre R, Matthews A, Buning EC, Drucker E. Grup Igia. 1995.
- Silverman NS, Kim M, Eisen K. Hiv knowledge among substance-addicted pregnant women. *Am J of Gynecological Health*. 1992.
- Suffet F, Brotman R: A comprehensive care program for pregnant addicts: Obstetrical, neonatal and child development outcomes. *Int J Addict*. 1984; 19: 199-219.
- Szeto HH: Maternal-fetal pharmacokinetics and fetal dose-response relationships. *Ann NY Acad Sci*. 1989; 562: 42-45.

■ 3.2. PROGRAMAS DE TRATAMIENTO CON AGONISTAS OPIÁCEOS

Cuando un paciente heroínomano experimenta recaídas frecuentes en los hábitos tóxicos y reinstaura fácilmente la dependencia, se valora la posibilidad de ayudarlo a evitar el consumo de tóxicos ilegales con un tratamiento farmacológico de larga duración. Éste puede ser con agonistas o con antagonistas, siendo las indicaciones diferentes en cada caso.

DEFINICIÓN:

Se basan en la sustitución de la heroína por un opiáceo de consumo legal, prescrito durante largo tiempo y controlado médicamente, junto a la provisión de tratamiento psicosocial. La tolerancia cruzada existente entre los distintos opiáceos permite, teóricamente, utilizar cualquier opiáceo para realizar un programa de mantenimiento, aunque en la actualidad, la metadona es considerada como el tratamiento de elección y prácticamente el único disponible. Los pacientes sustituyen la dependencia de la heroína (con un perfil desadaptativo) por la dependencia de la metadona (con un perfil más farmacógeno), lo que conduce a una estrecha relación con los programas de tratamiento.

OBJETIVOS:

Generales:

Reducir el consumo de heroína y otros opiáceos y mejorar la calidad de vida de la población drogodependiente atendida.

Específicos:

- Disminuir la morbimortalidad y conflictividad social y familiar del enfermo drogodependiente, facilitando la posible incorporación social.
- Prevenir la aparición de nuevos casos de contagio por el VIH en la población drogodependiente.
- Aumentar la retención de los pacientes en relación al tiempo de permanencia en los centros.
- Captar nuevos pacientes, que por sus características psicosociales no acceden a los servicios de salud normalizados.
- Mantener a los usuarios estabilizados hasta su ingreso en los recursos de internamiento.

CRITERIOS DE INDICACIÓN:

Los más ampliamente aceptados son los siguientes:

1. Paciente que no consigue la abstinencia a través de programas de desintoxicación o con el seguimiento de programas libres de fármacos.

2. Drogodependencias crónicas de varios años de duración, con fracasos repetidos en los tratamientos de desintoxicación y/o estancias en comunidades terapéuticas.
3. Pacientes afectos de complicaciones orgánicas graves cuya recaída, en la autoadministración intravenosa de heroína, puede poner en peligro su vida.
4. Pacientes heroínómanas embarazadas.
5. Pacientes heroínómanos con patología psiquiátrica asociada.

FUNDAMENTOS FARMACOCINÉTICOS Y FARMACODINÁMICOS:

La fundamentación inicial fue el modelo metabólico de enfermedad de Dole (1965) que postulaba la existencia en los heroínómanos de un trastorno fisiológico que sólo se equilibraría con la administración mantenida de un opiáceo, siendo la metadona el fármaco de elección. Este autor, basándose en la tolerancia cruzada entre los diferentes opiáceos, introdujo el concepto de bloqueo narcótico, según el cual, el consumo crónico de metadona produciría el bloqueo de los efectos reforzadores de la heroína. De este modo, y al no haber gratificación inmediata en caso de consumir este tóxico, se extinguiría progresivamente la conducta de autoadministración.

3.2.1.PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA. PMM

La acción de la metadona es relativamente larga (24-36 horas), lo que permite la administración de una dosis diaria y la cobertura de la sintomatología de abstinencia. En 2-4 días se alcanza la estabilización farmacocinética (para una determinada dosis diaria). Si el paciente está bien dosificado, los niveles plasmáticos estables deben estar dentro de los márgenes terapéuticos, es decir, por debajo del nivel correspondiente a la dosis máxima tóxica (por encima de la cual aparecería sedación excesiva) y por encima de la dosis mínima eficaz o dosis anti-craving (lo que supone haber alcanzado la tolerancia cruzada o bloqueo narcótico. Por debajo de esta dosis el paciente presentaría síntomas de abstinencia).

La metadona se administra por vía oral, se absorbe bien y no se une específicamente a los tejidos corporales, por lo que mantiene una concentración plasmática relativamente estable.

A. EFECTOS SECUNDARIOS:

Si las dosis son demasiado altas puede aparecer sedación, euforia leve, estreñimiento y sudoración excesiva. Estos dos últimos también pueden aparecer a dosis terapéuticas. Estos síntomas suelen remitir en las primeras semanas.

Otros síntomas ocasionales: edema transitorio del tobillo, reducción de la libido, amenorrea transitoria y problemas cutáneos.

En algunos pacientes aparecen efectos eufóricos de larga duración y en otros disforia.

Problemas añadidos:

Los pacientes en programas de mantenimiento con metadona (PMM) a menudo presentan el problema añadido del consumo de múltiples sustancias. Este puede ser inicial (es decir, el paciente ya lo presentaba antes de iniciar el programa), o bien incrementarse o aparecer durante su permanencia en el mismo. Las sustancias más habituales son la cocaína y el alcohol (en nuestro medio también las benzodiacepinas). Estas sustancias pueden ser utilizadas para lograr la “subida” (euforia) que ya no se logra con la heroína (por estar “bloqueada” por la metadona).

B. METODOLOGÍA Y ESTRATEGIAS:

El panel de expertos andaluces que elaboraron el “Programa de tratamiento con Metadona. Manual Clínico” y “La guía de programas del Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz. 2003-2004”, recogieron de forma consensuada con criterios de evidencia y eficiencia clínica los siguientes protocolos de actuación:

La indicación de tratamiento

El Decreto 300/2003, de 21 de Octubre, que modifica el Real Decreto 75/1990, de 19 de Enero, regula los tratamientos con opiáceos a las personas dependientes de los mismos. Según estos y a efectos de inclusión de pacientes, el único requisito que se exige es el diagnóstico “confirmado” de dependencia a opiáceos.

La confirmación del diagnóstico es una cuestión de suma importancia y es necesario llevarlo a cabo mediante:

- Criterios operativos de dependencia según DSM-IV-TR o CIE-10.
- Evaluación, si es posible, del síndrome de abstinencia.
- Urinoanálisis.
- Contrastar la información mediante:
 - Historia de tratamientos anteriores.
 - Problemas judiciales relacionados con drogas.
 - Problemas médicos.
 - Examen físico (signos de venopunción reciente, signos de intoxicación, etc.).

Una vez confirmado el diagnóstico y si el paciente hace una demanda de PMM o bien el terapeuta lo indica y vemos la idoneidad, no existiría ningún obstáculo para el inicio del mismo, el cual debería comenzar lo más rápido posible.

El Protocolo de Actuación ante una demanda

Como norma general, deben atenderse todas las demandas, ya que existe cobertura legal para ello en el artículo noveno del Decreto 300/2003, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos a personas dependientes de los mismos. Cada caso debe seguir el siguiente proceso previo:

ANTE UNA DEMANDA DE METADONA:

- Diagnosticar la presunta dependencia a opiáceos según DSM-IV-TR/ CIE-10.
- Valorando: Tratamientos anteriores, patología orgánica o psiquiátrica asociada, vía de consumo y prácticas de riesgo.
- Proponiendo una oferta de tratamiento y seguir las siguientes recomendaciones:
- Si la oferta de tratamiento se corresponde con la demanda, sea de metadona o de otro programa, se indicará el tratamiento correspondiente.
- Si la demanda es de metadona y la oferta es de otro tipo de tratamiento:
 - Intentar reconvertir la demanda.
 - Informar sobre las ventajas de otro tipo de intervención.
 - Si no se modifica la demanda, indicar metadona aunque sea provisionalmente a la espera de otro momento para retomar la decisión. Nunca, perder al paciente.
- Si la demanda es de programa libre de drogas y nuestra oferta es de metadona:
 - Intentar reconvertir la demanda.
 - Informar sobre las ventajas del programa de metadona.
 - Si no se modifica la demanda: Indicar un programa libre de drogas en el que se trabaje en profundidad sobre posibles comportamientos de riesgo, seguimiento sanitario y recaídas.

Las fases del tratamiento

La metodología de los PMM la podemos dividir en dos fases:

INDUCCIÓN O ESTABILIZACIÓN.

La fase de inducción está destinada a introducir la primera dosis de metadona hasta alcanzar la dosis terapéutica de mantenimiento y debe ser realizada por el médico. Antes de iniciar el tratamiento tenemos que tener en cuenta lo siguiente:

- Diagnóstico “confirmado “ de su dependencia.
- Mayor de 18 años, si es menor, consentimiento por escrito de sus padres o tutores.
- Pruebas de laboratorio: hemograma, fórmula, recuento, VSG, bioquímica, pruebas hepáticas, marcadores de virus VHB, VHC, VIH, Mantoux y si procede Rx tórax y BK de esputos, serolúes, orina y test de gestación en mujeres fértiles (que debería repetirse cada tres meses). Se entiende que las pruebas de laboratorio tienen que ser solicitadas en esta fase, pudiéndose iniciar el PMM sin haber obtenido los resultados. En caso de sospecha de alguna patología que pudiera influir en el programa, el médico del equipo valorará la necesidad o no de disponer de los resultados del hemograma y la bioquímica.

- Examen médico completo, donde evaluaremos:
- Antecedentes personales y familiares.
- Anamnesis y exploración por aparatos para determinar patología orgánica y/o psiquiátrica: Historia toxicológica actual (todas las sustancias). Vías de administración. Tratamientos anteriores de su dependencia. Prácticas de riesgo. Tener en cuenta otras áreas (situación legal, nivel educativo, situación laboral y económica, familiar y social).

Una vez realizada la evaluación, explicaremos la idoneidad del tratamiento así como el proceso terapéutico y firmaremos el consentimiento informado por escrito (ANEXO I), debiendo firmar éste el paciente, la persona autorizada para la recogida de la medicación (en aquellos casos necesarios) y el médico prescriptor.

Todo este proceso debe ser lo más rápido posible para que el paciente pueda comenzar el tratamiento cuanto antes, y aún con mayor urgencia en mujeres embarazadas, cónyuges de pacientes en tratamiento, prostitución, patologías orgánicas o psiquiátricas graves y pacientes con graves crisis sociofamiliares.

Una vez evaluado el paciente pasaremos a calcular la dosis de inicio, lo cual tiene que ser un proceso totalmente individualizado, para ello tendremos en cuenta lo siguiente:

- Fecha del último consumo.
- Media de consumo por día en la última semana (nº papelinas).
- Media de consumo por día en el último mes (nº papelinas).
- Vía de administración.
- Otras sustancias consumidas.
- Consumos de metadona de mercado ilegal.
- Consumos de otros opiáceos.
- Porcentaje de pureza de la heroína en nuestro medio.
- Peso y talla del paciente (masa corporal).
- Tener en cuenta a los metabolizadores rápidos (aprox. el 10% de caucasianos).
- Tratamientos complementarios que estén llevando a cabo.
- Equivalencia de heroína con metadona: 1 mg. de metadona = 1 - 2 ing. de heroína.

- Dosis letal de metadona en no tolerantes 1 - 1,5 mg./kg./día, aunque se han descrito muertes por sobredosis con dosis de 40 - 60 mg./día en no tolerantes.

La dosis óptima de metadona es aquella que: Previene la aparición del SAO durante al menos 24 horas, reduce o elimina la apetencia por el consumo (craving), bloquea los efectos euforizantes de cualquier opiáceo autoadministrado de manera ilegal. Ésta estaría comprendida entre los 60 - 120 mg. de metadona al día, pero el rango mayor está entre 80 - 100 mg, y el bloqueo de los efectos euforizantes se consigue a partir de los 80 mg. de metadona/día. Algunos pacientes pueden necesitar dosis mayores y otros dosis meno-

Enfermedades crónicas

Hepatopatías crónicas (aumenta niveles metadona).
Nefropatías crónicas (aumenta niveles metadona).
Mala absorción (disminuye niveles de metadona).

Fármacos (ANEXO II)

Potenciadores del metabolismo hepático (disminuyen el nivel de metadona). Fenitoína, Rifampicina, Fenobarbital, Carbamacepina.

Inhibidores de Enzimas hepáticos. - Cimetidina: disminuye niveles de metadona al cesar la administración.

Depresores del SNC (potencian efectos) Alcohol (riesgo de sobredosis) Benzodiazepinas (precaución con Alprazolán- aumenta toxicidad de la misma)

Modificadores del Ph urinario. Potenciación acidez - aumenta la eliminación de metadona. Potenciación alcalinidad - disminuye la eliminación de metadona.

Antidepresivos. Desipramina: la metadona aumenta los niveles de la misma, puede provocar toxicidad. Fluvoxamina: aumenta niveles de metadona, puede provocar SAO, cuando se suprime.

Antiretrovirales. Zidovudina: Información contradictoria.

- Puede aumentar eliminación de metadona.
- Puede aumentar niveles de zidovudina (toxicidad).
- Ritonavir: aumenta niveles de metadona.

Antagonistas y agonistas parciales.

- Naloxona y Naltrexona: grave SAO.
- Pentazocina, Buprenorfina, Tramadol, provocan SAO.
- En caso de dolor agudo provocado por enfermedades crónicas en pacientes en TMM utilizar opiáceos de acción corta (morfina o petidina).

Estados fisiológicos alterados

Embarazo.

Situaciones de estrés o pérdidas.

Metabolizadores rápidos: aproximadamente un 10% de los caucásicos. Embarazo.

res. Normalmente la dosis inicial debe oscilar entre 20-50 mg. metadona/día, no debiendo superar el rango superior a no ser que tengamos muy clara la tolerancia del paciente por el riesgo de sobredosis.

El objetivo de esta fase es alcanzar el umbral de tolerancia y establecer la dosis adecuada (60-120 mg./día), para ello revisaremos al paciente como mínimo una vez/semana y tenemos que tener en cuenta los factores que modifican la efectividad farmacológica de la metadona.

La tasa plasmática máxima se alcanza a las 3 - 4 horas. La vida media de la metadona oscila entre 15 - 55 horas (Baselt 1982) por lo que se necesitan 4 - 5 días, incluso 10 días para llegar a un estado de equilibrio.

En la mayoría de los casos una dosis inferior a 50 mgr. es subterapéutica, por lo que tendremos que ir aumentandola entre 10 - 20 mg./ 7 - 10 días hasta conseguir la dosis óptima.

Para conseguir la dosis óptima es necesario también evaluar la sintomatología objetiva y subjetiva del SAO:

- Sintomatología objetiva: TA, Tº, pulso, diámetro pupilar, reflejos tendinosos, ligeros temblores musculares, movilidad intestinal.
- Sintomatología subjetiva: agitación, irritabilidad, trastornos del sueño, ansiedad, depresión, deseos de consumo.

La sintomatología subjetiva es de mayor utilidad a la hora de afinar la dosis y permite mejores ventajas terapéuticas.

La fase de estabilización se acaba una vez que la dosis se mantiene estable durante más de una semana y es considerada adecuada por el médico y el paciente (60 - 120 mg/día) en la mayoría de los casos.

Según Loimer (1991) es necesario conseguir concentraciones plasmáticas de metadona de 400 ng./ml. para suprimir toda acción de un opiáceo exógeno y garantizar un mantenimiento estable. La dosis óptima es aquella en la cual la metadona está constantemente disponible para los receptores opioides y esto se consigue generalmente con dosis iguales o superiores a 80 mg./día.

MANTENIMIENTO:

Una vez estabilizado el paciente en su dosis óptima pasamos a la fase de mantenimiento/deshabitación, cuyo objetivo es conseguir la desvinculación de los consumos problemáticos de drogas y la mayor normalización biopsicosocial posible. Ésta comienza a partir del final del primer mes y se debe prolongar todo el "tiempo necesario".

La duración óptima del tratamiento de mantenimiento con metadona es difícil de pre-determinar (no hay un consenso ni una evidencia clara sobre ello). Está muy extendida la

idea de que el tratamiento debe durar tanto como siga siendo de utilidad para mantener al paciente sin consumir. Para algunos pacientes este período puede ser de dos años y para otros puede ser necesario un mantenimiento de por vida. Algunos autores proponen la salida del programa (con cierto valor pronóstico, mediante reducción progresiva de la dosis de metadona) de aquellos pacientes con un buen funcionamiento general antes del programa, con mantenimiento prolongado con dosis de metadona moderadas, con bajo o nulo consumo de otras sustancias, baja morbilidad psiquiátrica y parámetros favorables de reinserción social.

Es decir el tratamiento debería continuar mientras:

- El paciente siga beneficiándose de él.
- Desea mantenerlo.
- Siga presentando riesgo de recaída.
- No sufra efectos secundarios derivados del uso de metadona.
- Siga indicado por el juicio clínico del médico

Según Hubbard y colaboradores (1989), un tratamiento a largo plazo es uno de los factores más importante de éxito en el tratamiento.

Según Simpson (1981) los tratamientos de corta duración equivalen, en cuanto a resultados, a la ausencia de intervención terapéutica.

Durante esta fase es frecuente que los pacientes permanezcan durante largos períodos de tiempo con la misma dosis, aunque a veces necesiten ajustes periódicos de la misma.

Los siguientes factores están relacionados con la necesidad de ajustar dosis:

- Períodos de mayor estrés.
- Períodos de trabajo intenso.
- Entornos desfavorables.
- Mayor disponibilidad de drogas.
- Aumento del deseo de consumo.
- Situaciones de pérdidas (Pérdida de empleo, divorcio, muerte de un familiar).

Los ajustes pueden ser temporales o permanentes.

Si un paciente estabilizado en mantenimiento solicita una disminución de dosis, es importante que el médico explore con profundidad esta demanda. No es infrecuente que el paciente piense que los que reciben dosis más bajas son mejores enfermos, por lo que es necesario realizar un buen trabajo de educación con los pacientes y sus familiares.

Toda variación de dosis, ya sea aumento o disminución, utilizada como refuerzo positivo o negativo de su comportamiento, debe considerarse inadecuada.

A veces es necesario fraccionar la dosis total en varias tomas al día (acetiladores rápidos, pacientes en tratamiento con medicamentos que provoquen inducción enzimática hepática, etc.).

La metadona debe ser considerada siempre como un medicamento y la determinación de la dosis es competencia de la valoración clínica del médico en colaboración con el paciente y los miembros del equipo.

Se recomienda la realización de controles periódicos de metabolitos de heroína y otras drogas que se estimen convenientes.

El tratamiento de mantenimiento debería pasar a ser progresivamente menos perturbador para así facilitar la retención a largo plazo. Para ello se propone que el tratamiento progrese a través de niveles o grados, pasando a ser cada vez menos intenso, costoso y perturbador para la vida cotidiana del paciente, promocionando la individualización del tratamiento y de forma que cada desplazamiento al centro fuera realmente útil (mantenimiento médico de Novick).

El tratamiento farmacológico con metadona es sólo uno de los componentes de estos programas. Debe darse un enfoque global que comprenda simultáneamente el tratamiento psicológico y social, así como medidas de educación sanitaria, destinados a favorecer la rehabilitación y la reinserción del paciente.

La exclusión del Programa de Tratamiento con Metadona

Hoy día los criterios clásicos de exclusión (conductas violentas o amenazadoras, agresiones, uso de armas, robo o desvío de metadona, tráfico de drogas, falta de asistencia a citas) están siendo cuestionados, ya que algunos pacientes para mejorar simplemente necesitan más tiempo, un entorno, enfoque o modalidad diferente o renovados esfuerzos del PMM. No deberíamos poner fin al tratamiento de los pacientes porque todavía están enfermos. Por el contrario deberíamos continuar explorando con ellos nuevas opciones, articular otras modalidades terapéuticas y asegurar la continuidad de la asistencia a través de derivaciones apropiadas.

La decisión de excluir a un paciente sólo debería ser aplicada cuando el equipo haya agotado todas las alternativas y únicamente si es evidente que la exclusión representa la solución menos mala y siempre que se asegure la continuidad de la asistencia en otros recursos terapéuticos o en otra modalidad de tratamiento.

Cualquier decisión de exclusión de un paciente del programa ha de informarse al paciente, asegurándonos que dicha información le llega al mismo, y tomando todas las precauciones para que el paciente tenga conocimiento de la situación y de nuestras propuestas.

La Desintoxicación después de un P.M.M.

Es importante escoger para el inicio del proceso de la desintoxicación un momento en el que los factores estresantes en la vida del paciente sean mínimos.

La tasa de éxito en alcanzar la dosis "0" en pacientes en PMM que realizan la desintoxicación oscila, según autores, entre el 28% y el 75%, sin embargo menos del 20% son capaces de mantenerse abstinentes una vez desintoxicados por un período de seis meses o más.

Llegar a liberarse de los opiáceos exige realizar cambios a nivel de: Estructura de personalidad, dinámica familiar, área laboral y social, relaciones afectivas, ocio y tiempo libre y hábitos higiénicos y alimenticios.

Se han descrito una serie de factores predictores de buen pronóstico para mantener la abstinencia tras la desintoxicación:

- Estimación por parte del equipo terapéutico de un adecuado nivel de rehabilitación del paciente.
- Estabilidad laboral.
- Vida social desvinculada del mundo de la droga.
- Permanencia prolongada en PMM.
- Buen estado psicológico al inicio del proceso de la desintoxicación.

El procedimiento más humano y eficaz para la retirada de la metadona consiste en llevar a cabo una reducción lenta de la misma. Una vez iniciada ésta, los pacientes deben ser seguidos de cerca y en caso de recaída deben tomarse medidas terapéuticas complementarias, incluyendo la reincorporación al PMM, si lo precisase.

No desintoxicar a un paciente sin su conocimiento. Una desintoxicación a ciegas, no consensuada, es inaceptable, tanto desde el punto de vista clínico como ético.

A modo de orientación, los pacientes mantenidos con dosis superiores a 80 mg/día, toleran bien las reducciones de 10 mg/semana. Los que tienen una dosis entre 40 y 80 mg/día, se recomienda una reducción de 5 mg/semana. Una vez que la dosis se ha reducido a 40 mg/día, la posibilidad de que el paciente experimente SAO aumenta y debe enlentecerse el proceso de reducción a 2,5 mg/semana.

La utilización de agonistas adrenérgicos (Clonidina) ayuda a la disminución de la sintomatología del SAO. Existen otras modalidades terapéuticas para el proceso final de la desintoxicación como son las desintoxicaciones rápidas con Naltrexona y Clonidina o la transición a Buprenorfina y posterior desintoxicación rápida Clonidina-Naltrexona. Así mismo también se pueden usar otros fármacos como tratamiento sintomático (ansiolíticos, analgésicos no opiáceos, hipnóticos, etc.).

Pautas de Dispensación y perfiles de drogodependientes

En general las pautas de dispensación en relación a los perfiles de pacientes y los requisitos solicitados no se contemplan de forma cerrada, entendiéndose éstos como orientativos y prevaleciendo en todo momento el criterio del equipo terapéutico, siempre y cuando éste sea consensuado.

De lunes a viernes y en algunos casos, de lunes a sábado, el paciente tomará la dosis diaria en presencia del enfermero/a responsable del Punto de Dispensación que le corresponda.

La dosis correspondiente a fines de semanas o festivos serán entregadas directamente por el personal del Punto de Dispensación a la persona responsable (propio paciente o familiar expresamente autorizado).

Las formas de dispensación, cuyos códigos deben figurar perfectamente identificados en los listados para la dispensación son:

X1: DISPENSACIÓN DIARIA:

· PERFIL:

- Pacientes que inician el programa.
- Aquellos en que el objetivo sea la reducción del daño o la protección de la salud.
- Sin objetivos alcanzables a corto plazo.
- Consumidores de otras sustancias en revisión.

· REQUISITOS:

- El mínimo sería el control de la prescripción de la sustancia, con una cita para revisión médica trimestral y en su caso, por el resto de miembros del equipo. Debe valorarse si el tratamiento está siendo más beneficioso que perjudicial.
- El paciente toma diariamente en el Punto de Dispensación la dosis o una persona autorizada recoge diariamente la dosis de un paciente.
- Con la toma del viernes se le entregará a la persona autorizada que aparece en los listados las tomas correspondientes al fin de semana. Este familiar, que deberá identificarse plenamente, no necesitará de otros tipos de autorización.
- El día anterior a un festivo se le entregará la que corresponda al mismo.

X2 y X3: DISPENSACIÓN EN DOS O TRES DÍAS EN SEMANA:

· PERFIL:

- Pacientes con algún objetivo intermedio a los que se motiva o premia con no tener que acudir diariamente a la dispensación.
- Pacientes con actividad laboral que no cumplen criterios para la autorización semanal.

· REQUISITOS:

- El mínimo sería la existencia de controles negativos a opiáceos y positivos a metadona.
- La persona autorizada acude dos ó tres veces en semana al Punto de Dispensación (lunes, miércoles y viernes/martes y jueves) y retira la dosis de la semana.
- Con la toma del viernes se le entregarán las correspondientes al fin de semana.
- El día anterior a un festivo se le entregará la que corresponda al mismo.

X7: DISPENSACIÓN UN DÍA EN SEMANA:

· PERFIL:

- Pacientes estabilizados en su drogodependencia, con cambios de hábitos y actividad laboral continuada.
- Pacientes con enfermedad grave documentada. Con alguna de las circunstancias anteriores que se encuentren en situación de arresto domiciliario.

· REQUISITOS:

- Buena evolución, con un mínimo de dos controles negativos a sustancias de abuso con periodicidad semanal y como norma general, con una antigüedad mínima de un mes en el programa. Deben contar con un familiar responsable de las tomas y recogida de la metadona.

X14: DISPENSACIÓN UN DÍA CADA DOS SEMANAS:

· PERFIL:

- Pacientes con características similares a los de dispensación semanal cuya actividad laboral o en situación de vacaciones, impide otra pauta.

· REQUISITOS:

- Iguales a los de dispensación semanal.

Las recomendaciones generales que se deberán seguir para la recogida de dosis semanal/bisemanal de metadona según causas, se recogen en el siguiente cuadro:

CAUSAS	RECOMENDACIONES
Enfermedad grave o precario estado de salud físico o psíquico.	<ul style="list-style-type: none">· Comprobación mediante diagnóstico de no conveniencia de recogida diaria.· Existencia de una persona responsable.
Incompatibilidad entre el horario de recogida de la dosis y la existencia de una ocupación o trabajo. Residencia habitual del paciente sin Punto de Dispensación	<ul style="list-style-type: none">· Justificación por escrito de la actividad y horario desempeñado.· Existencia de una persona responsable.· Haberse obtenido 2 controles (-) a sustancias de abuso, realizados con periodicidad semanal.
Evolución positiva en el Programa de Metadona.	<ul style="list-style-type: none">· Antigüedad mínima de 3 meses en el programa.· Ningún control (+) a sustancias de abuso en los tres últimos meses, estableciéndose un mínimo de 5 controles en dicho período.· Aprobación por el equipo en sesión clínica.· Existencia de una persona responsable.
Otras causas: Desplazamientos puntuales <ul style="list-style-type: none">· Ingresos en dependencias policiales.· Arrestos domiciliarios.· Juicios fuera de su localidad.	<ul style="list-style-type: none">· Existencia de una persona responsable.· Comprobación de los hechos que se citen. (En todo caso se darán por el tiempo que se constate que pueda durar la circunstancia).

DISPENSACIÓN EN CASOS ESPECIALES:

· PERFIL:

TRANSEÚNTES: Comunicación con el centro de referencia, respetar la pauta en origen y realizar seguimiento si está indicado. Para ello realizaremos los siguientes pasos:

1. Contactar con el terapeuta de referencia del paciente en el centro asistencial demandante, determinando las condiciones que vinculan al paciente con el programa y fechas previstas de permanencia en nuestra provincia.
2. Comunicar a la Sección Provincial del C.P.D. la solicitud de tratamiento por medio de fax, intentando ajustar la incorporación del paciente para el lunes de la semana siguiente a la que se produce la demanda.
3. Inclusión de éste en el siguiente listado que se remita al Distrito de APS correspondiente.
4. Información al paciente sobre el punto de dispensación, reafirmando cada uno de los compromisos aceptados en su consentimiento informado.

DESPLAZAMIENTOS: Al igual que con los transeúntes, pero sólo en caso de que el desplazamiento sea mayor a una semana, en caso contrario dispensar en origen.

SALIDAS DE PRISIÓN: Documento justificativo por parte de IIPP de autorización para prescribir y dispensar, para que el paciente pueda dirigirse a su centro de referencia o al punto de dispensación si el centro estuviera cerrado.

CONDENAS DE FIN DE SEMANA.- Potenciar la dispensación en la prisión.

Código "DD": DOBLE DISPENSACIÓN. La concurrencia en algunos pacientes de ciertos medicamentos, no aconseja la toma de metadona en una dosis única. En el punto de Dispensación el paciente tomará primera de los comprimidos y se facilitará al interesado o persona autorizada el correspondiente a la otra toma diaria.

DERIVACIONES A OTROS PAISES: Como respuesta a las demandas de los profesionales que solicitan mantener el programa de mantenimiento con metadona a pacientes que se trasladan de un país a otro, respetando la normativa nacional e internacional, caben dos posibilidades:

- 1º) El transporte de la sustancia por el propio paciente en cantidad suficiente para continuar su tratamiento durante su estancia en el país de destino.

Con el Acuerdo de Schengen,- Alemania, Austria, Bélgica, España, Francia, Grecia, Italia, Luxemburgo, Países Bajos y Portugal - aplicarán las medidas previstas en su artículo 75 sobre el transporte de estupefacientes. Cuando una persona resi-

dente en España en tratamiento con metadona desee viajar a otro estado Schengen, la tramitación del permiso correspondiente es competencia del Servicio de Restricción de Estupefacientes del Ministerio de Sanidad y Consumo (hasta un máximo de 30 días) y el procedimiento para su obtención es el siguiente:

- Cumplimentar el documento para el transporte de Metadona del Ministerio de Sanidad y enviar vía fax al Servicio de Farmacia.(tfno: 91- 575 27 63 y fax: 91-593 15 00).
- Este organismo emite un certificado original para el paciente, que remite por correo al objeto de que pueda portarlo junto con la metadona. En el caso que el paciente viaje a un país que no esté acogido a dicho acuerdo, desde el C.P.D. no le podemos garantizar que pueda realizar el viaje sin problemas aduaneros, independientemente de que le hallamos realizado un documento acreditativo de su condición con la firma y sello del médico responsable.

2º) La inclusión del paciente en un programa de metadona del país al que se dirige.

Para ciudadanos o residentes de cualquier país, la puesta en contacto de los centros o individuos solicitantes con los centros de destino, se viene haciendo en la práctica, bien de una forma directa, de centro a centro, o bien mediante la gestión de los Planes Autonómicos sobre Drogas. Esta gestión se puede realizar mediante línea telefónica, por fax o carta de un país a otro, con las garantías de identificación oportunas y acompañados de la siguiente información:

- Nombre y apellidos de las persona/s y su/s destino/s (país y ciudad).
- Dosis que está tomando el paciente/s en la actualidad.
- Período exacto en que van a efectuar los viajes.
- Dirección, nº de teléfono, fax, nombre del responsable del centro en que se encuentra el paciente que quiere viajar.

Para más información sobre estos temas consultar página <http://www.euromethwork.org/>

Consideraciones sobre la permanencia en el tratamiento.

Conseguir aumentar el tiempo de permanencia del paciente en el PMM es uno de los objetivos fundamentales del tratamiento. La tasa de retención va a depender fundamentalmente de dos tipos de factores: (ver Sanchez Pardo)

Factores relativos al paciente:

- Edad actual.
- Edad de inicio en el consumo.
- Sexo.
- Tratamientos anteriores.

Factores relativos al PMM:

- Accesibilidad del Centro.
- Horarios adaptados a las necesidades del paciente.
- Criterios de admisión, altas y exclusiones.
- Duración del TM.
- Dosis adecuada de metadona.
- Accesibilidad a los miembros del equipo.
- Actitudes del equipo y ambiente del programa.
- Calidad y permanencia del personal.
- Amplia oferta de servicios: terapias de prevención de recaídas, tratamiento de psicopatología concomitante, evaluación y tratamiento de otras patologías orgánicas (VIH,VHB,VHC) asesoramiento y facilitación de recursos sociales y legales.

Sobre los factores relativos al paciente difícilmente vamos a poder intervenir, ya que no son modificables, pero los relativos al PMM si son competencia y obligación de los profesionales el modificarlas para conseguir incrementar la retención de los pacientes en programa.

Así pues se sugiere tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Considerar la retención como un objetivo prioritario (Parrino 1992).
- Alcanzar una tasa de retención del 65,5% a los 2 años de tratamiento (Kreek, 1991).
- Utilizar dosis de mantenimiento de metadona de 80 ± 20 mg./día (Parrino 1992).

Perfil del paciente no respondedor en los PMM:

Iraurgi y cols., encuentran que las variables mas asociadas a la mala respuesta son las siguientes:

- Presencia de un trastorno de personalidad.
- Hiperdemanda de benzodiazepinas.
- Ser tratados con neurolepticos y/o antidepresivos.
- Ser mujer.
- Menor tiempo de permanencia en PMM.
- Haber realizado un menor número de PMM previos.

Efectividad de los PMM:

La efectividad de los PMM está muy argumentada (para una gran parte de los pacientes) en términos de reducción del consumo, aumento de la tasa de retención en el tratamiento (entre 59 y 85%) y mejora de los parámetros de funcionamiento médico, social, familiar, legal y bienestar psicológico.

Las tasas de respuestas son muy variables entre los diferentes estudios (por cuestiones metodológicas). A grosso modo, se habla de los siguientes porcentajes aproximados de respuesta a los 2 años de permanencia dentro del tratamiento: un 20% de los pacientes se encontraría abstinentes y con un buen nivel de funcionamiento general; un 60% tendría niveles bajos y variables de consumo y habrían mejorado su funcionamiento general desde que iniciaron el programa; el 20% restante permanecería con niveles de consumo y de funcionamiento similares a los iniciales. La sintomatología psiquiátrica es mayor en estos dos últimos grupos. De los pacientes que abandonan el programa y se mantienen inicialmente abstinentes, un 60-80% vuelve al consumo entre 1-2 años siguientes. Actualmente se considera que la dependencia de opiáceos es un trastorno crónico recidivante.

La eficacia/efectividad de los tratamientos sustitutivos se analiza en términos de (Torrens):

- 1.- Disminución del consumo de opioides ilegales.
- 2.- Disminución de las conductas de riesgo para el VIH.
- 3.- Disminución de las actividades ilegales.
- 4.- Mejoría de calidad de vida relacionada con la salud.

Además, puesto que estos resultados se obtienen mientras el paciente permanece en tratamiento, también se analizará la

- 5.- Tasa de retención en tratamiento.

1. Disminución del consumo de opioides ilegales:

La revisión de la evidencia científica sobre la efectividad de la metadona, buprenorfina y LAAM para disminuir el consumo de opioides ilegales (heroína) durante el tratamiento sustitutivo se ha llevado a cabo en distintos metanálisis (Glanz y cols 1997; Marsh 1998; Barnett y cols 2001; Farré y cols (in press)). Los principales resultados obtenidos han sido los siguientes:

- La metadona a dosis >50 mg/día es 2.4 veces más eficaz que el placebo y 1.7 veces más que la metadona a dosis <50 mg/día en reducir el consumo de opioides ilegales.
- Las dosis de metadona <50 mg/día no son distintas del placebo en cuanto a su eficacia en disminuir el consumo de opioides ilegales.

- La metadona a dosis >50 mg/día y la buprenorfina a dosis >de 8 mg/día presentan un riesgo similar de consumo de opioides ilegales.
- La metadona a dosis >50 mg/día es 3.4 veces superior a buprenorfina a dosis <8 mg/día en reducir el consumo de opioides ilegales.
- La metadona a dosis >50 mg/día es similar al LAAM en el consumo de opioides ilegales.

Así pues, de acuerdo con los estudios de los que disponemos en la actualidad el mantenimiento con metadona a dosis >50 mg/d o con buprenorfina a dosis >8mg/día son los tratamientos más eficaces para disminuir el consumo de opioides ilegales (Torrens)

2. Reducción de las conductas de riesgo para el VIH

Uno de los hallazgos más relevantes desde el punto de vista de salud pública e individual de los TMM ha sido su capacidad para disminuir la diseminación de la infección por el VIH. Este ha sido el motivo principal de la gran expansión que desde principios de los 90 han tenido los tratamientos de mantenimiento con sustitutivos opioides en España y en la mayoría de los países europeos (Farrell y cols 2000).

La efectividad de los TMM en disminuir las conductas de riesgo para la infección por el VIH ha sido analizada en el metaanálisis realizado por Marsch (1998). El resultado obtenido fue:

- Los TMM reducen significativamente las conductas de riesgo para el VIH en los pacientes que están en este tratamiento, aunque el tamaño del efecto es pequeño ($r= 0.25$).

Así pues se confirma el efecto beneficioso de los TMM como estrategia para disminuir las conductas de riesgo para la infección por el VIH.

3. Disminución de las conductas ilegales

Uno de los beneficios sociales relacionados con los TMM es su capacidad para disminuir la conflictiva legal relacionada con el consumo de heroína. También en esta variable nos basaremos en el metaanálisis realizado por Marsch (1998).

- Los estudios que evaluaron sólo los delitos relacionados con las drogas mostraron un tamaño importante ($r= 0.70$) del efecto del TMM sobre la disminución de estas actividades ilegales.
- Los estudios que evaluaron tanto los delitos relacionados con las drogas y la propiedad mostraron un tamaño moderado-pequeño ($r= 0.23$) del efecto del TMM sobre la disminución de los delitos relacionados con las drogas y con la propiedad.

- Los estudios que evaluaron tanto los delitos relacionados con drogas como los no relacionados con drogas no encontraron resultados significativos del TMM sobre tales actividades ilegales, siendo pequeño el tamaño del efecto ($r= 0.17$).

En conclusión, y como era de esperar, la efectividad de los TMM es más aparente en los delitos relacionados con drogas, que con los no relacionados.

4.- Mejoría de la calidad de vida relacionada con la salud

La efectividad de los TMM sobre la calidad de vida relacionada con la salud se ha evaluado en estudios llevados a cabo en nuestro medio (Torrens y cols 1997, 1999). Se trata de estudios observacionales de evaluación pre y post intervención y en alguno con grupo control sin tratamiento de mantenimiento.

Los resultados obtenidos mostraron una mejoría clara de la calidad de vida relacionada con la salud en aquellos pacientes que permanecían en el TMM, con un tamaño del efecto de 1.15. Además cuando se compararon los resultados, a los 2 años, de aquellos pacientes que permanecían en el TMM respecto de los que lo habían abandonado, se observó también que los pacientes que seguían en el TMM presentaban una mejor calidad de vida relacionada con la salud que los que lo habían abandonado ($t= 2.12$, $p<0.05$).

5. Retención en tratamiento.

Los beneficios de los tratamientos sustitutivos sobre las distintas variables ya comentadas dependen básicamente de que el paciente se mantenga en el tratamiento. Precisamente la retención en tratamiento es uno de los puntos más importantes a la hora de evaluar cualquier tratamiento en medicina, pero en el caso de las toxicomanías esto es realmente importante puesto que uno de los principales problemas de muchos de los tratamientos que se han diseñado para estos pacientes es su escasa capacidad de retención. Así una de las principales causas del fracaso de muchos de los tratamientos con antagonistas como la naltrexona ha sido su escasa retención en el tratamiento.

En esta variable también nos basaremos en el metaanálisis realizado por Farré y cols. Los principales resultados obtenidos han sido los siguientes:

- La metadona a dosis > 50 mg/día es casi 9 veces más eficaz que el placebo y 1.3 veces más que la metadona a dosis <50 mg/día en retener al paciente en el tratamiento.
- La metadona a dosis > 50 mg/día y la buprenorfina a > 8 mg/día presentan un riesgo similar de no retención en el tratamiento.
- La metadona a dosis >50 mg/día es 2.7 veces superior a buprenorfina a dosis <8 mg/día en retener al paciente en el tratamiento.

- La metadona a dosis >50 mg/día es casi 2 veces superior al LAAM en el consumo de opioides ilegales.

Así pues, de acuerdo con los resultados de este metaanálisis el mantenimiento con metadona a dosis >50 mg/día o con buprenorfina a dosis >8 mg/día son los que retienen mejor al paciente en el tratamiento.

Conclusiones:

En la actualidad se dispone de evidencia científica clara de la eficacia de los tratamientos sustitutivos con agonistas opioides (metadona, buprenorfina y LAAM) en la disminución del consumo de opioides ilegales y en la retención en el tratamiento, aunque con diferencias según la dosis y el fármaco empleado. Así mismo los tratamientos con metadona como fármaco sustitutivo han demostrado su efectividad en la disminución de las conductas de riesgo para el VIH, en la reducción de la conflictiva legal relacionada con las drogas y en la mejoría de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes dependientes de opioides que siguen este tratamiento.

Finalmente, hay que recordar que a la hora de decidir la indicación clínica de un tratamiento farmacológico hay que tener en cuenta no sólo la eficacia/efectividad del fármaco, sino también la seguridad y la tolerabilidad del mismo. En este sentido, el LAAM, que como se ha revisado es eficaz como fármaco sustitutivo en el tratamiento de la dependencia de opioides recientemente ha sido retirado del mercado por problemas relacionados con la seguridad.

El tratamiento con metadona además ha demostrado ser coste-efectivo. El estudio británico "NTORS" señala que con cada £1 que se gasta en tratamiento se recuperan más de £3 en términos de ahorro de gastos relacionados con las víctimas de actividades criminales y de la reducción de las demandas en el sistema judicial.

3.2.2. OTROS OPIÁCEOS UTILIZADOS EN LOS PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO:

I. PAUTAS CLÍNICAS PARA EL USO DE BUPRENORFINA EN LA DEPENDENCIA A LA HEROINA

El uso de la buprenorfina en nuestro medio no está aún regulado, no obstante nos ha parecido interesante incluir una guía abreviada de su uso, ya que podría representar un modelo de tratamiento más normalizado y menos estigmatizante si su dispensación se hiciera en farmacias.

A. FARMACOLOGÍA CLÍNICA DE LA BUPRENORFINA:

La buprenorfina es un opiáceo semisintético, derivado de la tebaína, que tiene una alta afinidad por los receptores μ . Provoca una dependencia física menor que otros agonistas opiáceos completos como la metadona. Sin embargo tiene una moderada actividad intrínseca, estimulando los receptores opiáceos sólo parcialmente, aunque su intensidad es suficiente para prevenir el deseo

de consumo de heroína y síntomas de abstinencia. A dosis terapéuticas, interacciona con más clases de receptores opiáceos, actuando como agonista parcial sobre los receptores μ y antagonizando los efectos producidos por la estimulación sobre el receptor κ , siendo el riesgo de depresión respiratoria menor, que con metadona.

Se ha demostrado eficaz en heroinómanos, ya que previene el síndrome de abstinencia, disminuye el craving y disminuye los efectos de opiáceos adicionales.

Su farmacocinética, permite su uso de una toma diaria: 2 mgr. tendrían una duración media de 12 horas, 16 a 32 mgr, durarían 48 a 72 horas. Los efectos clínicos máximos, se alcanzan a las 1-4 horas después de la administración sublingual (manera de administración recomendada).

El síndrome de abstinencia de buprenorfina es mucho más suave que el de otros opiáceos, emerge a los 2-5 días de la retirada y se puede prolongar varias semanas.

Los efectos secundarios son similares a los de los otros opiáceos: los más comunes son el estreñimiento, alteraciones del sueño o somnolencia, aumento de la sudoración, dolores de cabeza y náuseas. Siendo más frecuentes al inicio del tratamiento. Las dosis altas suelen ser bien toleradas, y raramente producen depresión respiratoria. Chapleo y cols., recogen como efectos secundarios presentes en menos del 5% de pacientes los siguientes:

- . Dolor abdominal, astenia, dolor de espalda, escalofríos, fiebre y dolor de cabeza.
- . Vasodilatación.
- . Estreñimiento, diarreas, dispepsias, náuseas y vómitos.
- . Insomnio.
- . Rinitis.
- . Sudoración.

Las interacciones más destacables se producen con el resto de fármacos depresores del Sistema Nervioso Central, pudiendo ocasionar sedación, coma y muerte. Se requieren dosis muy altas de naloxona (10 – 35 mgr.) para invertir el efecto de la buprenorfina y a veces resultan ineficaces. Se recomienda el uso de doxapran en perfusión intravenosa y se suele requerir la ayuda ventilatoria.

La buprenorfina ejerce un bloqueo sobre la actividad de otros opiáceos, por ello complica el uso de éstos para la analgesia. Las dosis iniciales de buprenorfina pueden precipitar un SAO en consumidores de heroína o en transferidos desde PMM. Resultan muy importantes y críticos los protocolos de inducción a la buprenorfina, para que no se produzca rechazos.

B. ASPECTOS REGULADORES:

La buprenorfina aparece en los listados de sustancias autorizadas para su uso en drogodependientes. No obstante no está protocolizada su prescripción y dispensación, por lo que resulta actualmente inaccesible para los programas ambulatorios. Se dispone de presentaciones adecuada, pero para uso exclusivo en hospitales.

La nueva presentación de buprenorfina, Subutex, fue aprobada por la Agencia Española del Medicamento para el “tratamiento de sustitución a la dependencia mayor de opiáceos en el marco

de un amplio tratamiento médico, social y psicológico” (apartado 4.1. del resumen de las características del producto, versión de abril de 2000, actualización de octubre de 2002). Las formulaciones son de 0,4, 2 y 8 mgr. en comprimidos para uso sublingual. Pero a diferencia de las formulaciones y preparados comerciales anteriormente disponibles para el tratamiento del dolor, en las condiciones de dispensación como preparado para el tratamiento de la dependencia a opiáceos está clasificado como de uso hospitalario y con receta de estupefacientes. Además, se incluye como medicamento no reembolsable o no financiado por el Sistema Nacional de Salud y/o de las Comunidades Autónomas.

C. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES:

Indicaciones generales:

- Dependientes a opiáceos.
- Mayores de 18 años (no regulado en nuestro medio).
- Identificado correctamente.
- Capaz de comprender y firmar el consentimiento informado.
- Particularmente indicado los mantenimientos con buprenorfina en (Baños 2003):
- Mala tolerancia a los PMM por:
 - Metabolizadores rápidos.
 - Presencia de anticuerpos antimetadona.
 - Fármacos inductores del metabolismo de la metadona.
 - Malos respondedores.

Precauciones:

Se debe ser precavido durante el uso en las siguientes condiciones:

- Policonsumidores graves.
- Pacientes con dolor crónico.
- Psicopatologías muy graves.
- Pacientes en PMM con dosis superiores a los 30 mgr.
- Sensibilidad particular a la buprenorfina.
- Situaciones médicas: traumatismo craneales recientes, patologías abdominales agudas, enfermedades respiratorias, hepáticas o renales graves (igual que cualquier opiáceo).

Contraindicaciones:

- Pacientes que presentaron efectos secundarios graves en usos anteriores.
- Mujeres embarazadas o lactantes
- Insuficiencia respiratoria o hepática grave

D. PAUTAS PARA LOS PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON BUPRENORFINA:

Para pacientes en heroína:

Para evitar la precipitación de abstinencia, se deberá inducir la primera dosis de buprenorfina como mínimo a las seis horas de la última dosis de heroína.

La dosis inicial debe estar entre los 2 – 8 mgr. Para ajustar esta primera dosis se debe tener en cuenta los siguientes criterios:

- Tolerancia baja o incierta a los opiáceos: Iniciar con dosis de 2 a 4 mgr.
- Tolerancia alta conocida: iniciar con 6-8 mgr.
- Paciente que ha experimentado importante SAO ante primeras dosis de buprenorfina: 6-8 mgr.
- Paciente que ha experimentado leve SAO ante primeras dosis de buprenorfina: 2-4 mgr. O esperar a las primeras dosis de buprenorfina.
- La sospecha de continuar con abuso de bebidas alcohólicas o benzodiazepinas y/o consumo de heroína recomienda iniciar con dosis bajas y revisiones muy frecuentes.
- La presencia de complicaciones médicas definidas, recomienda el uso de dosis bajas y revisiones iniciales muy frecuentes.

Como norma general se deberá iniciar con una dosis de 2 mgr, en tabletas para uso sublingual (el efecto aparece a los 30-60 minutos y durará unas 4 a 8 horas. El comprimido sublingual deberá disolverse lentamente en 8 minutos). El paciente debería permanecer las dos primeras horas en el CTA y la dosis máxima del primer día no deberá superar los 8 mgr.

Para lograr las dosis de mantenimiento, se deberá incrementar la dosis inicial en 2-4 mgr cada día hasta lograr la dosis óptima. Las concentraciones plasmáticas estables se logran a los 3-7 días.

Para lograr una correcta inducción a buprenorfina, considerar:

- Organizar la inducción para un momento favorable del paciente y del equipo de tratamiento.
- Preparar adecuadamente al paciente: información, educación y consentimiento.
- Primeras dosis en el CTA, para garantizar una dispensación correcta.
- Utilizar medicaciones para posible SAO precipitado: Clonidina, diacepan, antieméticos y anti-diarreicos.
- Las dosis efectivas se logran con una media entre 8 a 16 mgr./día.
- La primera semana se recomiendan visitas diarias.

Para una correcta dosificación durante el mantenimiento se pueden seguir las siguientes recomendaciones generales:

- Bajar las dosis ante signos de intoxicación (sobre todo la somnolencia) y ante el consumo abusivo de otras drogas sedativas. Igualmente se debe ajustar las dosis ante efectos secundarios indeseables o intolerancia.
- Aumentar las dosis ante la presencia de SAO y si continúa con el consumo de heroína.
- Mantener dosis si no aparece SAO, no craving y no efectos secundarios.
- Las dosis diarias entre 8 y 16 mgr, incrementan la retención de los pacientes, disminuyen la retención dosis inferiores a 4 mgr.

Pacientes transferidos desde PMM:

Los pacientes transferidos desde PMM pueden experimentar SAO y una proporción de los mismos presentará disforia durante las dos primeras semanas. Para una correcta transferencia se deberá tener en cuenta:

- Dosis previa de Metadona: Lo ideal es la transferencia de los pacientes en dosis máxima de 30 a 40 mgr./día de metadona durante la semana previa. Para dosis superiores a 60 mgr. no se aconseja la inducción a buprenorfina.
- Para la primera dosis se deberá esperar: Para pacientes con dosis cercana a los 40 mgr./día de metadona, 24 a 48 horas, y para dosis mayores de 48 a 96 horas. Como norma fundamental, nunca antes de las 24 horas de la última toma de metadona (lo ideal sería ante concentraciones plasmáticas de metadona casi indetectables). Si es necesario, retrase la primera dosis de buprenorfina hasta la presencia de malestar significativo. Primera dosis por las mañana, y revisión a las 2-4 horas, si aparece algo de SAO, medicación sintomática y si todo va bien será necesario una dosis de 2 – 4 mgr de buprenorfina para la tarde.
- La dosis inicial debe estar entre los 2 y 4 mgr., revisando a las cuatro horas al paciente por si fuera necesario incrementar/modificar las dosis. Dosis pequeñas pueden ser insuficientes, y dosis altas iniciales pueden precipitar el SAO (por ello se deberá tener a mano medicaciones correctoras por si su uso fuese necesario). Se recomiendan:

ÚLTIMA DOSIS DE M.	DOSIS INICIAL DE B.	DOSIS 2ºDÍA B.
20 – 40 mgr.	4 mgr.	6 - 8 mgr.
10 – 20 mgr.	4 mgr.	4 - 8 mgr.
1 – 10 mgr.	2 mgr.	4 mgr.

- Las expectativas del paciente: dedicar tiempo a una correcta información y educación. Sería adecuada dar la información por escrito y con consentimiento informado.
- No olvide tener preparado un plan alternativo en caso de SAO o mala adaptación inicial del paciente.
- Preparar la prescripción, la dispensación y el equipo de terapeutas. Proporcione la información y organice las ayudas.
- Para la estabilización:
 - Revise el paciente al día siguiente de la primera dosis y sitúela ente los 6-10 mgr./día
 - Seguir incrementando las dosis tras valoraciones periódicas. Para el ajuste, considerar

signos de abstinencia, intoxicación y craving, así como el consumo de heroína u otros opiáceos y la presencia de efectos secundarios. Indagar la satisfacción del paciente. Los aumentos de dosis se deben llevar a cabo con incrementos de 2 a 4 mgr. cada 2-3 días (aunque los aumentos diarios son posibles). Los niveles de mantenimiento se deben alcanzar en el plazo de una a dos semanas. La dosificación diaria se recomienda durante este período de estabilización.

- Se propone una inducción más rápida que puede ser segura y eficaz para evitar los abandonos iniciales. Se puede conseguir las dosis de mantenimiento en dos o tres días, a saber:
 - día 1:8 mgr.
 - día 2:16 mgr.
 - día 3:24 mgr.
- El prescriptor que inicie este régimen debe revisar diariamente al paciente y si aparecen signos de intoxicación (sobre todo náuseas y vértigos) deber retrasar la inducción.
- La evidencia científica sugiere que la mayoría de los pacientes alcanzan resultados óptimos con dosis de mantenimiento entre 12 y 24 mgr./día. La dosis recomendada máxima es de 32 mgr. Diarios.
- La frecuencia de la dosificación durante el mantenimiento podrá ser:
 - Diaria.
 - Cada dos o tres días.
 - Para dosis cada dos días, multiplicar la dosis diaria por dos.
 - Para dosis cada tres días multiplicar la dosis diaria por tres.
 - (Nunca superar la dosis de 32 mgr en una toma).
- Un 10-20% de pacientes no toleraran las dosis alternativas.
- No olvidar la oferta de servicios de tipo psicosocial.
- Los protocolos de dosis para llevar a casa están por definir. Los riesgos descritos hasta la actualidad son los siguientes:
 - Desviación y abuso al mercado ilegal: Según el informe Oppidum, el efecto agonista-antagonista, disminuye la deseabilidad de la sustancia en la calle. La desviación hacia el consumo intravenoso se ha detectado en un 20% de los pacientes en mantenimiento con buprenorfina (riesgo propio de la vía endovenosa). En los PMM los pacientes son más proclives al consumo intravenoso de heroína y cocaína, en PMB son más proclives al consumo de buprenorfina intravenosa. Se está proponiendo el uso de una presentación que aúna la buprenorfina y la naloxona, para evitar el uso intravenoso.
 - El riesgo de mortalidad es mayor en pacientes que consumen heroína y cocaína por vía endovenosa.

- La mortalidad atribuible a los PMB es menor que en PMM.
- La presentación en forma sublingual hace que el riesgo en toma inadecuada en niños no sea importante, ya que la vía oral resta potencia a la buprenorfina. Se observan sobre todo somnolencia, con escasos riesgos de muerte.
- La buprenorfina no se detecta en los controles de orina habituales para la detección de opiáceos.
- Los pacientes que no pueden estabilizarse en buprenorfina, deben transferirse a otros programas.

Pautas para la retirada de la Buprenorfina

La mayoría de los pacientes no experimentan grandes dificultades ni malestares significativos. Se propone el siguiente protocolo de retirada:

- Pacientes en mantenimiento de mas de 16 mgr./día: Reducir 4 mgr. cada una o dos semanas.
- Pacientes en mantenimiento con 8-16 mgr./día: reducir 2 a 4 mgr. cada una o dos semanas.
- Pacientes con menos de 8 mgr./día: reducir 2 mgr. cada semana o quincena.

Es posible que algunos pacientes necesiten reducciones de menos de 2 mgr. cada vez. Un reinicio en el consumo de heroína u otras drogas, o un empeoramiento del bienestar personal o socio-laboral, pueden recomendar una pauta de reducción más individualizada.

De buprenorfina a naltrexona

Algunos pacientes pueden beneficiarse del paso a naltrexona como medida de prevención de recaídas. Se recomienda el siguiente cuadro de inducción:

DÍA	DOSIS DE BUPR.	DOSIS DE NTX. DOSIS DE	
		INDUCCIÓN RÁPIDA	INDUCCIÓN LENTA
1	6 mgr.	0	0
2	10 mgr.	0	0
3	8 mgr.	12,5 mgr.	0
4	6 mgr.	12,5 mgr.	0
5	4 mgr.	25 mgr.	0
6		50 mgr.	0
7		50 mgr.	0
8		50 mgr.	0 o 12,5 mgr.
9		50 mgr.	12,5 mgr.
10		50 mgr.	25 mgr.
11		50 mgr.	50 mgr.

Iniciar la naltrexona tras 5-7 días desde la última dosis de buprenorfina no suele dar ningún problema. Las inducciones más rápidas requieren de un mayor compromiso del médico y más supervisión.

Transferencia de buprenorfina a metadona:

Una vez estabilizada la dosis diaria de buprenorfina, se podrá transferir a metadona. La metadona se puede iniciar a las 24 horas de la última toma de buprenorfina, con una dosis inicial máxima de 40 mgr./día. Dosis de buprenorfina de 4 mgr., recomiendan dosis iniciales de metadona de 20 mgr.. Los pacientes deben ser revisados con frecuencia.

E. PAUTAS DE DESINTOXICACIÓN DE HEROÍNA CON BUPRENORFINA:

Además de tener en cuenta todas las condiciones ambientales y familiares, las pautas farmacológicas recomendadas serán:

- La primera dosis de buprenorfina se dará después de 6 horas de la última toma de heroína y el paciente muestre signos iniciales de abstinencia.
- Dispensación diaria con supervisión clínica diaria.
- Monitorice las dosis en función de la abstinencia, craving, efectos secundarios, y uso de otras drogas.
- Régimen de dosificación en ambulatorios:

DÍA	DOSIS PROPUESTA	LÍMITES PROPUESTOS
1	6 mgr.	4 - 8 mgr.
2	8 mgr.	4 - 12 mgr.
3	10 mgr.	4 - 16 mgr.
4	8 mgr.	2 - 12 mgr.
5	4 mgr.	0 - 8 mgr.
6		0 - 4 mgr.
7		0 - 2 mgr.
8		0 - 1 mgr.

Los pacientes que con un mgr. de buprenorfina no dejan de consumir, podrá alargarse la desintoxicación, pasarlos a hospitalización o proponer el mantenimiento.

- Régimen de dosificación en hospital:

DÍA	PROPUESTA	TOTAL DOSIS DIARIA
1	4 mgr. al inicio y añadir 2 o 4 mgr por la tarde	4 - 8 mgr.
2	4 mgr. y añadir 2 o 4 por la tarde	4 - 8 mgr.
3	4 mgr y añadir 2 por la tarde	4 - 6 mgr.
4	2 mgr. y añadir 2 por la tarde	0 - 4 mgr.
5	2 mgr por la tarde	0 - 2 mgr.
6	No dosis. Observación	
7	No dosis. Observación	

Añadir medicación auxiliar si trastornos del sueño: benzodicepinas supervisadas a dosis correctas (evitar sobredosis).

Después de la desintoxicación valorar: asesoramientos, sustitución, naltrexona, grupos de autoayuda, comunidades terapéuticas,....

F. REFLEXIONES FINALES:

- La buprenorfina tiene menos efectos secundarios que la metadona, es al menos igual de eficaz y disminuye el uso de fármacos concomitantes. Suele resultar mejor tolerada, con menor riesgo de sobredosis y dependencia física.

- No existen evidencia científicas de perfiles más adecuados y de mejores respuestas ante PMM o PMB.
- La inducción adecuada es clave para los PMB.
- El estudio Bordeaux-Bayone ofrece los siguientes datos sobre la eficacia de los PMB en Francia:
 - El 90% de los pacientes se encuentran abstinentes a los doce meses (abstinencia entendida como uno o menos consumos por mes).
 - Disminuyen los consumos de drogas en general.
 - Disminuye el uso de la vía intravenosa.
 - Disminuye el consumo de benzodiacepinas.
 - Disminuyen los policonsumos.
 - Aumenta la retención.
 - Mejora la adaptación psicosocial.
 - La eficacia aumenta, si aumenta la supervisión de las tomas.
- Chapleo y cols., refieren que a dosis adecuada la buprenorfina: disminuye el consumo de heroína, cocaína y benzodiacepinas, mejora la integración social, disminuye la morbimortalidad, baja el coste social e incrementa la calidad de vida de los pacientes.

II DIACETILMORFINA (HEROÍNA)

La eficacia de los programas de mantenimiento con heroína aún no está establecida. Hay pocos estudios, con períodos de seguimiento muy cortos y con problemas de extrapolación de resultados. Estaría indicado, en principio, en pacientes con dependencia de opiáceos grave, prolongada, con gran deterioro y con fracasos en programas de mantenimiento con metadona.

■ 3.3. PROGRAMAS DE TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS OPIÁCEOS

3.3.1. NALTREXONA

A. OBJETIVOS GENERALES

Prevenir las recaídas de los drogodependientes a opiáceos, facilitándoles dentro del proceso de normalización, la deshabituación e incorporación social.

B. FUNDAMENTO FARMACOLÓGICO Y CONDUCTUAL

La naltrexona es un antagonista opiáceo puro que bloquea los efectos de la heroína a través del bloqueo de los receptores opioides del SNC (mecanismo de acción competitivo y dosis-dependiente). Una dosis de 50 mg produce un bloqueo de los efectos de la heroína durante 24 horas; 100 mg durante 48h y 150 mg durante 72h.

Con la administración de naltrexona se pretende evitar que el paciente utilice los efectos placenteros de la heroína como un refuerzo positivo. La falta de refuerzo debería conducir a la extinción de la conducta de autoadministración.

La naltrexona ayuda a impedir la recaída debido al síndrome de abstinencia condicionado, ya que tras la toma de antagonistas opioides, no se experimenta el high en respuesta al uso de opiáceos y esta falta de refuerzo repetida conduce a la extinción de la conducta de búsqueda de la droga (Schechter AJ et al 1974, Kosten TA et al. 1991)

Se administra por v.o., se metaboliza a nivel hepático, llegando sólo un 5% al torrente circulatorio. Se elimina fundamentalmente por el riñón.

C. EFECTOS SECUNDARIOS O INDESEABLES

- Se han descrito astenia, molestias gastrointestinales y alteración del estado del ánimo.
- Produce una elevación de las transaminasas sin una clara significación clínica. Tradicionalmente se ha venido aconsejando retirar el tratamiento si la cifra de transaminasas es 3 veces superior a los niveles normales.
- No produce tolerancia ni dependencia física ni psicológica.

D. CRITERIOS DE INDICACIÓN MÁS ACEPTADOS:

- Sujetos con una breve historia de consumo de opiáceos.
- Sujetos con largos períodos de abstinencia que han sufrido recaídas recientes.
- Adictos abstinentes tras estancias en hospitales, comunidades terapéuticas o prisión, con el fin de prevenir que el nuevo consumo actúe como refuerzo positivo.
- Profesionales sanitarios dependientes de opiáceos.
- Pacientes que deseen interrumpir un programa de mantenimiento con metadona.
- Pacientes heroínómanos que lo soliciten de forma explícita, previa valoración terapéutica.

En nuestro medio varios autores (Ochoa 2001, Madoz-Gurpide 2002) han concluido que se beneficiarán más satisfactoriamente, pacientes con buen apoyo familiar, escaso deterioro social, altamente motivados, que presenten recaída reciente, que procedan de Comunidades Terapéuticas o que se encuentren abstinentes pero percibiendo situación de riesgo. Por el contrario, sujetos consumidores crónicos iniciados en el consumo en edades extremas, que ya han pasado por varios intentos previos de deshabituación con el fármaco, escasamente motivados, con bajo o nulo apoyo social y familiar, que cuentan entre sus antecedentes con incidencias legales y que especialmente debido al VIH, presentan una mala situación orgánica, no serían en principio candidatos ideales a tratamiento con antagonistas (Madoz-Gúrpid e et al 2002).

Criterios de inclusión

- Demostrar estar “libre de opiáceos”, mediante detección urinaria.(Período mínimo según droga: Heroína 4 - 5 días, Metadona 15 días, Codeína 7 - 10 días, Dextropropoxifeno 7 - 10 días, Buprenorfina 7 - 10 días).
- Sería conveniente tener apoyo familiar.
- Ser mayor de edad.

Criterios de Contraindicación o Exclusión:

- Embarazadas o lactantes.
- Menores de 18 años.
- Antecedentes personales de trastorno psiquiátrico grave.
- Afecciones somáticas graves, especialmente hepatopatías. Alteraciones graves del funcionamiento hepático.(Niveles de transaminasas en sangre superiores a 200, pero siempre a valorar por el médico.(Últimos estudios recomiendan como indicador para valorar el funcionamiento hepático la determinación de la bilirrubina total, desaconsejando su uso cuando estos valores se presentan 2 veces superiores a lo normal).
- También se sugiere la interrupción del tratamiento en los siguientes casos: aumento de los niveles de transaminasas en sangre en 3-4 veces los valores normales estándares y aparición de efectos secundarios importantes.
- Politoxicómanos cuya principal droga de abuso no sea un opiáceo.

Precauciones:

El tratamiento con naltrexona debe instaurarse en sujetos ya desintoxicados, pues la administración de este fármaco, al desplazar el opiáceo del receptor opioide, puede provocar la aparición de un síndrome de abstinencia de aparición brusca. Para evitarlo:

Antes de su administración, dejar transcurrir 5 días desde la desintoxicación, si ésta se ha realizado con fármacos alfa2-adrenérgicos, y de 7 días si se ha efectuado con un agonista opiáceo.

Teóricamente debe hacerse el llamado “test de naloxona” (en la práctica no suele hacerse); consiste en administrar 0,8 mg de naloxona s.c. si no aparecen fenómenos de hipersensibilidad al fármaco o síntomas de abstinencia, se indica una pauta de tratamiento (50 mg/día o bien 100 mg los lunes y los miércoles más 150 mg los viernes).

E. METODOLOGÍA Y ESTRATEGIAS.

Información sobre el programa:

Independientemente de que el usuario debe asumir un papel activo y responsable en su tratamiento, cuando utilizamos fármacos como los que se proponen, se recomienda que un familiar o acompañante del paciente, asuma la corresponsabilidad del tratamiento propuesto. Es muy importante informar al médico de cabecera al inicio del tratamiento de cada usuario, para lo cual se le indicará la prescripción farmacológica propuesta, su duración y de la necesidad de estudios analíticos que vamos a necesitar en el futuro, creando de esta forma una vía de comunicación entre el médico de cabecera y el Centro de Drogodependencias.

En el Tratamiento con Naltrexona, el paciente y el familiar o acompañante, deberán firmar un Consentimiento Informado (ANEXO III), una vez que se le ha explicado con detenimiento todo lo referente al tratamiento y posteriormente entregar la Tarjeta Informativa (ANEXO IV) donde se incluye el número del Centro Nacional de Toxicología y la inscripción de las particularidades del tratamiento con esta sustancia.

Fase de Inducción:

Modalidades de realización de la inducción:

I. Con Test de Naloxona:

- Antes de la primera toma, se deberá realizar el test de naloxona (0,8 mg. subcutánea) para comprobar la abstinencia previa; si fuera positivo (presencia de síntomas de SAO), se repetiría 24 horas después, como mínimo; si fuera negativo, se podría iniciar la toma de naltrexona.
- Si el test es negativo, se administrarán 25 mg. de naltrexona, esperándose una hora para verificar alguna reacción, administrándose los otros 25 mg. en caso de no producirse ésta a las 24 horas.

II. Inducción Gradual. Pautas orientativas de inducción lenta:

- Día 1º: 12,5 mg.
- Día 2º: 12,5 mg.
- Día 3º: 25 mg.
- A partir del 4º día iniciar pautas estándar que se indican a continuación.
 - Pauta A:
 - 50 mg. diarios.
 - Pauta B:
 - 100 mg. los lunes y los miércoles.
 - 150 mg. los viernes.

Fase de Seguimiento:

Se recomienda que la duración del tratamiento sea entre 3 y 12 meses. Recomendaremos además, en las mujeres evitar el embarazo, sugiriendo métodos anticonceptivos apropiados, realización de controles analíticos periódicos a los usuarios y retirar el producto de forma gradual y con el consenso del paciente.

F. EFECTIVIDAD:

- Estudios de seguimiento en programas multicomponentes señalan que sólo un 5-10% de los heroínómanos muestran interés en el tratamiento con naltrexona.
- La naltrexona puede ser más eficaz en un determinado grupo de pacientes (ver criterios de indicación).
- Un 30-40% de aquellos que toman naltrexona durante 3 meses o más, se encuentran abstinentes de opiáceos 6 meses después de dejar el tratamiento.
- A pesar de las propiedades terapéuticas de la Naltrexona “a priori”, su utilidad clínica esta limitada. Dado que el tratamiento con Naltrexona necesita abstinencia, la inducción es complicada y suele ser común la recaída en las fases iniciales. Así algunos estudios refieren una escasa aceptación por parte de los pacientes de los tratamientos con Naltrexona frente a los programas de Metadona (Fram et al 1989). También se ha publicado la no eficacia en la reducción del consumo de heroína en comparación con placebo (San L et al 1991).
- La retención de los muchos estudios realizados dan un rango amplio entre el 37 y el 61% a los 6 meses (E. Ochoa 2001). Así mismo se han publicado retenciones mayores en poblaciones seleccionadas y en combinación con Fluoxetina (Ling W, Wesson DR 1989; Landabaso M et al 1998).

■ 3.4. REFERENCIAS BIBIOGRÁFICAS

- Akshurst JS. The use of Lofexidine by drug dependency units in the Unity Kingdom. *Eur Addict Res* 1999; 5; 43-49.
- Álvarez CE, Carreño JE, San Narciso GI, Saiz P; Bascaran Mt, Bobes J. Monoxidina vs. Clonidina en las pautas de antagonización rápida ambulatoria. *Psiquiatría Biológica* 200; 57-64.
- Asociación de Psiquiatría Americana: Guía Clínica para el tratamiento de los Trastornos por Consumo de Sustancias. Versión Española. Washington.2003.
- Asociación de Psiquiatría Americana. Manual de Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales. 4ª Edición Revisada. Washington. 2002.
- Auriacombe M. Franques P, Martin C, Lafitte C, Afflelou S, Bertorelle V, Grabot D, Dauouede J, Tignol J, “Follow-up of a cohort of opioid dependent subjects in methadone and buprenorphine maintenance treatment: impact of quality of life, *European Psychiatry* 1997; 12:157s
- Baños Rodrigo, M.D, Lopez Garcia M.L. Guillén Llera,J.L.: “De metadona a buprenorfina. La inducción del tratamiento”. En *Trastornos Adictivos* 5(4), 295-302. 2003
- Baños Rodrigo, M.D. “Tratamiento de sustitución con buprenorfina (Subutex): Modelo de aplicación de una experiencia piloto en la Comunidad de Madrid” En *Trastornos Adictivos* 5(4), 303-308. 2003
- Barnett, P.G., Rodgers, J.H., Bloch D.A., 2001. A meta-analysis comparing buprenorphine to methadone for treatment of opiate dependence. *Addiction* 96, 683-690.
- Baselt, R.C. Disposition of toxic Drugs and Chemical is Man, Second Edition Davis, Calif: Biomedical Publications, 1982.
- Bedate J, Bobes J, Ochoa E, Sole J. Evaluación del Tratamiento de los heroínómanos con Naltrexona. Estudio Multicéntrico. En Casas M, Gutiérrez M y San I (8EDS) *Avances en Drogodependencias. Tratamientos Farmacológicos.*

- Blained JD (Ed). Buprenorphine: An alternative treatment for Opioid Dependence. NIDA Research Monograph 121. Washington DC, NIDA 1992.
- Bradley BP, Gossop M, Philips GT, Legarda JT. The development of an Opiate Withdrawal Scale (OWS) Br J Addict. 1987; 82: 1139-1142.
- Brewer C, Rezae H, Bailey C. Opioid withdrawal and naltrexone induction in 48-72 hours with minimal drop-out, using a modification of the naltrexone-clonidine technique. Br J Psychiatry 1988; 153: 340-343.
- Camí J, De Torres S, San L, Solé A, Guerra D, Ugena S. Efficacy of Clonidine versus Methadone in fast detoxification of heroin dependent in patients. Clinical Pharmacol Therap. 1985, 38: 336-341.
- Camí J, De Torres S, Solé A, Guerra D, Rodríguez H, Eugenia B. Cambios cardiovasculares y neuropsicológicos durante la desintoxicación de heroinómanos a base de Clonidina. Med. Clin. 1984; 82: 429-432.
- Carreño JE, Sánchez J, Ortiz R, Calvo R, Alvarez Ce, Perez SF. Pautas de inducción rápida. Modelos ambulatorios en Asturias. Psiquiatría Biológica.1996; 3: 207-216.
- Casas M, Roncero C, Duro P, Pinet C, Ribalta E. Abordaje de la dependencia de opiáceos y Atención Primaria. Psiquiatría y Atención Primaria: 2, 4-12. 2001.
- Casas M, Roncero C, Ramos JA, Collazos F, Bosh R, Valero S. Abordaje actual de la dependencia de opiáceos. Master de Drogodependencias 2001. Univ Barcelona. Curso de formación a distancia por internet. Dtor. Prof. Sánchez Turet.
- Chapleo CB, Crossdey, D.I. "Terapias de buprenorfina para el tratamiento de la dependencia a opiáceos (Subutex y Suboxone)" En Trastornos Adictivos 5(4), 320-328. 2003
- Charney DS, Heninger GR, Kleber HD: The combined use of clonidine and naltrexone as a rapid, safe, and effective treatment of abrupt withdrawal from methadone. Am. J. Psychiatry. 1986; 143: 831-837.
- Charney DS, Riordan CE, Kleber HD, Murburg M, Baverman P, Sternberg D, Heninger GR, Redmond E. Clonidine and Naltrexone. Arch Gen Psychiatry 1982; 39: 1327-1332.
- Cox S, Alcorn R. Lofexidine and opioid withdrawal. Lancet 1995; 345: 1385-1386.
- Decreto 300/2003 del 21 de octubre, B.O.J.A. nº 206, 22318-22320.
- Diaz Gonzalez RJ, Hidalgo I. Guía de actuación en la clínica psiquiátrica. Madrid: You & Us, 1999; 110.
- Dole, V.P., Nyswander, M., 1965. A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction: a clinical trial with methadone hydrochloride. JAMA 193, 80-84.
- Dole, V.P., Nyswander, M.E., Warner, A., 1968. Successful treatment of 750 criminal addicts. JAMA 12, 2708-2711.
- Dole, V.P., Robinson, W., Orraca, J, Towns, E., Searcy, P. Caine, E., 1969. Methadone treatment and randomly selected criminal addicts. N Engl J Med 280, 1372-1375.
- Farré, M. Mas, A., Torrens, M., Moreno, V., Camí, J., Retention rate and illicit opioid use during methadone maintenance interventions: a meta-analysis. Drug Alcohol Depend 65 (3): 283-290. 2002
- Farrell M, Howe S, Vester A y cols (eds). Insights: Reviewing Current Practice in Drug Substitution Treatment in European. EMCCDA, Luxemburgo, 2000, pp: 106-118.
- Fram DH, Marmo J, Halden R "Naltrexone treatment- the problem of patient acceptance" J.Subst:Abuse Treat. 1989; 6: 119-122.
- Fuster M, Cadafalch J, Domingo P, Santaló M. Intoxicación aguda por opiáceos. En Cadafalch J, Casas M. (Eds). El paciente heroinómano en el hospital general. Bilbao. PNSD. CITRAN; 1991. 245-252.
- Galanter M, Kleber H. Tratamiento de los trastornos por uso de sustancias. Masson .Barcelona 1997.
- Garcia- Alonso F, Gutierrez M, San L. A multicenter study to introduce naltrexone for opiate dependence in Spain. Drug Alcohol Depend 1989; 23: 117-121.
- Glanz, M., Klawansky, S., McAullife, W., Chalmers, T., 1997. Methadone vs. L-alpha-acetylmethadol (LAAM) in the treatment of opiate addiction. Am. J. Addictions 4, 339-349.
- Gold MS, Pottash AC, Sweeny DR, Kleber HD. Opiate withdrawal using clonidine. JAMA 1980; 243: 343-346.
- Gold MS, Redmond DE, Kleber HD. Clonidine in opiate Withdrawal. Lancet. 1978;1: 929-930.
- Goldstein A. Adicción. Barcelona. Ediciones en Neurociencias. 1995.
- González JP, Brodgen RD. Naltrexone : a review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic proprieties and therapeutic efficacy in the management of opioid dependence. Drugs. 1988; 35: 192-213.
- Gossop M. The development of short opiate withdrawal scale (SOWS). Addict Behav.1990.
- Gowing L, Ali R, White J. Brupenorphine for the manegement of opioid withdrawal. Cochrane Database Syst Rev 2000: 3: cd002025.
- Guía de programas del Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz. 2003-2004: www.dipucadiz.es
- Gutierrez M, Ballesteros J, Figuerido JL, Elizagárate E. Las desintoxicaciones ultracortas con antagonistas opiáceos. Avances en Drogodependencias. Casas M, Gutierrez M, San L. Barcelona. Ediciones en Neurociencias. 1995; 93-107.
- Handelsman L, Cochrane KJ, Aronson MJ, Ness R, Rubinstein KJ, Kanof PA. Two new rating scales for opiate withdrawal. Am J Drug Alcohol Abuse; 1987;13 (3): 293-298.

- Hubbard R.L., Marsden, M.E. Rachal, J.V. et al. (1989) Drug Abuse Treatment: A Nator Effectiveness. University of North Carolina Press, Chapel Hill, NC.
- Iraurgui, I. Casas, A.: "Factores asociados al so de opiáceos durante un Programa de Mantnimiento con Metadona". Revista Española de Drogodependencia 24 (4), 389-400 (1999)
- Jasinski DR, Johnson RE, Kuchel JR. Clonidine in morphine withdrawal: Differential effects on signs and symptoms. Arch Gen Psychiatry..1985. 42: 1063-1076.
- Johnson RE, Jaffe Jh, Fudala PS: A controlled trial of buprenorphine treatment for opioid dependence. JAMA. 1992; 267: 2750-2755.
- Khantzian EJ. The self-medication hypotesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. Am I Psychiatry 1985; 142: 1259-1264.
- Kleber HD. Treatment of drug dependence: What works. Int Rev Psyquiatry 1989; 1:81-100.
- Kleber HD. Detoxification from narcotics in substance abuse: Clinical problems and perspectives. Edited by Lowinson J, Ruiz P. Baltimore, Williams & Wilkins,1981;317-338.
- Kleber HD, Topazian M, Gaspari J, Riordan CE, Kosten T. Clonidine and naltrexone in the outpatient treatment of heroin withdrawal. Am I Drug Alcohol Abuse.1987;13: 1-18.
- Kosten TR, Kleber HD. Buprenorphine detoxification from opioid dependence: A pilot study. Lif Sci,1998; 42: 635-641.
- Kosten TR, Krystal JH, Charney DS, Price LH, Morgan CH, Kleber HD. Rapid detoxification from opioid dependence. Am I Psychiatry. 1989; 146:1349.
- Kosten T.A., Kosten T.R. Pharmacological bloking agents for treating substace abuse. J Nerv Ment Dis 1991; 179: 583-592.
- Kreek, M.J. "Using methadone effectively: achieving goals by applicatios of laboratory, clinical evaluation research and by developmen of innovative programs. En: Pickens, R.W.; Leukfeld, C.G. Schuster, C.R. (eds.) Imroving drug abuse treatment. NIDA Rockville, 1991: 245-66.· Landabaso M, Iraurgi I, Jimenez-Lerma JM,Sanz J,Fernandez de Corres B,Araluce K, Calle R,Gutierrez_Fraile M "A randomized trial of adding fluoxetine to a Naltrexone treatment programmme for heroin addicts" Addiction 1998; 93:739-744.
- Landabaso MA, Fernández B, Sanz J, Ruiz J, Pérez O, Gutierrez M. Estudio de la evolución (1990-1993) de adictos a opiáceos en programas de antagonistas. Adicciones. 1996; 8,1:67-74.
- Leza JC. Opiáceos. Tratamiento de la dependencia opiácea. Antagonistas y agonistas parciales opiáceos. Desintoxicaciones ultracortas. En: Drogodependencias, Farmacología, Patología, Psicología, Legislación. Lorenzo P, Ladero JM, Leza JE, Lizasoain I. P.N.S.D.A. 2003.
- Leza JC, Moro MA. Opiáceos. Dependencia. Síndrome de abstinencia En : Drogodependencias, Farmacología, Patología, Psicología. Legislación. Lorenzo P, Laredo JM, Leza JE, Lizasoain I. P.N.S.D.A. 2003.· Ling W, Wesson DR."Naltrexone treatment for addicted health-care professionals: a colaborative private practice experience" J.Clin:Psychiatry 1989; 45(99): 46-48.
- Loimer N, Hofmann P, Chaudhry H. Ultrashort noinvasive opiate detoxification. Am J Psychiatry 1993.
- Loimer N, Lenz K, Schmid R, Presslich O. Technique for greatly shortening the transition from methadone to naltrexone maintenance of patients addicted to opiates. Am J Psychiatry. 1991; 148:933-935.
- Loimer N, Schmid RW, Presslich O, Lenz K. Continuous naloxone administration suppresses opiate withdrawal symptoms in human opiate addicts during detoxification treatment. J Psychiat Res. 1989; 23:81-86.
- Madoz-Gurpide, A. Ochoa., E. Salvador, E. Baca- García, E.: "Definición del perfil de indicación de los Programas de Naltrexona en la adicción a opiaceos: Aplicación clínica de las técnicas de análisis de supervivencia" en Adicciones. Vol 15, Nº 1, 56-76. 2003
- Madoz-Gurpide A, Ochoa E, Baca Garcia E. Revisión de la efectividad de los programas de mantenimiento con naltrexona: Parámetros de evaluación, perfiles de indicación y factores asociados. Med Clin 2002; 119 (9):351-355.
- Marsch, L.A., 1998. The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis. Addiction 93, 515-532.
- Moro MA, Leza JC. Opiáceos. Farmacología. Intoxicación aguda. En: Drogodependencias. Farmacología, Patología, Psicología, Legislación. Lorenzo P, Ladero JA, Leza JC, Lizasoain I. PNSD.2003.
- Ochoa E. "Antagonistas opiáceos en las dependencias. Clínica de Naltrexona"Psiquiatría 21; ed Psiquiatría editores SL. Barcelona 2001.
- Ochoa E, Arias F, Somota JC, Vicente N, Jorda L. Retención en un programa de mantenimiento con naltrexona: dos años de seguimiento. Adicciones. 1992; 4.3:207-214.
- Ochoa E, Poyo-Guerrero R, Prieto R, De Teresa M, Garcia-Vicent V, Madoz A. Datos preliminares en dsintoxicación ultrarrápida en dependientes de heroína. Rev Esp de Drogodep.1998 ; 23(4) :327-336.
- O'Connor PG, Waugh ME, Schottenfeld RS, Diakogiannis IA, Rounsaville BJ. Ambulatory opiate detoxification and primary care: A role for the primary care physician. J. Gen Intern Med. 1992; 7: 532-534.
- Olcina J, Miñana L, Martín Ruíz JL, Salort Ronda J, Soler E. Un protocolo de desintoxicación ultracorta de opiáceos

- en medio hospitalario: Evolución hacia una mayor seguridad y confort para el paciente. *Rev. Esp. Drogodependencias*. 1998; 23: 350-365.
- OMS. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid. Meditor, 1992.
 - Parrino, M.W. "Manual de Tratamiento con Metadona". Ediciones Igía 1997
 - Programa de tratamiento con Metadona, manual clínico. Consejería de Asuntos Sociales. Comisionado para la Droga. Junta de Andalucía. 2000.
 - Real Decreto 75/1990 del 19 enero, B.O.E. nº 269.
 - Ribalta E, Terradas A, Casas M. Tratamiento de desintoxicación de opiáceos En : Cadafalch J y Casas M (Ed.). El paciente heroínmano en el hospital general. Bilbao PNSD. 1993.
 - Riordan CE, Kleber HD. Rapid opiate detoxification with clonidine and naloxone. *Lancet*. 1980; 1: 1079-1080.
 - Rosen M. Use of pharmacological agents in opiate detoxification In: Stine SM, Kosten TR (Ed.). *New treatments for opiate dependence*. New York: Guilford Press. 1997; 94-103.
 - Rounsaville BJ, Weissman MM, Wilber CH, Kleber HD. Pathways to opiate addiction and evaluation of differing antecedents. *Br J Psychiatry* 1982; 141, 437-446.
 - San L, Cami J, Peri JM, Mata R, Porta M. Success and failure at inpatient heroin detoxification. *Br J Addiction*. 1990; 85: 141-147.
 - San L, PomarolG, Peri JM, Olle JM, Cami J "Follow-up after six-month maintenance period on Naltrexone versus placebo in heroin addicts" *Br.J.Addict*. 1991; 86: 938-990.
 - San L, Puig M, Bulbena A, Farre M. High-Risk of ultrashort noninvasive opiate detoxification. *Am J Psychiatry*. 1995; 152: 956.
 - San L, Torrens M, Tato J, Castillo C. Nuevos tratamientos de desintoxicación en la dependencia de opioides. *Pisq Biol*. 1995; 2: 119-124.
 - Sanchez -Carbonell J. La evaluación de la eficiencia del tratamiento ambulatorio con heroínmanos. *Adicciones*. 1993; 4:359-370.
 - Sanchez-Carbonell J, Brigos B, Cami J. Evolución de una muestra de heroínmanos de dos años después del inicio del tratamiento. Proyecto Emetyst. *Medicina Clínica*. 1989; 92: 135-139.
 - Sanchez Pardo, L.: "Evaluación de la Efectividad de los Programas de Sustitutivos Opiáceos" en *Trastornos Adictivos* 2000: 1(2): 56-72
 - Schecter A.J., Friedman, J.G. Grossman D.J. "Clinical use of naltrexone" (EN-1639A): Part I Safety and efficacy in pilot studies. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1974; 1: 253-269.
 - Schubert H, Fleischhacker W, Meise V, Theohar C. Preliminary results on guanfacine in the treatment of acute opiate withdrawal. *Am J Psychiatry*. 1984; 141: 1271-1273.
 - Senay. Use of D-Propoxyphene as a maintenance or detoxification agent for opiate addicts. En: *Research on the treatment of narcotic addiction*. Cooper Jr(Ed)Washington: Nida Research Monograph Serie, 1983.
 - Simpson DD, Sells SB (Eds): *Opioid addiction and treatment: A 12 year follow-up*. Melbourne, Fla, Robert E. Krieger, 1990.
 - Simpson, D. Sells, S. Effectiveness of treatment for drug abuse: An overview of the DARP research program. *Alcohol substance abuse* 1982; 2: 7-29.
 - Soler Insa PA, Bebate J, Theohar C, Yotis A. Treatment of heroin withdrawar with guafacine: An open clinical investigación. *Am J Psychiatry*. 1987; 32: 679-682.
 - Sopelana P, Desintoxicación en Fernandez de Liria. *Adicción a la heroína*. Madrid. Idepsa. 1992; 31-32.
 - Stine S, Kosten T. Opioids. En: Mcrad BS, Epstein EE. *Addictions* Oxford University Press. New York. 1999.
 - Torrens, M., Domingo-Salvany, A., Alonso, J., Castillo, C., San, L., 1999. Methadone and quality of life (Letter). *Lancet* 353, 1101.
 - Torrens, M., San, L., Martínez, A., Castillo, C., Domingo-Salvany, A., Alonso, J., 1997. Use of the Nottingham Health Profile for measuring health status of patients in methadone maintenance treatment. *Addiction* 92, 707-716.
 - Torrens, M.: La eficacia de los tratamientos sustitutivos con opioides. Revisión de la evidencia científica. Diagnóstico y tratamiento de las conductas adictivas basados en la evidencia. Cádiz, 2001.
 - Torrens M. Aspectos farmacológicos y clínicos de la buprenorfina. En: *Magíster en Drogodependencias*. Drogodependencias III. Drogas ilegales. Universidad de Santiago de Compostela. 1996: 131-169.
 - Torrens M, Moral del Olmo E. Tratamiento de los trastornos por adicción a sustancias. En: Cervilla Ballesteros JA, García-Ribera C, Eds. *Fundamentos biológicos en Psiquiatría*. 1ª Ed. Barcelona: Masson, 1999.
 - Vaillant GE: A 20- year follow-up of New York addict. *Arch Gen Psychiatry*. 1973; 29: 237-241.
 - Vining E, Kosten TR, Kleber HD: Clinical Utility of rapid clonidine-naltrexone detoxification or opioid abuse. *Br J Addict*. 1988; 89: 567-575.
 - Wistaria Centre Cumberland Hospital. Opioid withdrawal syndrome observation chart. Sydney: Cumberland Hospital, 1993.

■ 3.5. ANEXOS

I. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE METADONA

CONSENTIMIENTO INFORMADO: PACIENTES EN PROGRAMA METADONA.

Yo, [Nombre del paciente], con D.N.I. nº [número], acepto voluntariamente ser tratado con METADONA, habiendo sido informado previamente que:

- La metadona es un fármaco que puede ser peligroso si se toma sin la correspondiente supervisión médica, genera dependencia lo mismo que la heroína u otros opiáceos y puede provocar efectos adversos (estreñimiento, sedación, amenorrea, etc.). Si se suspende el tratamiento bruscamente se presenta síndrome de abstinencia.
- Si me autoadministro otros opiáceos (heroína, morfina, codeína, incluso metadona) u otras sustancias depresoras del S.N.C. (alcohol, tranquilizantes, pastillas para dormir, etc.), puedo sufrir algún tipo de intoxicación.
- Para conseguir el efecto terapéutico deseado, es necesario establecer unos niveles estables de metadona en sangre y, por tanto, en el cerebro; por esto se requiere la toma diaria de la medicación (metadona).
- Podré suspender el tratamiento en cualquier momento si así lo deseo, proporcionándoseme los medios para realizar el tratamiento de desintoxicación bajo supervisión médica.
- Debo informar que estoy en tratamiento con metadona al personal sanitario que me atienda otras enfermedades, ya que el uso simultáneo de ésta con otros medicamentos puede generarme nuevos problemas de salud.
- He recibido una completa información sobre otros métodos asistenciales y, a pesar de los riesgos y posibles complicaciones, deseo recibir tratamiento con metadona.
- La meta final de mi tratamiento con metadona es conseguir la mayor normalización posible como persona, siendo por ello necesario el abandono de los consumos problemáticos de drogas.

Para posibilitar el buen desarrollo del programa ME COMPROMETO a:

- Respetar y aceptar las normas del Centro, a los profesionales del mismo y sus indicaciones, así como acudir periódicamente a las citas programadas y a las determinaciones toxicológicas que se me indiquen.
- No llevar a cabo ningún tipo de agresión física ni verbal hacia el personal que participa en el programa (Centro de Tratamiento y Centro de Dispensación) y hacia otros pacientes o personas.
- No llevar a cabo actividades de consumo ni venta de drogas en dichos Centros.
- No hacer un uso inadecuado o ilícito de la medicación (metadona).
- Mantener la medicación en un sitio seguro y fuera del alcance de los niños.
- Tomar diariamente la medicación.

Habiendo sido informado que el incumplimiento de estos compromisos puede suponer la interrupción del tratamiento, acepto los compromisos reseñados, firmo el presente consentimiento en _____, a ____ de _____ de 2003.

EL PACIENTE:

EL FAMILIAR:

EL MÉDICO:

Fdo:

Fdo:

Fdo:

II. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS DE LA METADONA

FÁRMACO	EFEECTO	RECOMENDACIÓN
ANTIDEPRESIVOS		
FLUOXETINA (ISRS)	LIGERO_MTD	SIN RELEVANCIA CLINICA (SRC)
FLUVOXAMINA (ISRS)	_MTD	_DOSIS MTD
DESIPRAMINA	DESIPRAMINA	_DOSIS DESIPRAMINA
IMIPRAMINA (TRI)	_MTD	_DOSIS MTD
NORTRIPTILINA (TRI)	_MTD	_DOSIS MTD
MAPROTILINA (TRI)	_MTD	_DOSIS MTD
CLORIMIPRAMINA	_MTD	_DOSIS MTD
SERTRALINA	LIGERO _MTD	SRC
PAROXETINA (ISRS)	LIGERO _MTD	SRC
CITALOPRAM (ISRS)	LIGERO _MTD	SRC
AMITRIPTILINA (TRI)		
MIANSERINA (TRI)		
TRAZODONA (TRI)		
VELANFAXINA(IRSyNA)		
NEFAZODONA (OTROS)		
MIRTAZAPINA (TRI)		
REBOXETINA (ISRNA)		
VILOXACINA (TRI)		
PIRLINDOL (TRI)		
TRIMIPRAMINA (TRI)		
LOFEPRAMINA (TRI)		
DOXEPIN (TRI)		
AMOXAPINA (TRI)		
DOSULEPINA (TRI)		
ETOPERIDONA (TRI)		
MOCLOBEMIDA (RIMA)		
FENELCINA (IMAO)		
TRANILCIPROMINA (IMAO)		
TRI: Tricíclicos y heterocíclicos ISRS: Inhibidor Selectivo Recaptación Serotonina ISRNA: I.S.R. Noradrenalina IRSyNA: I.R.S. Serotonina y Noradr. IMAO: Inhibidor MAO RIMA: Inhibidor Reversible MAO		
FENITOINA	_MTD	_DOSIS MTD
FENOBARBITAL		
CARBAMACEPINA	_MTD	_DOSIS MTD

VALPROATO SODICO LAMOTRIGINA VIGABARTRINA GABAPENTINA TOPIRAMATO		
ANTI VIH		
ZIDOVUDINA (INTI) DIDANOSINA (INTI) ESTAVUDINA (INTI) RITONAVIR (IP) ABACAVIR (IP) INDINAVIR (IP) NELFINAVIR (IP) SAQUINAVIR (IP) NEVIRAPINA (INNTI) DELAVIRDINA (INNTI) EFARIVENZ (INNTI) ZALCITABINA (INTI) LAMIVUDINA (INTI)	_ZIDOVUDINA _DIDANOSINA _ ESTAVUDINA POSIBE _MTD.SAO _MTD.POSIBLE SAO _MTD _MTD, SAO _MTD POSIBLE_MTD	MONITORIZAR TOXICIDAD HEMATOLOGÍCA _DOSIS DIDANOSINA SRC MONITORIZAR MONITORIZAR _DOSIS MTD _DOSIS MTD _DOSIS MTD MONITORIZAR SRC (?) SRC (?)
INTI: Inhibidores Nucleósidos De La Transcriptasa Inversa IP: Inhibidores De La Proteasa INNTI: Inhibidores No Nucleósidos De La Transcriptasa Inversa		
OTROS		
LITIO DISULFIRAM OMEPRAZOL RIFAMPICINA RIFABUTINA BZD	_EXCRECION, LIGERA _MTD RIFAMPICINA _MTD.SAO POTENCIA EFECTOS	SRC VIGILANCIA CLÍNICA MONITORIZAR TOXICIDAD _DOSIS MTD SRC (VIGILAR) VIGILANCIA CLÍNICA EVITAR SOBRE TODO: FLUNITRACEPAM DIACEPAM _DOSIS MTD VIGILANCIA CLÍNICA. POTENCIACIÓN DE EFECTOS
ERITROMICINA HALOPERIDOL OLANZAPINA PERFERACINA RISPERIDONA TIORIDACINA INTERFERON	_MTD LA METADONA INHIBE EL METABOLISMO DE ANTIPSICÓTICOS LA METADONA DISMINUYE EL NIVEL PLASMÁTICO DE INTERFERON	

ALCOHOLISMO	_MTD	VALORAR_DOSIS/TRATAR SDA
INTX. ALCOHOL	_MTD	_DOSIS MTD
INTX. BZD	DEPRESIÓN RESPIRATORIA	VIGILAR
DIACEPAM	_MTD	VIGILAR
DICLOFENACO	_MTD	
ALCALINIZADORES	_MTD	
URINARIOS: BICARBONATO SÓDICO		
ACIDIFICADORES URINARIOS	_MT	VIGILAR

LEYENDA: MTD:Metadona SRC: Sin Relevancia Clínica _ : Bajar _ : Subir

III. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO CON NALTREXONA EN: PACIENTES CON SÍNDROME DE DEPENDENCIA A OPIÁCEOS

Yo, _____, con D.N.-I. nº _____, acepto libre, voluntaria y conscientemente ser tratado con NALTREXONA, habiendo sido informado previamente de los siguientes extremos:

Que la naltrexona es un fármaco que antagoniza la heroína, la metadona y otras drogas de la misma familia (opiáceos), es decir impide que estas sustancias hagan efecto.

Que para comenzar a tomar naltrexona, hay que estar previamente desintoxicado, o sea, no se puede tomar esta medicación si se ha consumido heroína o metadona con anterioridad.

Que es necesario conocer que, en el supuesto de consumir heroína estando en tratamiento con naltrexona, no se notarían los efectos de la droga y si se consume una cantidad excesiva para intentar conseguir notar sus efectos, se produciría un desbloqueo brusco, pudiéndose producir la muerte por sobredosis, motivada por parada cardiorespiratoria.

Que es muy importante hacer un seguimiento, con revisiones y analíticas de sangre periódicas, para poder detectar algún efecto secundario y si decide continuar el tratamiento por su cuenta, podrían aparecer efectos indeseables, de los cuales sólo serían responsables el autor o autores del abandono.

Que si el paciente o su familia deciden interrumpir el tratamiento, nunca deberán hacerlo por su cuenta, siendo muy importante el conocimiento previo del profesional encargado del mismo.

Que es importante que la tarjeta de identificación que le suministra el Centro, siempre la lleve encima el paciente, ya que en caso de accidente o enfermedad, el médico que le atienda debe conocer dicho tratamiento.

Que la naltrexona no bloquea los efectos de otras drogas, por lo que es importante el seguimiento del paciente para tratar de evitar la aparición de otra dependencia en el curso del tratamiento.

Que es recomendable que sea el familiar/acompañante quien administre diariamente las dosis al paciente.

Que hay que tener presente que la naltrexona es sólo una ayuda.

Que está contraindicada la naltrexona en el embarazo, por lo que, durante el tiempo que estén en tratamiento, se recomienda tomar precauciones y utilizar métodos anticonceptivos.

Que, como todo medicamento, debe permanecer fuera del alcance de los niños.

De acuerdo con lo cual, firmo el presente documento en:

EL PACIENTE:

EL FAMILIAR:

EL MÉDICO:

IV. TARJETA DE NALTREXONA

Paciente:

Domicilio:

Población:

Teléfono:

Centro Encargado:

Dirección:

Población:

Teléfono:

Inst. N. Toxicología (urgencias): 91-562 04 20

Fecha:/..../....

AL CUERPO MÉDICO EN CASO DE EMERGENCIA

Este paciente está siendo tratado con clorhidrato de naltrexona, un antagonista opiode oral.

En caso de que este paciente necesite analgesia, deberá utilizarse un fármaco no opiode. En el caso de utilizar un opiode, se requerirían dosis mayores de las habituales y, por tanto, la depresión respiratoria resultante sería más profunda y prolongada, debiendo éste permanecer bajo vigilancia de personal capacitado.

**Autores: Francisco Araque Serrano
Juan Díaz Salaber
E-mail: cddjaen@promojaen.es
juandiaz@dipmalaga.es**

4. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

■ 4.1. PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

4.1.1. PSICOTERAPIA Y PSICOTERAPIAS

Independientemente del trastorno o problema que nos ocupe, hablar de psicoterapia individual nos remite a tratar de definir el concepto de psicoterapia. Su definición más simple pudiera ser la de la Real Academia: “Tratamiento de las enfermedades, especialmente de las nerviosas, por medio de la sugestión o persuasión, o por otros procedimientos psíquicos”. Pero dada la pluralidad de enfoques psicoterapéuticos, existe una amplia gama de definiciones de lo que es psicoterapia. Feixas y Miró(1993) intentan de recabar lo común de las diversas definiciones, y definen la psicoterapia como: “Un tratamiento ejercido por un profesional autorizado que utiliza medios psicológicos para ayudar a resolver problemas humanos en el contexto de una relación profesional”.

El añadido del término “individual”, no aporta nada nuevo a estas definiciones, en las que se da por entendido que nos estamos refiriendo básicamente a una relación dídica entre el profesional y el sujeto precisado de tratamiento. La psicoterapia individual se entiende pues, como la psicoterapia por defecto, y es a la que nos referimos cuando no se utilizan otras modalidades (pareja, familia, grupo...) que en el ámbito profesional suelen considerarse complementarias e indicadas, o no, tras una valoración individualizada de cada caso. Otra cuestión bien distinta será la de cuáles son los procedimientos psíquicos, o los medios psicológicos, que se utilicen en el desarrollo de una psicoterapia concreta, y otra aún, quién o que tipo de profesional sea el que deba utilizar dichos procedimientos o métodos.

Por lo general se considera que los especialistas en la adecuada utilización de estos métodos o procedimientos son los psicólogos o los psiquiatras, pero es obvio que con la adecuada experiencia y formación pueden ser muy diferentes figuras profesionales (médicos, enfermeros, trabajadores sociales...) los que pueden aplicar, de forma eficaz, técnicas psicoterapéuticas en su labor de atención a las personas con problemas demandantes de su atención o asistencia.

La composición multidisciplinar de los equipos de atención a los problemas derivados del uso de drogas, característica necesaria de estos equipos para dar respuesta a la complejidad multidimensional de este fenómeno, plantea importantes problemas de comunicación entre profesionales provenientes de diferentes disciplinas y que con frecuencia han recibido una formación teórica sobre el origen, mantenimiento y tratamiento de las conductas adictivas distinta, reflejando la variedad de enfoques existente en esta materia. Con frecuencia, el empeño en tender puentes entre las diferentes formas de trabajar de los componentes de los equipos multidisciplinarios logra progresi-

vamente una aceptable sintonía en la práctica clínica, pero se enfrenta a serias dificultades cuando se trata de compartir conceptos y modelos teóricos.

Las afirmaciones realizadas por los estudiosos de las teorías psicológicas en los años setenta, sobre la necesidad de una construcción dialéctica que supere el pluralismo conceptual de la psicología mediante la integración de conceptos y estrategias complementarias de las distintas teorías (Royce, 1999), siguen plenamente vigentes en el inicio de este nuevo siglo. Aunque en las dos últimas décadas han ocurrido algunos cambios en las relativas hegemonías de las teorías de la personalidad existentes, aún somos testigos de la existencia de barreras aparentemente insalvables entre las distintas escuelas psicológicas. La confusión que provoca esta fragmentación es creciente en el terreno de la psicoterapia aplicada a los distintos trastornos emocionales y conductuales, dada la extensa oferta actual de técnicas de ayuda y consejo psicológico. Dicha oferta se ha incrementado de treinta o cuarenta tipos de psicoterapias existentes a finales de los años cincuenta a más de ciento cincuenta en 1978 y a cerca de cuatrocientos en la actualidad (Prochaska y Norcross, 1999).

Ateniéndonos únicamente a las escuelas más reconocidas, podemos observar en la siguiente tabla, a modo de ejemplo, la dispersión en la opción por escuelas u orientaciones teóricas de referencia que guían a los profesionales de la psicoterapia en E.E.U.U (Norcross, Karg, y Prochaska, 1997). Podemos suponer que nuestra realidad no sea muy diferente.

ORIENTACION TEORICA PRIMARIA DE LOS PSICOTERAPEUTAS AMERICANOS

ORIENTACIÓN TEÓRICA	PSICOLOGOS CLINICOS	PSICOLOGOS COUNSELING	PSIQUIATRAS	TRABAJADORES SOCIALES	CONSEJEROS
ADLERIANA	1 %	2 %	1 %	1 %	2 %
CONDUCTUAL	13 %	8 %	1 %	4 %	6 %
COGNITIVA	24 %	11 %	1 %	4 %	10 %
ECLÉCTICO - INTEGRADORA	27 %	40 %	53 %	34 %	37 %
EXISTENCIAL - HUMANÍSTICA	3 %	6 %	1 %	3 %	13 %
GESTALT	1 %	2 %	1 %	1 %	2 %
INTER PERSONAL	5 %	2 %	3 %	1 %	1 %
PSICO ANALÍTICA	18 %	12 %	35 %	33 %	11 %
PSICO DINÁMICA					
ROGERIANA	1 %	8 %	0 %	2 %	8 %
SISTEMICA	4 %	5 %	1 %	13 %	7 %
OTRAS	3 %	4 %	3 %	4 %	3 %

Destaca en este análisis que la opción ecléctico/integradora es la elegida por la mayoría de los profesionales que participaron en el estudio. Es patente el deseo de un importante número de los psicoterapeutas entrevistados de lograr una integración, o al menos, la complementariedad de los distintos enfoques teóricos. Desde un punto de vista ecléctico, se busca mejorar la eficacia de la indicación del mejor tratamiento, para cada persona y problema, en relación con los datos conocidos de lo que ha funcionado mejor en el pasado con otros sujetos de características y problemas similares. Desde un enfoque integrador, se pretende integrar dos o más sistemas de psicoterapia con la esperanza de que el resultado sea mejor que los constituyentes por separado, con el explícito intento de integrar las teorías subyacentes a las psicoterapias y no sólo las técnicas propuestas por cada una de ellas. La principal diferencia entre eclecticismo e integración es la que hay entre pragmatismo empírico y flexibilidad teórica. La integración se refiere al compromiso de creación teórica y conceptual más allá de la mezcla pragmática de procedimientos que propone el eclecticismo.

4.1.2. LA BUSQUEDA DE UN PUNTO DE ENCUENTRO: EL MODELO TRANSTEÓRICO DEL CAMBIO

En este arduo, aunque loable empeño, se enmarca el Modelo Transteórico del Cambio propuesto por James O. Prochaska y Carlo Diclemente (Prochaska y DiClemente, 1983, 1986). Su modelo global del cambio del comportamiento es considerado simplista y sencillamente ateórico por algunos (Davidson, 1992), pero otros han llegado a afirmar que ha originado un cambio de paradigma en el área del estudio y tratamiento de las conductas adictivas (Orford, 1992). Un gran número de autores coincide en reconocer a este modelo una gran capacidad de atracción y generación de interés entre los profesionales de este campo, inspirando acercamientos novedosos a la evaluación y tratamiento de los problemas relacionados con las adicciones y otros estilos de vida poco saludables. Prochaska y Diclemente proponen un modelo de explicación de la forma en que se produce el cambio intencional del comportamiento. Es decir, del cambio de conducta decidido por el propio individuo, participe en cualquier tipo de psicoterapia, o no reciba ningún tipo de intervención terapéutica.

La supresión o modificación de las conductas problemáticas o patológicas sin la participación en un tratamiento ha sido denominada remisión espontánea y es un fenómeno reiteradamente citado. La ocurrencia de este cambio de comportamiento, en la dirección de lo considerado saludable, no consiste en un fenómeno debido al azar, sino que implica cierta influencia externa y un claro compromiso personal. (Orford, 1.985, Tuchfeld, 1.981). Este proceso intencionado de cambio es diferente del cambio de comportamiento relacionado con el desarrollo o con la imposición social. Su estructura y principios dinámicos se proponen en el Modelo Transteórico como la estructura y principios comunes que ocurren en el cambio de comportamiento ya sea con intervención terapéutica, o sin ella.

El proceso de cambio de conductas menos saludables a otras más saludables frecuentemente se ha comprendido como un movimiento de un estado estable a otro. Esta concepción dicotómica, que no tiene en cuenta la dinámica previa y posterior del proceso, produce una pobre comprensión del fenómeno y genera dificultades a la hora de intervenir en su optimización. La consideración única del consumo o de la abstinencia ha provocado serios equívocos al atender a personas con conductas adictivas y al intentar evaluar los programas de tratamiento en esta área.

Por esta razón, diversos autores han subrayado la existencia de distintas fases o estadios en el abandono de una conducta adictiva, señalando que este cambio de comportamientos no es un fenómeno que siga la ley del todo o nada y tratando de desarrollar un modelo global que cubra todo el curso del proceso de cambio. Con este fin, se reunieron en 1984 un grupo de teóricos, investigadores y terapeutas en un congreso internacional en Escocia. El libro que se creó a partir de este congreso (Miller y Heather, 1986), constituyó un intento de integración de los distintos sistemas de psicoterapia aplicados hasta entonces al tratamiento de las adicciones.

Prochaska y DiClemente (Prochaska y DiClemente, 1986, Prochaska y Prochaska, 1993) nos proponen que un modelo global de cambio para la comprensión de las conductas adictivas debe satisfacer las siguientes demandas:

- Ser aplicable a un amplio rango de formas de cambio: Desde la máxima intervención de los programas tradicionales de rehabilitación hasta la automodificación del comportamiento adictivo sin ayuda especializada.
- Ser aplicable a las diversas conductas adictivas: Desde el abuso de alcohol y la dependencia a cualquier sustancia (nicotina, heroína, cocaína...) hasta otros comportamientos adictivos no farmacológicos como la hiperfagia o el juego patológico.
- Ser útil como síntesis de los distintos modelos de cambio de los que se dispone actualmente para las conductas problemáticas: Especialmente de aquellos con vocación de explicación global del cambio.
- Servir como síntesis de los distintos modelos de tratamiento que se utilizan actualmente para las conductas adictivas: Por tanto, ha de facilitar la integración de la intervención terapéutica fragmentada hasta ahora en un número excesivo de alternativas y de tratamientos que compiten entre sí.
- Cubrir todo el proceso del cambio: Desde que el individuo comienza a percibir su comportamiento como problemático hasta que el problema no existe.
- Estar abierto al progreso: Incorporando e integrando las variables que se comprueben significativas en la explicación de la forma en la que las personas modifican sus conductas adictivas.

El modelo transteórico del cambio, que según sus autores satisface las exigencias relacionadas, tiene su origen en los estudios de James O. Prochaska a finales de los años setenta en la Universidad de Rhode Island (Prochaska, 1978). Implicado en el movimiento de búsqueda de estrategias y teorías integradoras de los distintos métodos de psicoterapia existentes en ese momento, James O. Prochaska se propuso la realización de un análisis de los principales sistemas de psicoterapia con el declarado espíritu de encontrar lo mejor de cada uno de ellos. Este espíritu fundamenta el término transteórico utilizado posteriormente para denominar el modelo desarrollado con su compañero Carlo DiClemente (Prochaska y DiClemente, 1984).

El trabajo de Prochaska se centró inicialmente en la determinación de un conjunto común de procesos de cambio propuestos por los enfoques terapéuticos más aceptados. Los estudios reali-

zados por James O. Prochaska y Carlo DiClemente, en los inicios de los años ochenta, dirigidos a la búsqueda de soporte empírico de la utilización diferencial de dichos procesos de cambio se centraron en la investigación sobre cómo la gente intenta cambiar sus conductas adictivas con tratamiento profesional o por sí mismas (DiClemente y Prochaska, 1982; Prochaska y DiClemente, 1983). Como resultado de sus estudios y análisis teóricos, propusieron un modelo que pretende describir y explicar tridimensionalmente (procesos, estadios, y niveles del cambio) la estructura del cambio intencional del comportamiento (Prochaska, y DiClemente, 1992; Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992).

4.1.3. LA ESTRUCTURA DEL CAMBIO

A. LOS PROCESOS DE CAMBIO

La primera dimensión establecida en este modelo (Prochaska, 1978) consistió en los denominados “procesos del cambio”. Inicialmente derivados de un análisis teórico de los sistemas de psicoterapia predominantes a finales de los setenta, fueron modificados en función de los estudios empíricos realizados algunos años después. Se definieron como “aquellas actividades abiertas o encubiertas en las que los individuos se implican para modificar sentimientos, pensamientos, conductas o relaciones interpersonales, relativos a conductas o estilos de vida problemáticos” (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992). Dichos procesos de cambio representan un nivel intermedio de abstracción entre las teorías globales y las técnicas específicas.

Los diez procesos de cambio propuestos por el modelo transteórico son los siguientes:

1. Aumento de la concienciación:

Intensificación del procesamiento de información respecto a la problemática asociada a las conductas adictivas y a los beneficios de modificarla.

2. Autoreevaluación:

Valoración afectiva y cognitiva del impacto de la conducta adictiva en los valores y auto-concepto del adicto. Reconocimiento de la mejoría que representa para su vida el abandono del hábito adictivo.

3. Reevaluación ambiental:

Valoración del impacto de la conducta adictiva sobre el comportamiento interpersonal y sobre las personas significativas del individuo. Reconocimiento de los beneficios para dichas relaciones derivados de la modificación de la conducta adictiva.

4. Relieve dramático:

Experimentación y expresión de relaciones emocionales provocadas por la observación y/o advertencias de los aspectos negativos asociados a la conducta adictiva.

5. Autoliberación:

Compromiso personal y aumento de percepción de la propia capacidad para decidir y elegir. Creencia en que uno mismo es un elemento esencial en el cambio de la conducta adictiva, ya que se poseen, o se pueden adquirir, las habilidades necesarias para cambiar.

6. Liberación social:

Toma de conciencia de la representación social de la conducta adictiva y de la voluntad social de combatirla mediante el aumento de alternativas adaptativas disponibles, por lo que implica también un aumento en la capacidad del adicto para decidir y escoger nuevos cursos de Acción.

7. Manejo de contingencias:

Puesta en marcha de estrategias conductuales dirigidas a aumentar la probabilidad de que ocurra una determinada conducta relacionada con el cambio. Auto y/o heteroreforzamiento de dichas conductas.

8. Relaciones de ayuda:

Existencia y utilización del apoyo social que pueda facilitar el cambio de la conducta adictiva.

9. Contracondicionamiento:

Modificación de las respuestas elicítadas por los estímulos condicionados asociados, generando y desarrollando conductas alternativas.

10. Control de estímulos:

Evitación de la exposición a situaciones de alto riesgo asociadas a la realización de la conducta adictiva.

Estos diez procesos de cambio pueden organizarse con relación a dos factores de segundo orden (Prochaska, Velicer, DiClemente, y Fava, 1988):

- a) Procesos de cambio cognitivos (aumento de la concienciación, autoreevaluación, reevaluación ambiental, relieve dramático y liberación social).
- b) Procesos de cambio conductuales (autoliberación, manejo de contingencias, relaciones de ayuda, contracondicionamiento, y control de estímulos).

Prochaska y Norcross (1999), en su afán integrador, han propuesto una agrupación de los procesos de cambio en cinco procesos básicos que podrían tener cada uno una vertiente experiencial y otra ambiental como se refleja en la siguiente tabla.

PROCESOS DE CAMBIO	AREA EXPERIENCIAL	AREA AMBIENTAL
Concienciación	Feedback	Educación
Catarsis	Experiencia emocional correctiva	Relieve dramático
Elección	Autoliberación	Liberación social
Estímulos condicionados	Contracondicionamiento	Control de Estímulos
Control de contingencias	Reevaluación	Manejo de Contingencias

Según los fundadores del Modelo Transteórico, las principales escuelas de psicoterapia divergen más en el contenido a cambiar que en los procesos indicados para cambiarlo. Dichas divergencias responden más a la variedad existente de teorías de personalidad que a la existencia de una multitud de procesos de cambio que constituyan la esencia de la tarea psicoterapéutica. Aunque los seres humanos utilizamos varios procesos de cambio distintos para superar nuestros problemas, la mayoría de los sistemas de psicoterapia enfatizan únicamente la utilización de dos o tres de estos procesos. Los psicoterapeutas deberíamos ser capaces de comprender un conjunto mayor de procesos de cambio y de manejar distintas técnicas para optimizar su utilización cuando sea apropiado.

En la tabla siguiente, se pueden observar cuales de los procesos de cambio propuestos por el Modelo Transteórico son mas favorecidos en las principales escuelas de psicoterapia. (Prochaska y Norcross, 1999)

TEORÍA	PROCESOS PRIMARIOS DE CAMBIO	TÉCNICAS REPRESENTATIVAS
Psicoanalítica	<ul style="list-style-type: none"> · Incremento de conciencia · Relieve dramático 	<ul style="list-style-type: none"> · Análisis de resistencias · Asociación libre · Interpretación de los sueños
Humanística/Existencial	<ul style="list-style-type: none"> · Liberación social · Autoliberación 	<ul style="list-style-type: none"> · Clarificación y reflexión · Empatía y calidez · Libre experimentación
Gestalt/Experiencial	<ul style="list-style-type: none"> · Autoreevaluación · Relieve dramático 	<ul style="list-style-type: none"> · Elección y feedback · Confrontación · Enfoque
Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> · Autoreevaluación · Contracondicionamiento 	<ul style="list-style-type: none"> · Educación · Identificación de pensamientos irracionales · Reestructuración cognitiva
Conductista	<ul style="list-style-type: none"> · Control de estímulos · Control de Contingencias · Contracondicionamiento 	<ul style="list-style-type: none"> · Asertividad · Entrenamiento en relajación · Manejo de reforzadores · Entrenamiento en autocontrol

B. LOS ESTADIOS DEL CAMBIO

Aunque el objetivo inicial de los trabajos de Prochaska (Prochaska, 1978) fuera la delimitación de un conjunto común de procesos de cambio, ha sido otra dimensión del Modelo Transteórico la que ha producido mayor interés en la comunidad profesional dedicada al tratamiento de las conductas adictivas: la de los “los estadios o fases del cambio”. De hecho, el modelo que Prochaska y DiClemente continúan denominando transteórico, es llamado por otros autores, modelo de los estadios del cambio.

En estudios comparativos entre individuos fumadores que realizaron el cambio por sí mismos, o que participaron en dos programas comercializados, se investigó la utilización diferencial de los procesos de cambio. Se encontró que ambos grupos de sujetos identificaron estadios o etapas comunes que habían experimentado durante el proceso de dejar de fumar (DiClemente y Prochaska, 1982; Prochaska y DiClemente, 1983). Estos resultados fueron replicados con poblaciones que trataban de solucionar otros problemas psicológicos (Prochaska y DiClemente, 1985). En otro estudio con pacientes de psiquiatría general ambulatoria (McConaughy, DiClemente, Prochaska y Velicer, 1989) los autores encontraron que el estadio de cambio en que se encontraba el paciente predijo mejor el progreso alcanzado después de cuatro meses de terapia que los diagnósticos D.S.M. 3 o que la gravedad de los síntomas.

Los estadios del cambio fueron valorados inicialmente mediante una medida continua con escalas separadas para cada estadio (McConaughy, Prochaska, y Velicer, 1983). Posteriormente, y debido a la complejidad de los perfiles que aporta esta escala, se ha desarrollado una medida categórica más simple que evalúa el estadio del cambio en el que se encuentra el sujeto mediante una serie de preguntas mutuamente excluyentes (DiClemente, Prochaska, Fairhurst, Velicer, Velasquez, y Rossi, 1.991). Durante el desarrollo del primer instrumento de evaluación con una muestra de pacientes psiquiátricos, se observó sólo la presencia de cuatro estadios bien definidos que fueron denominados: Precontemplación, Contemplación, Acción y Mantenimiento. Los autores trabajaron con un modelo de sólo cuatro estadios durante siete años.

Los mismos estadios fueron delimitados en un grupo de alcohólicos (DiClemente y Hughes, 1990). En este trabajo se identificó, mediante el análisis factorial, un perfil común para cada estadio, pero un grupo de pacientes puntuó alto tanto en contemplación como en acción. Los autores del modelo Transteórico concluyeron que este perfil representa a los sujetos en un estadio distinto a ambos que inicialmente denominaron de determinación, refiriéndose posteriormente a este estadio con el término de Preparación. La investigación apoyó la importancia, tanto teórica como clínica, de incorporar al modelo este quinto estadio del cambio. Otros autores han desarrollado un cuestionario específicamente dirigido a la evaluación del estadio de Preparación. (Rollnick, Heather, Gold, y Hall, 1992)

A continuación se describen los estadios del cambio propuestos actualmente por el Modelo Transteórico (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992):

1. Precontemplación

En este estadio los adictos no se plantean modificar su conducta ya que no son conscientes, o lo son mínimamente, de que dicha conducta representa un problema. No se trata pues, de que no puedan hallar una solución, sino de que no pueden ver el problema. Por esta

razón no acuden a tratamiento, o si lo hacen es presionados por circunstancias ambientales, abandonando el cambio en cuanto disminuyen dichas presiones.

2. Contemplación

En este estadio los adictos son conscientes de que existe un problema y están considerando seriamente la posibilidad de cambiar, pero sin haber desarrollado un compromiso firme de cambio. Aunque su actitud es ambivalente, se encuentran más abiertos a la información sobre su comportamiento adictivo.

3. Preparación

Este estadio se caracteriza por ser la etapa en la que el adicto toma la decisión y se compromete a abandonar su conducta adictiva. También es la fase en la que se realizan algunos pequeños cambios conductuales (disminución de dosis, por ejemplo), aunque dichos cambios no cumplan el criterio (abstinencia, por ejemplo) para considerar que se encuentra en la fase de Acción.

4. Acción

Se trata de la etapa en la que el individuo cambia con o sin ayuda especializada su conducta y el estilo de vida asociado. Esta etapa requiere un importante compromiso además de una considerable dedicación de tiempo y energía, implicando los cambios conductuales más manifiestos.

5. Mantenimiento

En este estadio, el individuo trata de conservar y consolidar los cambios realizados en la etapa anterior, intentando prevenir una posible recaída en el comportamiento problemático. No consiste en una ausencia de cambio, sino en una continuación activa del mismo, aunque de menor actividad.

El éxito en el cambio conlleva un progresivo avance desde la precontemplación a la contemplación, de ésta a la preparación, después a la acción, y finalmente al estadio de mantenimiento. Frecuentemente, los programas terapéuticos tradicionales han tratado a sus clientes como si ya estuvieran preparados para entrar en el estadio de acción. Pero, cuando se clasifica a los individuos en diferentes estadios del cambio, el grado de éxito alcanzado después del tratamiento se relaciona significativamente con el estadio en el que se encontraban los sujetos previamente. Judith Ockene y sus colaboradores informaron que solo el 22% de los fumadores que se encontraba en estadio de precontemplación antes de tratamiento permanecía sin fumar a los seis meses del seguimiento. En cambio, un 44% de los que estaban en estado de contemplación, y alrededor del 80% de los que estaban en preparación, no fumaba al cabo de seis meses. (Ockene, Ockene, y Krystellar, 1989)

El curso del cambio fue concebido inicialmente como una progresión lineal a través de los estadios relacionados. Pero aunque esta progresión lineal es posible, se trata más bien de un fenómeno raro en el ámbito de las conductas adictivas. Ya en los inicios de los años setenta, en un conocido estudio, (Hunt, Barnett, y Branch, 1971) se informó que con un amplio abanico de terapias, entre el 60% y el 80% de los alcohólicos, de los adictos a la heroína y de los fumadores de tabaco, recaía dentro del primer año después del tratamiento. La mayoría de la gente que inicia la acción para modificar sus adicciones no mantiene exitosamente sus logros en el primer intento. La reca-

ída es la regla más que la excepción en las adicciones. Entre los fumadores, por ejemplo, se ha observado una media de tres a cuatro intentos de acción antes de llegar a un mantenimiento a largo plazo (Schachter, 1982). La recaída y el reciclado a través de los estadios ocurren muy frecuentemente cuando los individuos intentan modificar o cesar sus conductas adictivas. La constatación de la dificultad existente para poder realizar un curso único por los estadios del cambio hace que sea precisa, para alcanzar una adecuada comprensión del proceso global de cambio, la descripción de otros dos importantes momentos en este proceso:

La Recaída:

La recaída ocurre cuando las estrategias de cambio utilizadas fracasan en estabilizar al individuo en los estadios de acción o mantenimiento, provocando una vuelta hacia estadios previos. Con mas frecuencia al de contemplación, o al de preparación, más raramente al de precontemplación.

La Finalización:

Si se consiguen estabilizar los cambios conductuales más allá de la fase de mantenimiento, se especula sobre un posible estadio de finalización, definido como la inexistencia de tentaciones a través de cualquiera de las situaciones problema. Es decir, la absoluta extinción de la conducta adictiva sin la necesidad de la utilización de procesos de cambio para el mantenimiento de los nuevos patrones de comportamiento

En la figura siguiente se trata de representar gráficamente el carácter cíclico del movimiento a través de los distintos estadios del cambio.



Los estadios representan la dimensión evolutiva del modelo indicando un curso de acción en el abandono de las conductas adictivas que no es lineal, pero tampoco meramente iterativo. Se trata de un proceso recursivo, donde los estados terminales generan nuevos estados o causas iniciales. (Fierro, 1.993). Un modelo en espiral puede representar el curso cíclico, pero abierto, del cambio, sugiriendo que la mayoría de los sujetos que recae, ni evoluciona en círculos eternamente, ni regresa de nuevo donde comenzó. En cada ciclo a través de los estadios se puede aprender de los errores e intentar algo diferente la siguiente vez. En cualquier cohorte de individuos, el número de éxitos continúa incrementándose con el paso del tiempo.

Cada estadio representa tanto un periodo de tiempo, como un conjunto de tareas necesarias para el movimiento al siguiente estadio. Aunque el tiempo que un individuo invierte en cada estadio puede variar, las tareas que han de ser cumplidas son propuestas como invariables. El tratamiento de las conductas adictivas avanzará suavemente si el paciente y el terapeuta se centran en el mismo estadio de cambio. Pero se presentaran focos de resistencia durante la terapia cuando el paciente y el terapeuta trabajen desde distintos estadios. Un terapeuta muy directivo y orientado a la acción se encontrará con pacientes que, situados en el estadio de contemplación, sean muy resistentes a la terapia. Desde la perspectiva del paciente, el terapeuta se está moviendo demasiado rápido. Por otra parte, un terapeuta especializado en la concienciación y la comprensión tenderá a considerar al paciente preparado para la acción como resistente a los aspectos del insight de la terapia. El paciente recibirá la advertencia de que está actuando impulsivamente. Desde el punto de vista del paciente, el terapeuta se está moviendo demasiado despacio. Tanto los terapeutas como los pacientes pueden estancarse en un determinado estadio de cambio. (Prochaska. y Prochaska, 1993)

C. LOS NIVELES DEL CAMBIO

Esta dimensión del cambio se refiere al contenido específico del cambio. Es decir, a aquellas conductas a las que el sujeto aplica los procesos de cambio con el objetivo de modificarlas. Aunque se puedan identificar y aislar algunas conductas adictivas, estas conductas se producen en el contexto de áreas del comportamiento interrelacionadas en la actividad humana. Los “niveles de cambio” propuestos por el Modelo Transteórico representan una organización jerárquica de los cinco niveles en los que comúnmente se localizan las evaluaciones e intervenciones psicoterapéuticas. A continuación se relacionan los niveles del cambio propuestos por el Modelo Transteórico y algunas de las áreas del comportamiento que incluye cada uno:

1. Síntoma/Situación: (Patrón de uso de sustancias u otros síntomas, factores micro y macro ambientales...)
2. Cogniciones desadaptativas: (expectativas, creencias, autoevaluaciones,...)
3. Conflictos interpersonales: (interacciones diádicas, hostilidad, asertividad,)
4. Conflictos sistémicos/familiares: (Familia de origen, problemas legales, red de apoyo social, empleo....)
5. Conflictos intrapersonales: (autoestima, autoconcepto, personalidad,)

Cada escuela de psicoterapia ha atribuido los problemas psicológicos a uno o dos de estos niveles y ha centrado su intervención en su resolución. Desde el punto de vista del modelo transteórico, lo determinante, para la optimización del proceso de cambio, será que terapeutas y pacientes se pongan de acuerdo en la conducta o conductas a las que atribuir el problema o daño, y por tanto en el nivel o niveles que modificar para solucionarlo. Prochaska y Diclemente plantean una serie de estrategias para optimizar la intervención desde la perspectiva de la dimensión de los niveles del cambio.

Como regla general, proponen el inicio por el nivel de síntoma/situación, ya que el cambio suele ser más rápido en este nivel de problema que es más consciente, contemporáneo y la razón más frecuente para iniciar la terapia. A medida de que nos vayamos centrando en un punto más bajo de la jerarquía de los niveles, más se alejarán los determinantes del problema de la conciencia del individuo. Al profundizar en niveles inferiores, nos encontraremos con determinantes que pertenecen a momentos más alejados en la historia, y el problema puede encontrarse más interrelacionado con la percepción de uno mismo. En consecuencia, se puede predecir que cuanto más profundo sea el nivel que deba ser cambiado, más larga y compleja será la intervención terapéutica y mayor la resistencia por parte del paciente (Prochaska y Prochaska, 1993). Por otro lado, los niveles del cambio no están totalmente separados unos de otros. Es probable que el cambio en uno de los niveles produzca cambios en los demás. Los síntomas pueden relacionarse con conflictos intrapersonales. Las cogniciones desadaptativas pueden reflejar las creencias o normas de la familia/sistema. La valoración individual de la retroalimentación del cambio en los distintos niveles, facilitará la complementariedad de las intervenciones interdisciplinarias.

Aunque lo más frecuente sea que el nivel de síntoma/situación se encuentre más avanzado en la intención del cambio, podemos encontrar consumidores de drogas con un perfil variable de intención y motivación para la realización de cambios en distintos niveles, y por tanto en estadios diferentes según el nivel que valoremos. En el contexto de una intervención multidisciplinar, será importante tener en cuenta este perfil de disposición diferencial hacia el cambio. La valoración de este perfil motivacional puede ser esencial desde los primeros momentos de acogida e inicio del tratamiento, para el objetivo de optimizar la sinergia del abordaje multidisciplinar.

Las estrategias básicas propuestas por el Modelo Transteórico para intervenir en múltiples niveles de cambio son tres (Prochaska y Prochaska, 1993):

- *Cambio sucesivo de niveles:* La terapia se centra inicialmente en los síntomas del paciente y en las situaciones que mantienen estos síntomas. Si los procesos se aplican eficientemente en el primer nivel, y el paciente progresa hacia los siguientes estadios del cambio, la terapia podrá completarse sin necesidad de trasladarse a un nivel más complejo de análisis. Si este enfoque se muestra ineficaz, el foco de la terapia debe trasladarse a otros niveles y así sucesivamente hasta alcanzar el cambio deseado.
- *Nivel clave:* Si la evidencia disponible señala un nivel clave de causalidad de un problema y el paciente se compromete a trabajarlo, el terapeuta deberá ocuparse casi exclusivamente de este nivel.

- *Impacto máximo:* En algunos casos clínicos complejos, es evidente la implicación de múltiples niveles como causa, o efecto, de los problemas del paciente. En este caso, se pueden diseñar intervenciones dirigidas a tratar múltiples niveles de cambio con el objeto de conseguir el máximo impacto de una forma sinérgica en lugar de secuencial.

4.1.4. LA DINAMICA DEL CAMBIO

A. LAS VARIABLES MEDIADORAS DEL CAMBIO

Las dimensiones propuestas por el Modelo Transteórico (Procesos, Estadios, y Niveles), hacen referencia al cómo, cuándo, y qué se cambia. Dichas dimensiones componen la estructura del cambio (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992) y proporcionan un marco conceptual, en el que encuadrar la intervención psicoterapéutica en las conductas adictivas que puede ser asumido y compartido por profesionales de distintas disciplinas y formaciones teóricas. Según el enfoque transteórico, un tratamiento global consistirá en la incentivación diferencial de los procesos de cambio adecuados a cada uno de los estadios dependiendo del nivel del problema que esté siendo tratado en cada momento. La integración de las tres dimensiones del modelo permite la aplicación de un modelo de intervención jerárquica y sistemática en el contexto de un amplio abanico de estrategias e instrumentos terapéuticos.

La adecuada selección de los procedimientos y herramientas a utilizar requiere una profundización en el conocimiento de otras variables, y de su interrelación, que han mostrado ser determinantes del curso del cambio. Los autores del Modelo Transteórico han incluido en sus investigaciones dos variables cognitivas desarrolladas anteriormente por otros autores que han llegado a tener un importante peso específico, empírico y teórico, en su modelo: El “Balance Decisional” y las “Expectativas de Autoeficacia”.

B. EL BALANCE DECISIONAL

El proceso de cambio intencional está ineludiblemente ligado al proceso de toma de decisiones respecto al mantenimiento o modificación del comportamiento. Los autores del Modelo Transteórico han tenido en cuenta las variables ligadas a este proceso de toma de decisiones enfocándolo desde la perspectiva desarrollada por Janis y Mann a finales de los años setenta. La hoja de Balance Decisional de incentivos se propone por estos autores (Janis y Mann, 1977) como un esquema general para representar los aspectos motivacional y cognitivo de la toma de decisiones por el ser humano. Estos autores proponen ocho categorías de cuestiones que tenemos en consideración en la toma de decisiones sobre el propio comportamiento:

- Beneficios instrumentales para uno mismo.
- Beneficios instrumentales para los demás.
- Aprobación por parte de uno mismo.
- Aprobación por parte de los demás.
- Costes instrumentales para uno mismo.
- Costes para los demás.
- Desaprobación por parte de uno mismo.
- Desaprobación por parte de los demás.

Basándose en este fundamento teórico, se construyó una medida de 24 ítems para estudiar el proceso de toma de decisión en el abandono del tabaco (Velicer, DiClemente, Prochaska, y Brandenburg, 1985). En este estudio, se identificaron y etiquetaron dos escalas: Los Pros y los Contras de fumar. Estas dos variables son factores ortogonales o independientes. Se puede puntuar alto en una y bajo en la otra, alto en ambas, o bajo en las dos. Estas escalas fueron capaces de diferenciar entre cinco grupos de sujetos representando los distintos estadios del cambio. También predijeron el consumo o la abstinencia a los seis meses de seguimiento.

La percepción de los pros y los contras de la conducta problema tiene una gran importancia para el avance en el proceso del cambio en los estadios de precontemplación, contemplación y preparación. Sin embargo, durante los estadios de acción y de mantenimiento, el balance decisional pierde importancia como predictor del éxito (Prochaska, DiClemente, Velicer, Gimpil, y Norcross, 1985).

En el estadio de precontemplación, existen claramente más pros que contras para el consumo. La magnitud percibida de los contras aumenta durante la contemplación hasta que se iguala con los pros. En este momento, el balance decisional puede estar en equilibrio, lo que disminuye la probabilidad de que se realice un movimiento en algún sentido. Esta es la razón, por la que la mayoría de los sujetos suelen permanecer largo tiempo en el estadio de contemplación. En el estadio de preparación, la percepción de los contras supera a la de los pros. Durante la acción, los contras se mantienen más altos que los pros, aunque la importancia del balance decisional en la predicción del cambio disminuya. Finalmente, al lograrse el mantenimiento del cambio, la influencia de esta variable sigue reduciéndose, siempre que se mantenga claramente el balance contrario a la conducta adictiva.

El balance decisional se ha mostrado también relevante cuando lo que se toma en consideración no son las ventajas e inconvenientes de mantener la conducta problema sino de la alternativa, es decir del cambio. Prochaska y un amplio número de colaboradores investigó la generalización del modelo transteórico a través de doce problemas de conducta (Prochaska, Velicer, Rossi, Goldstein, Marcus, Rakowski, Fiore, Harlow, Redding, Rosenblom y Rossi, 1994). En este estudio, se analizó la relación existente entre el avance a través de los estadios del cambio y el balance decisional de realizar el cambio a la conducta más saludable o adaptativa. Las conductas estudiadas fueron: Fumar tabaco, consumo de cocaína, control de peso, dietas altas de grasa, conducta delincuente adolescente, sexo seguro, uso de condón, uso de pantallas solares, exposición al gas radón, adquisición de ejercicio, screening de mamografía, y prácticas preventivas de médicos con fumadores.

Del microanálisis de los resultados de este estudio, Prochaska (1994) propone dos principios que regularían el progreso de la precontemplación a la acción.

- El principio denominado fuerte, que establece que la progresión de la precontemplación a la acción es función del incremento aproximado de una desviación típica en la percepción de los pros del cambio de conducta.
- El principio débil, que establece que la progresión de la precontemplación a la acción es función de la disminución aproximada de media desviación típica en la percepción de los contras del cambio de conducta.

- Se puede señalar que, entendido como percepción de las consecuencias futuras de una conducta alternativa, el balance decisional coincide con el concepto de “expectativas de resultados” propuesto por Albert Bandura. En su Teoría Cognitivo-Social (Bandura, 1986), dicha variable contribuye a determinar el inicio y mantenimiento de la conducta humana en interacción con otra importante variable mediadora entre el ambiente y la conducta, que también es subrayada como fundamental en el proceso de cambio por el modelo transteórico: las “expectativas de autoeficacia”. (Bandura, 1977, 1982)

C. LAS EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA

Bandura sostiene que el pensamiento autorreferencial constituye un mediador de primer orden entre el conocimiento y la acción. En sus propias palabras, “la autoeficacia está constituida por los juicios sobre el grado en que uno mismo puede organizar y ejecutar patrones de acción requeridos para tratar con situaciones futuras que contienen elementos ambiguos, impredecibles y a menudo estresantes” (Bandura, 1986). La autoeficacia es definida como un proceso cognitivo de evaluaciones o apreciaciones percibidas que las personas hacen sobre su competencia para realizar adecuadamente una tarea en una situación específica. La percepción de eficacia personal influye en la elección, el esfuerzo dedicado, los pensamientos, las reacciones emocionales y las conductas ejecutadas ante una situación conflictiva. Bandura diferencia la autoeficacia de otros constructos relacionados, como la autoestima o el autoconcepto, remarcando que la autoeficacia se refiere a la competencia percibida en situaciones específicas, mientras que estos otros constructos se refieren a una autoimagen global a través de una amplia variedad de situaciones.

Las expectativas de autoeficacia ante situaciones evocadoras de tentación y deseo han sido subrayadas como mediadores esenciales para la recuperación de las adicciones por diversos autores relacionados con el tratamiento cognitivo-conductual de estos trastornos. (Annis y Davis, 1988; Marlatt y Gordons, 1985). Se ha encontrado una relación significativa entre las evaluaciones de la autoeficacia y el mantenimiento exitoso del abandono del tabaco (DiClemente, 1981, 1986; Conditte y Lichenstein, 1981) y del alcohol (Annis y Davis, 1989). El concepto de tentación ha sido ampliamente desarrollado por los autores que se han dedicado a la conceptualización y diseño de los programas de prevención de recaídas. Se han descrito componentes afectivos (respuestas condicionadas directas y compensatorias) y cognitivos (expectativas de resultados) para explicar la tentación y el deseo compulsivo de consumo (Powell, Bradley y Gray, 1992).

La relación entre la intensidad de la tentación y de la autoeficacia es compleja y varía para los sujetos situados en diferentes estadios del cambio. En el estadio de precontemplación, existe un amplio desnivel entre la baja autoeficacia y la alta intensidad de la tentación, que se reduce en los estadios de contemplación y llega a un cierto equilibrio en la preparación. Cuando se entra en el estadio de acción, el equilibrio entre tentación y autoeficacia se pierde, aumenta drásticamente la autoeficacia, y la tentación disminuye, de frecuencia e intensidad, de forma gradual. En el estadio de mantenimiento se invierte absolutamente el patrón de la precontemplación: La tentación disminuye al mínimo, mientras que la autoeficacia alcanza su punto máximo (DiClemente, 1986). Este patrón de variación de la autoeficacia según el estadio del cambio ha sido también encontrada en un estudio realizado en nuestra comunidad con adictos a los opiáceos (Díaz, 1998). En este mismo estudio, se encontró una relación inversa entre la autoeficacia y la frecuencia e intensidad de deseos de consumo ocurridos en la semana previa.

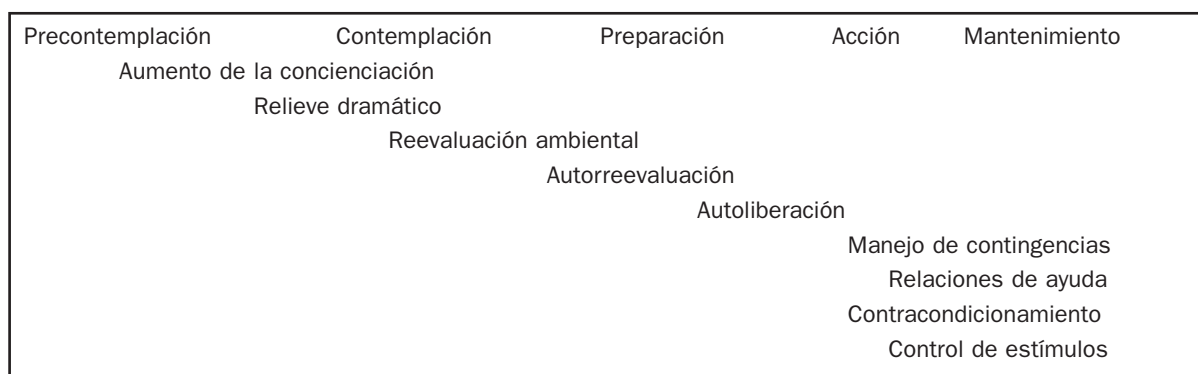
Las expectativas de autoeficacia son un predictor del éxito en el cambio. En investigaciones sobre los estadios para el abandono del tabaco, las evaluaciones de autoeficacia resultaron ser predictores bastante válidos del paso de la preparación, a los estadios de acción y de mantenimiento, pero no del avance en los estadios previos (DiClemente, Prochaska, y Gibertini, 1.985). La valoración de la autoeficacia tiene una implicación distinta en los primeros estadios de cambio cuando los individuos todavía no se han comprometido a actuar y no reciben feedback para aplicarlo a su autoevaluación. En el caso de los precontempladores, es difícil interpretar la eficacia en la abstinencia. Bajas puntuaciones en los cuestionarios de autoeficacia en este grupo de individuos pueden representar una combinación de percepción de incapacidad y de falta de interés. En el estadio de acción, los individuos son más capaces de evaluar directamente su capacidad y grado de autoconfianza ante eventuales situaciones de riesgo de recaída.

Por otro lado, las evaluaciones de la autoeficacia modulan el esfuerzo o la actividad de afrontamiento, aunque no en un sentido unidireccional. Puntuaciones altas en sujetos situados en precontemplación y contemplación correlacionaron con una mayor actividad de los procesos de cambio. Sin embargo, en los estadios de acción y sobre todo de mantenimiento, los sujetos con una elevada autoeficacia para abstenerse del tabaco, presentaron una correlación negativa con la actividad de estos procesos. En consecuencia, la confianza en la propia eficacia influye en el esfuerzo empleado en los procesos de cambio en función del estadio en que se encuentre cada individuo (DiClemente, Prochaska, y Gibertini, 1985).

D. INTEGRACIÓN DE LAS DIMENSIONES Y LAS VARIABLES PROPUESTAS POR EL MODELO TRANSTEÓRICO

Los autores del Modelo Transteórico han estudiado con profundidad la relación existente entre los estadios y los procesos del cambio. El avance a través de los estadios, viene determinado prioritariamente según el Modelo Transteórico, por la apropiada utilización diferencial de los procesos de cambio. Diferentes procesos han de ser intensificados durante distintos estadios del cambio. En el estadio de precontemplación, se da la menor utilización de los procesos de cambio. El paso al estadio de contemplación, requiere un incremento importante del aumento de concienciación, del relieve dramático, y quizás, del inicio de la reevaluación ambiental. La continuación de la utilización de estos procesos de cambio, en combinación con la autoreevaluación, es precisa para alcanzar el estadio de preparación. Para avanzar de éste al de acción, tiene especial importancia el proceso de autoliberación. La acción eficaz precisa de la utilización enérgica de todos los demás procesos de cambio: manejo de contingencias, relaciones de ayuda, contracondicionamiento y control de estímulos. El mantenimiento exitoso requiere la continuidad de la utilización de estos procesos durante bastante tiempo, aunque progresivamente con menor intensidad y frecuencia. (DiClemente y Prochaska, 1985)

A continuación se muestra un cuadro resumen de la interacción encontrada en diversos estudios, entre procesos y estadios del cambio.

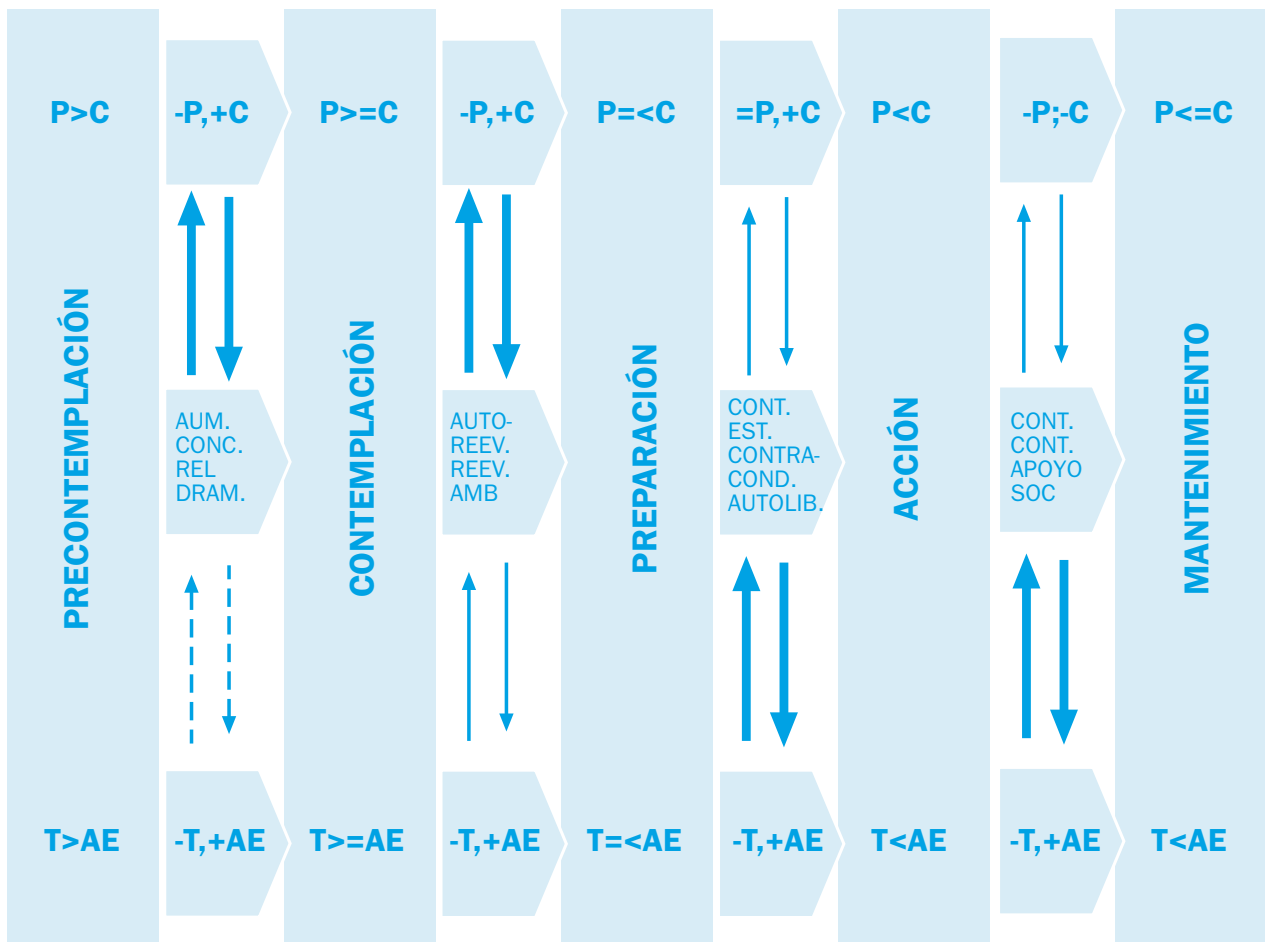


Por otro lado, como se ha visto al describir las variables cognitivas mediadoras del cambio, tanto el balance en la toma de decisiones, como la autoeficacia, variarán en su consideración por parte del individuo según el estadio del cambio en el que éste se encuentre. La interacción entre los procesos y las variables mediadoras con los estadios del cambio nos permite realizar predicciones del avance a través de los estadios en función del estado de estas variables. Esta hipótesis ha obtenido confirmación empírica en diferentes estudios realizados con distintas poblaciones y problemas.

En un estudio longitudinal de dos años de duración, se encontraron seis funciones discriminantes que predijeron significativamente el avance a través de los estadios para un período de seis meses (Prochaska, DiClemente, Velicer, Ginpil y Norcross, 1985). Las variables incluidas en dichas funciones fueron los diez procesos de cambio, las medidas de autoeficacia y tentación y las de balance en la toma de decisiones. Este hallazgo tiene un significado práctico considerable, ya que todas estas variables están abiertas al cambio. No son estructurales e inamovibles como el sexo, la edad o la historia del hábito. Al contrario, son susceptibles de modificación y pueden estar sometidas al autocontrol, sin depender necesariamente de la intervención profesional.

Los patrones básicos de los procesos de cambio se pueden representar por la figura de una montaña. Su grado de utilización evoluciona en un patrón general de incremento coronado en un estadio particular de cambio, declinando después hasta los niveles de precontemplación (aunque no tanto si se usan estrategias de prevención de recaídas). La intensidad de la tentación y la percepción de los pros de consumir siguen un patrón lineal de disminución a lo largo de los estadios. La autoeficacia se incrementa progresivamente hasta su máximo valor en el mantenimiento. La percepción de los contras de la conducta adictiva también se incrementa a través de la evolución del curso del cambio, pero alcanza su punto máximo en la acción, estabilizándose o disminuyendo ligeramente en el estadio de mantenimiento. (Prochaska, Velicer, DiClemente, Guadagnoli, y Rossi, 1991)

En la figura que se presenta a continuación se trata de integrar las distintas variables predictoras sugeridas por el Modelo Transteórico. En esta figura se pretende reflejar la dinámica del curso del cambio según los autores de este modelo, señalándose los procesos más determinantes para el avance de un estadio a otro, así como la influencia relativa, según el momento del cambio, de las variables cognitivas mediadoras.



(P= pros, C= contras, T= tentación, AE= Autoeficacia)

4.1.5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Annis, H.M. y Davis, C.S. (1988): "Assessment of expectancies", en D.M.Donovan y G.A.Marlatt (eds.), Assessment of addictive behaviors, Nueva York, Guilford Press.
- Annis, H. M. y Davis, C. (1.989): "Relapse prevention training: A Cognitive-Behavioral approach based on Self-Efficacy theory" en Daley, D. (Ed.). Relapse : Conceptual, Research and clinical perspectives, Toronto, Hawort Press.
- Bandura, A. (1.977): "Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change", Psychological Review, 84, 191-215.
- Bandura,A. (1982): "Self-efficacy mechanism in human agency", American Psychologist, 37,122-147.
- Bandura, A.(1986): Pensamiento y acción. Barcelona, Martinez Roca.
- Brehm, J. (1966): A Theory of psychological reactance. New York. Academic Press.
- Condiotte, M. y Lichtenstein, E. (1981): "Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs", Journal of consulting and clinical psychology, 49, 648-658.
- Davidson, R., (1992): "Prochaska and DiClemente's model of change: a case study?", British Journal of Addicción, 87, 821-822

- Díaz, J., (1998): "Expectativas de autoeficacia ante situaciones de riesgo de consumo de heroína y proceso de cambio en heroínómanos", en Libro de comunicaciones del V Encuentro nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. Diputación de Cádiz.
- DiClemente, C.C. (1981): "Self-Efficacy and smoking cessation maintenance: A preliminary report", *Cognitive Therapy and Research*, 5, 175-187.
- DiClemente, C.C. (1986): "Self-Efficacy and the addictive behavior", *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 302-315.
- DiClemente, C.C. y Hughes, S.O. (1990): "Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment", *Journal of Substance Abuse*, 2, 217-235.
- DiClemente, C.C. y Prochaska, J.O. (1982): "Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change of cessation and maintenance", *Addictive Behaviors*, 7, 133-142.
- DiClemente, C.C. y Prochaska, J.O. (1985): "Processes and stages of self-change: Coping and competence in smoking behavior change", en S. Shiffman y T.A. Wills (eds), *Coping and substance use*, Londres, Academic Press.
- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O. y Gibertini, M. (1985): "Self-efficacy and the stages of self-change of smoking", *Cognitive Therapy and Research*, 9, 181-200.
- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K., Velicer, W.F., Velasquez, M.M. y Rossi, J.S. (1991): "The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, and preparation stages of change", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304.
- Feixas, G. y Miro, M.T. (1993): *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona. Paidós.
- Festinger, L. (1957): *A theory of cognitive dissonance*, Stanford, Stanford University Press.
- Fierro, A. (1993): *Para una ciencia del sujeto*, Barcelona, Anthropos.
- Hunt, W. A., Barnett, L. W., y Branch, L.G. (1971): "Relapse rates in addiction programs", *Journal of Clinical Psychology*, 27, 355
- Janis, I.L. y Mann, L. (1977): *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment*, Nueva York, Free Press.
- Lazarus, A. (1976) : *Multimodal Behavior Therapy*, Nueva York, Springer.
- Marlatt A., y Gordons, J. (1.985): *Relapse Prevention*. Nueva York, Guilford Press.
- Marlatt, G.A. (1988): "Matching clients to treatment: Treatment models and stages of change", en D.M. Donovan y G.A. Marlatt (eds.), *Assessment of addictive behaviors*, Nueva York, Guilford Press.
- McConaughy, E.A., DiClemente, C.C., Prochaska, J.O. y Velicer, W.F. (1989): "Stages of change in psychotherapy: A follow-up report", *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 26, 494-503.
- McConaughy, E.A., Prochaska, J.O. y Velicer, W.F. (1983): "Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles", *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 20, 368-375.
- Miller, W.R., y Heather, N. (1986): *Treating addictive behaviors: Processes of change*, Nueva York, Plenum Press.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (eds) (1991): *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*, Nueva York, Guilford Press.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (Comps) (1999): *Entrevista motivacional*, Barcelona, Ed Paidós.
- Newcombe, R. (1995): "La reducción de los daños relacionados con las drogas: un marco conceptual para la teoría, la práctica y la investigación". En P. A. O'Hare, R. — · Newcombe, A. Mathews, E. C. Burning y E. Drucker (Comps.), *La reducción de los daños relacionados con las drogas*, Barcelona, Grup Igia.
- Norcross, J.C. y Vangarelli, D.J., (1.989): "The resolution solution: Longitudinal examination of New Year's change attempts", *Journal of Substance Abuse*, 1, 127-134.
- Norcross, J.C., Karg, R., y Prochaska, J. O. (1997): "Clinical psychologists in the 1990s". *The Clinical Psychologist*, 50 (2), 4-9.
- Ockene, J., Ockene, I., y Krystellar, J. (1989): *The coronary artery smoking intervention study*, Worcester, National Heart Lung Blood Institute.
- Orford, J., (1.985): *Excessive appetites: A psychological view of addictions*, Nueva York, Wiley.
- Orford, J. (1992): "Davidson's dilemma", *British Journal of Addiction*, 87, 832-833.
- Powell, J., Bradley, B. y Gray, J. (1992): "Classical conditioning and cognitive determinants of subjective craving for opiates: An investigation of their relative contributions", *British Journal of Addiction*, 87, 1133-1144.
- Prochaska, J.O. (1978): *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*, Homewood, Illinois, Dorsey Press.
- Prochaska, J.O. (1994): "Strong and weak principles from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors", *Health Psychology*, 13, 1, 47-51.
- Prochaska, J. y DiClemente, C. C. (1.983): "Stages and processes of self-change of smoking. Towards an integrative model of change", *Journal of consulting and clinical psychology*, 51, 390-395.

- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1984): *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*, Homewood, Illinois, Dorsey Press.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1985): "Common processes of self-change in smoking, weight control and psychological distress", en S. Shiffman y T. A. Wills (eds.), *Coping and substance use*, Londres, Academic Press.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1986): "Toward a comprehensive model of change", en W.R. Miller y N. Heather (eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change*, Nueva York, Plenum Press.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1992): "Stages of change in the modification of problem behaviors", en M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*, Newbury Park, California, Sage.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. y Norcross, J.C. (1992): "In search of how people change. Applications to addictive behaviors", *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C.C., Velicer, W., Gimpil, S., y Norcross, J.C., (1.985): "Predicting change in smoking status for self-changers". *Addictive Behaviors*, 10, 395-406.
- Prochaska, J.O., y Norcross, J.C. (1999): *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical analysis*, Pacific Grove, Brooks/Cole.
- Prochaska, J.O. y Prochaska, J.M. (1993): "Modelo transteórico de cambio de conductas adictivas", en Casas y M. Gossop (eds.), *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias*, Barcelona, Ediciones de Neurociencias, Citrán, FISP.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., DiClemente, C.C., y Fava, J. (1988): "Measuring processes of change: Applications to the cessation of smoking", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 520-528.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., DiClemente, C.C., Guadagnoli, E. y Rossi, J.S. (1991): "Patterns of change : Dynamic typology applied to the smoking cessation", *Multivariate Behavioral Resarch*, 26,83-107.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Rossi, J.S., Goldstein, M.G., Marcus, B.H., Rakowski, W. Fiore, C., Harlow, L.L., Redding, C.A., Rosenblom, D. y Rossi, S.R. (1994): "Stages of change and decisional balance to twelve problem behaviors", *Health Psychology*, 13, 1 39-46.
- Rollnick, S., Heather, N., Gold, R., y Hall, W. (1992): "Development of a short readiness to change questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers", *British Journal of Addiction*, 87, 743-754.
- Royce, J.R. (1999): "Cómo progresar mejor en la construcción de teoría en psicología" , *Escritos de Psicología*,.1: 1-12.
- Schachter, T.L. (1982): "Recidivism and self-cure of smoking and obesity", *American Psychologist*, 37, 436-444.
- Tuchfeld, B., (1.981): "Spontaneous remission in alcoholics: Empirical observations and theoretical implications", *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 626-641.
- Velicer, W.F., DiClemente, C.C., Prochaska, J.O. y Brandenburg, N. (1985): "A decisional balance measure for assessing and predicting smoking status", *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1279-1289.
- Wachtel, P.L. (1977): *Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an integración*, Nueva York, Basic.

■ 4.2. LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

4.2.1. LA ATMÓSFERA DEL CAMBIO

La investigación indica que, a través de una amplia variedad de escuelas de terapia, ciertas características del terapeuta están asociadas con tratamientos exitosos. Terapeutas que trabajan en la misma situación, y ofrecen el mismo tratamiento, muestran diferencias importantes en la tasa de clientes que abandonan o tienen éxito. Esto sugiere que el estilo terapéutico, (una variable a menudo ignorada en la evaluación de resultados), es un determinante fundamental del resultado de la intervención.

Las características del estilo del terapeuta se manifiestan como decisivas desde los primeros momentos del proceso terapéutico y pueden tener un significativo impacto en una sola sesión. La relación terapéutica tiende a estabilizarse rápidamente, y el tipo de relación cliente-terapeuta creado en las sesiones iniciales, predice la retención y los resultados del tratamiento (1).

Una de las teorías más claramente articuladas sobre las condiciones críticas para el cambio, es la de Carl Rogers (2). Desde su punto de vista, el terapeuta no tiene que proporcionar soluciones, sugerencias, o análisis. Solo necesita ofrecer tres condiciones críticas para facilitar un cambio natural: empatía, calidez no posesiva, y autenticidad.

Investigaciones posteriores han señalado la importancia de estas condiciones para el cambio, muy particularmente la de la empatía. La acepción propuesta de este concepto es diferente del significado de empatía como identificación con el cliente. De hecho, una reciente historia personal del mismo problema puede comprometer la capacidad del terapeuta para proporcionar las condiciones críticas del cambio debido a una sobreidentificación. Lo que Rogers define como empatía, implica en realidad, una habilidosa escucha reflexiva que clarifica y amplifica las propias experiencias y preocupaciones del cliente sin imponer las del terapeuta. La empatía, así entendida, se ha mostrado facilitadora del cambio terapéutico en general, y de la recuperación de las conductas adictivas en particular.

Las circunstancias que crean una atmósfera favorable para el cambio contrastan con las aproximaciones tradicionalmente defendidas en la atención a las personas con problemas de drogodependencia y otras conductas adictivas. Se ha mantenido, durante mucho tiempo, el supuesto de que los adictos son una clase distinta de pacientes, y de que una parte inherente a su condición es presentar resistentes mecanismos de defensa que les hacen inaccesibles a los métodos ordinarios de persuasión y terapia.

Se ha postulado que esta característica está profundamente integrada en el carácter y la personalidad de los adictos, y que para tratar con ellos, son necesarias estrategias de “aceptación de la autoridad”, “reducción del ego”, y “construcción de una nueva persona”. Desde esta perspectiva, la confrontación se ha considerado, en muchas ocasiones, el pilar fundamental de la intervención con personas drogodependientes.

Aunque la investigación no apoya la hipótesis de la existencia de una personalidad común, ni de un conjunto de fuertes defensas diferencialmente característico de las personas con problemas de alcohol o de drogas, sí suele ocurrir que estos clientes muestren actitudes y conductas consistentes con la impresión clínica de resistencia o negación. Una explicación podría ser, que conductas normales pudieran ser malinterpretadas como anormales e indicadoras de patología. Orford (3) por ejemplo, mantiene que fenómenos psicológicos normales como la ambivalencia, son a menudo etiquetados como patológicos cuando están asociados con las conductas adictivas.

La “Reactancia cognitiva” es un conocido patrón emocional y conductual que se provoca cuando un individuo percibe que su libertad personal está siendo reducida o amenazada. (4 y 5). Cuando una persona es acusada de poseer una característica o identidad no deseable, o se le dice que debe hacer, o no hacer, su respuesta es predecible. La persona discutirá, (negará), la exactitud o idoneidad de lo que se le dice, y defenderá su libertad personal. Esta reacción será más intensa si la persona se encuentra ambivalente sobre el tema tratado. Este fenómeno no es específico de las conductas adictivas, sino un principio psicológico general.

Desde la concepción de las resistencias al cambio como el resultado de perniciosos rasgos de personalidad, se percibe al cliente como inherentemente inmotivado. Desde el punto de vista de la entrevista motivacional, la motivación no se entiende, ni como un problema de personalidad, ni

como un rasgo del carácter de la persona, sino como “un estado de preparación o disposición para el cambio, que puede fluctuar de un momento o situación a otro” (6). Es un estado interno influido por factores externos, y por tanto, influenciable.

El problema de los clientes inmotivados o resistentes al cambio ocurre, por tanto, cuando el terapeuta utiliza estrategias inapropiadas para el estadio del cambio en el que se encuentra el cliente.

La dimensión clave de la motivación es la adherencia, o el cumplimiento, de un programa de cambio. Desde esta concepción pragmática, la motivación puede ser definida como “la probabilidad de que una persona inicie, continúe, y se adhiera a una estrategia específica de cambio”. (7) Consideramos de acuerdo con los autores citados que es responsabilidad del terapeuta no sólo aconsejar, sino también motivar, es decir, incrementar la probabilidad de que el cliente vaya a seguir un recomendable curso de acción hacia el cambio.

La motivación para el cambio no reside simplemente dentro del cliente sino que implica un contexto interpersonal. Interacciones breves con terapeutas habilidosos muestran diferencias en los estados motivacionales. Esto se refleja incluso en el cambio conductual a largo plazo. El terapeuta no tiene porque ser un observador pasivo de los estados motivacionales del cliente. La falta de motivación es un desafío para las habilidades del terapeuta, no un defecto del que culpar a las personas con problemas con drogas. La entrevista motivacional desarrollada por Miller y Rollnick, incluye un conjunto de habilidades para ayudar a la gente a reconocer y hacer algo sobre sus problemas actuales o potenciales. Es particularmente valiosa con las personas que se encuentran reluctantes y ambivalentes.

La entrevista motivacional intenta ayudar a resolver la ambivalencia, y facilitar el camino del cambio. Algunas personas no necesitan más. Una vez que ya no están bloqueados por conflictos motivacionales, tienen las habilidades y los recursos necesarios para realizar su propio cambio. Para otros, la intervención motivacional es sólo el preludio del tratamiento. Crea una apertura imprescindible para la realización del un trabajo terapéutico más amplio.

En la entrevista motivacional el terapeuta no asume un papel autoritario. Evita el mensaje: “yo soy el experto y voy a decirte lo que tienes que hacer para llevar tu vida”. La responsabilidad del cambio se deposita absolutamente en el individuo. Nuestros clientes son siempre libres de aceptar o no, nuestro consejo. Esto no significa que el terapeuta no ayude o no tenga influencia. Al contrario, los terapeutas ejercen una sorprendente influencia sobre el cambio de los clientes. El objetivo fundamental es sin embargo, incrementar la motivación intrínseca del cliente, es decir, que el cambio surja desde dentro, no impuesto desde fuera.

Los creadores de la entrevista motivacional han propuesto lo que consideran los cinco principios generales de la intervención motivacional:

Principio 1: Expresar empatía

- La aceptación facilita el cambio.
- La escucha reflexiva es fundamental.
- La ambivalencia es normal.

Principio 2: Desarrollar discrepancia

- La conciencia de las consecuencias es muy importante.
- La discrepancia entre la conducta presente y las metas importantes motivará el cambio.
- El cliente debe exponer los razonamientos para cambiar.

Principio 3: Evitar el enfrentamiento

- Los enfrentamientos son contraproducentes.
- La resistencia es una señal para cambiar de estrategia.
- Etiquetar es innecesario.

Principio 4: Manejar la resistencia

- Las percepciones pueden ser cambiadas.
- Las nuevas perspectivas son ofrecidas, no impuestas.
- El cliente es un recurso valioso para encartar soluciones a sus propios problemas.

Principio 5: Apoyar la autoeficacia

- Creer en la posibilidad de cambiar es un importante factor motivador.
- El cliente es responsable de la elección y desarrollo de su propio cambio.
- Hay esperanza en la gama de alternativas terapéuticas disponibles.

4.2.2. LAS TRAMPAS DE LA COMUNICACIÓN

Las primeras sesiones pueden ser cruciales para situar el estilo y las expectativas sobre la terapia. Las intervenciones terapéuticas, incluso las realizadas en una única sesión, pueden tener una poderosa influencia en la resistencia del cliente y en el resultado a largo plazo. Es importante por tanto, adoptar el enfoque adecuado desde el principio, evitando caer en alguna de las “trampas” que pueden interrumpir el proceso motivacional, y de las que Miller y Rollnick nos advierten:

La trampa de la pregunta-respuesta

Al principio de un proceso terapéutico, es fácil caer en un patrón donde el terapeuta realiza preguntas y el cliente da respuestas cortas. Es similar a lo que ocurre cuando un médico realiza un estudio general de salud. El paciente responde sí o no, a un largo cuestionario de áreas potencialmente problemáticas. Esto puede ocurrir porque el terapeuta necesite una información específica. Pero puede también ser una respuesta a la ansiedad; del consejero, que quiere tener el control, o del cliente, que se encuentra más cómodo en la segura predecibilidad de un rol pasivo.

Esta trampa tiene varios aspectos negativos. En primer lugar, enseña al cliente a dar respuestas cortas y simples, en vez de aquellas cuya elaboración es necesaria para la entrevista motivacional. En segundo lugar, implica una interacción entre un experto activo y un paciente pasivo: No se dará la oportunidad a que el cliente explore y aporte frases auto-motivacionales.

Las preguntas abiertas y las estrategias de escucha reflexiva son muy útiles para rodear una trampa de pregunta-respuesta. Debemos poner atención en el hecho de que una serie de preguntas abiertas sin suficiente escucha reflexiva puede tener un efecto muy similar al de las

series de preguntas cerradas. El cliente es dirigido hacia un papel pasivo. Como norma general se deben evitar hacer más de tres preguntas en serie.

La trampa de la confrontación-negación

Para los objetivos de la entrevista motivacional, esta trampa es la más importante a evitar, y la más común. ¿Cómo funciona esta trampa? Lo más frecuente es que el consejero detecte alguna información indicando la presencia de “un problema”, (por ejemplo: “alcoholismo”), comience a decir al cliente que tiene un serio trastorno, y prescriba un determinado curso de acción. El cliente suele expresar entonces alguna relucencia sobre esto, en dos líneas generales: “mi problema no es realmente tan malo”, y “yo, realmente, no necesito tanto cambiar”.

Esto es predecible. Si, como nosotros asumimos, la gente usualmente entra en terapia en un estado de ambivalencia, se siente de dos formas sobre su situación: quiere y no quiere cambiar. Piensan que quizá deberían cambiar, pero todavía son resistentes a abandonar su presente conducta. Están en conflicto. Si el terapeuta argumenta en una dirección, es muy probable que el cliente se exprese en el sentido contrario. Realmente, es un guión muy familiar para el paciente que ya lo habrá desarrollado con otras personas. Si llega un momento en el que el cliente comienza a sentirse atrapado se puede evocar el principio de la “reactancia cognitiva”: un conocido patrón emocional y conductual que ocurre cuando un individuo percibe que su libertad personal está siendo reducida o amenazada. (5).

Cuando una persona es acusada de poseer una característica o identidad no deseable, o se le dice que debe hacer, o no hacer, la respuesta es conocida. La persona discutirá, (negará), la exactitud o idoneidad de lo que se le dice, defendiendo su libertad personal. Esta reacción puede ser especialmente intensa si sobre el tema tratado la persona se encuentra ambivalente. Este fenómeno no es específico de las conductas adictivas, sino un principio psicológico general. La persona defenderá su libertad para hacer lo que le plazca. El final es una escalada de lucha por el poder. Cuanto más confronta el terapeuta, más se convierte el cliente en resistente al cambio. Incluso se puede producir un efecto contrario al deseado al oírse a sí mismo argumentar cada vez más fuerte que no tiene ningún problema y que no necesita cambiar, llegando a estar aún más convencido de ello.

La trampa de la confrontación-negación puede ocurrir en cualquier fase de la terapia. Aunque es más frecuente en la primera fase, puede surgir en cualquier momento en el que el terapeuta está discutiendo con el cliente. Dos de las estrategias centrales de la intervención motivacional: la escucha reflexiva y la evocación de frases auto-motivacionales son buenas aproximaciones para prevenir este problema

La trampa del experto

El terapeuta “entusiasta y competente” puede caer en la trampa del experto provocando la impresión de tener todas las respuestas. Al igual que la trampa de preguntas-respuestas, su efecto más común es empujar a los clientes a un papel pasivo, inconsistente con la aproximación básica de la intervención motivacional: Ofrecer a la gente la oportunidad para explorar y resolver su ambivalencia por ellos mismos.

Por supuesto que existe un momento para la opinión del experto, pero el foco en esta aproximación es, primero construir la motivación del cliente. Esto ocurrirá más difícilmente si el cliente se sitúa en el papel de receptor pasivo del consejo del experto.

La trampa del etiquetado

Los terapeutas y los clientes pueden perderse fácilmente en el tema del etiquetado diagnóstico. Los terapeutas creen a veces que es terriblemente importante para el cliente aceptar su etiqueta (“usted es un alcohólico”). Y como dichas etiquetas acarrear a menudo un cierto estigma en la opinión pública, no es sorprendente que las personas con una autoestima razonable se resistan. Ya que no existen ventajas importantes en la imposición de una etiqueta, y si, el riesgo de atraparse en un ciclo de confrontación-negación, simplemente no merece la pena. Los problemas puedan ser completamente evaluados sin colocar etiquetas que provocan resistencia innecesaria. Aunque, tampoco es necesario desanimar a la gente que ha aceptado un diagnóstico, si ello les agrada. Lo importante es no caer en estériles debates sobre las etiquetas.

La trampa del foco prematuro

Incluso si el terapeuta evita discutir y etiquetar, puede provocarse la resistencia si el cliente y el terapeuta quieren enfocar la entrevista en diferentes temas. En la terapia de adicciones, suele ocurrir que el terapeuta quiere dirigirse rápidamente a los problemas del cliente relacionados con alcohol y drogas, mientras que éste puede desear discutir un abanico más amplio de preocupaciones.

En la mente del cliente el uso de drogas puede ser solamente una parte relativamente pequeña de la cuestión, y puede no tener claro como se relaciona con sus principales preocupaciones. Si el terapeuta presiona demasiado rápidamente para abordar la discusión de la adicción, el cliente puede llegar a ponerse a la defensiva.

Otros clientes, sin embargo, presentan su uso de drogas como la preocupación principal. En este caso, enfocar inicialmente la cuestión en este tema es lo adecuado. Lo importante es evitar llegar a implicarse en una pelea sobre el tema apropiado para la discusión inicial. Centrarse inicialmente en las preocupaciones del cliente, en lugar de las del terapeuta, asegurará que esto no ocurra.

4.2.3. ESTRATEGIAS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La primera fase de la entrevista motivacional implica la construcción de la motivación para el cambio. Esto puede durar más con unas personas que con otras. En el lenguaje de Prochaska y DiClemente (8, 9), algunos clientes están en precontemplación, y otras en contemplación inicial. Otros pueden entrar en el tratamiento ya con la determinación para cambiar, y necesitan poca construcción de la motivación.

Miller y Rollnick (6, 7) proponen algunas estrategias para facilitar el incremento de la motivación y el desarrollo de los procesos del cambio.

FASE 1

Construir la motivación para el cambio

1. Realizar preguntas abiertas

Las preguntas abiertas son cuestiones que no tienen fácil respuesta de una manera breve. Al discutir el problema principal con la mayoría de los clientes ambivalentes puede ser útil preguntar por las dos caras de la moneda, o realizar un conjunto de preguntas conectadas con el problema pero aparentemente neutrales. Se puede empezar preguntando por lo que a los clientes les gusta sobre su conducta “problema” actual, y continuar con los aspectos negativos que perciben de este comportamiento.

2. Escuchar reflexivamente

Quizá la habilidad más importante en la intervención motivacional, es la de la escucha reflexiva. Aparentemente, escuchar implica únicamente mantenerse callado y oír lo que el otro quiere decir. Sin embargo, el elemento crucial en la escucha reflexiva, será aquello que el terapeuta responda a lo que el cliente dice.

Gordon (10), ha señalado doce tipos de posibles respuestas que no son escuchar:

- Ordenar, dirigir, o mandar.
- Advertir o amenazar.
- Aconsejar, sugerir, o dar soluciones.
- Persuadir con lógica, o razonar.
- Moralizar, decir a los clientes lo que tienen que hacer.
- Estar en desacuerdo, juzgar, criticar.
- Estar de acuerdo, aprobar.
- Ridiculizar, o etiquetar.
- Interpretar, o analizar.
- Asegurar, simpatizar, o consolar.
- Cuestionar o probar.
- Distraer, ironizar, o cambiar de tema.

Estas respuestas han sido llamadas “obstáculos”, porque están en el camino del cliente. Tienen el efecto de bloquear o hacer cambiar de dirección. El terapeuta que responde con una de estas respuestas no está escuchando. Al menos, no en el sentido de la escucha reflexiva. Esto no quiere decir que sea equivocado usar alguna de estas doce respuestas. Hay un momento y un lugar para cada una de ellas. La escucha reflexiva es, simplemente, algo distinto de estas maneras de responder.

La esencia de una respuesta de escucha reflexiva es la realización de una conjetura sobre lo que la persona quiera decir. El terapeuta que escucha reflexivamente forma una suposición razonable sobre lo que pudiera ser el significado original, dando voz a esta conjetura en la forma de una frase. Y a veces, mejor que de una frase, de una pregunta. Después de todo, el que escucha no está seguro sobre si su conjetura es correcta. Una

pregunta reflexiva bien formada es poco probable que provoque resistencia. Preguntarles sobre el significado de lo que expresan, parece distanciar a los clientes de su propia experiencia. Pueden comenzar a preguntarse si realmente sienten lo que han expresado.

Para poder realizar una adecuada escucha reflexiva, es necesario entrenarse en pensar reflexivamente: Ésto es, pensar que lo que la gente dice, no es necesariamente lo que realmente quiere decir. La mayoría de las frases puede tener múltiples significados. De hecho, cuando escuchamos una frase, consideramos lo que puede significar, escogiendo lo que creemos que más probablemente significa. Mucha gente actúa entonces, como si éste fuera el significado real de la frase. La escucha reflexiva, es la manera de comprobar, más que de asumir, lo que se cree que significa lo que el otro dice. La escucha reflexiva, implica pues, la realización de una frase o pregunta que no sea un obstáculo, sino una suposición sobre lo que la persona quiere decir.

Las frases de escucha reflexiva puedan ser bastante simples. A veces, la mera repetición de una palabra, o de dos, puede bastar para motivar al cliente. Una reflexión más sofisticada puede sustituir por nuevas palabras, las que el cliente ha dicho, o incluso hacer una conjetura sobre el significado no hablado. Algunas veces puede ser útil reflejar cómo parece sentirse el cliente cuando habla. La reflexión no es un proceso pasivo. El terapeuta decide lo qué reflejar y lo que ignorar, lo que enfatizar y lo que minimizar, y que palabras utilizar para captar el significado. La reflexión puede reforzar ciertos aspectos de lo que la persona ha dicho, o alterar su significado ligeramente. Las frases de escucha reflexiva deben constituir una proporción sustancial de las respuestas del terapeuta durante la fase inicial de la entrevista motivacional.

3. Apoyar

Puede también ser muy valioso para el cliente el apoyo y la afirmación durante el proceso de consejo terapéutico. Esto puede ser realizado en la forma de elogios y frases de apreciación y comprensión. El proceso de escucha reflexiva puede ser por sí mismo bastante reforzante, pero las afirmaciones directas tienen también su lugar en la terapia.

4. Resumir

Una cuarta estrategia de utilidad a través de todo el proceso de entrevista motivacional es resumir. Las frases de resumen pueden ser usadas para unir los contenidos que están siendo discutidos. Cuando se evoquen frases auto motivacionales, es aconsejable resumir periódicamente. Unir resúmenes puede ser especialmente valioso para expresar al cliente su ambivalencia. La típica experiencia de ambivalencia consiste en vacilar entre las razones para cambiar y las razones para permanecer igual. Un resumen permite a la persona examinar los aspectos positivos y los negativos simultáneamente, aceptando que ambos están presentes.

Frases como “ Por un lado..., y por el otro...”, o “Al mismo tiempo...” son muy útiles. Se pueden incorporar al resumen otras fuentes de información, como los resultados de evaluaciones objetivas, o la información de familiares o amigos, combinándolas con las propias frases del cliente. No obstante, es necesario señalar la importancia de

mantener un tono colaborador que permita al cliente añadir, o corregir, el resumen realizado por el terapeuta.

5. Evocar frases auto motivacionales

La entrevista motivacional es opuesta a los enfoques basados en la confrontación de la negación. Desde estos enfoques, el terapeuta asume la postura del “cambio del problema “ y el cliente se dedica a defenderse.

En la entrevista motivacional, es el cliente quien ha de presentar los argumentos para cambiar. El terapeuta tiene como tarea facilitarle la expresión de sus propias frases auto motivacionales. Dichas declaraciones pueden ser catalogadas dentro de cuatro categorías generales:

- Reconocimiento de problema.
- Expresión de preocupación.
- Intención de cambiar.
- Optimismo sobre el cambio.

Estos cuatro tipos de frases reflejan las diferentes dimensiones del compromiso para cambiar: cognitiva (reconocimiento, optimismo), afectiva o emocional (preocupación), y conductual (intención para actuar). Cada frase de este tipo empuja la balanza un poco más en la dirección del cambio. Se pueden señalar algunas de las técnicas básicas para provocar frases auto motivacionales:

- Cuestiones clave.
- Balance Decisional.
- Uso de los Extremos.
- Mirar hacia atrás.
- Mirar hacia delante.
- Explorar metas.
- Paradojas.

Elicitar frases auto motivacionales es una estrategia muy importante para desarrollar la discrepancia. Escucharse a sí mismo realizar frases de este tipo tiende a incrementar la conciencia de la discrepancia entre las propias metas y las acciones presentes. Cuanto mayor sea esta discrepancia, mayor será la motivación para el cambio.

Las primeras cuatro estrategias para la intervención motivacional pueden ser integradas dentro del desarrollo de discrepancia de la siguiente forma:

1. Realizando preguntas abiertas que provoquen frases auto motivacionales.
2. Reflejándolas de nuevo, a veces selectivamente, destacando los aspectos auto motivacionales de lo que el cliente ha dicho, permitiéndole oírlo una segunda vez.

3. Apoyando y reforzando al cliente por realizar frases auto motivacionales.

4. Ofreciendo resúmenes periódicos de los temas auto motivacionales que el cliente ha señalado, permitiendo al cliente oír una vez más, las frases que él ha expresado.

La evocación de frases auto-motivacionales es importante, no sólo en las sesiones iniciales, sino a lo largo de toda la terapia. La ambivalencia no suele desaparecer, sino sólo disminuir. La evocación de frases auto motivacionales sirve como un recuerdo continuado de las razones del compromiso para cambiar.

Otras estrategias, como el feedback objetivo, pueden también servir para incrementar la disonancia percibida. La intervención motivacional en la construcción de la motivación se centra primordialmente en la anticipación y la clarificación de la discrepancia.

FASE 2

Fortalecer el compromiso para el cambio

Hay un momento en el que debemos cambiar de objetivos: De construir la motivación (fase 1) a fortalecer el compromiso (fase 2). En ese momento, se está preparado para cambiar, pero todavía no se ha desarrollado ni una decisión firme ni el compromiso de hacerlo. Una vez que se ha alcanzado la contemplación avanzada o el estadio de determinación, existe una cierta ventana de tiempo durante la que el cambio ha de ser iniciado. Cuanto tiempo permanecerá esta ventana abierta puede variar, pero el reconocimiento de una discrepancia importante es demasiado incómodo para sostenerse indefinidamente. Si no comienza el cambio, el cliente comenzará a usar defensas para reducir dicha incomodidad (racionalizando, minimizando, negando, olvidando, proyectando, etc.).

Es importante reconocer cuándo está la ventana abierta para poder ayudar al cliente a comenzar los pasos a través de ella. Miller y Rollnick proponen algunos indicadores o signos de preparación para el cambio:

- Se reduce la resistencia.
- Se reducen las preguntas sobre el problema.
- Se realiza una resolución.
- Se verbalizan frases automotivacionales.
- Se incrementan las preguntas sobre el cambio.
- Se puede visualizar el cambio.
- Se experimentan avances hacia el cambio.

Cuando dichos indicadores de preparación están presentes, es el momento para cambiar la dirección de nuestra intervención hacia una nueva meta: el fortalecimiento del compromiso. El cliente ha entrado en la contemplación final y parece tener suficiente motivación para moverse hacia la acción.

En esta fase es necesario tener cuidado con no subestimar la ambivalencia que todavía puede permanecer. El mismo estilo que caracteriza la fase uno, debería mantenerse durante la fase dos. Aunque se haya tomado la decisión, la ambivalencia puede no desaparecer.

Miller y Rollnick proponen las siguientes estrategias para utilizar en esta fase:

1. Recapitular

Un primer paso para realizar la transición a la fase dos es resumir la situación actual del cliente. Dicha recapitulación debería incluir los más posibles de los siguientes elementos:

- Resumen de las percepciones del problema reflejadas en las propias frases auto motivacionales realizadas por el cliente.
- Balance de la ambivalencia expresada, incluyendo lo que permanece positivo o atractivo respecto al problema de conducta.
- Revisión de la evidencia objetiva encontrada respecto a los riesgos o problemas de la conducta a cambiar.
- Repetición de las indicaciones que haya ofrecido el cliente para planear o intentar el cambio.
- Evaluación del terapeuta sobre la situación, particularmente en los puntos en los que converja con las propias preocupaciones del cliente.

El propósito de este resumen es poner en común las razones por las que el cambio es posible, a la vez que se reconoce y acepta ambivalencia.

2. Realizar preguntas clave

Consecuentemente con el estilo de la fase 1, no es aconsejable decir a los clientes lo que tienen que hacer, sino preguntarles lo que quieren hacer. Estas preguntas deberían ser realizadas en momento en el que el cliente está en la cima de la consciencia de su problema. Por eso es tan importante reconocer cuándo se ha alcanzado este momento.

Las preguntas clave son abiertas. No pueden ser contestadas con un simple sí o no. Están dirigidas a que el cliente piense y hable sobre el cambio. El tema central de las cuestiones clave es “el paso siguiente”.

Las respuestas del cliente a estas preguntas clave se han de encontrar, como antes, con la escucha reflexiva. Esto sirve para clarificar sus pensamientos y animar una exploración más profunda. La escucha reflexiva también puede usarse para reforzar selectivamente las frases automotivacionales, o para manejar la resistencia que pudiera surgir. La responsabilidad personal y la libertad de elección son enfatizadas de nuevo durante este proceso.

3. Proporcionar información y consejo

Frecuentemente, durante esta fase, el cliente pedirá información e ideas. Es apropiado, en estas circunstancias, ofrecerle el mejor consejo posible. Sin embargo, es importante, tener cuidado de no caer en el patrón “sí, pero...”, una variación de la trampa de confrontación-negación. En este patrón de interacción, el terapeuta da la información, y el cliente dice que está equivocada, o el terapeuta ofrece una idea, y el cliente responde argumentando las razones por las que eso no funcionará. Existen varias formas de evitar esto. Antes que nada, es necesario no estar demasiado ansioso por ofrecer consejo. Es conveniente esperar una invitación directa o una petición de información.

En segundo lugar, es necesario relativizar cualquier sugerencia que se realice. Puede ser útil presentar el consejo en una forma deliberadamente impersonal, permitiendo al cliente juzgar como se adapta a su situación.

En tercer lugar, es conveniente no ofrecer una, sino un conjunto de opciones. Cuando la gente escoge un curso de acción entre varias alternativas, es más probable que se adhiera a él, y, por tanto, que tenga éxito. Esto también evita el patrón “sí, pero...”, en el que el cliente rechaza las sugerencias una tras otra.

4. Negociar un plan

A partir de las respuestas a las cuestiones clave, y de la provisión de información y consejo por parte del terapeuta, puede empezar a emerger un plan para el cambio. El desarrollo de este plan es un proceso de negociación que implica establecer las metas, considerar las opciones posibles, y por último llegar a un plan.

a) Establecer las metas:

La motivación está producida fundamentalmente por la discrepancia entre futuras metas personales y el estado actual. Un primer paso para instigar el cambio, es clarificar las metas hacia las que nos dirigimos. Existe la posibilidad de que las metas del cliente no se correspondan con las del terapeuta. Por ejemplo, un terapeuta puede querer que un determinado cliente abandone el alcohol y todas las otras drogas psicoactivas para el resto de su vida. El propio sujeto, sin embargo, puede estar más preocupado por la mejora de su matrimonio y en reducir su bebida a un nivel moderado únicamente.

Se puede ofrecer el mejor de los consejos, pero el cliente es siempre libre de aceptarlo o rechazarlo. Argumentar e insistir pueden provocar una actitud de defensa más que de acuerdo. Es mejor tratar de mantener una fuerte alianza de trabajo, y comenzar con las metas hacia las que el sujeto se encuentra más dispuesto a realizar progresos. Si estas metas fueran equivocadas, será evidente bastante rápidamente. Lo importante es permanecer con el cliente ayudándole a definir metas aceptables y alcanzables que representen algún progreso hacia la recuperación.

b) Considerar las opciones de cambio:

Una vez que se han definido unas metas claras, el siguiente paso es considerar los posibles métodos para alcanzar las metas escogidas. Es preciso discutir una variedad de opciones con la persona que quiere realizar el cambio. Esto ofrece la ventaja añadida del aumento de la motivación del cliente mediante la elección personal de estrategias. La idea de un menú de opciones, del que el cliente escoge, es bastante coherente con la entrevista motivacional.

c) Desarrollar un plan:

Esta elección dirige directamente a la negociación del plan de cambio. Y el resumen del plan puede conducir al compromiso. Es decir, a lograr la aprobación del cliente y el acuerdo con el plan, para decidir conjuntamente los pasos inmediatos que deben tomarse. El compromiso con el plan puede incrementarse haciéndolo público. Cuanto más se verbaliza el plan a otros, más se fortalece el compromiso.

El compromiso se refleja también en la acción. Si es posible, deben iniciarse inmediatamente los pasos para implementar dicho plan. En definitiva, se busca llegar a un plan claro, obtener la decisión verbal del cliente de seguir dicho plan, reforzar esta decisión, y comenzar a dar lo antes posible los pasos iniciales del plan previsto.

4.2.4. EFICACIA DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL.

La eficacia de la entrevista motivacional en la atención de los trastornos relacionados con las conductas adictivas ha sido revisada recientemente por Ana Isabel Guillen y Vanessa Mañoso, psicólogas de la Universidad Complutense de Madrid. (11) En esta amplia revisión de la literatura actualmente existente, concluyen de acuerdo con Bien, Miller y Tonigan (12) que la entrevista motivacional es una técnica eficaz, si bien los resultados varían en función de la forma en que se aplica.

En los estudios revisados, cuando la entrevista motivacional se utiliza como una intervención psicoterapéutica en sí misma se muestra más eficaz que el no tratamiento y que la lista de espera para reducir el consumo de sustancias (13, 14, 15, 16) . La entrevista motivacional también se ha mostrado eficaz en la reducción de la frecuencia de conductas problemáticas relacionadas con el consumo (13, 15, 17) ofreciendo una alternativa interesante a otras modalidades de tratamiento, con una interesante combinación de buenos resultados y brevedad. La entrevista motivacional también ofrece en esta revisión, buenos resultados cuando se incorpora como componente preparatorio dentro de tratamientos psicoterapéuticos específicos. Añadir la entrevista motivacional previamente a otros tratamientos incrementa los índices de participación, y a corto plazo se ha asociado con mejores resultados terapéuticos (7, 18, 19).

Cuando la entrevista motivacional se compara con otras modalidades de intervención psicoterapéutica breve, los resultados sobre su eficacia son más relativos. Parece que la entrevista motivacional es más eficaz para reducir el consumo de sustancias que otro tipo de intervenciones de

carácter informativo o educativo. Pero cuando es comparada con intervenciones más “complejas” los datos indican que no existen diferencias claras. La entrevista motivacional resulta igual de eficaz que las intervenciones basadas en el counseling para disminuir la frecuencia de consumo (20). Tampoco aparecen diferencias importantes entre la entrevista motivacional y otro tipo de intervenciones cognitivo-conductuales para reducir la sintomatología, el consumo y las conductas problemáticas relacionadas con éste. (15, 20)

Según los resultados de la revisión realizada, añadir la entrevista motivacional durante el tratamiento hospitalario de desintoxicación no incrementa la probabilidad de completar el programa de desintoxicación. Sin embargo, sí se ha observado una reducción de la frecuencia de resultados positivos en los análisis de orina, un incremento del uso de estrategias de coping y de la probabilidad de entrar en grupos de autoayuda en el grupo de entrevista motivacional, comparado con el que sólo recibe el tratamiento hospitalario. (21)

Según los autores de la citada revisión, es importante tener en cuenta que, muchas de las medidas en las cuales aparecen diferencias entre los grupos, son medidas de adhesión al tratamiento y del cumplimiento de prescripciones terapéuticas, y no tanto medidas directas de consumo. Los resultados más importantes de la entrevista motivacional se producen fundamentalmente en aquellas medidas relacionadas con la motivación del paciente y no tanto con el consumo, lo que se corresponde con el objetivo que se plantea teóricamente la entrevista motivacional. (6, 7, 22, 23)

Los resultados obtenidos sobre la eficacia de la entrevista motivacional se ven mediados por múltiples factores a tener en cuenta. El más importante, es el entrenamiento de los terapeutas y las diversas formas de aplicación de la técnica. Los estudios revisados ofrecen por lo general, información poco precisa acerca del entrenamiento de los profesionales que aplican la entrevista motivacional y de su adecuación a los principios de la técnica. Resnicow et al. (24) han subrayado que las habilidades técnicas son necesarias, pero no suficientes, para alcanzar el espíritu de la entrevista motivacional. Las diferencias entre los estudios podrían estar reflejando las diferencias en el entrenamiento de los entrevistadores y en su adherencia a los principios de la entrevista motivacional.

Por nuestra parte, queremos señalar que la eficacia relativa de un tipo de intervención u otro, está fuertemente condicionada por las características de los sujetos a los que se aplica, y que por tanto, en la práctica clínica lo más importante es saber realizar la adecuada indicación de una determinada técnica a un determinado individuo, o incluso a un determinado momento de la evolución de esa persona. Desde este punto de vista, se echan de menos en los estudios revisados el control de la variable estadio del cambio, eje fundamental del “Modelo Transteórico”, “Modelo Teórico de Referencia de la Entrevista Motivacional” (6, 7). Desde un punto de vista teórico, pero lamentablemente no suficiente demostrado empíricamente, la entrevista motivacional debería adquirir todo su sentido, y por tanto su máxima eficacia ante otras alternativas, cuando se aplica en sujetos en fases iniciales en su proceso de cambio: Precontemplación y Contemplación, no siendo tan determinante con sujetos que ya se encuentren comprometidos con su propio cambio de comportamiento en estadios avanzados de Preparación y Acción (25).

4.2.5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Luborsky, L., y otros, (1.985): Therapist success and determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
- Rogers C.R. (1.957): The necessary and sufficient conditions for therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 34, 54-61.
- Orford, J., (1.985): *Excessive appetites: A psychological view of addictions*. New York, Wiley.
- Brehm, J.W. (1966): *A Theory of psychological reactance*. New York. Academic Press.
- Brehm, S. S., y Brehm, J.W.,(1.981): *Psychological reactance: A theory of freedom and control*. New York; Academic Press.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (eds) (1991): *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*, Nueva York, Guilford Press.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (Comps) (1999): *Entrevista motivacional*, Ed Paidós
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1986): "Toward a comprehensive model of change", en W.R. Miller y N. Heather (eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change*, Nueva York, Plenum Press.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. y Norcross, J.C. (1992): "In search of how people change. Applications to addictive behaviors", *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Gordon (1.970) *Parent effectiveness training*. New York : Wyden.
- Guillen, A.I. y Mañoso, V. "La entrevista motivacional: Revisión de su eficacia en el ámbito de las conductas adictivas" *INTERPSIQUIS*. 2004; (2004) <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis/2004/15095>
- Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 1993;88(3):315-36.
- Stein M, Charuvastra A, Maksad J, Anderson BJ. A randomized trial of a brief alcohol intervention for needle exchangers (BRAINE). *Addiction* 2002;97(6):691-700.
- Stephens RS, Roffman RA, Curtin L. Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *J Consult Clin Psychol* 2000;68(5):898-908.
- Monti PM, Colby SM, Barnett NP, Spirito A, Rohsenow DJ, Myers M et al. Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *J Consult Clin Psychol* 1999;67(6):989-994.
- Dunn C, Deroo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction* 2001;96:1725-1742.
- Baker A, Lewin T, Reichler H, Clancy R, Carr V, Garrett R et al. Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric in-patient services. *Addiction* 2002;97(10):1329-1337.
- Swanson AJ, Pantalon MV, Cohen KR. Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients. *J Nerv Ment Dis* 1999;187(10):630-635.
- Connors GJ, Walitzer KS, Dermen KH. Preparing clients for alcoholism treatment: Effects on treatment participation and outcomes. *J Consult Clin Psychol* 2002;70(5):1161-1169.
- Colby SM, Monti PM, Barnett NP, Rohsenow DJ, Weissman K, Spirito A et al. Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking: A preliminary study. *J Consult Clin Psychol* 1998;66(3):574-578.
- Schilling RF, El-Bassel N, Finch JB, Roman RJ, Hanson M. Motivational interviewing to encourage self-help participation following alcohol detoxification. *Res Social Work Pract* 2002;12(6):711-730.
- Miller WR. Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychol Bull* 1985;98:84-107.
- Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behav Psychother* 1983;11(2):147-172.
- Resnicow K, Dilorio C, Soet JE, Borrelli B, Hecht J, Ernst D. Motivational interviewing in health promotion: It sounds like something is changing. *Health Psychol* 2002;21(5):444-451.
- Di Clemente, C.C. (1.991): *Motivational Interviewing and the stages of change* en Miller, W.R. y Rollnick, S. (eds) (1991): *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*, Nueva York, Guilford Press.

■ 4.3. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL

El enfoque cognitivo conductual entiende las conductas adictivas como conductas sobreaprendidas que pueden ser analizadas y modificadas de la misma manera que otros hábitos. Se nutre para el desarrollo de sus evaluaciones y programas de intervención de los conocimientos teóricos adquiridos por la psicología del aprendizaje. A lo largo de su historia este importante apartado de la psicología ha aportado diferentes enfoques, o paradigmas, que tratan de explicar cómo los orga-

nismos superiores adquieren, incrementan, disminuyen, o eventualmente extinguen, patrones de comportamiento en sus repertorios conductuales.

Para ello, la psicología conductista de la primera mitad del siglo XX propuso centrarse en una metodología empírica a ultranza que sólo tuviera en cuenta los estímulos antecedentes y consecuencias observables de la conducta objeto de estudio. La manipulación del entorno del sujeto nos aseguraría, según este enfoque, la modificación de la probabilidad de la emisión de una determinada conducta. Esta perspectiva se desarrolló desde dos paradigmas complementarios del aprendizaje: El aprendizaje respondiente o de condicionamiento clásico, fundamentalmente basado en el poder de los estímulos inicialmente neutros para elicitare conductas asociadas previamente a otros estímulos, y el aprendizaje instrumental o de condicionamiento operante esencialmente basado en la influencia de las consecuencias gratificantes o aversivas en alterar la probabilidad de realización de conductas ya existentes o para moldear progresivamente la adquisición de nuevos comportamientos.

A lo largo de la segunda mitad del siglo pasado, la psicología del aprendizaje fue aceptando la existencia y la posibilidad de experimentación con procesos cognitivos, como por ejemplo, las expectativas y las atribuciones, mediadores en el cerebro humano de las múltiples conexiones posibles entre estímulos y respuestas, incluyéndolos en su cuerpo teórico bajo el paradigma del aprendizaje cognitivo. Estos tres paradigmas del aprendizaje: condicionamiento clásico, condicionamiento operante y aprendizaje cognitivo se integrarían junto al aprendizaje por observación o modelado, en la teoría cognitivo-social de Albert Bandura, que subraya el contexto social como el marco básico del desarrollo de los complejos patrones de comportamiento del ser humano. Este modelo teórico, con gran capacidad de integración de los distintos paradigmas existentes respecto al aprendizaje humano, constituye el fundamento de lo que se ha denominado intervención cognitivo-conductual.

Las aportaciones del enfoque cognitivo-conductual al tratamiento de las adicciones provienen de la aplicación de estos paradigmas del aprendizaje al desarrollo y modificación de las conductas adictivas. Para una mejor comprensión de sus principios conceptuales aplicados al campo de las drogodependencias, en esta revisión básica los agruparemos en tres apartados: Enfoque conductual, enfoque cognitivo y enfoque cognitivo conductual. Es importante destacar, que estos enfoques, no solo no son excluyentes, sino complementarios, y que su diferenciación solo se realiza en este texto, al objeto de subrayar las posibles perspectivas existentes, dentro de este modelo, para el estudio y tratamiento de las conductas adictivas.

4.3.1. ENFOQUE CONDUCTUAL

Desde esta perspectiva se tienen en cuenta, casi exclusivamente, los factores ambientales influyentes en la conducta adicta y la forma en que éstos condicionan la frecuencia, la intensidad y la duración de estos comportamientos. Integra para ello, los dos modelos de condicionamiento ya citados:

A. CONDICIONAMIENTO CLÁSICO:

En su aplicación a las conductas adictivas, este paradigma de aprendizaje se ha utilizado especialmente para subrayar la importancia, que para la provocación de la conducta de consumo de dro-

gas, tienen los estímulos ambientales, ya que mediante su asociación repetida a esta conducta llegarán por el proceso de condicionamiento, a evocar fuertes deseos (craving) de consumación de la misma. El modelo del condicionamiento clásico nos aporta información útil respecto a en que condiciones los estímulos físicos o sociales presentes en el momento de autoadministración de la droga, se convertirán en poderosos determinantes del consumo, provocando una respuesta condicionada compensatoria, fuertemente disfórica y propiciatoria de la conducta dirigida a su alivio, mediante la autoadministración de la sustancia.

Este fenómeno de condicionamiento es especialmente importante en la dependencia a opiáceos. debido a que la autoadministración de este tipo de drogas suele realizarse mediante vías rápidas: Inyectada o inhalada. Es conocido, desde este paradigma, la mayor facilidad con la que ocurre el condicionamiento cuando la demora existente entre los estímulos y las respuestas es mínima. También, por la existencia en esta adicción de un evidente síndrome de abstinencia que, a su vez, es condicionable a otros estímulos ambientales. De hecho, el condicionamiento clásico es un componente importante, muy a tener en cuenta, en el denominado síndrome de abstinencia retardado.

El condicionamiento clásico ha sido la base teórica de las técnicas de desensibilización por exposición a estímulos asociados al consumo basadas en el fenómeno de la extinción condicionada. Se denomina así, el proceso por el cual, el organismo deja de emitir la respuesta condicionada al estímulo condicionado, cuando se ve expuesto repetidamente a él, pero sin verse asociado al estímulo incondicionado realmente activo.

Estas técnicas se han usado presentando al adicto materiales relacionados con el consumo, imágenes de él u otros consumiendo, o incluso desplazándole realmente a los escenarios habituales donde él consumía. También, en vez de esto o complementariamente, en lugar de “en vivo”, se ha realizado estas exposiciones mediante la imaginación. En algunos formatos de realización de esta técnica, la exposición se ha reforzado con el adiestramiento en utilización simultánea de otra respuesta contraria o alternativa al efecto de la droga, buscando, no solo, la extinción de la respuesta de deseo o craving, sino lo que se ha denominado fenómeno del contracondicionamiento: Esto es, la asociación a estos estímulos, de respuestas incompatibles con el deseo del consumo.

La eficacia de estas técnicas ha sido variable, siendo su resultado bastante mejor cuando se han integrado, desde una perspectiva de autocontrol, con un repertorio de distintas habilidades de afrontamiento del deseo, lo que precisa un entrenamiento en la discriminación precoz de las situaciones estimulares elicitadoras de craving, y la habilidad de selección de la respuesta de afrontamiento, mental o somática mas adecuada. Este tipo de procedimientos nos aproxima al enfoque cognitivo-conductual de adiestramiento de habilidades que se describirá mas adelante.

B. CONDICIONAMIENTO OPERANTE:

La explicación de la adquisición, mantenimiento, o extinción de las conductas en función de las consecuencias hedónicas que el sujeto encuentra tras su realización, ya sean gratificantes, aversivas, o neutras, esencia del condicionamiento operante, tiene evidente reflejo en la explicación del inicio, mantenimiento y abandono de las conductas adictivas, tanto en las drogodependencias, como en las denominadas adicciones no químicas.

La aplicación del condicionamiento operante, mediante el control externo de contingencias de recompensas y castigos, fue una de las primeras aproximaciones de la psicología conductual al tratamiento del alcoholismo y las drogodependencias. Pero desde muy pronto se valoró que esta aproximación plantea serios problemas de tipo técnico y ético. Desde el punto de vista técnico, el inconveniente principal es la necesidad de que para controlar la conducta de un individuo desde esta perspectiva se controle fuertemente su entorno y las fuentes alternativas de gratificación o aversión, lo que en la práctica ha circunscrito la aplicación de estas técnicas a centros de internamiento.

Desde un punto de vista ético, son evidentemente rechazables todo tipo de consecuencias punitivas, habiendo caído afortunadamente en desuso los primitivos tratamientos aversivos que asociaban estímulos químicos o eléctricos nocivos a la conducta de consumo. En la actualidad, la utilización de técnicas basadas en el condicionamiento operante se circunscriben a la utilización de una variada gama de recompensas en el marco de distintos patrones de contingencias de un amplio abanico de conductas prosociales.

Concretamente, en el caso de la dependencia a opiáceos, y en el contexto de los programas de mantenimiento con metadona, se ha probado la eficacia de las técnicas operantes para incrementar la tasa de abstinencia, mediante el reforzamiento con premios la existencia de análisis de orina sin resto de drogas. Los resultados obtenidos mostraban una mayor tasa de abstinencia inmediata, pero que parecía difícil de mantener y generalizar más allá de la duración del programa de refuerzo. En el mismo estudio se encontró más útil a medio plazo la recompensa de tareas y conductas orientadas hacia el avance en el proceso terapéutico global.

4.3.2. ENFOQUE COGNITIVO

Desde este enfoque, la manera en la que las personas interpretan las situaciones específicas que se van presentando en su vida, influye de forma determinante en sus sentimientos, motivaciones y comportamientos. Tras el desarrollo exitoso de estrategias cognitivas de tratamiento para la depresión y la ansiedad, Aaron T. Beck y su equipo propusieron su modelo de terapia cognitiva del abuso de sustancias, planteando que determinadas creencias, denominadas adictivas, son inicialmente el fundamento del deseo de consumo o craving, y en última instancia del propio consumo.

Estas creencias adictivas pueden dividirse en dos grandes categorías:

- Creencias nucleares que tienen que ver con la propia visión del mundo y de sí mismo de cada persona. Condicionan las estrategias de afrontamiento generales del individuo ante las dificultades de la vida. Puede existir, en mayor o menor grado, un cierto conjunto de estas creencias que crean una especial vulnerabilidad personal ante los problemas emocionales y/o las adicciones.
- Creencias específicas que tienen que ver, con lo que se piensa sobre las propiedades y efectos de las sustancias que se consume, o con las expectativas sobre las consecuencias del propio patrón de consumo. Condicionan la forma concreta en que se presentan los deseos del consumo de la sustancia y las circunstancias específicas en las que se pone en marcha la conducta de autoadministración.

- La meta ideal para la terapia cognitiva de las adicciones es la identificación y eliminación de las creencias adictivas del paciente, reemplazándolas por creencias adaptativas o de control. Más realísticamente, el objetivo de la terapia cognitiva es la facilitación de un proceso donde las creencias de control lleguen a ser más pronunciadas que las creencias adictivas.
- Beck y sus colaboradores proponen las siguientes líneas generales para llevar a cabo esta intervención sobre las creencias. Estas orientaciones suponen el núcleo de la terapia cognitiva de los trastornos adictivos (Beck, Wright, Newman, and Liese, 1.993)

Evaluación de creencias

Se debe tener una adecuada comprensión del papel de determinadas creencias en la vida del paciente. Para llevar ésto a cabo, podemos apoyarnos en diferentes cuestionarios estandarizados, o en la interacción terapeuta-paciente durante las sesiones de terapia mediante preguntas abiertas dirigidas a explicitar información sobre las creencias del paciente, del tipo de:

- ¿Qué piensas sobre _____?
- ¿Qué vino a tu cabeza cuando pasó _____?
- ¿Cómo explicas _____?
- ¿Cómo interpretas _____?
- ¿Qué significa para ti _____?

Orientación del paciente hacia el modelo de la terapia cognitiva

Implica modificar las creencias sobre la adicción desde una orientación externa (“No me puedo controlar”) a una orientación interna (“Soy responsable de mi consumo y de mi recuperación”).

Incluye la definición de conceptos tales como: “creencias adictivas”, “creencias de control”, “situaciones de riesgo”, “deseos”, etc., y su interrelación.

Examen y prueba de las creencias adictivas

Dado el sobreaprendizaje de las creencias adictivas, el proceso de su modificación es similar a un desafío. Implica realizar a los pacientes, preguntas probatorias que valoren la validez de sus creencias. Este método de entrevista se ha denominado “Método socrático”, o “Descubrimiento guiado“:

- ¿Cuál es la evidencia de esta creencia?
- ¿Cómo sabes que esta creencia es verdadera?
- ¿Dónde está escrito?
- ¿Dónde lo has aprendido?
- ¿Qué confianza tienes en esta creencia?

Desarrollo de creencias de control

El mismo método socrático estimula al paciente a examinar sus creencias adictivas y reemplazarlas por creencias de control. Algunas preguntas específicas para introducir creencias de control son las siguientes:

- ¿Qué harías si la droga no estuviera disponible?
- ¿Cuáles son las desventajas de consumir?
- ¿De qué otra forma se puede ver esta situación?
- ¿Qué podrías hacer para alcanzar el mismo objetivo?
- ¿Qué más?

Otra estrategia para desarrollar creencias de control es el “análisis de ventajas-desventajas”.

Práctica de la activación de creencias de control.

Es posible que el paciente no acceda a las creencias de control cuando esté enfrentado a la “tentación” debido al sobreaprendizaje de las creencias adictivas. Es preciso poner especial atención a la activación de las creencias de control como parte importante de la terapia. Se pueden utilizar los siguientes métodos:

- “Tarjetas de recuerdo”: Se pueden escribir para su lectura en el ambiente natural con creencias adecuadas, como por ejemplo las principales ventajas-desventajas del consumo.
- “Práctica programada”: Imaginación de situaciones de tentación con la consecuente provocación de deseos y la adecuada activación de creencias de control para manejarlos.

Asignación de tareas dirigidas hacia las creencias.

La asignación de tareas implica aplicar en el entorno natural las habilidades aprendidas en las sesiones de terapia, y muy en especial la prueba de creencias adictivas para evaluar su validez y la activación de creencias de control en las situaciones de riesgo. Como meta a largo plazo de la asignación de tareas, estaría el aprendizaje del diálogo socrático espontáneo. Las tareas son asignadas al final de cada sesión y revisadas al comienzo de la siguiente. Inicialmente las tareas son bastante estructuradas, siendo menos formales según el paciente desarrolle nuevas y más adaptativas pautas de pensamiento.

Manejo de deseos e intenciones

Enseñar al paciente a afrontar los deseos de consumo es una de las más importantes metas del tratamiento cognitivo. El terapeuta ayuda al paciente a comprender los diferentes factores que contribuyen al deseo, a reestructurar dicha experiencia, y a desarrollar mejores formas para tratar con este problema. Desde la teoría cognitiva se distingue entre el fenómeno del “deseo”(craving): Sensación subjetiva (activación física, emocional, sentimiento de sen-

sación de necesidad) de sentir el estado psicológico inducido por las drogas y la “intención”(urge): Impulso conductual hacia la búsqueda y el consumo. En la práctica se usan ambos términos intercambiamente.

La terapia cognitiva clasifica los deseos de consumo en:

- Respuesta a los síntomas de abstinencia.
- Respuesta a la falta de satisfacción.
- Respuesta a claves de droga.
- Respuesta a deseos hedónicos.

Y propone las siguientes técnicas de afrontamiento de deseos:

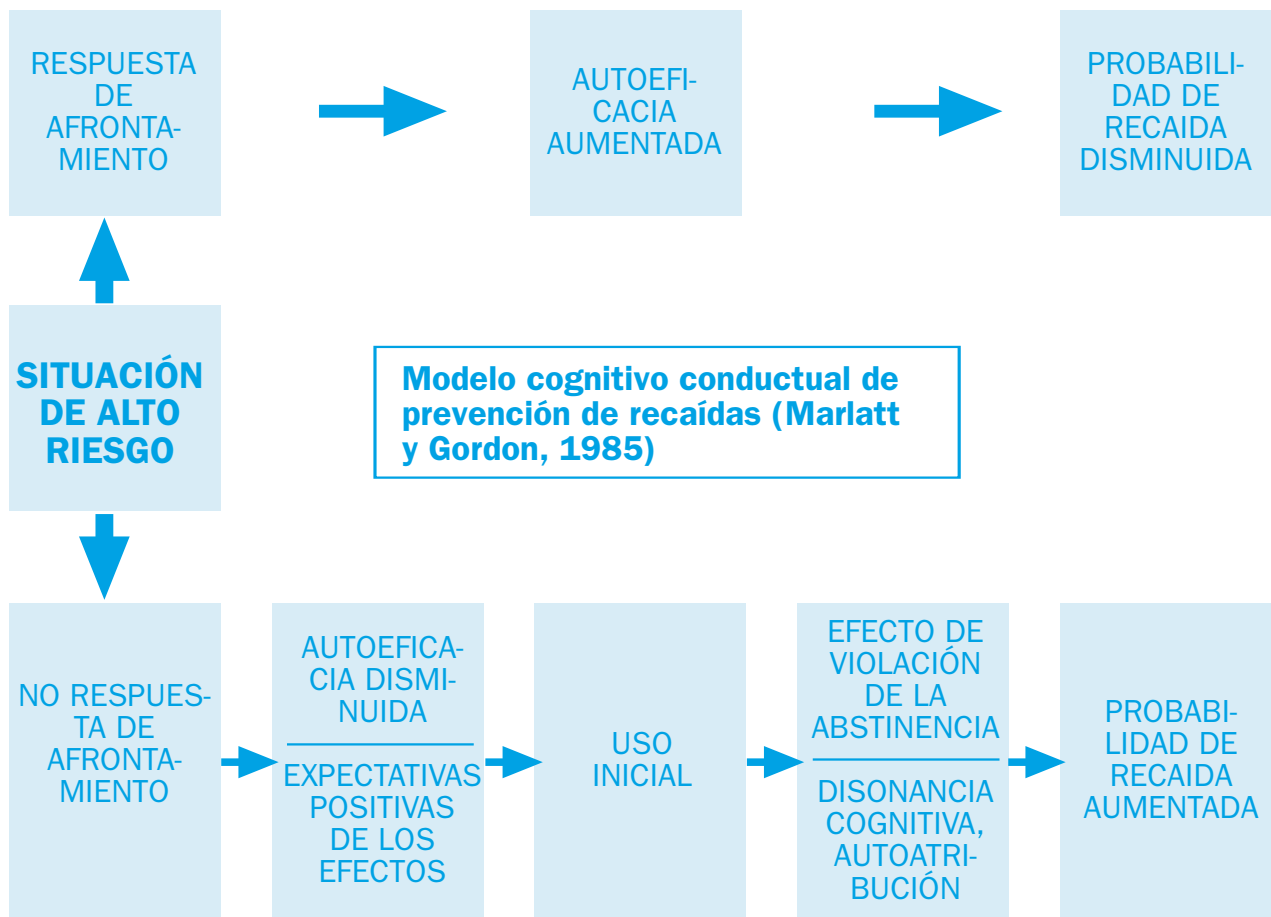
- Técnicas de distracción
- Tarjetas de recuerdo
- Técnicas de imaginación
- Respuesta racional a los pensamientos automáticos relacionados con los deseos
- Planificación de actividades
- Entrenamiento en relajación

4.3.3. ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

El enfoque cognitivo-conductual integra las aportaciones de los modelos del aprendizaje conductual y cognitivo al tratamiento de las adicciones, teniendo en cuenta, tanto los condicionamientos de los estímulos y las consecuencias ambientales, como las expectativas, atribuciones, e intenciones con las que el sujeto procesa los acontecimientos vitales y su propio comportamiento ante ellos.

El modelo cognitivo-conductual de tratamiento de las adicciones más difundido, tanto por su interés práctico, cómo por su evidencia empírica, es el Modelo de Prevención de Recaídas de Alan Marlatt. Este autor y sus colaboradores se centran en el estudio y la prevención del fenómeno de la recaída como eje central de la recuperación de los trastornos adictivos. La comprensión por parte del sujeto de los factores que influyen tanto en la reaparición del hábito del consumo, como en el desarrollo del autocontrol preciso para el mantenimiento de los objetivos planteados, se plantea según este modelo como el objetivo principal de la intervención psicosocial en el ámbito del tratamiento de las adicciones.

Este planteamiento se fundamenta en la evidencia constatada en multitud de estudios y en la práctica clínica, de la altísima incidencia de recaídas en el consumo tras lograr el cese inicial de éste, ya sea, por el logro exitoso de la desintoxicación física, o por la estabilización en un programa de mantenimiento con sustitutivos.



(Figura 1)

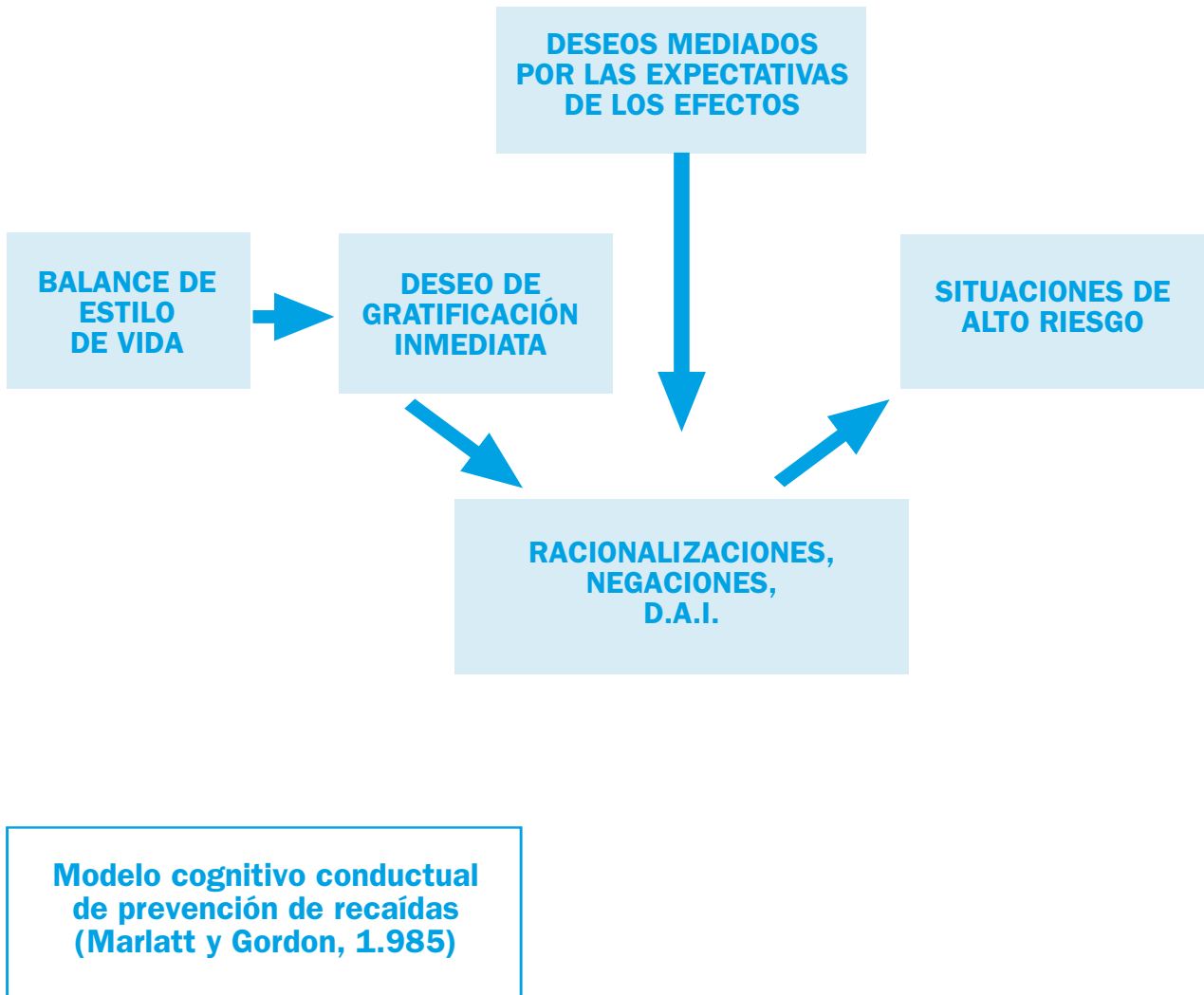
Como se puede observar en la fig. 1, este modelo propone, que tras un determinado tiempo (días, semanas o meses) sin realizarse el consumo, o manteniendo éste en los niveles propuestos por el sujeto, más tarde o más temprano, el individuo se encontrará en una determinada situación que podemos considerar de alto riesgo. Estas situaciones, que Marlatt define en un sentido amplio como “cualquier situación (incluyendo las reacciones emocionales a esa situación) que representa una amenaza para la sensación de control del individuo y que aumenta la probabilidad de recaída”, incluyen tanto situaciones provocadoras de estrés y emociones negativas, como situaciones estimulantes asociadas al consumo, o al síndrome de abstinencia.

Cuando el sujeto se encuentra en esta situación, puede, o no, poner en práctica estrategias de afrontamiento para su control. Si desarrolla estrategias adaptativas adecuadas para manejar las emociones que le provoca la situación sin realizar la conducta adictiva, su expectativa de autoeficacia, definida como su confianza en su propia capacidad para manejar este tipo de situaciones, se incrementará, y consecuentemente, la probabilidad de recaída en el futuro próximo, disminuirá.

Pero si no es capaz de poner en marcha ninguna estrategia de afrontamiento, o la desarrollada no es exitosa, su autoconfianza se verá disminuida. Esta disminución de su autoeficacia, unida a las expectativas de alivio o gratificación asociadas a los efectos de la sustancia, en general y/o en esta situación en particular, provocarán la realización del consumo.

Este uso inicial, que en un principio, según este modelo, no tiene porque suponer una recaída efectiva, sino una caída o desliz, si aumentará fuertemente la probabilidad de recaída en el futuro inmediato, al provocar en el sujeto una reacción cognitiva y emocional denominada Efecto de Violación de la Abstinencia. Este efecto cognitivo y emocional descrito por A. Marlatt para explicar la pérdida de control sobre la propia conducta, se genera por la disonancia cognitiva sentida por el individuo al percibir la contradicción entre las metas personales relacionadas con la recuperación, y la autoobservación de la propia conducta adicta en ese momento. Esta reacción intensamente disfórica puede asociarse además, a una sobrevaloración de la responsabilidad personal en la caída o desliz inicial, pudiendo, entonces, generar sentimientos de desesperanza aprendida, e incrementándose aún más, la probabilidad de nuevos consumos y de una consiguiente recaída total. Estas situaciones de riesgo, cuyo estudio y análisis constituyeron el punto de partida del trabajo de A. Marlatt, fundamentan junto a las propias reacciones del individuo ante ellas, lo que este autor ha denominado determinantes específicos de la recaída.

Pero este modelo también recoge, como se puede observar en la fig. 2, los denominados determinantes globales o encubiertos de la recaída. Con este término, este autor hace referencia a todas aquellas características del estilo de vida que va conformando el sujeto en su recuperación de la adicción, y que puedan suponer un desequilibrio entre las demandas y las satisfacciones percibidas por el individuo. Si el sujeto percibe, mas allá de lo que está dispuesto a asumir, que sus deseos se ven superados por sus obligaciones, se puede generar un sentimiento de frustración y un deseo de gratificación, que directamente le puede llevar al viejo hábito, o más indirectamente, que de una manera más o menos consciente (mediante mecanismos de racionalización, negación o decisiones aparentemente irrelevantes) le hagan posicionarse en situaciones de alto riesgo muy difíciles de afrontar.



(Figura 2)

El detallado análisis que Marlatt realiza del proceso de recaída, sirve para la propuesta de un amplio abanico de estrategias cognitivas y conductuales en los diferentes puntos del proceso. Este modelo nos plantea pues, los hitos que una detenida e individualizada evaluación puede señalar como propicios para intervenir en cada caso concreto. En las figuras 3 y 4 están representadas algunas de ellas.

El núcleo fundamental, que este modelo propone para la intervención dirigida a la prevención de recaídas, es una pormenorizada evaluación de las situaciones de riesgo que con mayor probabilidad se puedan presentar en cada caso. Para la realización de este inventario particular de posibles situaciones de riesgo, se parte inicialmente del detallado análisis de los antecedentes de las recaídas previas en intentos anteriores de recuperación. También son de utilidad, los denominados Test de Competencia Situacional (T.C.S.) que relacionan posibles situaciones de riesgo, planteándole al sujeto cuál sería su reacción si se encontrara ante ellas. Otro instrumento útil en esta dirección son los registros diarios de las circunstancias asociadas a los deseos o consumos.

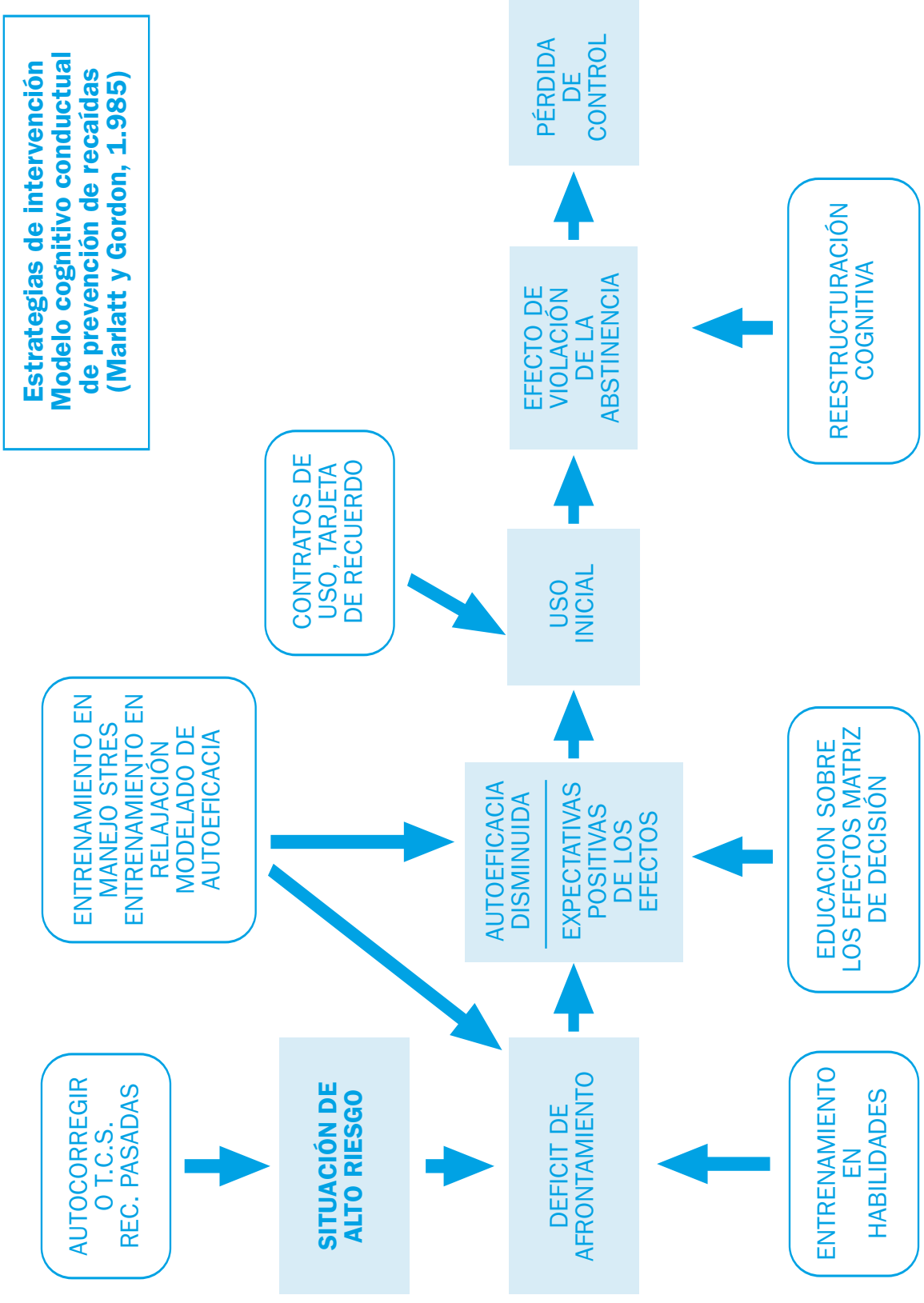
El conocimiento tanto de las situaciones de especial riesgo para cada sujeto, cómo de los posibles déficits de habilidades para su afrontamiento, nos guiará respecto a que habilidades deben ser adiestradas a lo largo del proceso terapéutico: Manejo de estrés y relajación, asertividad y resistencia a la presión social, comunicación, resolución de problemas... etc.

Para disminuir las expectativas positivas sobre el uso de la sustancia y ajustarlas en lo posible a la realidad, se propone en este modelo la realización periódica de la llamada matriz de decisión, consistente en una tabla de doble entrada, en la que el sujeto refleja su percepción, tanto de los aspectos positivos del consumo como de los negativos, tanto a corto, como a largo plazo.

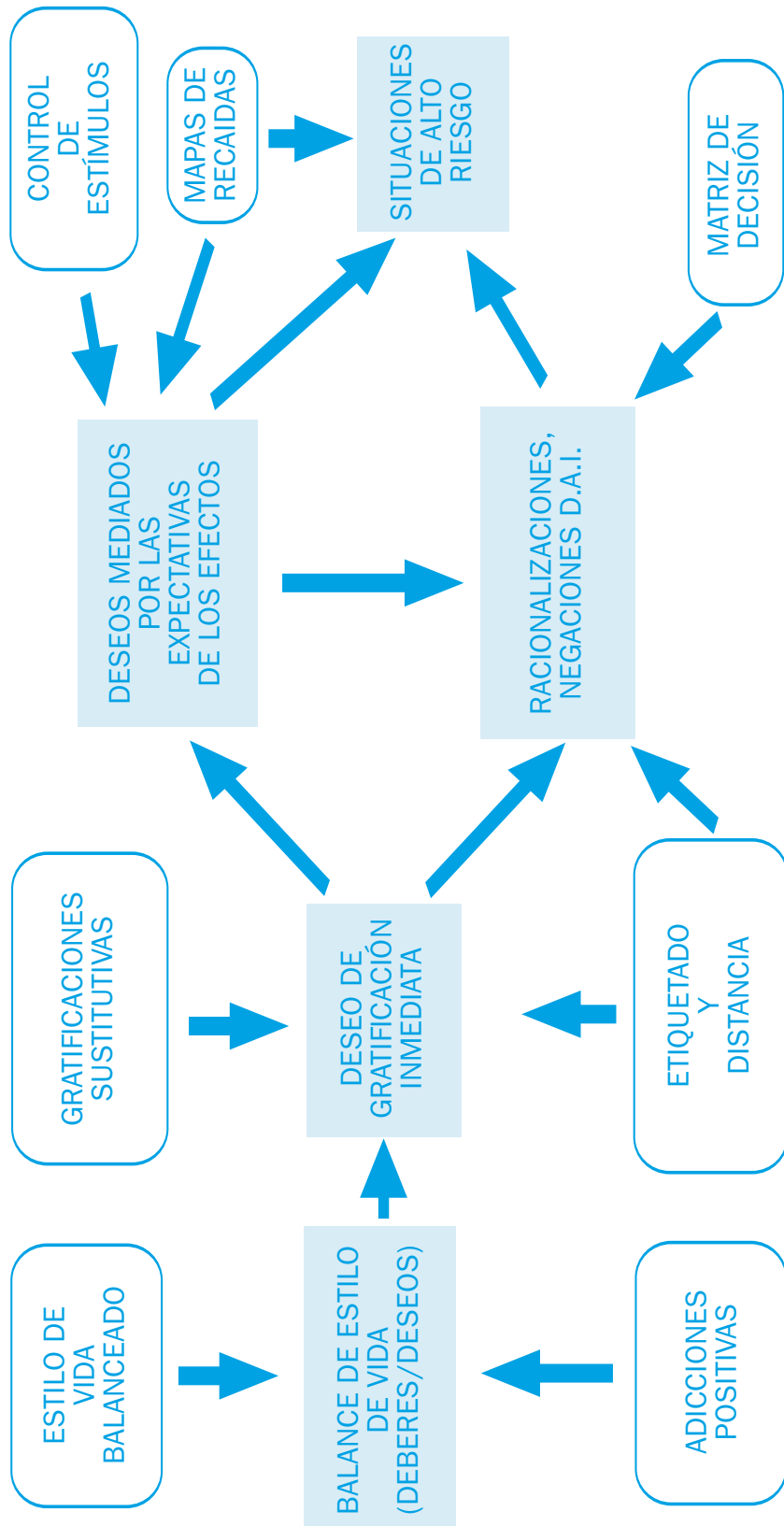
El impacto de un determinado consumo o desliz ocasional se trata de disminuir mediante la preparación del sujeto para esta posibilidad, llegando a acuerdos de limitación del consumo en caso de que ocurra y preparándole previamente, o mediante la intervención precoz, para realizar una adecuada reestructuración cognitiva dirigida al manejo de la disonancia producida por la violación de la abstinencia. Se intentará además, que el sujeto sea capaz de atribuir en su justa medida la responsabilidad personal en el acontecimiento, sabiendo valorar la dificultad real de la situación de riesgo que provocó el uso inicial de la sustancia.

Las estrategias de intervención para la prevención de recaídas también incluyen, de una manera decisiva, los citados determinantes globales o encubiertos de la recaída. El eje principal desde esta perspectiva, absolutamente complementaria a las estrategias dirigidas al control de los determinantes específicos, descansa en la orientación y apoyo a la persona en tratamiento hacia el logro de un estilo de vida equilibrado, que incluya fuentes de gratificación adaptativas e incompatibles con la conducta adictiva. Ésto incluye el apoyo y fomento de hobbies y aficiones con alta probabilidad de satisfacción inmediata, e impacto positivo para el mantenimiento de la salud o el desarrollo personal, como pueden ser los deportes o la participación en actividades de voluntariado y grupos de autoayuda.

No obstante, es muy importante no dejar de lado ni el adiestramiento en el reconocimiento precoz de eventuales deseos de gratificación y de consumo, ni la preparación del sujeto ante ellos mediante las técnicas cognitivas existentes para su manejo y control. De nuevo, un detallado análisis de las recaídas previas del sujeto, o en su caso de otros compañeros o conocidos, puede facilitar el diseño de mapas o posibles itinerarios previos a la recaída. En estos mapas se puedan estudiar cuales fueron los antecedentes globales y específicos de dichos episodios y cuales pudieron ser las medidas de autocontrol adecuadas que hubieran podido prevenir dichas recaídas.



(figura 3)



(figura 4)

4.3.4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Annis, H.M. y Davis, C.S. (1988): "Assessment of expectancies", en D.M.Donovan y G.A.Marlatt (eds.), Assessment of addictive behaviors, New York, Guilford Press.
- Annis, H. M. y Davis, C. (1.989): "Relapse prevention training: A Cognitive· Behavioral approach based on Self· Efficacy theory" in Daley, D. (Ed.). Relapse : Conceptual, Research and clinical perspectives. Hawort Press.
- Bandura, A. (1.977): "Self· efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change", Psychological Review, 84, 191· 215.
- Bandura, A. (1982): "Self· efficacy mechanism in human agency", American Psychologist, 37,122· 147.
- Bandura, A.(1986): Pensamiento y acción. Barcelona, Martinez Roca.
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. & Liese, B. (1999): Terapia cognitiva de las drogodependencias. Paidós.
- Casas M., y Gossop M., (1993): Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias. Ediciones de Neurociencias, Citrán.
- Diaz, J. (1995) "Procesos cognitivos y recaída en las conductas adictivas", en Libro de ponencias del II Encuentro nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. Diputacion de Cadiz.
- Díaz, J., (1998): "Expectativas de autoeficacia ante situaciones de riesgo de consumo de heroína y proceso de cambio en heroinómanos", en Libro de comunicaciones del V Encuentro nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. Diputacion de Cadiz.
- Hunt, W. A., Barnett, L. W., y Branch, L.G.(1971): "Relapse rates in addicción programs", Journal of Clinical Psychology, 27, 355
- Marlatt A., y Gordons, J. (1.985): Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours.New york, Guilford Press.
- Marlatt, G.A. (1988): "Matching clients to treatment: Treatment models and stages of change", en D.M. Donovan y G.A. Marlatt (eds.), Assessment of addictive behaviors, Nueva York, Guilford Press.
- Marlatt G.A. (1993) "La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo· conductual". En: Casas M, Gossop M, editores. Recaída y prevención de recaídas. Barcelona: Neurociencias, 137· 59.
- Trujols J, Tejero A, Casas M. (1996): "El fenómeno de las recaídas en el tratamiento de las conductas adictivas y su repercusión en la dinámica asistencial". Adicciones . 8: 349· 367.

■ 4.4. TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA

La terapia de familia tiene un impulso notable en la década de 1950-1960 impulsada por las investigaciones sobre la esquizofrenia que desarrollaron fundamentalmente tres institutos: El de la Universidad de Yale dirigido por Theodore Lidz, el National Institute for Mental Health de Washington dirigido por L. Wynne, el de Palo Alto fundado por D. Jakson et al. A mediados de la década de los 70, el equipo dirigido por M. Selvini tuvo una importante influencia en el tratamiento de la esquizofrenia y la anorexia.

No obstante la terapia sistémica habría que entenderla como un concepto general que engloba una multiplicidad de modelos que a su vez pueden ser muy heterogéneos (Lieb, 1995). Cada uno de estos modelos han hecho una aportación al desarrollo de la terapia sistémica.

En cuanto a la eficacia del abordaje familiar en drogodependencias: nos remitimos a la revisión que realiza Girón (2001) en ella señala las aportaciones de Lidle y Dakof, (1995) sobre la eficacia de los tratamientos con intervención familiar, así se refiere:

- Hay evidencias de la eficacia del trabajo familiar con delincuentes juveniles y con drogodependientes (Kazdin, 1987).
- Estas evidencias están basadas en algunos ensayos clínicos randomizados (Friedman A.S. (1989); Henggeler y cols. 1991; Joanning y cols. 1992; Lewis y cols. 1990; y Szapocznik y cols. 1988). Aunque algunos de ellos tienen imperfecciones metodológicas, hay otros con mínimos problemas de esta índole y muestran significativos avances sobre el tratamiento familiar de los problemas de conducta y drogodependencia en adolescentes y jóvenes.
- Igualmente se ha demostrado que la Terapia Familiar ayuda a retener a los pacientes en los programas de tratamiento (Szapocznik y cols. 1988) más que los tipos de intervenciones comunes.
- Los resultados terapéuticos de la intervención familiar son superiores cuando se comparan con los tratamientos basados en terapia grupal, educación de padres o intervención multifamiliar (Joanning y cols. 1992; Lewis y cols. 1990).

Así pues, es indudable que los ensayos clínicos revisados hasta la fecha de la realización del informe del NIDA (1995) demuestran la eficacia de la intervención familiar para reducir el uso de sustancias entre los adolescentes y jóvenes así como para retener durante más tiempo a los pacientes y a sus familias en los programas terapéuticos (variable asociada a un mejor pronóstico a medio-largo plazo).

En Estados Unidos los terapeutas familiares de orientación sistémica han ido construyendo diferentes tipos de intervenciones que han mostrado su eficacia para reducir el uso de drogas y las conductas problemáticas asociadas (Weinberg 1998).

Stanton y Shadish (1997) publicaron un meta-análisis cuyo objetivo era comprobar los resultados que se obtienen en los tratamientos de drogodependientes cuando se utilizan técnicas de inter-

vención familiar. Dicho trabajo analiza en profundidad y rigurosamente un total de 15 estudios seleccionados sobre 1571 sujetos:

Los principales resultados fueron:

- Los estudios clínicos controlados sobre la utilización de terapia familiar en pacientes drogodependientes en su mayor parte se atienen a un buen nivel en la calidad de sus diseños.
- Los pacientes que recibieron terapia familiar o de pareja manifestaban de forma significativa, menor uso de drogas después del tratamiento que los que recibieron otros tipos de terapia no familiar, tanto en adultos como en adolescentes drogodependientes
- Igualmente, en los casos en los que se empleó terapia familiar aumentó la tasa de retención en tratamiento y hubo menos abandonos.
- Específicamente, recibir terapia familiar fue más eficaz que recibir consejo individual, terapia grupal y otros tratamientos usuales.
- La terapia familiar, en comparación con la Psicoeducación Familiar logra mejorar las relaciones conyugales y la integración social tras el tratamiento. En comparación con los grupos de padres ninguna de las dos intervenciones se mostró más eficaz que la otra, aunque son escasos los estudios y las muestras que realizan esta comparación.
- En este meta-análisis no ha sido posible comparar las distintas escuelas de Terapia Familiar.

Recientemente (Ozechowski y Liddle, 2000) han publicado una nueva revisión de ensayos clínicos que evalúan la eficacia de las intervenciones familiares para el tratamiento de adolescentes drogodependientes. Dicha revisión incluye 16 ensayos clínicos y 4 estudios en desarrollo (sólo cinco de esos trabajos forman parte del meta-análisis publicado por Stanton y Shadish en 1997).

Las conclusiones de esta nueva revisión corroboran los anteriores hallazgos ya mencionados:

- Las terapias basadas en la familia con jóvenes drogodependientes logran más éxito en conseguir comprometer a las familias en los procesos de tratamiento que las intervenciones estándar.
- Asimismo, la adherencia y permanencia al tratamiento es mayor en los programas terapéuticos que incluyen la intervención desde la perspectiva familiar.
- Los abordajes familiares consiguen reducir el nivel de consumo de drogas postratamiento y a este respecto se muestran más eficaces que la terapia individual, la terapia de grupo de adolescentes, y la psicoeducación familiar. Además las intervenciones basadas en la familia son igual de efectivas que los grupos de padres o la terapia familiar con una persona. Igualmente reducen las conductas disfuncionales asociadas (por ejemplo, disminuye el número de detenciones postratamiento, la agresividad y las conductas antisociales).

- Cinco estudios revisados incluían la evaluación de comorbilidad psiquiátrica pre y postratamiento y todos ellos encontraron reducciones de síntomas psiquiátricos en los adolescentes tratados.
- Los adolescentes drogodependientes que fueron tratados con intervenciones familiares lograron un mejor funcionamiento escolar que los que realizaron tratamientos alternativos.

La terapia familiar consigue mejorar de forma significativa el funcionamiento en la familia (comunicación, ambiente, flexibilidad, disminución de conflictos, etc.) de los adolescentes drogodependientes.

4.4.1. MODELOS TEÓRICOS TERAPÉUTICOS

Existen diferentes concepciones que han dado lugar a distintas escuelas, a continuación se señalan las más importantes. (Navarro, 1992).

A. ESCUELA DE MILÁN

a) Estrategias y metas:

- Alterar el mapa de relaciones.
- Cambiar la secuencia familiar de conductas.
- Conseguir una meta-regla de cambio.
- La meta última es cambiar la forma en que la familia percibe e interpreta la realidad.

b) Técnicas de intervención: son de dos tipos: cognitivas (redefinición y connotación positiva) y conductuales (tareas directas, estratégicas y rituales):

- Redefiniciones: cambio del marco conceptual desde el que la familia interpreta el síntoma.
- Connotación positiva: cambio de atribución.
- Tareas directas: corregir un exceso o defecto de la conducta familiar.
- Tareas estratégicas (o paradójicas): se prescribe el juego familiar como respuesta al incumplimiento de las tareas directas.
- Rituales.

B. ESCUELA ESTRUCTURAL

La meta de las intervenciones estructurales se entiende como una reubicación de los miembros individuales de la familia dentro de sus subsistemas primarios y secundarios, en la perspectiva de que pueden formar alianzas y estructuras nuevas y más sanas. En definitiva habilitar a la familia para pasar a estados de funcionamiento sistémico más complejo, en lugar de permanecer dentro de las pautas estructurales menos complejas, rígidas en muchos casos, que son características de las familias con disfunción (Umberger, 1983).

Minuchin y Fishman (1981) señalan que el abordaje estructural considera a la familia como un sistema complejo que funciona mal. El terapeuta socava la homeostasis existente, produce crisis que empujan al sistema a elaborar una organización mejor para su funcionamiento. El orden antiguo tiene que ser socavado para que se pueda formar el nuevo. En definitiva la meta estructural es siempre convertir a la familia a una concepción diferente del mundo, a una visión de la realidad más flexible y pluralista, que admita una diversidad dentro de un universo simbólico más complejo. El cambio estructural supone tres objetivos:

- Cuestionar las normas homeostáticas prevalecientes.
- Introducir crisis en el sistema, una inestabilidad que habilitará a las personas para tener conductas y sentimientos diferentes en relación con ellos mismos y con los demás.
- Desarrollar de esa manera nuevas rutinas de conducta, o nuevas secuencias constitutivas de las nuevas estructuras sistémicas.

Cada ordenamiento estructural nuevo puede ser preparatorio de un estadio ulterior en el proceso de cambio, o constituir en sí mismo un término temporal. En muchos casos, no será sino el mejor ordenamiento posible por el momento, y, como tal, un paso necesario en dirección al logro de niveles más funcionales de la organización familiar.

La escuela estructural (Minuchin et al., 1978; Minuchin y Fishman, 1981). Se pone el acento en la jerarquía, partiendo de la premisa de que la familia no es una organización entre iguales. Se concibe a la familia como compuesta de subsistemas, con un enfoque analógico, se considera que la patología aparece en aquellas familias que se hallan demasiado enredadas (donde existe escasa o nula diferenciación de subsistemas) o desconectadas (donde cada persona constituye un subsistema independiente). Se centra en el presente, no en el pasado. Un objetivo primordial de la terapia es la diferenciación de los subsistemas.

a) La terapia estructural se concentra menos en la teoría del cambio que en la teoría de la familia, y sus conceptos básicos son:

- Se presta atención a la distancia y proximidad entre miembros de la familia y éstos se definen mediante límites, es decir, las reglas que determinan quién participa y cómo en la familia.
- Los extremos del continuo de proximidad y distancia son el apego excesivo y el desapego; la mayoría de las familias y subsistemas “normales” se encuentran en puntos intermedios entre ambos polos.
- Una familia se describe espacialmente, según sus jerarquías y alianzas o coaliciones. Los problemas derivan de una estructura rígida y disfuncional.

b) Las principales técnicas y metas estructurales son las siguientes (Stanton y Tood, 1988):

- La principal meta de la terapia consiste en inducir una organización familiar más adecuada que maximice el crecimiento y el potencial de cada uno de sus miembros.

- La terapia se dirige a la “reestructuración” del sistema, estableciendo o desdibujando fronteras, límites, alianzas etc., diferenciando a miembros excesivamente apegados, e incrementando la participación de los alejados.
- El plan terapéutico se orienta teniendo en cuenta lo que es normal en una familia, atendiendo al ciclo de evolución y su contexto sociocultural.
- El cambio estructural se busca dentro de la propia sesión, en la consulta.
- Se utilizan técnicas de desequilibrio del sistema y de intensificación de las interacciones entre los miembros.
- El terapeuta se considera que forma parte del sistema familiar en la sesión, de una forma que se ha llamado acople estructural, pero conservando la independencia suficiente que le permite actuar sobre la familia.
- El tratamiento se limita a los miembros de la familia que viven en casa o tienen contacto regular entre sí. El terapeuta decide qué miembros de la familia participan en cada momento de la terapia.
- Se utilizan técnicas de asignar tareas para casa, con el fin de consolidar los cambios producidos durante las sesiones.
- Desafío: es una técnica procesual, en la que se pone en escena las pautas disfuncionales con exageración, intensificación, humor, etc. con el fin de que se produzcan cambios in situ.
- Técnicas de cambio de visión: modificación de constructos cognitivos, intervenciones paradójicas y connotación positiva (se enfatiza la fortaleza de la familia).

C. ESCUELA ESTRATÉGICA

En el enfoque estratégico el terapeuta tiene un papel muy activo y directivo, es el que diseña el enfoque particular para cada problema. El terapeuta establece objetivos claros que siempre entrañan la solución del problema presentado. No aplica un mismo método a todos los casos sino que diseña una estrategia específica para cada problema. Como la terapia se centra en el contexto social de los problemas humanos, la tarea del terapeuta reside en programar una intervención en la situación social en que se halle el paciente. Aquí se da menos importancia a la teoría de la familia y más a la teoría del cambio y sus técnicas. Esta escuela está representada por Watlawitzck et al. (1974), Erikson (1978), Haley (1980) y Madannes (1984). La terapia estratégica ve los síntomas como resultantes o como concomitantes de intentos mal orientados de cambiar una dificultad existente (Watlawitzck et al., 1974). El síntoma es considerado como un acto comunicativo, un mensaje que tiene una función dentro de la red interpersonal. Un síntoma habitualmente aparece cuando una persona está en una situación imposible y trata de salir de ella (Haley, 1980). Está atrapado en una secuencia o patrón con otras personas. El síntoma es considerado como un mecanismo homeostático que regula las transiciones familiares (Jakson, 1957). La meta de la terapia consiste, pues, en cambiar la secuencia disfuncional de conductas. El enfoque es sensible a la red

social más amplia que la familia y la incluye, en particular a los profesionales que tienen poder sobre la persona que presenta el problema (ej. el caso de las instancias judiciales en el caso de adictos con problemas legales).

Los objetivos de la terapia son, ante todo, impedir la repetición de secuencias e introducir mayor complejidad y alternativas. Para alcanzarlos, se programan en forma gradual, de manera que el cambio en una situación o en un conjunto de relaciones se espera que provoque otro cambio en otra relación, y luego en otra más, hasta que toda la situación cambie. Las intervenciones están programadas para involucrar o desinvolucrar, conectar o desconectar a varios miembros entre sí.

Haley (1984) considera que la unidad problemática no es sólo el adicto, sino que al menos están involucradas otras dos personas. Se supone que dos adultos de una familia se comunican a través del joven y sufren un serio conflicto si el joven no está disponible como vehículo de comunicación. “La meta terapéutica consiste en liberar al joven de ese triángulo para que viva con jóvenes de su edad y la familia sea estable sin el hijo problemático” (Stanton y Tood, 1988).

a) Los principales conceptos básicos de este enfoque son los siguientes:

- En este enfoque interesa la jerarquía familiar. De los padres se espera que se hagan cargo de los hijos, a la par que bloquean las coaliciones intergeneracionales, como cuando uno de los progenitores se alía con un hijo contra el otro progenitor. Se pone especial cuidado en el lugar en que se sitúa el terapeuta en la jerarquía, para que no forme inadvertidamente coaliciones con los miembros que ocupan escalones inferiores en contra de los que ocupan los superiores. Los sistemas patológicos se pueden describir en términos de una jerarquía que funciona incorrectamente (Haley, 1980).
- Se pone el énfasis en la aplicación de tareas y directivas sobre algo que los miembros de la familia tienen que realizar, dentro y fuera de la entrevista. Estas directivas están destinadas a modificar la manera en que las personas de la familia se relacionan entre sí y con el terapeuta. El enfoque parte de la base de que toda terapia es directiva y que le es imposible al terapeuta evitarlo, ya que las cuestiones que decide comentar y en su tono de voz hay directividad. Pero aquí las directivas son planificadas deliberadamente, constituyendo la principal técnica terapéutica. No se hace hincapié ni en el insight o la comprensión, ni se formulan interpretaciones.
- El problema debe presentarse como algo solucionable. Debe ser algo sobre lo que puede haber un acuerdo objetivo, que se pueda contar, observar, mensurar, de modo que se pueda evaluar si hubo cambios o influencias. Al focalizarse en la solución del problema presentado, esta terapia no está orientada al crecimiento personal ni se preocupa por el pasado: el acento está puesto en la comunicación en el presente. Tampoco se insiste en la reelaboración de algún tema o en tomar conciencia de la forma en que se produce la comunicación. Las directivas pueden ser directas o paradójicas; sencillas, involucrando a sólo una persona o dos personas, o complejas, englobando a toda la familia. Las directivas directas se planean con vistas a modificar ciertas secuencias de interacción familiar. Las intervenciones del terapeuta tienen como propósito involucrar a los integrantes de la familia que permanecían desligados, promover el acuerdo mutuo y los buenos sentimientos hacia los demás, aumentando los intercambios positivos, suministrar información a la familia y ayudarla a organizarse de modos más funcionales

mediante la fijación de reglas, la definición de fronteras generacionales y el establecimiento de objetivos individuales y de planes destinados a alcanzar dichos objetivos.

- Se pone gran énfasis en el cambio extrasensorial, la alteración de los procesos que se desarrollan fuera de la sesión.
- En general se evitan los conflictos de poder con la familia. Se tiende a tomar el camino de menor resistencia y emplear medios implícitos o indirectos para aprovechar los medios emocionales de la familia. El desarrollo de técnicas para vencer la resistencia constituye uno de los principales aportes del enfoque estratégico.
- Las intervenciones paradójicas son comunes y pueden dirigirse hacia toda la familia o hacia ciertos miembros. La gente se muestra a menudo más dispuesta a acatar una directiva si no sabe que se la han impartido (Haley 1976, 1980). El carácter paradójico radica en que el terapeuta le ha asegurado a la familia que desea que cambie, pero al mismo tiempo le pide que no cambie. Esta técnica se basa en la idea de que ciertas familias acuden en busca de ayuda pero se resisten a ser ayudadas; por lo que el terapeuta procurará provocar la resistencia de los miembros de la familia e intentar producir cambios. Esta categoría abarca la “prescripción del síntoma”, la “restricción” (desalentar o negar posibilidad de cambio) o exagerando la posición de la familia, es decir, volviéndose más pesimista, más homeostático que la propia familia.
- Este enfoque utiliza: Connotación positiva o atribuciones nobles de las conductas de los miembros familiares, con el fin de evitar la resistencia y las culpabilizaciones. Y prescripciones de conductas (ya explicadas) o proveer una alternativa peores que el síntoma.
- Introducir una variación en el esquema de solución del paciente y allegados; se persigue un cambio mínimo en la secuencia sintomática: aquella conducta que de conseguirse suponga una pequeña variación en la situación sintomática.
- Otras técnicas empleadas son: redefiniciones, negociación y aumento de tasa de refuerzos.

Como en la terapia familiar estratégica se establece un plan específico para cada problema, no existen contraindicaciones en cuanto a la selección de pacientes a los que resulta aplicable. El enfoque ha sido utilizado con pacientes de las más variadas edades y clases sociales que presentan problemas de diversa índole (psicosis, adicciones, problemas conyugales, etc.). En cada caso, el terapeuta diseña una estrategia, y si después de algunas semanas no logra con ella los objetivos de la terapia, formula una estrategia diferente. El enfoque lo habilita a tomar elementos de todos los modelos y técnicas terapéuticas que podrían ser útiles para solucionar el problema presentado.

D. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

A continuación repasamos algunas de las principales técnicas más utilizadas en terapia familiar (Navarro, 1992).

I. Intervenciones cognitivas.

Objetivos

- Cambiar la manera en que el cliente ve su síntoma.
- Crear en el paciente una imagen de persona con los suficientes recursos como para afrontar y resolver su problema.

Indicaciones

- En situaciones en las que haya que recomponer una imagen de competencia.
- Cuando el modelo de atribuciones no sea el adecuado. Y adopte una postura demasiado pasiva.

I.a. Redefinición

Modifica el marco conceptual y atributivo que el paciente utiliza para facilitar el cambio. Puede hacer atribuciones internas, externas, estables o variables, en función de ello se utilizará una redefinición que haga posible el cambio con su participación.

Puede utilizarse como interpretación. A veces puede ofrecerse una explicación a la familia de lo que está sucediendo, esta podría ser de orientación pedagógica.

I.b. Connotación positiva (Selvini et al., 1982).

Es un tipo de redefinición que modifica los patrones de atribución en los miembros de la familia para que las causas del síntoma aparezcan en términos de amor, sacrificio, abnegación. Tiene las siguientes ventajas:

- Todos los miembros quedan al mismo nivel complementario ya que todos se sacrifican por todos,
- Se gana la aceptación de la familia, ya que difícilmente pueden descalificar las intenciones positivas que los terapeutas le atribuyen,
- Estimula el cambio,
- Es una estrategia orientada a permitir el “reclutamiento” colaborativo de la familia.

Cuanto más grave sea el síntoma y más contactos con instituciones se haya tenido está más indicada la connotación positiva (esquizofrénicos, adictos y delincuentes.). Estas

familias en su contacto con las instituciones han recibido mensajes culpabilizantes y tienen una autoestima deteriorada.

II. Intervenciones conductuales directas.

Son aquellas en las que el terapeuta persuade a la familia para que ensaye otras conductas distintas de las que hasta ese momento se han observado

Objetivos

- Sustituir la conducta sintomática por otra.

Indicaciones

- Cuando hay alta colaboración.
- Como primera intervención.
- Cuando se necesita ensayar una conducta nueva.
- Cuando se necesita programar actividades, alternativas a la conducta de búsqueda, etc.

III. Intervenciones paradójicas.

Se entienden aquellas que prescriben la continuidad de la secuencia sintomática. La intención es que el paciente desobedezca o bien que pase a controlar la aparición del síntoma, así si controla la aparición, también podrá controlar su desaparición. Estas intervenciones son más complejas, exige una gran experiencia del terapeuta.

Objetivos

- Interrumpir la secuencia sintomática.
- Presentar una visión alternativa de por qué se presenta el síntoma sin connotarlo negativamente.

Indicaciones

- Cuando la familia no colaborara en la terapia.
- Cuando hace lo contrario de lo que se le pide.
- Para introducir confusión cuando el síntoma se liga a posiciones racionales rígidas.

Su esquema es el siguiente:

- Connotar positivamente la conducta del paciente o familia.
- Redefinición de la secuencia sintomática.
- Prescripción de la secuencia sintomática.
- Limitar a un período arbitrario de tiempo durante el que va a regir la prescripción.

IV. Prescripciones ritualizadas.

Son prescripciones que se hacen de forma rígida, que se han de realizar en ciertos momentos del día, por algunas personas, durante un período de tiempo determinado. Se trata de identificar el juego familiar y alterarlo con el ritual (ej. una pelea estructurada entre miembros de la familia). Así:

- Se permite el control al hacerlo de forma organizada.
- Permite la expresión de sentimientos y rencores en un contexto seguro.
- Elimina la posibilidad de escalada al no permitir la respuesta de quien escucha.
- Los miembros protagonistas de la pelea pueden tomar conciencia de la naturaleza repetitiva y carente de sentido de las secuencias, y acabar con ellas.

Objetivos

- Asegurarse que se introduce una conducta nueva y/o una información nueva.
- Asegurarse que la familia ensaya esa conducta nueva y genera una nueva interacción.

Indicaciones

- Cuando la familia tiene desorden, como forma de producir orden.

En resumen las intervenciones sobre el patrón de interacción tienen como objetivos:

- Cambiar la frecuencia o tasa del problema.
- Cambiar el tiempo de ejecución.
- Cambiar la duración.
- Cambiar el lugar en el que se produce la queja.
- Añadir al menos un elemento nuevo al patrón de la queja.
- Cambiar la secuencia de elementos/eventos en el patrón.
- Descomponer el patrón de la queja en elementos más pequeños.
- Unir la realización de la queja a la de alguna actividad más gravosa.

V. Las metáforas.

Son aquellas en las que el terapeuta cuenta una historia de la que el cliente tiene que deducir alguna consecuencia relacionada con su síntoma. Son intervenciones muy complejas que tienen su origen en las técnicas hipnóticas de Erickson (1978). Se escoge un tema aparentemente neutro, y, a través de él, se va tejiendo una serie de sugerencias conductuales, que tienen que ver con el síntoma. El presupuesto es que una parte no sujeta al control racional del sujeto establece la relación como en la hipnosis, lo que posibilita que aparezcan soluciones. Frecuentemente se busca un tema que pueda representar la situación del paciente, se habla de él recalando ciertos mensajes que componen la sugerencia que se ofrece para su solución.

Objetivos

- Obviar las estrategias de tipo racional que el paciente pueda oponer.
- Revelar a la familia su patrón de interacción.
- Hacer que el propio paciente sea quién descubra la solución.

Indicaciones

- Pacientes que utilizan la racionalización para el no cambio.
- Cuando las técnicas directas y paradójicas han fracasado.

E. MODELO DE TERAPIA BREVE

Es un modelo de terapia centrada en la solución, su principal representante es Shazer et al (1989), postulan que los problemas no están conectados con las soluciones, sino que estas se construyen al margen. Algunas de los supuestos en los que se apoyan son los siguientes:

- El cambio es inevitable
- Sólo se necesita un pequeño cambio
- Todas las personas cuentan con los recursos necesarios para hacerlo
- Los problemas son intentos fallidos de resolver las dificultades
- No se necesita saber mucho sobre el problema para resolverlo
- Hay muchas maneras de considerar una situación, ninguna es menos correcta que la otra

En relación a la primera aseveración, “el cambio es inevitable”, todo está en continuo cambio y movimiento si el terapeuta está convencido de ello tal expectativa influirá en su conducta y en el resultado del tratamiento. Para estimular el cambio una estrategia es fomentar conversaciones que traten sobre la solución y no el problema.

El segundo supuesto, “sólo se necesita un pequeño cambio” se basa en el concepto sistémico que cualquier modificación en una parte del sistema repercute en el resto de los componentes.

Del tercer supuesto, “los pacientes cuentan con la fuerza y los recursos necesarios para cambiar”, consideramos que cualquier logro que hayan tenido en el pasado servirá de modelo para obtenerlos en el presente y el futuro.

El cuarto supuesto, “los problemas son intentos fallidos de resolver los conflictos”, los miembros de la familia se estancan en una determinada visión del conflicto y se enganchan en pautas repetitivas de interacción. Con estos pacientes, el terapeuta debe estar alerta a no hacer más de lo mismo.

El quinto supuesto, “no es necesario saber mucho sobre el problema para resolverlo” parte de la idea de que hay mucho más que problema en la vida de cualquier persona. Se trata de amplificar las diferencias.

El sexto supuesto “existen muchas maneras de enfocar una situación, ninguna es más correcta que la otra”, se basa en la afirmación que para cada acontecimiento en el mundo existen por lo menos dos o más explicaciones.

A continuación se detalla una sinopsis de los modelos de terapia sistémica (Schliffe y Schweitzer, 2003).

MODELOS SISTÉMICOS

NOMBRE	FUENTE	CONCEPTO SISTÉMICO	TÉCNICAS
ENFOQUES CLÁSICOS			
T. Estructural (Minuchin, 1977)	Estructuralismo	Estructura, fronteras, jerarquías	Desafío de las fronteras, estabilización de los sub-sistemas
T. Multigeneracional (Boszormenyi-Nagy, 1981; Stierlin, 1978)	Psicoanálisis	Relaciones invisibles entre generaciones	Aclaración de cuentas y legados
T. orientada a la vivencia (Satir, 1990; Whitaker, 1991)	Psicología humanista	Autoestima y comunicación	Escultura, reframing
T. estratégica (Haley, 1977)	Cibernética	Familia como circuito de regulación cibernético	Paradoja, ordalia, deberes
T. sistémico-cibernética (Selvini et al., 1977)	Cibernética	Juego familiar	Circularidad, hipotización, neutralidad, paradoja
CIBERNÉTICA DE SEGUNDO ORDEN			
T. Sistémico-constructivista	Constructivismo	Juegos familiares como juegos de lenguaje	Preguntas circulares, preguntas hipotéticas
Reflecting team	Constructivismo	Las personas construyen múltiples realidades	Reflecting team, cooperación

ENFOQUES NARRATIVOS

<p>T. constructivos y útiles (Anderson y Goolishian, 1992)</p> <p>T. como construcción (White, 1992)</p> <p>T. breve (Shazer, 1989)</p>	<p>Constructivismo social</p> <p>Filosofía posmoderna (Foucault)</p> <p>Filosofía del lenguaje</p>	<p>Construcción social de realidades sociales por el lenguaje</p> <p>Sistemas formados por relatos: los hombres son narradores</p> <p>El lenguaje no tiene escapatória</p>	<p>Dialogos multiples, contextos cooperativos, equipo reflexivo</p> <p>Externalización, búsqueda de excepciones</p> <p>Solution talk, preguntas milagrosas, deberes</p>
---	--	--	---

4.4.2. LA DROGODEPENDENCIA DESDE EL ENFOQUE SISTÉMICO

Destacamos a continuación los modelos que más importancia han tenido en el abordaje de las drogodependencias:

A. MODELO HOMEOSTÁTICO (Stanton et al., 1988)

Esta teoría sostiene que el abuso de las drogas suele originarse en la adolescencia. Está vinculado con el proceso normal, aunque problemático, del crecimiento, la experimentación con nuevas conductas, la autoafirmación, el desarrollo de relaciones íntimas con gente ajena a la familia y el abandono del hogar (Kandel et al., 1978).

Stanton y Tood (1988) señalan que la incorporación a la drogodependencia juvenil se realiza a través de etapas:

- El uso de drogas legales como el alcohol que es básicamente un fenómeno social.
- El uso de productos cannábicos que es un fenómeno de influencia de los pares.
- El uso frecuente de drogas ilegales que dependería más de la calidad de las relaciones adolescentes-padres que de otros factores.

Se ha descrito un patrón prototípico de familia de adictos. Rodríguez y Sanz (1987) y Stanton y Tood (1988) sostienen que los roles socioculturales, tradicionalmente aplicados al padre o la madre, aparecen desfigurados o confundidos. Así, el padre se describe como poco participativo en las funciones familiares, se le coloca en una posición periférica. Esta característica parece avalada por el gran porcentaje de padres sin trabajo o incapacitados por jubilaciones o enfermedades. Así mismo, si ocurre que el padre tiene trabajo, éste no tiene una valoración social adecuada por parte de los otros miembros de la familia. Es frecuente, la aparición de problemas de alcoholismo. En definitiva, la figura paterna se describe en posición de debilidad lo que hace difícil los procesos de identificación y crecimiento en los hijos.

En contraste, la madre se presenta con un papel muy central, siendo la que dirige y ejerce el poder en la familia. Esta posición se ve reforzada por la actividad laboral y la consecuente aportación económica que habitualmente hace a la familia. Describen un tipo de comunicación confusa entre la madre y el hijo adicto con mensajes ambivalentes y contradictorios, y observándose cierta complicidad entre ambos.

En relación a la pareja, los padres se describen con precaria o nula separación de las familias de origen respectivas. La exclusión y autoexclusión del padre, de la organización familiar, pone al descubierto la ambigüedad de los roles familiares y la falta de jerarquías, en definitiva una estructura familiar que no facilita los procesos de crecimiento y desarrollo de los hijos.

El subsistema fraterno se describe como un grupo en el que no hay comunicación, donde no hay consciencia de grupo, ello probablemente debido a la indefinición de roles, límites y jerarquías. Las relaciones que se establecen dentro del subsistema son atemporales, haciendo difícil discriminar a veces la edad de los hijos, se puede pasar sin reflexión de adoptar posiciones adultas o permanecer en una posición infantil.

Las familias se presentan como aglutinadas o dispersas, con dificultades para que se produzca la individuación, es decir, con dificultades para que en la familia se den las posibilidades de crecimiento de la propia identidad de los miembros. Se da en estas familias una dificultad en el ordenamiento jerárquico de la estructura familiar, asignando y asignándose roles que no corresponden a los miembros. Hay una especial dificultad por parte de los padres para otorgar un espacio individual a cada hijo y de respetar lo que sería su crecimiento y evolución natural. La ambigüedad de los límites produce ambigüedad de las funciones, así un hijo puede ocuparse de tareas paternas y viceversa lo que da lugar a desorganización y caos en la organización.

Stanton y Tood (1988) priorizan algunos patrones interactivos que ocurren según ellos en las familias donde hay un miembro adicto:

a) Contacto adicto-familia

Sostienen que la mayoría de los adictos mantienen estrechos lazos familiares. Aunque no vivan con los padres, tal vez residan en las cercanías. Su frecuencia de contacto es mucho más elevada que la existente entre "normales". Perzel y Lamon (1979) hallaron que el 64% de los adictos entablaban contacto telefónico diario con algún progenitor. Stanton y Tood (1988) encuentran correlaciones significativas entre la regularidad del contacto con un padre y el grado de uso de drogas ilegales. En este sentido se ha utilizado el apego excesivo como medida de disfunción, y se señala que puede ser significativo a la hora de establecer una prognosis para los tratamientos, así, por ejemplo, se informa que los adictos que se volvían abstemios no vivían con los padres, adquirirían cierto grado de autonomía (Vaillant, 1983).

b) Familia de procreación

Las relaciones diádicas en que se involucran los adictos, son una repetición del núcleo familiar de origen, con roles y patrones similares al progenitor de sexo opuesto (Harvin y Naciar, 1975; Taylor et al., 1976). Si la unión marital se forma durante la adicción, tiene más probabilidad de disolverse después del tratamiento que cuando se forma en otro momento

(Stanton y Coleman, 1980). Es un proceso habitual la huida del adicto hacia el matrimonio como una forma de afirmar su independencia, pero su fracaso posterior posibilita el regreso a la casa de los padres, derrotado.

c) Miedo a la separación

Se reconoce comúnmente (Coletti, 1998; Stanton y Tood, 1988) que los adictos, se presentan como individuos dependientes e inadaptados que a menudo se derrumban, y no están preparados para asumir responsabilidades. Temen estar aislados o separados. Se refiere que en los programas de tratamiento cuando el adicto comienza a tener éxito, se desencadena crisis en la familia lo que conduce a estos autores a concluir que, no sólo el adicto temía separarse de la familia sino que también la familia temía separarse del adicto. Hay una gran presión para que el adicto no se vaya de casa, y suelen soportar de manera continuada la vergüenza pública de arrestos, mentiras tanto dentro de la familia como en el vecindario, robos, etc. La familia necesita al adicto tanto como el adicto a la familia. Otro patrón que estos autores refieren, es la hiperprotección de la familia hacia el adicto, que se expresa no aceptando responsabilidades, los miembros de la familia culpan a los sistemas externos, tales como los amigos, vecindario, maestro, médico, etc. de los problemas del adicto.

d) Comparación con otros trastornos

Muchos tipos de familias de adictos parecen similares a otras familias con disfunciones severas. Muchos tipos de familias se concentran en los problemas de los hijos para evitar conflictos entre los padres u otros problemas familiares (Haley 1980, 1984).

Sin embargo, difieren en varios aspectos: Se ha observado mayor frecuencia de dependencia química multigeneracional, especialmente alcohol, entre las familias de adictos, además de otras drogas (Ziegler-Driscoll, 1979; Alameda et al., 1987; Rodríguez y Sanz, 1987). La conducta de los padres de los adictos se caracteriza como no esquizofrénica (Alexander y Dibb, 1975). Los adictos tienden más a la creación de fuertes relaciones externas y a refugiarse en ellas, cuando hay un conflicto familiar. Esto les proporciona ilusión de dependencia (Minuchin et al., 1978). En comparación con los esquizofrénicos las familias de adictos parecen más primitivas y directas en la expresión de conflictos (Minuchin et al., 1978). Las familias de adictos se caracterizan por su "unión" y revelan un alto grado de conducta nutricia-infantilizante (Madannes et al., 1980). Las madres de adictos en comparación con madres de esquizofrénicos revelan más prácticas simbióticas de crianza y necesidades simbióticas. Parece que se atascan en una edad más temprana de la crianza y tienden a aferrarse a los hijos y tratarlos como si fueran menores de lo que son (Stanton y Tood, 1988). Por otra parte, en las familias de adictos se observa un predominio de temas relacionados con la muerte, muertes prematuras, inesperadas dentro de la familia (Stanton y Coleman, 1980).

Stanton y Tood (1988) señalan que la drogodependencia tiene características adaptativas y funcionales. Ofrece al adicto y a su familia una resolución paradójica del dilema de mantener o disolver la familia. Las funciones de la drogodependencia serían:

1) Suministrar una forma de pseudoindividuación

El adicto es atrapado en un dilema, por una parte sufre grandes presiones para permanecer estrechamente ligado a la familia mientras que, por otra parte, fuerzas biológicas y socioculturales le incitan a establecer relaciones íntimas externas. La adicción suministra una solución paradójica, en el nivel sistémico, el adicto participa con sus idas y vueltas del patrón homeostático familiar, y, por tanto, de reforzar su dependencia familiar; y a nivel farmacológico el efecto de aturdimiento o de euforia de la sustancia le permite una sensación de independencia, de autosuficiencia lo que le permite una individuación (pseudoindividuación); a nivel interpersonal, las relaciones del adicto con la “subcultura de la droga” refuerzan su ilusión de ser competente y autosuficiente como se pone de manifiesto en las idas y venidas de casa.

2) Otorgar sensación de poder, omnipotencia y “éxito triunfal”

Bajo la influencia de las drogas los adictos son más agresivos y asertivos con la familia. Son capaces de verbalizar y acusar a los miembros familiares de hechos que cuando están abstinentes no lo son, la familia culpa a la sustancia de ello: “es por la droga, ellos no son así”. De esta manera se vuelven autónomos y diferenciados. Parecen independientes pero no lo son (Ganger y Shugart, 1966).

3) Ofrecer una solución de compromiso en el área de las relaciones heterosexuales (especialmente en lo que se refiere a la heroína):

Se sabe que los adictos no sufren flechazos adolescentes y suelen evadir la sexualidad, y tienen mayor tendencia a actividades homosexuales (Stanton y Tood, 1988). La droga ofrece una experiencia cuasi sexual, de hecho muchos adictos arropan de un lenguaje erótico su relación con la sustancia, son comunes las palabras “orgasmo”, “cuelgue”, etc. Permite pues una relación “erótica” sin separarse de la familia, sin deslealtad a la familia. Por otra parte, señalamos cómo se presentan las relaciones de pareja externamente de gran teatralidad romántica “el amor de mi vida”, “mi príncipe”, etc. La facilidad con que se cambia de pareja, lo que hace que se dude de la existencia de sentimientos profundos.

4) Permitir la relación con los sistemas extrafamiliares:

El adicto forma relaciones con los miembros de la “subcultura de la droga”, trafica, gana dinero, etc. Así, puede ser exitoso y competente, pero sólo dentro de una subcultura de fracaso. Es un contexto de gente que necesita ayuda y que no pueden funcionar adecuadamente desde una perspectiva social, una vez más permite solucionar en apariencia su independencia.

5) Construir el rol del adicto:

La droga funciona como problema que une a la familia, la adicción es el símbolo de la incompetencia del adicto y de su incapacidad para abandonar a la familia o la incapacidad de la familia para liberarlo. Aunque se ha hablado mucho del efecto de la sustancia,

Stanton y Tood (1988) sugieren que éste es secundario en la familia. Así, los adictos en programas de mantenimiento con metadona, son capaces de tolerar grandes reducciones de sustancia desde 100 mg hasta 10 ó 15 mg, pero son los últimos 5 ó 10 mg, los que son difíciles de suprimir. La supresión definitiva supone un cambio de rol, de pasar de “adicto”, impedido, incompetente, infantil a “normal”, adulto, responsable, con obligaciones, etc. y esta situación no es fácil de tolerar ni por el adicto ni por la familia, si no se ha hecho un trabajo psicoterapéutico previo.

La drogadicción se considera como un proceso cíclico que involucra al menos tres o más personas. Cumple una importante función protectora y contribuye a conservar el equilibrio homeostático del sistema familiar. El advenimiento del ciclo adictivo se produce a menudo en la adolescencia y se intensifica cuando hay movimientos de abandonar el hogar. Cuando el equilibrio de éste sistema es amenazado (separación) el adicto se activa y crea con esto una situación que concentra la atención sobre él; permite a los padres pasar del conflicto conyugal y volcarse en el hijo. El movimiento consiste en pasar de una interacción diádica inestable (padres solos) a una interacción triádica más estable (padres/adicto).

Eludida la crisis conyugal, el adicto adopta una actitud menos provocativa y empuja a comportarse de forma más competente. A medida que aumenta la competencia del adicto, se hace más independiente y en este punto vuelven a aparecer las tensiones conyugales (amenaza de separación) y el ciclo de la tríada disfuncional continúa.

La conducta del adicto cumple una función protectora y contribuye a conservar el equilibrio homeostático del sistema familiar.

El ciclo adictivo suele producirse en la adolescencia y se intensifica cuando el adicto manifiesta intención de abandonar el hogar (atasco en una etapa evolutiva), incapacidad para la autonomía. A esto se puede añadir:

- Incapacidad del adicto para desarrollar relaciones íntimas y estables fuera de la familia.
- Incapacidad para una actividad laboral o estudiantil estable.
- Transformación en no adicto.

El enfoque de Stanton y Tood (1988) se basa en los modelos estructural y estratégico. El procedimiento consiste en :

- Aplicar la teoría estructural de Minuchin y Fishman (1984) como paradigma orientador;
- Trabajar estructuralmente dentro de las sesiones mediante la representación de nuevos patrones y la aplicación de técnicas estructurales;
- Aplicar el modelo estratégico de Haley (1980) en cuanto al énfasis en un plan específico.

En síntesis, el modelo estructural-estratégico es una terapia breve orientada a conseguir metas y centrada en la conducta concreta del adicto y los miembros de su familia. Esta terapia se propone tratamientos de 3 a 6 meses. Se enfatiza la participación activa de la familia aunque el adicto no viva con la familia. Se trata de recuperar el control parental y comenzar más tarde con la liberación del adicto de acuerdo con la disposición de los padres. Los aspectos más importantes son:

- El uso de “atribuciones nobles” en la terapia, consiste en atribuir motivos positivos a las conductas de los pacientes. El uso de las atribuciones ha de abarcar a toda la familia. Así, el problema lo sitúan en un contexto mayor o “metacontexto”.
- La negociación de las metas de la terapia desde el principio del tratamiento es importante porque:
 - Brinda a los familiares la sensación de que la terapia tiene un camino y tiene un fin.
 - Indica a los familiares que sus esfuerzos tendrán recompensas.
 - El terapeuta ofrece una imagen consistente de saber lo que hace. Una terapia sin metas será prontamente abandonada por las familias.
- Se establecen prioridades en la terapia:
 - Se focaliza el uso de la drogas, también las legales como la metadona.
- Uso productivo del tiempo.
- Situación estable y autónoma en el paciente, al margen de la protección de los padres.
- Se enfatiza la conducta concreta, es importante que las familias se concentren en metas positivas y alcanzables. Éstas se negocian en la sesión e incluye pequeñas tareas domésticas, y seguir progresando.
- Se observa los patrones repetitivos que mantienen la conducta de consumo de drogas, y se alteran esas secuencias.
- Se reestructura la relación familiar, buscando el objetivo de que los padres trabajen juntos fortaleciendo, así, el subsistema parental.
- Se trata de contener las crisis y recaídas dentro de la familia, con el fin de que éstas desborden a otros sistemas externos. La familia de origen es el sistema más fuerte para encarar la crisis, el terapeuta ha de movilizar a la familia alrededor de la crisis y tratar de que la resuelva.
- El foco de la terapia se dirige a la persona problemática y su conducta, no en una discusión sobre las relaciones familiares.

- Se ignora el pasado, y no se exploran las causas pasadas del problema. El asunto es qué hacer ahora.
- El terapeuta hace causa común, se alía con los padres frente al hijo adicto. Una vez que la persona controla la conducta de consumo se tendrán en cuenta los derechos del paciente. Se da por sentado que hay problemas en la jerarquía familiar y el terapeuta ayuda a restablecer el orden.
- Los conflictos entre los padres u otros miembros de la familia se ignoran o minimizan hasta que el adicto vuelve a la normalidad. Más tarde, se podrán renegociar otros objetivos terapéuticos y atender otros problemas de otros miembros de la familia.
- A medida que el joven adicto se vuelve “normal” (alcanzando autosuficiencia), la familia puede volverse inestable, en este punto el terapeuta debe atender relaciones parentales o conyugales con el fin de estabilizar la nueva situación estructural.
- La terapia debe consistir en una intensa participación y un rápido desapego, no entrevistas regulares durante años. Apenas se produce un cambio positivo, el terapeuta puede comenzar a distanciarse. La tarea no consiste en resolver todos los problemas familiares sino los que giran en torno al joven adicto (a menos que haya otros contratos terapéuticos).
- Deben hacerse seguimientos regulares después del alta para garantizar que los cambios continúen.

B. TIPOLOGÍA DE LAS DROGODEPENDENCIAS (Cancrini, 1987, 1991)

Para este autor, la drogodependencia es un intento repetido y fracasante de autoterapia. La principal dificultad del terapeuta consiste en identificar, conocer y afrontar el problema que antecede, explicar y determinar la drogodependencia para aportar respuestas alternativas. El autor propone que la toxicomanía es el resultado del encuentro de tres factores: el momento, los efectos de la sustancia y el sistema interpersonal.

Cancrini establece una tipología de la toxicomanía juvenil y lo hace teniendo en cuenta cuatro parámetros (organización personal, sistema relacional familiar, características del hábito y las características de la demanda):

I. TOXICOMANÍA TIPO A (traumática)

Esta toxicomanía parece que incluye a una minoría de sujetos. En su origen habría un acontecimiento estresante de carácter traumático bien definido. La causa de la toxicomanía sería una deficiente elaboración del dolor psíquico causado por una pérdida real, sea en el orden de lo tangible (muerte de un ser querido), sea en el orden subjetivo (vivencia de desencanto).

En la organización personal

Se describen sentimientos de culpa relacionados con la experiencia de duelo y la reelaboración de la pérdida. Habría una dificultad para encontrar un punto de referencia interpersonal para verbalizar la experiencia vivida dentro de una relación interpersonal que se percibe como confiable y segura. El duelo puede estar relacionado con la pérdida de una persona querida o, en ocasiones, la pérdida de fe en una idea.

Desde el punto de vista de la organización familiar

En algunos casos se trata de un hijo considerado como ejemplar, acostumbrado a guardarse sus problemas, y más preocupado por resolver los ajenos, que ante la experiencia de un grave trauma se derrumba y se convierte en drogadicto. En otros casos se trata de individuos que han superado recientemente la fase de desvinculación y ruptura: el trauma pone en crisis su equilibrio en un período en el que las relaciones anteriores ya no ofrecen un soporte necesario y las nuevas son aún demasiado precarias para asegurar un punto de referencia. Se trata de jóvenes que acaban de definir su identidad, o de jóvenes adultos miembros recientes de una pareja.

En relación con las características del hábito

La entrada a la toxicomanía se hace de manera brusca, rápida y masiva. La toxicomanía se produce en torno a la llegada del trauma. La droga protege de un sufrimiento muy violento, con efectos de búsqueda de aturdimiento (no de placer) con la sustancia (alcohol, heroína). Se suele acompañar de comportamientos autodestructivos y teatrales. Hay altibajos en el consumo de muy bajos a muy altos, con riesgo de suicidio.

En cuanto a las características de la demanda

La petición está más interesada en la persona que en la sustancia. En ese tipo de toxicomanía no se aconseja la terapia familiar ni su aislamiento en comunidades terapéuticas. La oferta terapéutica debería ser un trabajo individual orientado a ofrecer un espacio donde se pueda verbalizar y reelaborar la pérdida, una psicoterapia centrada en el traumatismo psíquico.

II. TOXICOMANÍA TIPO B (de neurosis actual)

Es la que con mayor frecuencia se describe por los terapeutas familiares. Cancrini (1997) relaciona esta toxicomanía con manifestaciones de ansiedad, inquietud, cambios de humor, inseguridad acerca de los planes futuros, tendencia al aburrimiento y la dramatización de problemas personales.

En la organización personal

Aparece una historia de alteraciones del comportamiento (rendimiento escolar, inestabilidad). Se caracteriza por: Alteraciones de carácter depresivo recibidas del exterior y en consonancia con el grupo familiar. Manifestaciones de un malestar ines-

pecífico (síntomas somáticos, falta de participación activa en su propia vida, tendencia al tedio, insatisfacción). Fácil influencia por las características del entorno y la “moda”, vulnerabilidad.

La organización familiar

Se caracteriza por: Un fuerte involucramiento del padre del sexo opuesto en la vida del hijo y en su enfermedad y el papel periférico del otro progenitor. Presencia de alianzas transgeneracionales negadas (progenitor e hijo contra el otro progenitor). (Minuchin, 1981) y la tendencia del progenitor aliado a proteger y tapar los problemas causados por el comportamiento del hijo/a. Debilidad de los límites entre los subsistemas que determinan la jerarquía familiar. Desarrollo de una polaridad entre hermanos que define al drogodependiente como hijo “malo” frente a otro hijo que se define como “bueno”, en contraposición de “exitoso” “fracasado” que se definen en las toxicomanías tipo C. Un modelo comunicacional caracterizado por lo contradictorio (no paradójico) de los mensajes, destaca la violencia y rapidez de los conflictos maritales y la eficacia del síntoma de la adicción para modular y controlar su intensidad.

El hábito se caracteriza por

Un consumo controlado y prudente de droga, dosis pequeñas, sin episodios de sobredosis y sin grandes riesgos en el consumo, así, puede mantenerse la toxicomanía durante mucho tiempo. Sin embargo, sí se observa una dramatización y teatralidad constante del hábito y una conducta de exhibición de la relación con la droga, jeringuillas, cucharas, etc. Hay una provocación continuada a la familia a la que considera responsable del hábito, a veces también se culpa a los terapeutas.

Las características de la demanda

Se describe elementos desafiantes en la petición, puede hacerse la demanda a través de los padres, casi siempre acompañada con dramatización y urgencia. Desde el punto de vista terapéutico se propone un trabajo estructural rompiendo las posibles alianzas intergeneracionales, y orientado a fortalecer la eficacia de los padres en el control de la conducta del hijo. En definitiva, un trabajo organizante del sistema familiar, esta orientación se puede acompañar con el ingreso en Comunidad Terapéutica haciendo hincapié en el trabajo con las normas y “modelos” coherentes de comportamiento.

III. TOXICOMANÍA TIPO C (Transicional)

Se caracteriza por ser casos de trastornos graves de personalidad, sobre todo el esquizoide y el trastorno límite de personalidad. Aquí, la toxicomanía compensaría rasgos de una personalidad a la vez neurótica y psicótica. Predominan cuadros descritos como “bordeline” o fásicos: alternancia hipomanía-depresión.

La organización personal

Correspondería a una organización personal que se describe como transicional y que se caracteriza por la simultánea y alternada dinámicas neuróticas y psicóticas. La descripción más frecuente es la de pacientes “borderline” y la de los pacientes fásicos y graves del tono del humor (fases maníacas y depresivas) profundamente modificadas por el efecto del fármaco. En relación a su psicobiografía, se observa una dificultad para la inserción escolar o social anterior a la toxicomanía que se agrava con un comportamiento de disturbios ante lo social que sucede después de la toxicomanía. El grupo de amigos normativos no existe.

La organización familiar

Cancrini (1991) la asemeja a la de las pacientes anoréxicas. Se describe una familia esquizotípica en la que el trastorno de la comunicación es la incongruencia y la paradoja. En este tipo de familia no se escucha el contenido de los mensajes, hay un esfuerzo por no definir las relaciones. Se ignora el significado del mensaje de los demás, la enfermedad se utiliza como juego interrelacional para resolver problemas de liderazgo en la jerarquía familiar. El matrimonio de los padres se vive como “obligatorio”, está fundamentado sobre una relación mutua que se manifiesta como una insatisfacción fuerte y recíproca entre los miembros de la pareja. Desde el punto de vista operativo, la familia se caracteriza por la polaridad hijo “fracasado” frente a hermano “exitoso”, triunfador, en vez de los parámetros “bueno-malo” de la toxicomanía tipo B. El antagonista no es el padre si no el hermano que ha tenido éxito al emanciparse. En términos de ciclo vital, hay imposibilidad para que se produzca la desvinculación, desde el punto de vista estructural estaría cercano a lo que hemos llamado familia aglutinada. Se describen a los padres felices, contentos, sin que haya una afectación personal por los problemas psicológicos del otro. Hay una tendencia a repetir dramatizaciones intensas pero de corta duración, así, en los conflictos de los padres puede haber muchas separaciones, pero incompletas.

El hábito se caracteriza por

La presencia de dos fases, consumo de heroína en fases de euforia y consumo de cualquier fármaco capaz de aturdir en la fase depresiva. Se observa un comportamiento toxicománico ritualista, compulsivo y autodestructivo, donde lo único importante parece ser la necesidad de estar aturdido de modo crónico más que el placer. Su inicio no puede relacionarse con hechos específicos a nivel biográfico, así historias ilustrativas de que la toxicomanía comenzó “en un buen momento” en la vida del sujeto. La evolución del hábito tiene un fuerte riesgo de recaídas especialmente con alcohol. Riesgo de suicidio al interrumpir la droga (especialmente si se ha hecho de forma violenta) por la imposibilidad de controlar la angustia, de ahí el riesgo de estos pacientes cuando son encarcelados.

La demanda

Se presenta con tendencia a descalificar la situación terapéutica, lo que ocasiona una incapacidad para definir las relaciones terapéuticas, hacen peticiones desesperadas, pero al mismo tiempo se desacredita y se miente. Apuntan la incapacidad del terapeuta para

poder ayudarles y se vuelven contra todo y contra todos, se manifiesta con un optimismo superficial y exagerado, o bien una resignación total e incurable. Los conflictos son expresados sin emoción, como naturales. La petición no tiene fuerza, se expresa con poco dramatismo, se vacía de significado el contenido terapéutico. Parece como si este tipo de familias quisiera permanecer congeladas, sin alteración, jugando al mismo juego repetitivo. Desde el punto de vista clínico, el terapeuta puede oponerse al comportamiento toxicómano redefiniéndolo como manifestación extrema de un problema interpersonal o bien utilizar las intervenciones contraparádójicas, fundadas en el reconocimiento de las razones propias del comportamiento toxicómano y de la imposibilidad de interrumpirlo sobre la base de un acto de voluntad, son intervenciones que huyen de la pretensión de cambiar al momento la dinámica familiar. Aparecen recaídas frecuentes, y las intervenciones se orientan más definir la relación para romper el juego psicótico. Si se propone Comunidad Terapéutica ésta ha de ser como un descanso temporal y habría de ser de tipo permisivo, utilizarla como espacio de transgresión.

IV. TOXICOMANÍA TIPO D (sociopática)

Pertenecen generalmente a familias descomprometidas, de clase social baja, que se presentan como grupos profundamente desorganizados.

La organización personal

Se presenta con comportamientos antisociales que preceden la instauración de la toxicomanía, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes que viven en condiciones de desventaja social y cultural. Hay una asimilación natural del patrón toxicomanía en el propio estilo de vida del sujeto. Se observa una actitud fría, provocadora y desafiante de una persona “incapaz de amar y aceptar amor” y un ambiente frío y hostil, y que se traduce en una dificultad para sentir emociones. Se describe la presencia de acting-out como reactividad habitual y una infravaloración de los aspectos orgánicos. En su historia se describen fracasos escolares, y una escasa escolarización. Son descritos como personalidades tipo abandonico: caracterizadas por presentar miedo a las situaciones de abandono, y que por ello abandonan antes de ser abandonados. En la interacción social, predomina el funcionamiento tipo bandas.

La organización familiar

Se caracteriza por la apariencia de no existir interdependencia recíproca entre los miembros de la familia. Parece que no se han cumplido las funciones parentales típicas en la terminología de Minuchin (1981), padres y madres ausentes, crianza en instituciones, madres solas en desventaja social y económica, progenitores infantiles, alcohólicos, toxicómanos y con alteraciones psíquicas. En general, se describe en familias extensas, con muchos miembros, donde los padres aparecen más enfrascados en sus peleas, más preocupados por sí mismos, que por la familia. También se describe a estas familias con ausencia de algún progenitor.

En las características del hábito

No hay selectividad de uso a la sustancia más bien presencia de politoxicomanía, se usa indiscriminadamente multitud de sustancias, quizás de forma casual. Hay una conducta peligrosa, no hay cuidado ni percepción del peligro. Se usa desordenadamente las sustancias, se hacen mezclas explosivas, hay episodios de sobredosis, delitos, prostitución, etc. El uso de la droga se realiza con escasos hábitos higiénicos con las consecuentes riesgos asociados, lo que agrava el consumo. Se aprecia una tendencia a actuar en los conflictos interpersonales con agresividad y violencia. Hay una analogía entre los efectos de la droga y los comportamientos acting-out, como se ha dicho se asimila al estilo de vida, inyectarse heroína puede ser semejante a robar una moto.

La demanda

Se caracteriza por ser desafiante y provocativa. También puede ser seductora y manipulativa. Hay dificultad para mantener los lazos terapéuticos de forma estable, se producen demandas puntuales y después abandonan el sistema terapéutico, por lo que es difícil la construcción de un sistema terapéutico a largo plazo. Los sujetos suelen presentarse en el sistema terapéutico a través de demandas tangenciales, es decir, por la cárcel u hospitales, el toxicómano llega por problemas asociados para tratarse traumatismos, enfermedades, etc., no para librarse de la toxicomanía. En esta drogodependencia el terapeuta busca al paciente. Desde el punto de vista terapéutico, la intervención se debe caracterizar por una propuesta masiva de tratamiento, hay que proponer muchas medidas o programas a la vez por ejemplo: Unidad de desintoxicación hospitalaria, metadona, programas laborales, etc. Se aconseja el uso de la Comunidad Terapéutica. Ésta ha de ser larga, organizante y orientada a lo pedagógico, se han de colmar las carencias familiares y sociales y contener el acting-out y la compulsión a la droga. Como orientación del trabajo terapéutico se aconseja incidir no en el insight si no más bien en la conversión ética de los valores, y en la aceptación de las normas.

Por otra parte, Steinglas et al. (1997) señalan una serie de aspectos en las familias con problemas de alcohol y que se pueden aplicar a los problemas con otras sustancias:

- Su cronicidad. Las relaciones entre la enfermedad, el paciente y el resto de la familia han llegado a una situación estable. El suceso precipitante que ha llevado a buscar tratamiento suele ser una crisis que ha alterado momentáneamente esta situación estable (problemas médicos, judiciales, etc.). Sin embargo, la terapia para que resulte satisfactoria, debe combatir y mejorar las pautas de comportamiento de larga duración que se han hecho rígidas con el tiempo, esto incluye las pautas de interacción familiar.
- El uso de una sustancia psicobiológicamente activa. Debido a que el paciente ingiere de forma crónica una sustancia que es un depresor y que deteriora significativamente la cognición y la comunicación verbal, las pautas comportamentales de la familia han variado para acomodarse a estas circunstancias.

- Ciclos de abstinencia-consumo. La observación directa del comportamiento interaccional de las familias de dependientes, ha indicado que estas familias manifiestan dos estilos de interacción diferentes, uno se produce cuando están sobrios y otro cuando se está intoxicado (Steinglas et al., 1977). Por tanto, se ha señalado que el estilo dual es una característica de las familias de dependientes.

El modelo de sistemas de familia (Steinglas et al., 1989) gira alrededor del concepto de “sistema del alcohólico”, definido como un sistema comportamental en el que la adquisición y/o el consumo de alcohol es el principal principio de organización de los patrones del comportamiento interaccional dentro del sistema. Las familias se pueden convertir en sistemas alcohólicos en los que el alcoholismo crónico ocupa una posición central como núcleo de identidad para ellas. Desde esta perspectiva, se afirma que el desarrollo de la familia se distorsiona cuando el alcoholismo se introduce en la vida familiar, ya que la familia normalmente desvía el centro de atención en la dirección de la estabilidad a corto plazo, a expensas del crecimiento a largo plazo. Los clínicos que utilizan el enfoque de sistemas recomiendan la terapia familiar como tratamiento de elección cualquiera que sea la reorganización de la familia alrededor del síntoma alcohólico. Los enfoques terapéuticos orientados hacia la familia han aumentado la eficacia de estos tratamientos. También señalamos el cambio de perspectiva que se ha producido en los teóricos de la familia. Anteriormente, el factor etiológico del abuso de sustancias se situaba en la familia, postura clínica de los años sesenta y setenta. Es decir, se proponía un modelo de psicopatología familiar y se insistía en presentar a “familias propensas a la adicción” con una serie de factores que debía desempeñar un papel etiológico en la aparición de los problemas de abuso de sustancias. En la actualidad, los clínicos en lugar de considerar los factores familiares como agentes causales, la disfunción del comportamiento familiar se considera una reacción a las tensiones y conflictos asociados al abuso de sustancias (Steinglas, 1997). Así, muchos investigadores y clínicos de la familia se encuentra más cómodos con modelos multifactoriales de la drogodependencia y que incluyen la importancia del ambiente familiar que afecta significativamente el curso clínico de estos procesos (Moos y Moos, 1984; Jacob y Leonard, 1988; Steinglas et al., 1989; Cronkite et al., 1990). Estos modelos constituyen la base de enfoques multimodales en los que se tiene en cuenta de forma primordial el abordaje de los factores familiares.

C. PROPUESTA DE UN MODELO DE TRATAMIENTO FAMILIAR EN ADICCIONES

I. EVALUACIÓN

En este apartado se trata de interactuar con la familia con los objetivos de que la familia comience a tener confianza en el liderazgo del terapeuta, recoger información y negociar un contrato de terapia se debe atender:

- Ciclo de evolución familiar. Tarea evolutiva: habilidades y recursos de la familia para desarrollar las tareas

- Estructura y límites intrafamiliares y extrafamiliares. Subsistemas: patrones de comunicación, coaliciones, alianzas et.
- Secuencia sintomática. Encadenamiento de conductas que se produce en la familia alrededor del síntoma
- Significados. Estructuras y procesos cognitivos de los miembros familiares con respecto al síntoma.
- Fuerza de la familia. Explorar aspectos positivos para construir. Recursos familiares para solucionar problemas.

Procedimiento y técnicas

- Preguntas circulares y de eco.
- Contrato inicial. Señalar fines y objetivos (deben participar la mayor parte de los miembros familiares).
- Redefinición del síntoma (atribuciones positivas). Se trata de evitar las culpabilizaciones de unos miembros sobre otros.
- Informar de la filosofía básica de la terapia de familia. Se trata de dar a conocer los procesos de formación, evolución de los sistemas familiares así como los procesos de cambio que se producen en las terapias familiares.

II. FASE I

Objetivos

- Control del síntoma y mantenimiento de la abstinencia. Éste ha de ser el principal objetivo en la primera fase. Sin su control no se puede evolucionar a otras fases más complejas de la terapia.

Procedimiento y técnicas

- Apoyo con alianza al sistema parental. El terapeuta se ha de aliar con los padres frente al hijo portador del síntoma creando intensidad con el sistema parental.
- Reclutamiento del padre ausente. La participación del padre en el tratamiento aparece como un factor relevante en el proceso de estructuración familiar.
- Supervisión consistente y coherente de las conductas de los hijos y que a la vez proporcione la posibilidad de establecer un diálogo emocional de carácter positivo que ayude a un desarrollo emocional apropiado de los hijos.

- Trabajo con la jerarquía (restablecerla) con la incorporación de la figura paterna, dotándola de fuerza y respeto así como fortalecer la autoeficacia.
- Foco sobre las normas de la familia, (tareas del hogar, horarios, etc.) reglas familiares claras. La tarea educativa que se ha de aplicar de manera eficaz, que no quiere decir autoritaria. Ser firme no es ser rígido sino coherente y claro. La firmeza crea hábitos y estructuras bien organizadas pero ésta ha de ir acompañada de referencias afectuosas.
- Participación de los padres en diseño de tareas y actividades preventivas de riesgo (amigos, lugares, ocio. etc.).
- Connotación positiva las conductas de los padres excluyendo la culpa.
- Explicación del proceso de cambio y mantenimiento al paciente.
- Prescripciones y tareas directas orientadas al cambio de estilo de vida tanto en el paciente como en la familia.
- Estimular la comunicación clara de las emociones positivas entre los miembros de la familia.

III. FASE II

Objetivos

- Mantener la abstinencia del paciente.
- Iniciar el trabajo de una construcción alternativa de la realidad del paciente (rol, auto percepción, autoconsciencia).
- Creencias erróneas acerca del control del consumo, recaída etc.
- Iniciar el trabajo de aspectos de la autonomía, responsabilidad...
- Dar cabida a otros temas familiares (Sistema conyugal de la familia de origen o la propia, normas, mitos, comunicación).

Procedimiento y técnicas

- Alianza. Equilibrio Sistema Parental/ Paciente. En esta fase se ha de alternar las alianzas del terapeuta que unas veces tendrán como objetivo a los padres y otros el hijo portador del síntoma.
- Técnicas de solución de problemas y conflictos familiares. Evitar la expresión del conflicto encubierto.

- Reforzar y orientar los movimientos del paciente hacia conductas de autonomía y hacia actividades culturales y recreativas en el exterior.
- El establecimiento de límites claros entre los miembros de la familia sobresa como objetivo terapéutico. Dicho objetivo terapéutico pasa necesariamente por el fortalecimiento de la identidad de cada uno de los miembros de la familia y, paralelamente, por una delimitación más clara de los espacios personales. Señalar y designar de límites entre los miembros evita la aparición de confusiones entre las distintas generaciones, favorece la interacción funcional y el progreso de los sistemas familiares y de los grupos.
- La comunicación. Los objetivos terapéuticos se centrarían en entrenar a la familia en habilidad para la comunicación asertiva de emociones positivas y negativas de manera clara y sin paradojas.
- Prescripciones y tareas directas orientadas al cambio de estilo de vida tanto en el paciente como en la familia.
- Orientar hacia la introspección (llevar un diario): Posibilitar la construcción distinta de la realidad (creación de un rol social alternativo).
- Foco sobre el Subsistema conyugal, (impedir que los conflictos de los padres se triangulen a través del paciente).

IV. FASE III

Objetivos

- Abordaje de otros temas familiares.
- Sistema marital. Atender conflictos y desacuerdos en la pareja.
- Aspectos de la comunicación y desarrollo del sistema familiar. Atender los mecanismos rígidos de homeostasis del sistema que impide la evolución y la adaptación a otras situaciones familiares.
- Aspectos del sí mismo en el paciente.

Procedimiento y técnicas

- Técnicas de solución de problemas y conflictos familiares. Evitar la expresión del conflicto encubierto.
- La comunicación. Como en la fase anterior, los objetivos terapéuticos se centrarían en entrenar a la familia en habilidad para la comunicación asertiva de emociones positivas y negativas de manera clara y sin paradojas

- Reforzar y orientar los movimientos del paciente hacia conductas de autonomía y hacia actividades culturales y recreativas en el exterior.
- Foco sobre la funcionalidad y flexibilidad de la familia. Se trata de reforzar las capacidades positivas de cambio y progreso en la familia.
- Introducir aspectos narrativos de la historia (insight familiar). Se trata de incorporar en esta fase elementos cognitivos y constructivistas con el fin de cambiar los valores y creencias familiares inadecuados.
- “Los significados”, personales y familiares, (sesiones que enfatizan los diálogos y dramatización.). Se trata de crear intensidad emocional en las interacciones.
- Abordar críticas y culpa/responsabilidad en el paciente (modelo atribucional). Intervenciones metafóricas.

V. FINALIZACIÓN

Objetivos

- Discutir el proceso de separación del terapeuta.
- Reforzar las ganancias (atribuciones del paciente y confirmarlo como individuo único). Afianzamiento de la individuación.
- Revisar la experiencia obtenida.
- Planificar el regreso a terapia.

Procedimiento y técnicas

- Metáforas.
- Métodos abstractos.
- No directivos. En esta fase el terapeuta debe mantenerse en 2º plano, permitiendo el protagonismo a la familia y facilitando la terminación.

El Terapeuta puede realizar una revisión y evaluación privada de las lecciones aprendidas.

4.4.3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, J.D. (1985). Working with groups: little known facts that challenges wellknown myths. *Small Group Behavior*. vol. 16, nº 3: 267-273.
- Anzieu, D. y Martín, J.Y. (1971). *La dinámica de los grupos pequeños*. B. Aires: Kapelusz.
- Ayestarán, S. (1996). *El grupo como construcción social*.
- Baron, R.S., Kerr, N. y Miller, N. (1992). *Group process, group decision, group action*. Buckingham: Open University Press.
- Barriga, S. (1982). *Psicología de grupo y cambio social*. Barcelona: Hora.
- Beck, A.P. (1983). A process analysis of group development. *Group*. vol. 7, nº 1; 19-26.
- Bednar, R.L. et al. (1979): Risk responsibility and structure. A conceptual framework for initiating group counseling and psychotherapy. *J of Counseling Psychology*. vol. 21: 31-37.
- Berne, E.: (1983). *Introducción al tratamiento de grupo*. Barcelona: Ed. Grijalbo.
- Bion, E.R. (1976). *Experiencias en grupos*. B. Aires: Paidós.
- Blumberg, H.H. y otros (1983). *Small groups and social interaction*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Brower, A.M. (1986). Behavior changes in psychotherapy groups -a study using an empirically based stastically method. *Small Group Behavior*. vol. 17, nº 2; 164-185.
- Budman, S.H. et al. (1988): Comparative outcome in time-limited individual and group psychotherapy. *International J. of Group Psychotherapy*. vol. 38, nº 1: 63-86.
- Caballo, V. E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Cartwright, D. y Zander, A. (1975). *Dinámica de grupos*. Méjico: Trillas.
- Costell, R.M. y Koran, K.M. (1972). Compatibility and cohesiveness in group psychotherapy. *J. of Nervous and Mental Disease*. vol. 155: 253-254.
- Cortijo Buenos Aires (2004). *Programa de intervención grupal para adictos a opiáceos*. Comisionado para las Drogodependencia. Consejería de Asuntos Sociales. Junta de Anadalucía.
- Douglas, T.: (1991). *Common groupwork problems*. London: Tavistock & Routledge.
- Dreifus, C. (1977). *Los grupos de encuentro*. Bilbao:Ediciones Mensajero.
- Ellis, A. (1992). *Group rational-emotive and cognitive-behavioral therapy*. *International Journal of Group Psychotherapy*, 42, 63-80.
- Fagan, J. y Shepherd, I. (1970). *Gestalt Therapy: Theory, techniques and applications*. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Forsyth, D.R. (1990). *Group Dynamics*, Pacific Grove, California: Brooks/Cole Pub. Co.
- Frewin, J. (1988). The practice of Gestalt therapy in groups. *Gestalt Journal*, 11, 77-96.
- Fuhriman, A. y Packard, J. (1986): Group process instruments: Therapeutic themes and issues. *International J. of Group Psychotherapy*. vol. 36, nº 3: 399-425.
- Gibb, J.R. (1975). *Teoría y práctica del grupo T*. Buenos Aires: Paidós.
- Gondra, J.M. (1978): *La psicoterapia de Carl Rogers*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Gonzalez, P. (1995). *Orientaciones teóricas fundamentales en Psicología de los grupos*. Barcelona: EUB.
- Hamer, N. (1990). Group Analytic psicodrama. Special section: Group analysis and the arts therapies. I. *Group Analysis*, 23, 245-254.
- Hansen, J.C. et al. (1981). *Asesoramiento en grupos*. Méjico: Manual Moderno.
- Harris, G.G. (1977). *The group treatment of human problems*. Nueva York: Grune and Stratton.
- Holmes, P. (1983). "Dropping out" from an adolescent therapeutic group: a study factors in the patiens and their parente which may influence this process. *Journal of adolescence*, 6, 333-346.
- Huici, C. (Dir.) (1985). *Estructura y Procesos de grupo*, Vol.I y II, Madrid: UNED.
- Kaplan, H. y Sadock, B. (1996). *Terapia de grupo*. Buenos Aires: Panamericana.
- Mackenzie, K.R. & Livesley, J. (1983). Stages and roles: the group and the individual. In L.R. Wolberg & M.L. Aronson, *Group and Family Therapy -1983*. New York: Brunner and Mazel.
- Martinez, Moccio & Pavlosky, E.: (1979). *Psicodrama. Cuándo y porqué dramatizar*. Madrid: Fundamentos.
- Mcgrath, J.E. (1984). *Groups: interaction and performance*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Mckenna, J.G. y Gaffney, L.R. (1982). An evaluation of group therapy for adolescents using social skills training. *Current Psychological Research*, 2, 151-159.
- Medina, E. y Esteban, R. (1997). *Grupos terapéuticos y asistencia pública*. Mádrid: AEN.
- Moreno, J.L. (1974). *Psicodrama*. Buenos Aires: Hormé.
- Nielsen, P. (1992). Alcohol problems, treatment and relapse: A qualitive study of psychological processes involved in relapse after treatment in a group of alcoholics. *Nordisk Psykologi*, 44, 183-192.
- Perls, F., Hefferline, R.F. y Goodman, P. (1980). *Gestalt Therapy*. New York: Bantam Book.

- Petit, M. (1987). La terapia gestalt. Barcelona: Kairós.
- Rogers, C. (1978). Grupos de encuentro. Buenos Aires: Amorrortu.
- Rose, S.D. (1987). Metodos grupales. En F. H. Kanfer y A. P. Goldstein (Comps): Como ayudar al Cambio en Psicoterapia. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Rush, A. J. y Watkins, J.T.(1981). Group versus individual cognitive therapy: A pilot study. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 95-103.
- Sadock, B.J. (1.982): Psicoterapia de grupo. In A.M. Freeman, H.I. Kaplan & B.J. Sadock, Tratado de Psiquiatría, vol. III. Barcelona: Salvat.
- Schafers, B. (1984). Introducción a la Sociología de grupos. Barcelona: Herder.
- Schein, E.H. y Bennis, H. (1980). El cambio personal y organizacional a través de métodos grupales. Barcelona: Herder.
- Schützenberger, A.A. y Sauret, M.J. (1980). Nuevas terapias de grupo. Madrid: Pirámide.
- Stiles, W.B. (1979). Verbal response modes and psychotherapeutic techniques. *Psychiatry*. vol. 42: 1-11.
- Tomsovic, M. (1976). Group therapy and changes in the self-concept of alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 37, 53-57.
- Toseland, R.W. y Siporin, M. (1986). When recommended group treatment: a review of the clinical and research literature. *International J. of Group Psychotherapy*. vol. 36, nº 2: 171-201.
- Tous, J.M. (1984). Comportamiento social y dinámica de grupos. Barcelona: PPU.
- Turner, J.C. (1990). Redescubrir el grupo social. Madrid: Morata.
- Vinogradov, S. y Yalom, I. (1996). Guía breve de psicoterapia de grupo.
- Wood, D. et al. (1979). Psychodrama with an alcohol abuser population. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometrie*, 32, 75-88.
- Yalom, I.D. (1986). Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo. México: Fondo de cultura económica.

■ 4.5. INTERVENCIÓN GRUPAL

La mayoría de los principios de la psicoterapia de grupo, a diferencia de lo que ocurre hoy por hoy en la psicoterapia individual, se basan en evidencias indirectas, fundamentalmente de estudios de campo realizados desde la psicología social sobre los procesos de influencia interpersonal, o de experiencias transmitidas desde perspectivas terapéuticas diversas. Las explicaciones que dan los propios miembros del grupo de los cambios que obtienen también otorgan una gran importancia a los factores implicados en la interacción (Glass y Arnkoff, 1988). En la actualidad hay diferentes tipos de Terapia de Grupos, señalamos los más significativos (Navarro, 1995):

4.5.1. TIPOS DE TERAPIA DE GRUPO

El Psicodrama (Moreno, 1946) hoy puede dividirse en dos corrientes:

A) el Psicodrama clásico moreniano: de aplicación en los Estados Unidos que se funda en la representación (escena) directa, rápida, activa, dirigida, en ocasiones espectacular y eficaz. Emplea gran cantidad de recursos técnicos (20-350), egos-auxiliares entrenados, el público, un psicodramatista. Se representan situaciones presentes, pasadas, futuras.

B) El Psicodrama triádico: se trata de una mezcla de los enfoques de Freud, Lewin y Moreno, en la que se emplea la dinámica de grupo y todo el arsenal de técnicas del Psicodrama clásico. Se interpreta al grupo, al individuo y las relaciones con el director (la autoridad). Los terapeutas han de tener una formación extensa: psicoanálisis individual clásico y/o grupoanálisis, dinámica de grupos, técnicas de Psicodrama, en mitología, folcklore, expresión corporal,

en comunicación no-verbal, en observación, etc. El trabajo se orienta a conseguir una relación con el grupo que no fusione al individuo.

La aportación de Lewin es la de entender el grupo como algo más que la mera suma de las partes que lo componen, de suerte que las acciones de los individuos no pueden explicarse sobre la base de su psicodinámica individual, sino a partir de la naturaleza del medio social en el que está inmerso. El grupo puede llegar a presionar al individuo de tal forma que puede terminar cambiando su conducta.

Los grupos de encuentro de Rogers (1951): el trabajo de Rogers con los grupos se apoya en varios conceptos fundamentales: experiencia, relación auténtica, congruencia, empatía y maduración (o crecimiento). La experiencia está ligada a la supresión de la distancia entre lo vivido y lo expresado. Se trata de aceptar incondicionalmente lo que las cosas (o las personas) son, permitiendo que sean como se nos aparecen.

La Terapia Gestáltica es una creación de Perls (1980). El modelo enfatiza la necesidad de que el paciente se abra a la experiencia que está teniendo en el aquí y el ahora de la entrevista. La Terapia Gestáltica se orienta a la restitución del contacto, los instrumentos técnicos son el juego gestáltico (un fantaseo libre sobre la figura que aparece en la conciencia) y las reglas gestálticas.

La Terapia de Grupo Transaccional: Eric Berne (1983). El modelo en realidad mezcla tres tipos de análisis: el estructural, el de transacciones y el del guión de vida. La labor del terapeuta transaccional es evaluar en qué nivel de funcionamiento del Yo está instalado el grupo: en el Padre (nutricio o crítico), Adulto (funcionamiento ajustado a las demandas de la realidad) o del Niño (adaptado o rebelde) y, evidentemente, orientar la dinámica del grupo hacia un funcionamiento Adulto.

La Terapia de Grupo Comportamental: muchos de los entrenamientos de Modificación de Conducta se han abordado en grupo. Se necesita grupos homogéneos, sobre todo en lo que se refiere al tipo de problemas del cliente. El procedimiento funciona aplicando un programa de tratamiento ajustado al problema, programa que se cumplimenta en etapas, utilizándose el refuerzo del terapeuta, del grupo, el modelado y el feed-back. De esta forma se constituyen grupos de auto-afirmación, de desensibilización sistemática, de aptitudes sociales, de control de peso, de tabaquismo, de solución de problemas, etc., etc.

Las Terapias de Grupo centradas en el cuerpo (Lowen, 1977): la bioenergética: por técnicas de activación basadas en ejercicios físicos. El procedimiento grupal consiste en una serie de ejercicios físicos a partir de los cuales se evocan esos recuerdos que después son elaborados verbalmente en el grupo. El análisis bioenergético intenta ver cómo se gasta la energía del paciente.

4.5.2. PRINCIPIOS TERAPÉUTICOS

En cualquier caso hay unos principios terapéuticos en psicoterapia de grupo que exponemos brevemente a continuación:

A. COHESIÓN

Tal como señala Yalom (1975) lo análogo a la relación terapeuta-paciente que se produce en la terapia individual es en terapia de grupo la cohesión entre los miembros, aspecto fundamental y necesario para que puedan darse cambios importantes en los mismos. Entre las distintas formas en que ésta se ha entendido (apoyo mutuo, consejo, identificación entre los miembros, toma de conciencia, aceptación de otros, etc.), parece más frecuente concebirla como la atracción que los miembros sienten por el grupo y por los otros miembros, y por tanto como la resistencia que éstos presentan ante cualquier amenaza a la propia relación. Esta resistencia viene dada por su percepción de que tienen necesidades para las que pueden obtener recursos a partir de la relación con los demás miembros del grupo. Parece ser, en definitiva, un factor curativo en el grupo que el sujeto considere que éste es importante para su mejoría personal.

Entre las estrategias que se pueden emplear en la psicoterapia de grupo para incrementar la cohesión entre los miembros, se encuentran el generar normas comunes de funcionamiento en el grupo, y tanto facilitar como reforzar los comentarios oportunos que favorezcan la percepción de los sujetos de que pueden ser ayudados, y a la vez ayudar a los restantes miembros del grupo. Otra estrategia general que se utiliza para fomentar la cohesión en la psicoterapia consiste en enfatizar los aspectos comunes de los distintos problemas que padecen los sujetos, aumentando así la noción de que los problemas de los otros son similares a los suyos, y que por tanto pueden encontrar aceptación en los demás miembros del grupo. Ser aceptado como persona y experimentar empatía por parte de los demás hacia sus sentimientos parece ser, según Yalom, el primer paso para tener la convicción de que el grupo puede servirle de ayuda.

B. PROPORCIONAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN

Tiene una gran relevancia en el contexto de la psicoterapia de grupo el hecho de otorgar carácter de consenso a la información novedosa, conocimientos o experiencia de sus miembros.

En un sentido general, las opiniones de los demás miembros del grupo pueden resultar de gran utilidad para modificar la actitud y conducta de los sujetos. Se debe, pues, infundir en los sujetos la noción de que realmente pueden aprender a partir de los consejos de los demás, para lo cual una de las estrategias fundamentales consiste en resaltar los aspectos comunes entre los miembros. Con objeto de que los sujetos asuman la información novedosa compartida en el grupo, resulta también fundamental generar discusiones en el grupo, y conseguir que los sujetos participen en las mismas.

C. EVALUACION

El grupo como microcosmos social precipita en muchos casos la conducta desadaptada, lo cual facilita la tarea de evaluación por parte del terapeuta. Así, por ejemplo, se destaca la figura frecuente que se denomina “víctima propiciatoria”, refiriéndose al personaje que ha aprendido a llamar la atención exclusivamente de esa manera. Un objetivo en el grupo debe ser, en estos casos, enseñarle otras formas de validación social más adaptativas.

No sólo tenemos como medio de evaluación el esperar a que se produzca o incluso precipitar la conducta desadaptada, sino que en muchas ocasiones se generan situaciones estructura-

das y semiestructuradas de juego de roles para evaluar las conductas de interacción social de los sujetos.

D. AUTORREVELACIÓN

La autorrevelación, entendida como comunicación intencional de información personal y privada por parte de los miembros hacia el resto de componentes del grupo, parece tener en muchos casos un efecto terapéutico. Los sujetos que más se autorrevelan son los que más se implican en la terapia, y por tanto los que más se van a beneficiar del grupo. Por otra parte, autorrevelarse supone dar la ocasión de recibir «feedback» y, por tanto, de que se genere el aprendizaje interpersonal en el grupo.

E. APRENDIZAJE POR MODELADO

El ambiente de un grupo de terapia es especialmente propicio para propagar los efectos del aprendizaje por observación (Bandura y Walters, 1963), es decir, el aprendizaje a partir de las experiencias de los otros. Se trata de generar en los sujetos de un grupo de terapia la actitud de que pueden aprender a partir de observar la conducta de los demás se consigue incrementando los niveles de identificación y empatía entre los miembros.

F. RETROALIMENTACIÓN

La retroalimentación o «feedback» sirve fundamentalmente para no dejar en manos de los sujetos las conclusiones que puedan derivarse de las inferencias que realizan, dirigiéndolas por el contrario hacia el objetivo que se estime conveniente. El «feedback» positivo ante las expresiones de competencia puede resultar de gran utilidad terapéutica. Al proporcionar «feedback», los tres elementos que debe aplicar el terapeuta son:

- Empatizar;
- Generar expectativas de que el cambio es posible, mostrando confianza en que el sujeto lo hará; y
- Revisar las consecuencias de no cumplirlo.

G. PRINCIPIO DE REFORZAMIENTO

Un elemento de fundamental importancia en la psicoterapia de grupo es que tanto el terapeuta como los sujetos se refuercen unos a otros cualquier pauta que, referida a la interacción dentro del grupo o a cualquier conducta que los sujetos emitan entre las sesiones, vaya en consonancia con los objetivos terapéuticos para ese sujeto.

H. EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA PERSONAL

Según Bandura, las expectativas de autoeficacia personal se constituyen en el principal mecanismo responsable del cambio terapéutico (Bandura, 1977). La experiencia del grupo parece favorecer este tipo de sentimientos de autovalía y eficacia personal en tanto que se realizan y reconocen acciones y logros en el grupo.

4.5.3. VENTAJAS DE LOS GRUPOS TERAPEUTICOS

- Se ahorra tiempo y se obtiene mejor relación coste/eficacia.
- Algunas experiencias, actividades y ejercicios sólo se pueden hacer en grupos.
- Ciertos problemas pueden tratarse de forma más eficaz en un formato grupal.
- Con el trabajo en grupo no se promueve la dependencia del terapeuta que puede surgir en la terapia individual.
- Permite conocer un amplio rango de conductas de los sujetos ante determinadas situaciones.
- El grupo puede funcionar de una manera preventiva, ya que se plantearán problemas y soluciones a cuestiones no vividas por todos.
- La identificación mutua, con lo cual el sujeto aprende que no es el único que tiene ese problema.
- La aceptación incondicional de los miembros.
- La oportunidad de aprender nuevas competencias mediante la observación de otros miembros.
- La probabilidad de cambio se incrementa con el simple hecho de declarar en público los propósitos.
- Se incrementan las expectativas positivas ante la posibilidad de cambio cuando se observa la buena evolución de otros miembros del grupo con el mismo problema.
- Los miembros del grupo pueden aprender a ayudarse mutuamente, lo cual les hará sentirse útiles, y ésto es un elemento terapéutico en sí.
- Un grupo permite a los pacientes recibir una gran cantidad de retroalimentación sobre su conducta, que puede ser más persuasivo que un terapeuta individual para producir el cambio.
- Recompensan cualquier cambio y castigan conductas inadecuadas.
- Los miembros del grupo pueden proporcionar presión de los compañeros para fomentar la adhesión a las tareas para casa.
- Posibilita que cada miembro compare su evolución terapéutica con la de los demás.
- Cuando el centro de la terapia es la solución de problemas prácticos, el grupo puede ofrecer más información sobre el problema y más sugerencias para la solución.

4.5.4. OBJETIVOS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GRUPAL

A modo de resumen, los objetivos de un programa de intervención grupal con adictos a opiáceos podría resumirse:

- Servir de instrumento para el mantenimiento de la abstinencia. A través del conocimiento de aspectos básicos, de técnicas para controlar impulsos, y autoinstrucciones.
- Contrarrestar los patrones de pensamiento y de conducta del adicto: Negación y resistencia al cambio. Decepción y frustración. Desilusión y anhedonía. Aislamiento y vergüenza. Deterioro del funcionamiento social.
- Orientar hacia la tarea y los problemas. Reconducir la problemática inmediata que mantiene el consumo: Estados emocionales negativos. Deudas y acosos. Manipulación de la familia.
- Establecer lazos de identificación y compromiso con el grupo.

4.5.5. ÁREAS Y PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN GRUPAL

A continuación señalamos las principales áreas de tratamiento grupal y los posibles programas de intervención con adictos a opiáceos:

A. ÁREAS DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

- Análisis de consumo.
- Recaídas.
- Autoestima/autoconocimiento.
- HH.SS.:
 - Comunicación.
 - Conversacionales.
 - Oposición.
 - Aceptación.
- Resolución de conflictos.
- Reestructuración cognitiva en relación con consumidores.
- Estilo de vida.
- Autocontrol del estado de ánimo.
- Autocontrol del comportamiento agresivo.
- Ansiedad y estrés.
- Pareja y familia.
- Identificación de roles sociales y desarrollo de los mismos.
- Planes de futuro.
- Situaciones de cárcel.
- Creencias irracionales.
- Sexualidad, identificación y aceptación.

- Relaciones interpersonales.
- Toma de decisiones.
- Tiempo libre.
- Motivación hacia la abstinencia.
- Motivación hacia en tratamiento.
- Aceptación de órdenes.
- Rechazo social.
- Manejo de críticas.
- Presión de grupo.
- Sistemas atribucionales de responsabilidad.
- Análisis de expectativas ante grupos de ex-consumidores.
- Anticipación de fracaso social.
- Entrenamiento en relajación.
- Favorecer una óptima relación con el terapeuta de referencia.
- Aceptación del rol de drogodependiente.

B. PROGRAMA DE HHSS PARA LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS INTERPERSONALES: “SÍNDROME DE PRISIONIZACIÓN”.

- Exageración de las situaciones.
- Resistencia a presiones de grupo.
- Ausencia de responsabilidad y expectativas de futuro.
- Relación con figuras de autoridad.
- Identificación en grupos de características semejantes.
- Manejo de críticas.
- Minimización de situaciones de riesgo en prisión.

C. ENTRENAMIENTO EN HHSS PARA LA RELACIÓN Y COMUNICACIÓN.

- Aspectos verbales y no verbales de la comunicación.
- Déficits y excesos específicos en esta población.
- Iniciar, mantener y finalizar conversaciones.
- Concertación de citas.

D. BÚSQUEDA DE EMPLEO.

- Breve repaso de HHSS.
- Preparación de Currículum Vitae.
- Preparación para entrevista laboral.
- Superación de posibles inconvenientes que puedan surgir con su problema de drogodependencia.
- Posibilidad de mejora o nueva cualificación profesional.
- Resistencia al rechazo.

E. CONTROL DE IMPULSOS Y AGRESIVIDAD.

- Elaboración del circuito cognitivo-comportamental de respuestas agresivas e impulsivas.
- Identificación de los principales pensamientos distorsionados y creencia irracionales presentes en estas conductas.
- Graduación de respuestas agresivas y actos impulsivos.
- Generación de formas de afrontamiento.
- Selección y/o creación de modos de afrontamiento en función de características personales.

F. ENTRENAMIENTO ASERTIVO.

- Diferenciación entre comportamiento asertivo, agresivo y pasivo.
- Tabla de derechos asertivos básicos.
- Ejemplos de situaciones.
- Elaboración del guión asertivo.
- Aceptación asertiva.
- Oposición asertiva.

G. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

- Fundamento del método.
- Técnicas de Resolución de Problemas.
- Creencias que dificultan la capacidad resolutoria ante los problemas.
- Ejemplos.

H. AUTOCONTROL DEL ESTADO DE ÁNIMO.

- Relación entre actividad y estado de ánimo.
- Labilidad emocional en el drogodependiente: euforia y depresión.
- Análisis de las consecuencias de las actividades y proceso de toma de decisiones.
- Planificación de metas y objetivos.
- Atribuciones de causalidad/responsabilidad.

I. INFORMACIÓN Y FORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD Y CONSUMO DE DROGAS. SEXUALIDAD SATISFACTORIA.

- Información y conocimiento de cómo afecta el consumo de drogas a la respuesta fisiológica sexual.
- Problemas derivados.
- Mitos y creencias sobre la sexualidad.
- Componentes básicos para la sexualidad satisfactoria.

J. RELACIONES DE PAREJA.

- Parejas funcionales y disfuncionales.
- Proceso de comunicación efectiva en pareja.
- Expresión de sentimientos positivos.

- Expresión de sentimientos negativos.
- Técnica de Resolución de Problemas en pareja.
- Áreas de convivencia en la pareja.
- Como afrontar la separación.

K. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RECAIDAS EN GRUPO.

- Introducción y explicación de conceptos básicos de aprendizaje.
- Identificación de Situaciones de Riesgo.
- Como se produce el deseo, como controlar el deseo de consumo de drogas.
- Ansiedad y depresión.
- HHSS, Aserción y Autoimagen.
- Balance estilo de vida.
- Control de fallos ocasionales.

4.5.6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, J.D. (1985). Working with groups: little known facts that challenges wellknown myths. *Small Group Behavior*. vol. 16, nº 3: 267-273.
- Anzieu, D. y Martín, J.Y. (1971). *La dinámica de los grupos pequeños*. B. Aires: Kapelusz.
- Ayestarán, S. (1996). *El grupo como construcción social*.
- Baron, R.S., Kerr, N. y Miller, N. (1992). *Group process, group decision, group action*. Buckingham: Open University Press.
- Barriga, S. (1982). *Psicología de grupo y cambio social*. Barcelona: Hora.
- Beck, A.P. (1983). A process analysis of group development. *Group*. vol. 7, nº 1; 19-26.
- Bednar, R.L. et al. (1979): Risk responsibility and structure. A conceptual framework for initiating group counseling and psychotherapy. *J of Counseling Psychology*. vol. 21: 31-37.
- Berne, E.: (1983). *Introducción al tratamiento de grupo*. Barcelona: Ed. Grijalbo.
- Bion, E.R. (1976). *Experiencias en grupos*. B. Aires: Paidós.
- Blumberg, H.H. y otros (1983). *Small groups and social interaction*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Brower, A.M. (1986). Behavior changes in psychotherapy groups -a study using an empirically based statistically method. *Small Group Behavior*. vol. 17, nº 2; 164-185.
- Budman, S.H. et al. (1988): Comparative outcome in time-limited individual and group psychotherapy. *International J. of Group Psychotherapy*. vol. 38, nº 1: 63-86.
- Caballo, V. E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Cartwright, D. y Zander, A. (1975). *Dinámica de grupos*. Méjico: Trillas.
- Costell, R.M. y Koran, K.M. (1972). Compatibility and cohesiveness in group psychotherapy. *J. of Nervous and Mental Disease*. vol. 155: 253-254.
- Cortijo Buenos Aires (2004). *Programa de intervención grupal para adictos a opiáceos*. Comisionado para las Drogodependencia. Consejería de Asuntos Sociales. Junta de Andalucía.
- Douglas, T.: (1991). *Common groupwork problems*. London: Tavistock & Routledge.
- Dreifus, C. (1977). *Los grupos de encuentro*. Bilbao:Ediciones Mensajero.
- Ellis, A. (1992). Group rational-emotive and cognitive-behavioral therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 42, 63-80.
- Fagan, J. y Shepherd, I. (1970). *Gestalt Therapy: Theory, techniques and applications*. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Forsyth, D.R. (1990). *Group Dynamics*, Pacific Grove, California: Brooks/Cole Pub. Co.
- Freww, J. (1988). The practice of Gestalt therapy in groups. *Gestalt Journal*, 11, 77-96.
- Fuhriman, A. y Packard, J. (1986): Group process instruments: Therapeutic themes and issues. *International J. of Group Psychotherapy*. vol. 36, nº 3: 399-425.
- Gibb, J.R. (1975). *Teoría y práctica del grupo T*. Buenos Aires: Paidós.
- Gondra, J.M. (1978): *La psicoterapia de Carl Rogers*. Bilbao: Desclee de Brower.

- Gonzalez, P. (1995). Orientaciones teóricas fundamentales en Psicología de los grupos. Barcelona: EUB.
- Hamer, N. (1990). Group Analytic psicodrama. Special section: Group analysis and the arts therapies. I. Group Analysis, 23, 245-254.
- Hansen, J.C. et al. (1981). Asesoramiento en grupos. Méjico: Manual Moderno.
- Harris, G.G. (1977). The group treatment of human problems. Nueva York: Grune and Stratton.
- Holmes, P. (1983). "Dropping out" from an adolescent therapeutic group: a study factors in the patients and their parents which may influence this process. Journal of adolescence, 6, 333-346.
- Huici, C. (Dir.) (1985). Estructura y Procesos de grupo, Vol.I y II, Madrid: UNED.
- Kaplan, H. y Sadock, B. (1996). Terapia de grupo. Buenos Aires: Panamericana.
- Mackenzie, K.R. & Livesley, J. (1983). Stages and roles: the group and the individual. In L.R. Wolberg & M.L. Aronson, Group and Family Therapy -1983. New York: Brunner and Mazel.
- Martinez, Moccio & Pavlosky, E.: (1979). Psicodrama. Cuándo y porqué dramatizar. Madrid: Fundamentos.
- Mcgrath, J.E. (1984). Groups: interaction and performance. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- McKenna, J.G. y Gaffney, L.R. (1982). An evaluation of group therapy for adolescents using social skills training. Current Psychological Research, 2, 151-159.
- Medina, E. y Esteban, R. (1997). Grupos terapéuticos y asistencia pública. Madrid: AEN.
- Moreno, J.L. (1974). Psicodrama. Buenos Aires: Hormé.
- Nielsen, P. (1992). Alcohol problems, treatment and relapse: A qualitative study of psychological processes involved in relapse after treatment in a group of alcoholics. Nordisk Psykologi, 44, 183-192.
- Perls, F., Hefferline, R.F. y Goodman, P. (1980). Gestalt Therapy. New York: Bantam Book.
- Petit, M. (1987). La terapia gestalt. Barcelona: Kairós.
- Rogers, C. (1978). Grupos de encuentro. Buenos Aires: Amorrortu.
- Rose, S.D. (1987). Metodos grupales. En F. H. Kanfer y A. P. Goldstein (Comps): Como ayudar al Cambio en Psicoterapia. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Rush, A. J. y Watkins, J.T.(1981). Group versus individual cognitive therapy: A pilot study. Cognitive Therapy and Research, 5, 95-103.
- Sadock, B.J. (1.982): Psicoterapia de grupo. In A.M. Freeman, H.I. Kaplan & B.J. Sadock, Tratado de Psiquiatría, vol. III. Barcelona: Salvat.
- Schafers, B. (1984). Introducción a la Sociología de grupos. Barcelona: Herder.
- Schein, E.H. y Bennis, H. (1980). El cambio personal y organizacional a través de métodos grupales. Barcelona: Herder.
- Schützenberger, A.A. y Sauret, M.J. (1980). Nuevas terapias de grupo. Madrid: Pirámide.
- Stiles, W.B. (1979). Verbal response modes and psychotherapeutic techniques. Psychiatry. vol. 42: 1-11.
- Tomsovic, M. (1976). Group therapy and changes in the self-concept of alcoholics. Journal of Studies on Alcohol, 37, 53-57.
- Toseland, R.W. y Siporin, M. (1986). When recommended group treatment: a review of the clinical and research literature. International J. of Group Psychotherapy. vol. 36, nº 2: 171-201.
- Tous, J.M. (1984). Comportamiento social y dinámica de grupos. Barcelona: PPU.
- Turner, J.C. (1990). Redescubrir el grupo social. Madrid: Morata.
- Vinogradov, S. y Yalom, I. (1996). Guía breve de psicoterapia de grupo.
- Wood, D. et al. (1979). Psychodrama with an alcohol abuser population. Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometrie, 32, 75-88.
- Yalom, I.D. (1986). Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo. México: Fondo de cultura económica.

5. INTERVENCIONES SOCIALES EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DE OPIÁCEOS

■ 5.1. DIAGNÓSTICO SOCIAL

¹“El Diagnóstico Social puede ser descrito como el intento de efectuar con la mayor precisión una definición de la situación social de una persona en relación con otras personas de las que depende o dependan de ella y en relación también con las instituciones sociales de su comunidad”.

Son muchos los indicadores posibles para realizar un diagnóstico social y detectar carencias susceptibles de intervenciones sociales, sin embargo en las personas que presentan dependencia a heroína, es necesario sintetizar y centrarnos en aspectos muy concretos, y que puedan ser detectados con cierta agilidad, porque no contamos con demasiada disponibilidad por su parte. Este tipo de pacientes son susceptibles de abandonar el tratamiento, antes incluso de dar tiempo a la realización de éste diagnóstico. Por esto debemos precisar unos indicadores sociales y unas áreas de intervención muy concretas, que nos permitan evaluar en el menor tiempo posible las necesidades sociales que presentan estas personas, agilizando en la medida de lo posible las actuaciones sociales. Esto no significa que el resto de indicadores sociales tengan que ser desestimados, pero por operatividad es necesario sintetizar la información pertinente a este diagnóstico en Áreas muy concretas y que puedan ser evaluadas en el menor tiempo posible.

La realización de un Diagnóstico Social en drogodependencias nos va a permitir evaluar los déficit de necesidades sociales básicas que dificultan otro tipo de intervenciones médicas o psicológicas, así como conocer el nivel de incorporación social de las personas drogodependientes.

En los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias y Adicciones es el/la Trabajador/a Social quien realiza esta labor de investigación social. Con objeto de identificar qué otras dificultades, a parte de las propias de la adicción presenta el drogodependiente, este profesional a través de entrevistas semiestructuradas, y considerando algunos indicadores sociales de evaluación, conocerá aspectos que van a ser claves para plantear objetivos relacionados con el tratamiento de la dependencia a opiáceos.

El diagnóstico social nos proporcionará a los profesionales una información general de cómo viven, se relacionan, sienten, ocupan su tiempo, piensan y se organizan los drogodependientes, su nivel de autonomía y bienestar y sobre todo como ven ellos mismos su situación, y si se plantean posibilidades de cambio.

1. Mary E. Richmond. El Caso Individual. El Diagnóstico Social (Textos Seleccionados). Talasa Ediciones S.L.

El objeto de la intervención social es conseguir la incorporación social de los drogodependientes, respetando los ritmos propios de cada uno, construyendo itinerarios personalizados que permitan alcanzar los objetivos planteados en cada caso.

²Contemplamos cinco Áreas Básicas de evaluación:

1. Área Familiar y de la Convivencia: Obtendremos información relativa a la familia de origen y propia (si procede), tipo de convivencia, relaciones familiares, estilo de vida familiar, acontecimientos familiares relevantes, otros consumos de drogas en la familia, lugar de convivencia. Estos indicadores van a determinar también el lugar donde el drogodependiente realizará el tratamiento, puesto que si no dispone de un lugar adecuado para vivir y de alguna persona de apoyo, el tratamiento con objetivos de abstinencia habrá de plantearse en recursos en régimen de internamiento (Unidad Hospitalaria de Desintoxicación, Vivienda de Apoyo al Tratamiento o Comunidades Terapéuticas).

En el caso de que los objetivos planteados con el drogodependiente no incluyan la abstinencia como medida terapéutica inicial, y se utilicen tratamientos con sustitutivos opiáceos, la intervención social se basará en trabajar con el paciente en primer lugar, la cobertura de necesidades básicas (alimentación, higiene, alojamiento), con objeto de mejorar su calidad de vida, no sólo en cuanto a paliar la sintomatología propia del síndrome de abstinencia, sino también en cuanto a proporcionarle estos otros cuidados mínimos que toda persona debe tener cubiertos, condición indispensable para seguir avanzando en la propuesta de otros objetivos.

Las personas que presentan situaciones sociales precarias, presentan poca adherencia al resto de tratamientos tanto farmacológicos como psicoterapéuticos, debido en gran medida a que su problemática social más amplia no suele ser tratada, lo que contribuye al abandono precoz del tratamiento, o a la no realización adecuada del mismo. Es muy importante tratar de dilatar la relación terapéutica en el tiempo, sólo el contacto continuado con el paciente, nos va a permitir plantear a medio plazo la mejora en sus dificultades, proponiendo en ocasiones pautas de conducta, que le permitan establecer relaciones más positivas y adecuadas consigo mismo y con su entorno social, así como plantear objetivos dirigidos a conseguir abstinencia a medio o largo plazo. En los casos en que no sea posible contar con la colaboración del paciente en este sentido, solo podremos contar con otros recursos de Apoyo como son los Centros de Encuentro y Acogida los cuáles van a cubrir estas necesidades sociales básicas, sin otro planteamiento terapéutico más avanzado.

2. Área Socioeducativa y Laboral: A través de aspectos tan importantes como el nivel cultural y formativo - laboral de estos pacientes podremos conocer también su nivel de incorporación social. No olvidemos que dos de los indicadores que miden este aspecto son precisamente el empleo y la educación. Es importante conocer el nivel académico del paciente, así como la preparación adquirida a través de otro tipo de formación no reglada, la profesión desempeñada, etc... La información relativa a su situación laboral y expectativas tanto formativas como laborales son aspectos a trabajar en el tratamiento para la incorporación social del drogodependiente.

2. Blanca Molica M. El Diagnóstico Social en el tratamiento del drogodependiente. www.ianet.com

Utilizaremos programas como Red de Artesanos y Arquímedes dependiendo de las necesidades detectadas en este Área así como otros programas de orientación socio – laboral, orientados a conseguir estos objetivos.

3. Área Socio – Económica: Otro indicador de inclusión social es precisamente el nivel de renta. Este indicador generalmente suele ir relacionado con los anteriores, pero en el caso de los dependientes de heroína es bastante frecuente que nos encontremos con personas con niveles de renta altos procedentes de actividades ilícitas y de economía sumergida, que para nada tienen que ver con los cánones socialmente aceptados. Es bastante difícil trabajar la normalización social con personas con una escala de valores y ética diferente a lo socialmente aceptado, sobre todo porque las alternativas que se les ofrece desde el sistema terapéutico son poco atractivas y por supuesto menos rentables, además su proceso de socialización está muy arraigado en su estilo de vida actual, lo que imposibilita planteamientos de cambio. Generalmente esta inadecuada procedencia de los ingresos económicos, dificulta en gran medida tanto la rehabilitación del drogodependiente, así como su incorporación social.

4. Área de relaciones y de ocio: El área relacional en la vida del dependiente de heroína, sabemos que transcurre entre el lugar de compra del producto y el lugar de consumo, pasando por los lugares de búsqueda del dinero. Uno de los problemas que presentan los heroinómanos cuando abandonan el consumo y que son causa de muchas recaídas, es precisamente la carencia de relaciones sociales satisfactorias. Su vida transcurre entre la soledad y la familia, quien intenta cubrir este espacio de relación de manera insatisfactoria para el paciente. Es importante para la incorporación social del drogodependiente construir o recuperar esta faceta relacionada con el ocio y la cultura, donde además tendremos que trabajar la adquisición de habilidades sociales que les permitan aprender nuevas formas de relacionarse. Para ello suelen utilizarse programas socioeducativos de Centro de Día. El trabajo socioeducativo en los programas de Centro de Día es fundamental para conseguir estos objetivos. La construcción de itinerarios personalizados de incorporación social pasa en primer lugar por tener en consideración el nivel de socialización inicial que presenta el paciente, los recursos personales de que dispone y algo muy importante, las metas hacia donde quiere llegar. En este tipo de recursos se realizan entrenamientos que permiten conseguir una equiparación cultural, acceso a la formación profesional y el empleo y ocupación del ocio.

5. Área Judicial: Contamos con un número importante de dependientes de heroína con procesos judiciales iniciados y/o pendientes. Existen dos tipos de intervenciones:

- Una a petición del propio aparato judicial en casos de drogodependientes en libertad condicional, quien impone al paciente la prescripción de asistir a un Centro de Rehabilitación durante un tiempo determinado (a veces años) para confirmar periódicamente su abstinencia. La intervención social en estos casos, a parte de realizar controles toxicológicos periódicos e informar al juez/a de vigilancia penitenciaria de los resultados de los mismos, en un número importante de casos trabajamos la orientación formativa – laboral y aprovechamos su obligatoria asistencia al Centro para proponerles itinerarios personalizados de incorporación social, incluyéndolos en Programas de Orientación Sociolaboral, “Red de Artesanos” y “Arquímedes” o cualquier otro que favorezca estos objetivos y cubra sus necesidades.
- Otra situación es la que aparece en pacientes que están en tratamiento por iniciativa propia y que tienen procesos judiciales pendientes que le obligan a interrumpir su rehabilitación para ingresar en prisión. En estos casos son puestos en contacto con los Equipos de Apoyo en

Instituciones Penitenciarias para continuar su proceso de rehabilitación en el propio Centro Penitenciario, hasta que consiga el tercer grado penitenciario o la libertad.

Hemos mencionado anteriormente algunos de los Programas utilizados en el tratamiento Social del dependiente de opiáceos, ahora pasamos a incluir una breve descripción de estos, así como de algunos resultados interesantes.

El objetivo principal de la intervención social en el tratamiento de la dependencia a la heroína es conseguir ³la *incorporación social del drogodependiente, entendiendo ésta como el procedimiento por el cual el sujeto se enfrenta a la vida normalizada, poniendo en práctica los aprendizajes adquiridos en el proceso terapéutico, desde su propia óptica y asumiendo también sus propias decisiones. Su protagonismo en la toma de decisiones va a determinar un proceso que no va a ser igual para todos y donde el nivel de incorporación social a conseguir va a ser también diferente.*

⁴*Contemplamos por tanto diferentes modalidades de incorporación social, dependiendo de las posibilidades del usuario plantearemos objetivos de incorporación social a mínimos y otros de plena incorporación social.*

Podemos hablar de incorporación social de mínimos en aquellos casos que presenten graves dificultades sociales, como pueden ser procesos arraigados de marginación, y donde vamos a plantear intervenciones dirigidas a mejorar parcialmente estas situaciones de precariedad. Para ello disponemos de Centros de Encuentro y Acogida donde se van a coordinar actuaciones sociales y sanitarias con objeto de mejorar la calidad de vida del drogodependiente aceptando su consumo activo. Se trata de ofrecerles un lugar de descanso, aseo y comunicación que les posibilite el acceso a otros recursos socio – sanitarios y de servicios sociales, para cubrir necesidades básicas, de salud, higiene, alimentación, vestido,... Así como la posibilidad de disponer de un lugar para la reflexión donde profesionales le asesorarán y orientarán acerca de sus problemas diarios.

Son objetivos de plena incorporación social los que incluyen abstinencia en el consumo de heroína (aunque se utilicen tratamientos con metadona), conocimiento y aceptación de las normas de su entorno social, equiparación real al Grupo Normativo, lo que supondrá tener condiciones de vida mínimas, tener trabajo, recursos económicos, relaciones sociales satisfactorias, en definitiva conseguir un balance de la vida diaria más o menos positivo, que la haga sentirse miembro de la comunidad donde reside.

Para ello dispondremos de algunos programas que suelen utilizarse en estos casos.

Viviendas de Apoyo al Tratamiento

Partiendo de la importancia que supone para una persona el tener las necesidades básicas cubiertas, planteamos este recurso destinado a drogodependientes que viven en situaciones pre-

3. Matilde Bautista M. Blanca Molina M. Pautas en el Incorporación Social. Alternativas de Futuro. *“Prospectiva y Realidad de la Incorporación Social sobre drogodependencias en Andalucía”*. Consejería de Asuntos Sociales. Comisionado para la Droga.

4. Jaime Funes A. La Incorporación Social de las personas con problemas de drogas.

carias para que dispongan de un lugar de convivencia durante los inicios de su proceso terapéutico. Está destinado a drogodependientes que carecen de un entorno social/familiar adecuado que imposibilita plantear un programa libre de drogas precisamente por esa falta de apoyo externo. Su finalidad es albergar a estos drogodependientes y apoyarles en la desintoxicación y preparación para la incorporación a otros recursos, en la mayoría de los casos Comunidades Terapéuticas y Centros de Día.

No es un recurso destinado a cubrir necesidades básicas exclusivamente por lo que no está indicado en pacientes que no se incluyan en programas libres de drogas.

No suelen funcionar en este programa los pacientes cuyo único interés se basa en salir momentáneamente de situaciones de marginalidad, sin ningún otro objetivo terapéutico, no aceptan el cumplimiento de la normativa del recurso, provocando situaciones de inadaptación, conflictos con otros usuarios y profesionales, para abandonarlo en pocos días.

Suelen adaptarse a este recurso, aquellos pacientes que inician programas de tratamiento con metadona (desintoxicación y/o mantenimiento) cuyos objetivos a medio o largo plazo es abandonar el consumo de drogas e iniciar un nuevo estilo de vida.

Estos pacientes encuentran la oportunidad de iniciar un nuevo proceso de recuperación acorde con los objetivos marcados, consiguen abstinencia a la heroína y encuentran aquí un lugar de residencia con un ambiente normalizado, que les permite resituarse en una realidad que contribuye a su recuperación, acompañados en los momentos de crisis y con profesionales que colaboran en las necesidades del tratamiento.

Viviendas de Apoyo a la Reinserción

⁵Son unidades de alojamiento y convivencia ubicadas en edificios o zonas de viviendas normalizadas, destinadas a drogodependientes durante su proceso terapéutico. Están indicados para personas que carecen de un sistema de relaciones y de vinculación con el entorno familiar. Acogen a personas que previamente han logrado una estabilización en su proceso terapéutico, posibilitando su incorporación social a través de la normalización en la convivencia y la integración en la vida social de la comunidad.

Criterios de admisión

- Tener más de 18 años y acceder voluntariamente al tratamiento ofrecido en el recurso.
- Derivación a través de un Centro de Tratamiento Ambulatorio público o privado-concertado, programa de instituciones penitenciarias o Comunidad Terapéutica de la red de atención a las drogodependencias del Plan Andaluz sobre drogodependencias y adicciones.

5. Programa de intervención en viviendas de apoyo a la reinserción en Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales. Junta de Andalucía.

- Se acogen a pacientes dependientes de opiáceos y otras sustancias psicoactivas, además de ludópatas, es imprescindible que se encuentren abstinentes o en programas de tratamiento con metadona.

Criterios de exclusión

- Presentar enfermedades orgánicas, minusvalías físicas que imposibiliten su autonomía, o trastornos psíquicos en fase aguda que dificulten la convivencia.
- Salir con alta disciplinaria o voluntaria del Centro que deriva a este recurso.

Objetivos

- Normalizar la convivencia en un espacio más cercano a la realidad psicosocial del individuo.
- Aprender a manejar las técnicas necesarias para un mejor desenvolvimiento en el medio social: higiene, hhss, manejo del dinero, realización de compras y realización de tareas domésticas.
- Aprender a usar el ocio dentro de un ambiente normalizado.
- Realizar tareas formativas en el ámbito académico y/o laboral.

Áreas de intervención

- Convivencia personal y social.
- Ocio
- Área formativa y/o laboral.

Procedimiento de ingreso y estancia

El ingreso se realiza exclusivamente a través de los Centros de Tratamiento Ambulatorio, Comunidades Terapéuticas, y Equipos de los Programas en Instituciones Penitenciarias, enviando un protocolo de derivación, incluyendo los resultados de analíticas recientes (3 meses de antigüedad máximo) a la Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias (FADA) donde se establece una lista de espera única con los protocolos recibidos, encargándose de establecer el turno de ingreso, y poniéndose en contacto tanto con los Centros derivadores como con las VAR.

La estancia en estos Centros no debe sobrepasar los nueve meses, durante este tiempo los usuarios tienen cubiertas todas las necesidades de alimentación, aloja-

miento y aseo, favoreciendo el trabajo para su incorporación social a los niveles antes mencionados.

La utilización de estos recursos es compatible con los programas de mantenimiento con metadona, con los de naltrexona y con los de interdictores de alcohol, ya que éstos últimos suelen prescribirse con relativa frecuencia a los pacientes que se encuentran en estos recursos. El paciente inicia un estilo de vida acorde con el entorno, donde el consumo de alcohol es una constante, que a veces dificulta su proceso de adaptación creando problemas diversos. Los pacientes que presentan trastornos de personalidad son los que presentan mayor adherencia al recurso, ya que encuentran un ambiente organizado donde se sienten seguros. Observamos que, aquellos pacientes que no carecen de total apoyo familiar y que cuentan con la posibilidad de volver al entorno familiar anterior, suelen dejar el recurso con anterioridad al cumplimiento de los objetivos marcados.

No podemos dejar de señalar la importancia de este recurso, en el proceso de incorporación social de los pacientes dependientes de heroína que cuentan con un entorno social y/o de convivencia adverso o desfavorable para su recuperación, aunque actualmente y debido al deterioro que presentan las personas dependientes de heroína y otros opiáceos que se encuentran en tratamiento en nuestros recursos, es difícil conseguir todos los objetivos planteados.

■ 5.2.PROGRAMAS DE INCORPORACIÓN LABORAL

Red de Artesanos

El abandono precoz de los estudios y el paréntesis que en su vida supone la época de consumo, son factores que contribuyen a una baja cualificación profesional dificultando el acceso al mercado laboral.

El objetivo primordial de este programa es promocionar la incorporación laboral de los drogodependientes que se encuentran en tratamiento de rehabilitación, que carezcan de una formación profesional adecuada y de los recursos que les capaciten para el desarrollo de una actividad laboral, facilitándoles el aprendizaje de una actividad laboral en una empresa.

Criterios de admisión

- Tener 18 años
- Estar en tratamiento en cualquier recurso del Plan Andaluz sobre drogodependencias y adicciones.
- Carecer de recursos económicos que le permitan subsistir de forma autónoma y de la capacitación profesional adecuada.

Condiciones de programa

Durante 18 meses y cobrando una beca de 350 euros mensuales que financia la Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía, el participante asistirá de forma continuada a un taller o empresa pública o privada para aprender una actividad laboral. Los empresarios obtendrán

por su colaboración una gratificación de 60 euros mensuales, en caso de renuncia a esta gratificación se sumará a la del aprendiz, ascendiendo la cuantía de la beca a 410 euros.

La jornada laboral será de 30 horas semanales, la participación en este programa no implica vinculación laboral con la empresa. El participante dispone de una póliza de seguro que cubre asistencia sanitaria en caso de accidente laboral.

Este programa permite la asistencia del paciente a las sesiones terapéuticas en su centro de referencia, lo que posibilita la continuidad en su tratamiento de rehabilitación, así como el análisis y tratamiento de las dificultades que aparecen en esta nueva esfera laboral.

Es compatible con programas de mantenimiento con agonistas opiáceos, actualmente la mayoría de los participantes están incluidos en programas de tratamiento con metadona. Hemos observado como los pacientes que se encuentran en tratamiento con este opiáceo, obtienen una mayor adherencia al programa y mejores resultados, que los que se encuentran en programas libres de drogas. Suelen presentar menos abandonos y/o expulsiones del programa al producirse menos recaídas durante el mismo. Los pacientes que presentan patología dual son los que más dificultades de adaptación-integración plantean en las empresas y los que suelen abandonar o ser expulsados del programa porque no integran en su estilo de vida las responsabilidades que deben asumir durante el mismo, responsabilizando a otros de su incapacidad de adaptación.

Suelen funcionar muy bien en este Programa las personas jóvenes sin experiencia laboral previa, que no tienen cargas familiares y conviven con su familia de origen, así como los que conviven en recursos como las viviendas de apoyo a la reinserción.

Una de las ventajas de este programa, es que obliga al paciente, a la continuidad en la relación terapéutica durante su estancia en el mismo, lo que posibilita el trabajo de las dificultades propias de esta nueva etapa.

Los pacientes participantes en el estudio evaluativo realizado en el año 2000 por la Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía, manifestaron que las escasas dificultades presentadas a lo largo del programa tenían relación mayoritariamente, con su mala situación económica (la cuantía de la beca era deficitaria), y con la familia, más que con el aprendizaje y adaptación a la nueva situación. Planteaban que fundamentalmente han permanecido en el programa el tiempo estipulado, porque necesitaban el dinero, querían aprender un oficio y les ayudaba a estar alejados de su entorno. En general las relaciones con las personas del entorno laboral son positivas; el nivel de satisfacción con el oficio aprendido es alto; prácticamente la totalidad están abstinentes y no han presentado recaídas a lo largo del programa.

La valoración personal de su situación con relación a como se encontraban antes de comenzar el programa es muy positiva porque: se produce una mejora en el ámbito personal, familiar y social. Realizar una actividad laboral y tener recursos económicos propios supone una mayor autovaloración y aceptación social, además más de la mitad de los usuarios del programa, en torno a los seis meses de su finalización se encontraban trabajando.

Programa Arquímedes

Se trata de un programa dirigido al fomento del empleo en personas con problemas de drogodependencias y juego patológico.

Para ello la Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía a través de la Orden 11 de septiembre de 2000, modificada por la Orden 26 de abril de 2001 y 3 de julio de 2003, propone una serie de ayudas económicas a empresas tanto públicas como privadas que contraten a personas que se encuentran en tratamiento por su adicción a drogas o ludopatías.

Este programa lleva en marcha poco tiempo, sin embargo los resultados son positivos ⁶el 87'5% de los pacientes que utilizan este programa durante el año 2001 finalizan el mismo, y el 41'6% encuentran un trabajo posterior al dejar el programa. Un poco más de la mitad de los participantes se encuentran en programa de tratamiento con metadona, situación que no les impide cumplir con su trabajo.

Programa de Incorporación Socio-laboral

No siempre se utilizan programas específicos para drogodependientes para conseguir su incorporación laboral. La comunidad autónoma de Andalucía dispone de recursos generales destinados a todos los ciudadanos con dificultades de acceso al mercado de trabajo. Los programas de Andalucía Orienta se ven complementados con la Orden de 22 de enero de 2004, de la Consejería de Empleo, que incluye el diseño de itinerarios de inserción laboral para desempleados con dificultades de acceso al empleo, y potencia la participación de empresas en este proceso presentando una serie de medidas que fomenten las contrataciones para estos colectivos, donde incluimos a los drogodependientes.

⁷Según el estudio realizado el pasado año en el Centro Provincial de Drogodependencias de Granada el 56% de los usuarios que utilizaron estos programas de Orientación Sociolaboral tenían una edad de entre 31 y 40 años, y el 14% entre 41 y 45 años. En el 68% de los casos la droga problema era heroína y mezcla de heroína y cocaína, el 74% de los pacientes tenían una profesión más o menos cualificada y el 96% se encontraban en situación de desempleo con experiencia laboral anterior, el 44% habían trabajado con anterioridad entre 5 y más de 11 años. Tan sólo el 10% se encontraban en una situación que podíamos considerar como de carácter marginal. Planteamos aquí estos datos que pueden ser clarificadores a la hora de entender algunas de las dificultades que surgen al plantear la incorporación social de este colectivo. A la elevada edad, también podemos añadir el alto índice de trastornos de personalidad que presentan los dependientes de opiáceos. ⁸*“El drogodependiente con trastorno de la personalidad tiene, en comparación con otras personas, más dificultad para adaptarse al empleo y sacar provecho de los programas de incorporación sociolaboral. Dicha dificultad tiene que ver especialmente con la interacción social necesaria*

6. Evaluación Programa Arquímedes. C.P.D. Granada. 2001

7. Perfil social del drogodependiente en tratamiento en el CPD de Granada. Granada 2003.

8 J,Miguel Martínez G. Humberto Trujillo M. Tratamiento del drogodependiente con trastornos de la personalidad. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid 2003.

en todo proceso de incorporación al mercado de trabajo, ya que ha de relacionarse y convivir con otras personas, asumir riesgos y responsabilidades que este tipo de pacientes no están dispuestos a asumir sin plantear dificultades”.

■ 5.3. PROGRAMAS SOCIOEDUCATIVOS

Centros de Día

“El Centro de Día es un espacio terapéutico en el que se realizan intervenciones socioeducativas en régimen abierto, complementarias a los programas asistenciales, encaminadas a favorecer la incorporación social de personas con problemas de drogodependencias y adicciones en proceso de tratamiento”.

El trabajo que se plantean en el Centro de Día va encaminado a conseguir la incorporación social de las personas con problemas de drogodependencias y adicciones. La metodología utilizada es tanto individual como grupal, proponiendo diferentes itinerarios según el nivel de incorporación a conseguir con los usuarios. En cada nivel se abordan diferentes áreas y objetivos, englobando diferentes actividades que el usuario desarrollará a lo largo del tratamiento. Estos son los niveles de Incorporación Social que se proponen:

1. Incorporación Social a mínimos.
2. Incorporación Social básica.
3. Incorporación Social global.

En el primer nivel se contemplan actuaciones dirigidas a consumidores en activo que faciliten la reducción de daños.

El segundo nivel se dirige a drogodependientes con capacidad para mantener una mínima abstinencia, que presentan consumos esporádicos y que necesitan del aprendizaje de habilidades y estrategias en un contexto normalizado para desenvolverse en este otro estilo de vida.

La intervención en el tercer nivel va dirigida a usuarios con un estilo de vida más normalizado pero que presentan dificultades en áreas concretas como podría ser el área de ocio, el área laboral o formativa para conseguir su incorporación social y necesitan de aprendizajes y entrenamientos específicos.

Este programa por su flexibilidad puede ser utilizado en cualquier fase del tratamiento, pudiendo llegar a cualquier perfil de drogodependiente. Sin embargo la realidad ha sido otra, quizás por falta de conocimiento de este programa por otros profesionales, se ha contado poco con la posibilidad de complementar otras actuaciones médicas o psicológicas con intervenciones socioeducativas, lo que ha dado lugar a pensar en no pocas ocasiones que este recurso no era efectivo.

DIAGNÓSTICO SOCIAL EN DROGODEPENDENCIA

ÁREAS DE EVALUACIÓN	INDICADORES SOCIALES	INDICADORES DEFICITARIOS O MUY DEFICITARIOS	INTERVENCIONES POSIBLES	RECURSOS Y/O PROGRAMAS A UTILIZAR
Familiar y Convivencia	<ol style="list-style-type: none"> Convivencia familiar satisfactoria. Convivencia familiar propia y/o pareja satisfactoria. Relaciones familiares adecuadas. Lugar de convivencia adecuado a las necesidades del grupo familiar y/o del sujeto. Adecuada situación social familiar de origen. Adecuada situación social del afectado/a. 	<ol style="list-style-type: none"> Persona sola sin relaciones familiares./ Conductas autoritarias./ Expulsión del hogar o abandono./ Rechazo afectivo./ Maltrato físico y/o emocional./ Carencia de cuidados básicos./ Ausencia de autoridad./ Abandono de responsabilidades familiares. Discusiones frecuentes./ Falta de respeto. Se han roto relaciones. Ausencias de la figura de autoridad./ Padres dismisionarios./ Incomunicación. Se desatiende el cuidado de menores. Inadecuado por falta de espacio y/o servicios. Desorganización y descuido general. Falta de higiene y enseres. Situado en zona marginal Precariedad económica y/o cultural. Conflictividad social. Delincuencia. Enfermedad grave. Apoyo de otras Instituciones. No participación en actividades vecinales. Rechazado por la comunidad. Rechazo vecinal. Relaciones soci 	<ol style="list-style-type: none"> Apoyo personal. Asesoramiento en la búsqueda de recursos de primera necesidad. Orientación y/o trabajo familiar (derivación a terapeuta de familia). Trabajo con la familia y/o con la pareja (derivación a terapeuta de familia). Coordinación con Servicios Sociales Comunitarios y el Servicio de Menores. Orientación y apoyo familiar. Coordinación y derivación a Servicios Sociales Comunitarios. Coordinación con otras instituciones implicadas. Preparación para el ingreso y derivación a recursos en régimen de internamiento. Trabajo socioeducativo para la resocialización. 	<ol style="list-style-type: none"> Centros de Encuentro y Acogida. Comedores Sociales. Centros de Acogida para marginados sin hogar. Vivienda de apoyo al tratamiento. Programas de Terapia Familiar. Centros de Servicios Sociales Comunitarios. Programas de apoyo a la infancia. Centros de Servicios Sociales Comunitarios. Programas de apoyo a las familias. Vivienda de apoyo al tratamiento. Centros de Día. Comunidades Terapéuticas. Centros de Día. Comunidades Terapéuticas.

<p>Socioeducativa y Laboral</p>	<p>6. Existencia de otros consumidores de drogas en la familia y/ enfermedades mentales crónicas.</p>	<p>ales con consumidores. Actividades delictivas. Inadaptación social. Transeúnte./ Marginado sin hogar. Existencia de patología dual. La familia no colabora en su tratamiento.</p> <p>6. Alcoholismo y/o otras drogodependencias en la familia de origen y/o propia. Tráfico de drogas. Trastornos mentales crónicos.</p>	<p>Coordinación con recursos socioeducativos. Trabajo en estrecha colaboración con psicólogo/a equipo de drogodependencias. Coordinación con otros recursos de salud y salud mental.</p> <p>6. Oferta de tratamiento para otros miembros de la familia. Alejamiento temporal del paciente del núcleo de convivencia.</p>	<p>Dispositivos de Salud Mental. Centros de Encuentro y Acogida. Comedores sociales. ONGs.</p> <p>6. Comunidades Terapéuticas. Viviendas de Apoyo a la Reinserción. Socioeducativa y Laboral</p>
<p>Socioeducativa y Laboral</p>	<p>1. Nivel de estudios finalizados. Interés en continuar formación Académica y/o Profesional.</p> <p>2. Profesión. Situación Laboral. Características del puesto de trabajo. Interés en promoción laboral.</p> <p>3. Algunos Indicadores de Patología Dual que con frecuencia inciden en el ámbito laboral.</p>	<p>1. Sin formación académica. Enseñanza Primaria. No ha terminado estudios de enseñanza Secundaria. Graduado en ESO.</p> <p>2. Carece de oficio y/o profesión. Desempleo. Desempleado que nunca ha trabajado. Tiene formación adecuada pero no empleo. No tiene cualificación profesional. Dificultades de inserción laboral por motivos de salud. Dificultades de adaptación al empleo. Actividades ilícitas o de empleo sumergido. Ocupación por cuenta ajena sin contrato. Discriminación salarial. Presencia de patología dual.</p> <p>3. Recaídas en el consumo de drogas al iniciar actividad laboral. Búsqueda constante de excusas para faltar al trabajo. Dificultades en la ejecución de la tarea (ausencias, lentitud en el aprendizaje), quejas autoexculpandose,</p>	<p>1. Trabajar equiparación cultural.</p> <p>2. Orientación laboral. Entrenamiento en habilidades para el empleo. Acompañamiento en la formación y/o búsqueda de empleo. Coordinación con recursos sociolaborales de Salud Mental.</p> <p>3. Trabajo en estrecha colaboración con psicólogo/a equipo de drogodependencias. Coordinación con recursos sociolaborales de Salud Mental.</p>	<p>1. Educación de Adultos y/o otros Programas Educativos Generales.</p> <p>2 Centros de Día..Programas de Orientación Sociolaboral. Cursos de Formación Profesional Ocupacional. Programa Red de Artesanos. Programa Arquímades. Centros especiales de Empleo. Empresas de Reinserción.</p> <p>3. Utilización de recursos y empresas propias de salud mental utilizando los programas: Red de Artesanos, Arquímades en Centros especiales de Empleo y Empresas de Reinserción.</p>

		miedos no expresados, sentimientos de explotación, falta de iniciativa, inseguridad. Conflictos con los compañeros. Estados ansiosos. Cansancio físico no justificado,			
Socioeconómica	1. Nivel de ingresos. Fuente de ingresos. Adecuación a necesidades individuales y/o familiares. Organización económica.	1. No dispone de ingresos económicos mínimos. Ayuda de la familia de origen. Pensión no contributiva. Salario Social. Mendicidad. Ingresos procedentes de actividades ilícitas.	1. Valoración de la situación. Estudiar posibilidades de intervención a través de redes de apoyo cercanas y/o de otros recursos y programas sociales.	1. Programas de intervención con familias en Servicios Sociales Comunitarios y otras entidades. Programa Solidaridad de los Andaluces. Programas de Emergencia Social. Programas específicos "Red de Artesanos" y "Arquimedes".	
Relaciones y Ocio	1. Grupo de relaciones. Aficiones. Diversión. Aceptación social y/o grupal.	1. No tiene relaciones sociales. Sólo se relaciona con otros consumidores. Solo se relaciona con familiares. No es aceptado por el Grupo Normativo. Enfermedad con estigma. Deterioro físico y/o psíquico importante. No tiene aficiones. Desconoce normas sociales básicas.	1. Valoración y análisis de la situación con el/la usuario/a. Motivación para el cambio. Acompañamiento en la puesta en práctica de nuevas estrategias. Entrenamiento en habilidades sociales y culturales.	1. Programas socioeducativos de Centro de Día.	
Judicial	1. Sin problemas judiciales.	1. Libertad condicional. Juicios pendientes. Ha pasado muchos años en prisión. Aspecto y actitudes carcelarias.	1. Coordinación Sistema Judicial. Asesoramiento legal/derivación a profesional. Entrenamiento en habilidades sociales.	1. Programa de Asesoramiento jurídico. Centro de Día.	

■ 5.4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Ander-Egg Ezequiel y Aguilar Idáñez M^º José. Diagnóstico social: Conceptos y metodología. Ed. Instituto de ciencias sociales aplicada (ICSA) Buenos Aires.
- Bautista M. M.; Molina M. B. Pautas en la Incorporación Social. Alternativas de futuro. Prospectiva y realidad de la Incorporación social sobre drogodependencias en Andalucía. Consejería de asuntos sociales. Comisionado para la droga. Junta de Andalucía.
- Evaluación del Programa Red de Artesanos. 2000. Consejería de Asuntos Sociales. Comisionado para las drogodependencias. Junta de Andalucía.
- Evaluación del Programa Arquímedes en el Centro Provincial de Drogodependencias de Granada 2001. Documento inédito.
- Martín, M; Miranda, F. Y Vegas A. (1996) Manual de indicadores para el diagnóstico social. Edita el Colegio Oficial de diplomados en T.Social y Asistentes Sociales de la Comunidad Autónoma Vasca.
- Martínez G. J.M. y Trujillo M. H. Tratamiento del drogodependiente con trastornos de la personalidad. Editorial Biblioteca Nueva S.L. Madrid 2003.
- Molina M. B. Realidades y necesidades de la inserción social. 1^ª Jornadas de Recursos Públicos en Drogodependencias. "De la formación a la intervención". Junta de Andalucía, Universidad de Granada, Diputación Provincial de Granada.
- Molina M. B. El diagnóstico social en el tratamiento del drogodependiente. www.ieanet.com
- Páez, G. (1987) Trabajando con familias. Modelo opertivo. Trabajo inédito. Documento del Comité Español para el Bienestar Social. Madrid. Febrero 1987, Cap. Sobre la Investigación diagnóstica participativa.
- Pérez de Ayala, E (1999). Trabajando con familias. Teoría y práctica. Ed. Libros Certeza y Consejo General. Cap. 4 Interpretación diagnóstica; pág. 116-119.
- Perfil social del drogodependiente que accede a los programas de orientación sociolaboral en el Centro Provincial de Drogodependencias de Granada 2003.
- Programa de Tratamiento con Metadona Manual Clínico. Consejería de Asuntos Sociales. Comisionado para las drogodependencias. Junta de Andalucía.
- Programa de Intervención en viviendas de apoyo a la Reinserción en Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales. Junta de Andalucía.
- Programa de intervención en Centro de Día en Andalucía (Borrador). Consejería de Asuntos Sociales. Junta de Andalucía.
- Richmond Mary E. El caso social individual. El diagnóstico social textos seleccionados. TALASA Ediciones S.L.

**Autores: Manuel Martínez Delgado
Juan Ramírez López
Blanca Molina Molina
Francisco Araque Serrano**

6. PRESENTACIONES ESPECIALES

■ 6.1. PATOLOGÍA DUAL

6.1.1. CONCEPTOS

Dentro de la presente guía se recogerán de manera muy somera las particularidades que la presencia de patología dual incorpora al abordaje de los problemas derivados del consumo de opiáceos.

Entenderemos la Patología Dual como: “Coexistencia de problemas de abuso/dependencia de opiáceos y otros diagnósticos psiquiátricos” sin consideraciones sobre los aspectos de causalidad.

6.1.2. PRINCIPALES CONSECUENCIAS:

- Enormes dificultades diagnósticas.
- Incremento de los ingresos hospitalarios.
- Aumento en la frecuentación de servicios.
- Gran inestabilidad familiar.
- Mayor marginación social.
- Aumento de la agresividad y violencia.
- Mayor ideación suicida.
- Dificulta el cumplimiento terapéutico.
- Disminuye las respuestas al tratamiento.
- Empeora la accesibilidad a los recursos.

6.1.3. RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS GENERALES:

- Ideal los programas especiales integrados.
- Tratar adecuadamente las manifestaciones clínicas.
- Evaluar los patrones de consumo y observar en abstinencia.
- Diagnóstico de trastorno psiquiátrico independiente si los síntomas se repiten tras períodos significativos de abstinencia.
- Programas amplios de integración psicosocial.

6.1.4. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN CONJUNTA ENTRE EQUIPOS DE SALUD MENTAL DE DISTRITO Y CENTROS DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DE DROGODEPENDENCIAS.

Las áreas generales de actuación que se contemplan en este protocolo vienen referidas al abordaje de los problemas generados por la patología dual, así como a la orientación de usuarios e itinerarios terapéuticos y los criterios generales de intervención.

A. MODELOS TERAPÉUTICOS

En la línea de dar una respuesta asistencial a los trastornos duales, se han intentado desarrollar diferentes programas terapéuticos ajustados a los mismos. Desde una perspectiva recopilatoria, pueden apuntarse tres modelos terapéuticos básicos que se han utilizado para su tratamiento:

Tratamiento Secuencial

Es históricamente el utilizado con más frecuencia. En este modelo el paciente es tratado primero en un sistema o red de tratamiento (Salud Mental o Drogodependencias) y posteriormente por el otro. El orden de los tratamientos puede depender de distintas variables: preferencia del clínico, magnitud de los trastornos, primacía en el tiempo y/o en la causalidad, etc. Frecuentemente se antepone una estabilización del caso por parte de una de las dos redes para iniciar un tratamiento en la segunda.

El tratamiento secuencial consigue al menos la implicación de las dos redes; es doble por tanto, pero no se trata de un tratamiento simultáneo ni integrado.

Tratamiento Paralelo

Se trata del proceso terapéutico que puede incluir al paciente a la vez en programas o recursos de tratamiento de Salud Mental y de Drogodependencias. Al igual que en la modalidad anterior, se utilizan recursos terapéuticos existentes en ambas redes, aunque con mayor coincidencia en el tiempo. Sin embargo el grado de coordinación entre ambos tratamientos es variable y, muchas veces, insuficiente. Se trata de un tratamiento doble y más simultáneo en el tiempo pero que no cuenta con una coordinación garantizada.

Tratamiento Integrado

Supone el diseño y aplicación de un único tratamiento para la doble patología. Este modelo combina estrategias terapéuticas dirigidas tanto al trastorno mental como al adictivo, y en circunstancias óptimas se aplica desde un único equipo terapéutico con la suficiente competencia para abordar integralmente estos casos. Supondría un tratamiento doble, en unas condiciones de simultaneidad y coordinación óptimas.

Aunque los estudios sobre tratamientos integrados no han evaluado largos períodos de tiempo, la mayor parte de los autores y profesionales se muestran partidarios del mismo. Es obvio que el tratamiento de primera elección para un caso de patología dual es el integrado y por parte de un

equipo terapéutico; pero dada la existencia de dos redes asistenciales implicadas en el problema, el objetivo a conseguir será el de tratamientos en paralelo con una óptima coordinación que permita una planificación y aplicación organizada de estos tratamientos.

B. CRITERIOS GENERALES

Como norma general, aquellos casos que claramente no sean competencia de una red determinada, serán derivados a la red correspondiente.

Para el abordaje de los problemas derivados de la patología dual, deben contemplarse los siguientes criterios generales:

1. La comorbilidad debe ser esperada y no es una excepción sino un elemento habitual en la clínica de ambos trastornos. Los programas deben estar preparados para detectarla y abordarla precoz y adecuadamente.
2. Ambos trastornos deben ser considerados primarios cuando coexisten. Cada uno de ellos requiere valoración, diagnóstico y tratamiento específico y apropiadamente intensivos. La consideración de que uno de los dos trastornos es secundario, aún cuando ello sea evidente, no deberá llevar a minimizarlo o ignorarlo en ningún caso, y se establecerá una respuesta adecuada a su severidad del mismo modo que si fuera primario.
3. La valoración para ambos trastornos debe comenzar tan pronto como sea posible, sin la incorporación de innecesarios periodos de espera o abstinencia, y sin exigir la estabilización psiquiátrica.
4. Los criterios de admisión no deben estar diseñados para impedir a los consumidores recibir servicios, sino más bien para promover la aceptación de consumidores en todos los niveles de motivación y preparación y con cualquier combinación de trastornos comórbidos.
5. Las adicciones y los trastornos mentales severos son crónicos y recidivantes, y deben ser abordados desde una perspectiva longitudinal en la que se da el máximo valor a las relaciones continuadas con el equipo, independientemente de la participación en programas específicos.
6. El tratamiento de trastornos comórbidos complejos debe ser aplicado por profesionales con experiencia en ambos tipos de trastornos. Los casos graves que no puedan tener un tratamiento integrado deberán ser tratados en paralelo por ambas redes.
7. Los casos que reciban tratamiento en ambas redes deberán ser objeto de un plan terapéutico conjunto elaborado en sesiones clínicas o mediante interconsultas escritas o telefónicas. En estos casos se designará un terapeuta de referencia de alguna de las redes, que deberá coordinar las distintas intervenciones terapéuticas.
8. La comunicación entre profesionales de las dos redes que comparten el seguimiento de pacientes debe ser fluida y permanente con independencia de los espacios y mecanismos

formales de coordinación. Es necesario evitar que la tarea de integrar los mensajes de ambas redes recaiga sobre el paciente.

C. TIPOLOGÍA DE TRASTORNOS Y CRITERIOS DE ATENCIÓN

Para una mejor definición de los trastornos duales, utilizaremos la tipología dimensional desarrollada por Richard Ries, basada en la severidad y curso del trastorno psiquiátrico, clasificándolos en las siguientes categorías:

I. QUÍMICA COMPLICADA (LEVE PSICOPATOLOGÍA DEPENDENCIA GRAVE)

Esta categoría incluye a aquellos pacientes con trastorno por dependencia que además presentan trastornos psiquiátricos poco severos y no persistentes.

En este apartado se encuentran los trastornos psiquiátricos inducidos y exacerbados por consumo de sustancias e incluye, los trastornos por ansiedad, ataques de pánico, depresión o hipomanía, psicosis o confusión, trastorno por estrés postraumático, tentativa de suicidio, síntomas ligados a la desaparición o prescripción de medicamentos y trastornos de personalidad.

II. ENFERMO MENTAL ABUSADOR DE SUSTANCIA (GRAVE PSICOPATOLOGÍA, DEPENDENCIA LEVE)

Esta categoría incluye esquizofrenia, trastorno afectivo mayor con psicosis y trastorno por estrés postraumático severo.

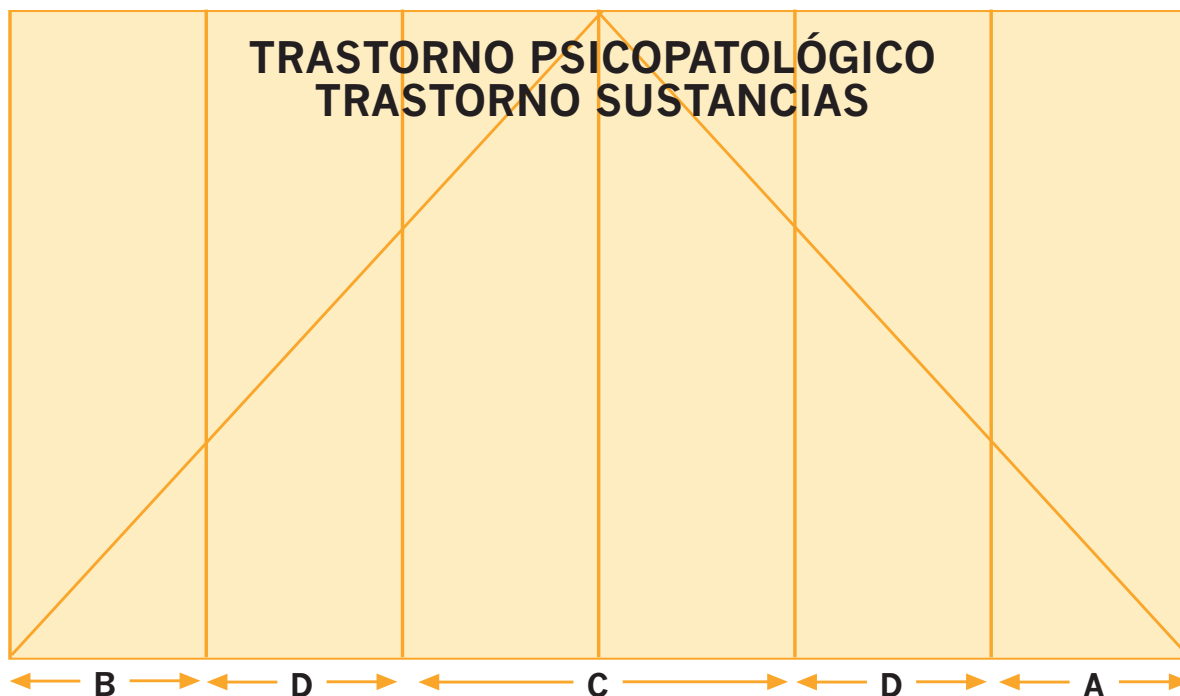
El paciente puede tener o no conciencia de problema acerca del uso de sustancia.

III. ENFERMO MENTAL DEPENDIENTE DE SUSTANCIAS (GRAVE PSICOPATOLOGÍA, GRAVE DEPENDENCIA)

Esta categoría incluye enfermos con trastornos psicopatológicos similares a la categoría B) y adictivos graves. Requieren tratamiento específico para ambos trastornos y debe incluir la abstinencia, la cual mejoraría el trastorno psiquiátrico.

IV. ABUSO DE SUSTANCIAS Y LIGERA PSICOPATOLOGÍA (PSICOPATOLOGÍA LEVE, DEPENDENCIA LEVE)

Incluye a pacientes en tratamiento ambulatorio y que presentan una combinación de síntomas de la esfera depresiva y/o conflictos familiares, junto con trastornos por abuso o dependencia no severos.



En la anterior presentación se establecen las cuatro tipologías de Ries, asignándoles la distinta severidad del trastorno.

Partiendo de la base de que el correcto tratamiento de ambas patologías es lo que más puede mejorar el pronóstico de cada una de ellas cuando se dan juntas (8), y teniendo en cuenta que la severidad de los problemas clínicos es inversamente proporcional a su frecuencia, hay que asegurar antes que nada un abordaje adecuado de los casos comunes (Tipologías A, B y D), que son la mayoría y que tienen una severidad media o baja. Los casos extremos, de gran severidad (Tipología C), son menos frecuentes, y aunque sin duda deben ser objeto de una atención apropiada, no pueden ser los que configuren la norma ni absorber nuestra atención hasta el punto de ignorar a todos los demás. Muchos de estos casos extremos, por su gravedad o por su excesivo e inadecuado uso de los dispositivos tienden a ser considerados el objetivo prioritario de cualquier actuación que se promueva, y ello puede distraer la atención y distorsionar la visión del conjunto del problema.

Parece necesario, por tanto, realizar un encaje de las citadas tipologías en las diferentes redes de atención, de tal manera que una primera aproximación nos llevaría a la siguiente asignación de casos:

- I TIPOLOGÍA D → ATENCIÓN PRIMARIA
- I TIPOLOGÍA A → RED DE DROGODEPENDENCIAS
- I TIPOLOGÍA B → RED DE SALUD MENTAL
- I TIPOLOGÍA C → AMBAS REDES

D. CIRCUÍTO TERAPÉUTICO

En Andalucía, al igual que en otras Comunidades Autónomas, partimos de la existencia de dos redes de tratamiento, Salud Mental y Drogodependencias, que acusan normalmente una falta de coordinación e integración de sus recursos en la atención de pacientes con patología dual. Ambas redes suelen funcionar en la mayoría de las ocasiones con insuficiente coordinación y adolecen de criterios consensuados de tratamiento de estos trastornos.

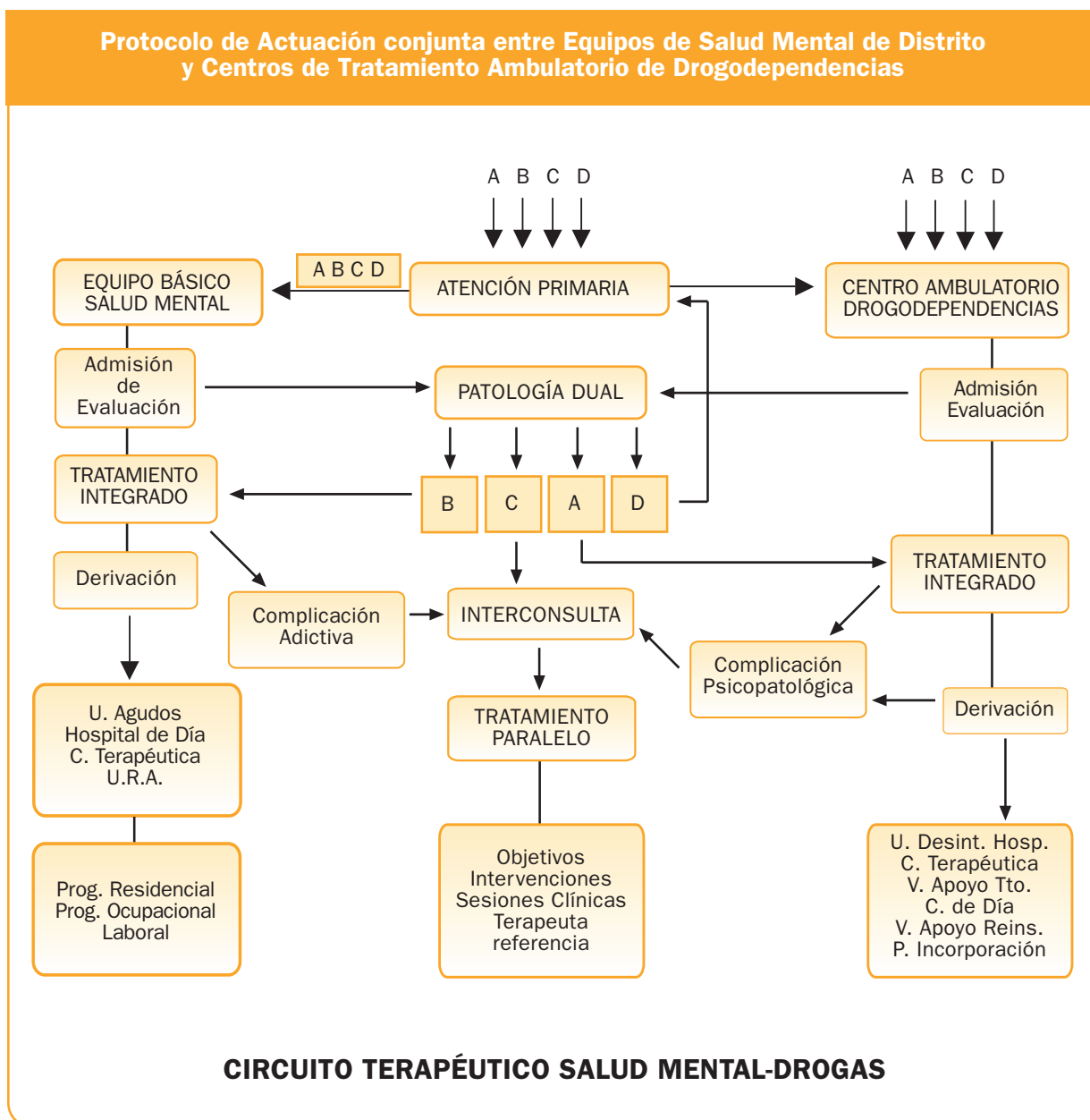
Por otro lado, ya se ha referido que el tratamiento más adecuado de la patología dual es el de tipo integrado. Existen varias vías para conseguir esta integralidad, la ideal sería crear equipos especializados en este tipo de trastornos con aptitudes suficientes en el campo de la Salud Mental y en el de las Drogodependencias. Pero aplicando un enfoque pragmático y de optimización de los recursos con los que se cuenta, se puede proponer un modelo de intervención coordinada entre las dos redes.

Tanto Salud Mental como Drogodependencias tienen unas características estructurales que les son definitorias; pero también existen una serie de caracteres funcionales y técnicos que les son comunes y pueden facilitar la coordinación. Muestras de los mismos pueden ser:

- Utilización del Modelo Biopsicosocial.
- Presencia de equipos interdisciplinarios.
- Contemplación de distintos niveles asistenciales.
- Amplia variedad de encuadres y tipos de programas terapéuticos.
- Recursos asistenciales variados integrados en una red pública.
- Utilización de la figura del terapeuta de referencia.
- Apoyo en recursos asociativos o de autoayuda complementarios.
- Importancia para el proceso de tratamiento de la inserción social.

Con esta perspectiva, es posible crear espacios intermedios entre las dos redes, desde la voluntad e implicación de las mismas, dedicados al abordaje de esa intersección real que existe entre el campo de la Salud Mental y el de las Adicciones. Por ello, se propone el siguiente Circuito Terapéutico que regule los flujos de usuarios, las competencias de ambas redes y el modelo terapéutico más adecuado en cada una de las intervenciones.

Protocolo de Actuación conjunta entre Equipos de Salud Mental de Distrito y Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias



CIRCUITO TERAPÉUTICO SALUD MENTAL-DROGAS

Según este esquema funcional, pacientes pertenecientes a las cuatro posibles tipologías podrán demandar atención tanto en Atención Primaria como en drogodependencias. En el primer caso, serán derivados al Equipo de Salud Mental correspondiente, el cual hará una evaluación y diagnóstico del caso.

Si se diagnostica la presencia de patología dual, habrá que hacer una primera clasificación de la tipología según Ries, contemplándose las siguientes situaciones:

I. Diagnóstico de Tipología A: En estos casos, el usuario se derivará al Centro de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias correspondiente, mediante Protocolo de Interconsulta.

II. Diagnóstico de Tipología D: El usuario se derivará a Atención Primaria.

III. Diagnóstico de Tipología B: El usuario será asumido por el Equipo de Salud Mental e iniciará tratamiento en el mismo.

IV. Diagnóstico de Tipología C: En este caso, se remitirá Protocolo de Interconsulta al Centro de Drogodependencias correspondiente, estableciéndose contacto inmediato entre los técnicos de referencia de ambos dispositivos, de cara a diseñar objetivos e intervenciones a seguir dentro de un modelo de tratamiento paralelo que incluirá sesiones clínicas de revisión del caso.

Si la demanda se produce directamente en el Centro de Drogodependencias, se realizará diagnóstico y adscripción de tipología, actuándose posteriormente como en la situación anteriormente citada.

Si durante el proceso de tratamiento se produjera alguna incidencia o complicación adictiva o psicopatológica, se habilitará el procedimiento de interconsulta.

6.1.5. RELACIONES ENTRE EL CONSUMO DE OPIÁCEOS Y OTROS TRASTORNOS MENTALES

a. Trastornos por consumo (según la DSM-IV-TR)

- Dependencia.
- Abuso.

b. Trastornos inducidos (según la DSM-IV-TR)

- Intoxicación.
- Abstinencia.
- Delirio durante la intoxicación.
- Trastornos psicóticos durante la intoxicación.
- Trastornos del estado de ánimo durante la intoxicación.
- Disfunciones sexuales durante la intoxicación.
- Trastornos del sueño durante la intoxicación o la abstinencia.

c. Comorbilidad con:

- Trastornos psicóticos/esquizofrenias.
- Trastornos del estado de ánimo.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos de personalidad.
- Otros.

6.1.6. PARTICULARIDADES CLÍNICAS Y PAUTAS DE ACTUACIÓN:

Los trastornos por consumo y la abstinencia ya han sido ampliamente recogidos en otros apartados de esta guía, al igual que los diferentes criterios diagnósticos de los cuadros anteriormente citados.

A. TRATAMIENTO DE LA INTOXICACIÓN AGUDA POR OPIÁCEOS:

El consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras adicciones (2003), propone las siguientes intervenciones:

- La intoxicación leve o moderada no suele requerir tratamiento. Sin embargo la sobredosis aguda grave puede ser mortal y deberá abordarse en urgencias u hospitalización.
- Ante la sospecha de sobredosis, efectuar un análisis toxicológico general y administrar 0,2 mgr. de naloxon i.v.:
 - Reversión del cuadro, observación de 8 a 24 hora, si reaparece la clínica, administrar sueroterapia y perfusión de 0,8 ngr. de naloxona.
 - No reversión del cuadro, repetir dosis cada 3-5 minutos, si sigue sin revertir, replantear el diagnóstico y sospechar intoxicación mixta con alcohol y/o benzodiacepinas, administrar flumazenil 0,25 mgr. i.v. como prueba diagnóstica y terapéutica, si reaparece la clínica, sueroterapia y perfusión continua de 0,50 mgr.
 - Si clínica muy severa, intubación, ventilación mecánica (oxígeno al 100%). Si edema agudo de pulmón, PEEP y si colapso circulatorio, sueroterapia y vasopresores.
- La duración de la hospitalización y observación dependerá de la vida media del opiáceo utilizado y de la presencia de otras drogas de abuso, de la gravedad clínica observada y de las complicaciones médicas añadidas. Por ejemplo una sobredosis de metadona requerirá una observación y medidas entre 24 y 48 horas (el caso de la buprenorfina es recogido específicamente en otro apartado de la guía).

B. TRASTORNOS PSICÓTICOS INDUCIDOS POR OPIÁCEOS:

Clínicamente son poco frecuentes, pueden aparecer síntomas psicóticos (delirios y/o alucinaciones) en programas de desintoxicación, en las intoxicaciones por algunos opiáceos, o en programas de metadona durante el período de reducción de dosis, en pacientes con un trastorno psicótico no detectado hasta entonces.

Para el diagnóstico diferencial, considerar que los trastornos psicóticos deben desaparecer al eliminar el efecto del opiáceo (intoxicación con síntomas perceptivos). Si los síntomas persisten más allá del efecto del opiáceo pero desaparecen después de varias semanas, considerar la psicosis inducida.

La mayoría de los autores están de acuerdo en que, en un paciente consumidor de opiáceos, ante la aparición de síntomas psicóticos es necesario iniciar el tratamiento aún antes de haber diagnosticado si se trata de una psicosis inducida o de un trastorno psicótico en un consumidor de opiáceos.

Para los cuadros psicóticos relacionados con intoxicaciones o abstinencias, en urgencias utilizar inicialmente benzodiazepinas (diazepam, loracepan, midazolán), en casos de resistencias y/o presencia de agitación utilizar antipsicóticos por vía intramuscular.

En los trastornos psicóticos inducidos, los fármacos de primera elección son los antipsicóticos atípicos (olanzapina, risperidona, quetiapina, ziprasidona) a las dosis habitualmente recomendadas. Se deberá mantener el tratamiento hasta que desaparezcan los síntomas psicóticos.

C. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO INDUCIDOS POR OPIÁCEOS:

De acuerdo con los criterios de la DSM-IV-TR, debe realizarse el diagnóstico de trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos, cuando al margen del estado de intoxicación, los síntomas psiquiátricos son importantes y suficientemente graves como para merecer atención clínica independiente, y la historia clínica, la exploración física o los resultados de exploraciones complementarias evidencian la intoxicación.

La recomendación general, es la de iniciar el tratamiento con antidepresivos después de esperar 2 a 4 semanas de abstinencia, por tanto inicialmente se debe llevar a cabo la desintoxicación, y confirmar la existencia de un episodio depresivo no inducido. Pero esta situación frecuentemente no se puede producir, debiendo actuar en función de:

- Persiste la depresión tras abstinencia prolongada, clara indicación de antidepresivos.
- Si se sospecha que la depresión es primaria, por la historia clínica, antecedentes,...indicar los antidepresivos.
- Si aparecen antecedentes familiares de depresiones o trastornos por ansiedad será muy probable la indicación de antidepresivos.

Por tanto si se considera un episodio inducido, debemos esperar que se resuelva espontáneamente tras la desintoxicación y no usar antidepresivos si no existen dudas razonables de comorbilidad.

D. DISFUNCIONES SEXUALES DURANTE LA INTOXICACIÓN:

En el hombre se suelen producir, disminución de la libido, de la erección y retraso en la eyaculación. Tras la abstinencia, se suele recuperar las erecciones, la capacidad eyaculatoria y el

deseo, pero en ocasiones pueden persistir disfunciones eréctiles y eyaculatorias. En las mujeres pueden aparecer, disminución o aumento de la libido y anorgasmia.

Como medidas terapéuticas en varones se podrán utilizar para la disfunción eréctil el sildenafil, tadalafil, vardenafil y la apomorfina. El apóstadil parece presentar mayores efectos indeseables.

No olvidar la tremenda importancia de las técnicas de intervención psicológica para las disfunciones sexuales una vez lograda la abstinencia o el correcto mantenimiento.

E. TRASTORNOS DEL SUEÑO DURANTE LA ABSTINENCIA Y LA INTOXICACIÓN:

En ocasiones los problemas de sueño desaparecen tras la abstinencia, pero en otros casos estos problemas se prolongan durante varias semanas.

El uso de benzodiazepinas ha sido y es muy controvertido para pacientes drogodependientes, por su potencial de abuso y dependencia. Por tanto se asume que es preferible su evitación salvo durante los tratamientos de desintoxicación, incluso para pacientes que no han tomado benzodiazepinas es preferible el uso de inductores no benzodiazepínicos (antihistamínicos, eutimizantes, antidepresivos, antipsicóticos,...)

La circular nº 3/2000 de la Agencia Española del Medicamento, señala que las benzodiazepinas sólo están indicadas para el tratamiento de un trastorno intenso, que limita la actividad del paciente o lo somete a una situación de estrés importante. La duración del tratamiento debe ser lo más corta posible, no debiendo exceder de las 8-12 semanas para la ansiedad o las 2-4 semanas para el insomnio.

Los antihistamínicos como la hidroxicina, difenhidramina, doxilamina,... pueden ser útiles como inductores del sueño a corto plazo. Su uso prolongado pierde eficacia y no estaría recomendado.

Los antipsicóticos atípicos con componente sedativo (olanzapina, quetiapina,..) y los clásicos sedativos (tiaprida, tioridacina, levomepromacina, clotiapina,..) pueden usarse a dosis bajas.

Los eutimizantes como el topiramato, la gabapentina y el valproato, se han recomendado para la finalización de la desintoxicación de benzodiazepina, a dosis bajas.

Los antidepresivos como la trazodona y la mirtazapina, por su efectos sedativo, igualmente se han recomendado como inductores del sueño.

Resultan de vital importancia las técnicas de relajación, meditación, biofeedback,... Una buena higiene del sueño, resulta del todo imprescindible para un correcto tratamiento. La psicoterapia cognitivo-conductual ha demostrado su eficacia en pacientes abusadores de sustancias.

En general la integración de medidas psicoterapéuticas y farmacológicas resulta más eficaz que el uso independiente de cualquiera de ellas.

F. COMORBILIDAD CON TRASTORNOS PSICÓTICOS/ESQUIZOFRENIA

En general en el uso de psicofármacos en toda la comorbilidad, se deben tener en cuenta las siguientes particularidades:

El manejo de los trastornos psiquiátricos en general se debe de ajustar a las normas consensuadas para cada uno de ellos y se remite al lector, fundamentalmente a la obra: "Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. RTM-II" (Barcelona. Masson 1999).

- Manejo de las evidencias científicas de estudios previos.
- Cuidar las posibles interacciones con el alcohol y otras sustancias de abuso con los diversos psicofármacos (ver anexo).
- Vigilar las interacciones entre los psicofármacos y los fármacos más al uso en el ámbito de las drogodependencias.

En el tratamiento de pacientes esquizofrénicos con consumo de opiáceos se deben seguir las recomendaciones terapéuticas generales para la patología dual. A menudo resulta más positivo ser poco confrontativo y centrarse en los consumos que resultan más desestabilizantes. Las técnicas de incremento motivacional resultan muy adecuadas. Los programas integrados son los ideales, pero las realidades obligan sobre todo a esmerarse en la coordinación entre las redes paralelas.

El tratamiento farmacológico debe ser similar al de los esquizofrénicos sin consumo de drogas, no obstante se deben tener en consideración:

- Los duales presentan más sensibilidad a los antipsicóticos.
- Vigilar las posibles interacciones con los consumos de sustancias.
- Altas tasas de incumplimiento terapéutico.

Los antipsicóticos atípicos han sido los más evaluados en estos pacientes. La clozapina ha sido muy estudiada con resultados muy positivos, sin embargo el riesgo de agranulocitosis y la obligación de los controles hemáticos, le han relegado a un segundo plano en relación al resto de atípicos, que se convierten en primera elección, demostrando ser eficaces en la sintomatología psicótica y en la reducción del consumo de opiáceos. (para una correcta dosificación seguir las pautas propuestas por RTM-II).

Los antipsicóticos clásicos serían una segunda opción, recomendándose en los episodios agudos, el haloperidol, perfenazina y zuclopentixol.

La hipersensibilidad de los duales a los efectos secundarios, y sobre todo a los extrapiramidales, recomiendan el uso de los antiparkinsonianos, a pesar del riesgo de ser usados de forma adictiva.

La metadona ha sido propuesta como el tratamiento ideal para estos pacientes duales, y aunque no existen estudios controlados, clínicamente, para muchos profesionales, sigue siendo de elección en pacientes heroínómanos con psicosis, por su capacidad de aumentar la retención, efecto antipsicótico de la metadona y disminución de la actividad paranoide y agresiva. En cuanto a las

dosis de metadona, no existe un acuerdo generalizado, siendo para algunos la media entre 60 y 120 y para otros de 200 mgr/día.

La naltrexona no presenta inconvenientes para su uso en estos pacientes.

Para las desintoxicaciones de opiáceos, se recomienda el uso de benzodiazepinas y antipsicóticos antes que los agonistas alfa 2, dada la posibilidad de que aumente la inquietud y se induzcan recaídas psicóticas al retirar estos últimos.

A modo de conclusión, podemos afirmar que los pacientes psicóticos con trastornos por uso de opiáceos, responden mejor en programas integrados, que ofrezcan servicios para los dos trastornos. Los elementos esenciales son (Consenso en patología Dual. Sociedad Española de Psiquiatría. 2004):

- Continuidad de cuidados.
- Tratamiento de la dependencia.
- Psicoterapia que tenga en cuenta la comorbilidad.
- Vivienda segura con supervisión.
- Rehabilitación ocupacional y laboral.

G. COMORBILIDAD CON TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO:

Es posiblemente la asociación dual más frecuente, pudiéndose diagnosticar cualquiera de las entidades recogidas en las clasificaciones al uso (DSM o CIE).

Actualmente se reconoce la necesidad de realizar tratamiento conjunto e integrado de los trastornos del estado de ánimo en pacientes con trastornos por consumo de opiáceos, considerándose de primera elección el uso de antidepresivos, con algunos aspectos diferenciales (Consenso de la SEP en Patología Dual):

- Si el cuadro depresivo es previo a la dependencia o abuso, el tratamiento farmacológico antidepresivo es absolutamente necesario y sus resultados pueden influir en la evolución del trastorno por uso de opiáceos.
- Si la depresión en pacientes con abuso o dependencia se relaciona con los efectos secundarios de los opiáceos, los tratamientos antidepresivos será eficaces si paralelamente se consigue la abstinencia.
- En algunos casos se ha relacionado la alteración del estado de ánimo con el estilo de vida y con las dificultades sociales vinculadas al uso de drogas. Es por tanto prioritario el control del consumo, que junto al consejo terapéutico puede ser más eficaz que el tratamiento psicofarmacológico antidepresivo.
- Hay que tener en cuenta las interacciones entre los antidepresivos y las sustancias de abuso. Los opiáceos interactúan con los antidepresivos tricíclicos aumentando la biodisponibilidad y efecto analgésico de los opiáceos. La doxepina puede inducir delirium durante el síndrome de abstinencia de opiáceos. La naloxona y naltrexona no interactúan con los antidepresivos. El

uso de clonidina conjuntamente con imipramina, puede aumentar la presión arterial. Los tricíclicos pueden interactuar con la metadona, con amitriptilina, aumenta la euforia y disminuye la eliminación de la metadona. Con los ISRS, fluoxetina, paroxetina y sertralina, aumentan las concentraciones plasmáticas de metadona y con fluvoxamina, aumentan las concentraciones plasmáticas de metadona por disminución de la eliminación. Con moclobemida, se aumentan igualmente las concentraciones plasmáticas de metadona.

Los antidepresivos de primera elección serán los ISRS por su perfil de eficacia y seguridad. La venlafaxina y los triciclicos también han demostrado su eficacia. El bupropión por su capacidad proconvulsiva se usará con más reservas y quedan contraindicados los IMAO.

Se deberá proveer la desintoxicación o un correcto programa de mantenimiento y seguir las pautas habituales para el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo. En casos de refractariedad tener en cuenta:

- Reconsiderar el diagnóstico.
- Comprobar la abstinencia o correcto mantenimiento.
- Comprobar el correcto cumplimiento del tratamiento antidepresivo.
- Determinaciones de concentraciones plasmáticas.
- Confirmar que las dosis son adecuadas.
- Aumentar dosis de antidepresivos por posibles alteraciones de la absorción y metabolización.
- Aumentar la duración del tratamiento más allá de lo habitual.
- Combinar dos antidepresivos con diferentes mecanismo de acción.
- Añadir sustancias potenciadoras: litio, triptófano o el pindolol con importantes seguimiento clínicos. No añadir el metilfenidato por el riesgo de abuso.
- Valorar la terapia electroconvulsiva (gran refractariedad, ideación suicida persistente, intolerancias farmacológicas...).

Para pacientes bipolares se recomienda seguir las pautas habituales, con las siguientes puntualizaciones:

- En fases agudas maniacas, antipsicóticos atípicos.
- El litio es el tratamiento de elección, pero en pacientes duales es frecuente los episodios mixtos o de ciclación rápida y pueden responder mejor a medicaciones anticonvulsivantes. Para algunos autores el valproato sería de elección en la patología dual por un efecto antikingling. La oxcarbacepina es preferible a la carbamacepina, especialmente en PMM. Aunque existe pocas pruebas científicas, la experiencia clínica sugiere el uso de gabapentina, lamotrigina y topiramato.

H. COMORBILIDAD CON TRASTORNO POR ANSIEDAD:

El DSM-IV-TR no acepta la existencia de trastornos de ansiedad inducidos por el consumo de opiáceos.

Los trastornos de ansiedad en general ensombrecen el pronóstico de los paciente y dificultan enormemente un correcto diagnóstico.

Como en el resto de la comorbilidad, se recomienda inicialmente la desintoxicación o el correcto mantenimiento, para después poder abordar los diferentes cuadros clínicos según las medidas habituales recomendadas. Los programas deberán abordar las dependencias y los trastornos por ansiedad, se recomienda apoyos psicosociales y entrenamiento en técnicas de afrontamiento. El uso de medicamentos debe reservarse para la ansiedad persistente o para trastornos de ansiedad claramente primarios.

Los antidepresivos ISRS son los fármacos de elección en el tratamiento de la ansiedad comórbida, por su bajo potencial de abuso, sus escasas interacciones y su bajo riesgo de sobredosis. Tener presente que en PMM, la retirada de la fluvoxamina y la fluoxetina, puede conllevar una disminución de los niveles de metadona y facilitar la aparición de SAO que pueden confundirse con la reaparición de ansiedad.

Cuidar mucho el uso de benzodiacepinas por su potencial de abuso y aparición de sobredosis.

A veces se pueden usar los antipsicótico atípicos más sedativos a dosis bajas.

Las técnicas psicoterapéuticas resultan imprescindibles para estos trastornos.

I. COMORBILIDAD CON TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD:

Los estudios de tipo epidemiológico encuentran una muy alta comorbilidad entre los TP (Trastornos de Personalidad) y los TUS (Trastornos por Uso de Sustancias), llegándose a afirmar que en la población drogodependiente es donde mas TP aparecen, sobre T. Antisocial y Límite. Según algunos estudios, entre el 30 y el 80 % de los drogodependientes presenta al menos un TP.

La presencia de ambos trastornos, repercute de una manera significativamente negativa en la difícil adhesión a los tratamientos, clara tendencia a la cronicidad, aumento de recaídas y en general, un peor pronóstico, no obstante las nuevas posibilidades terapéuticas de tipo farmacológico y psicoterapéuticas, permiten ser algo más optimista y romper el nihilismo terapéutico que aún mantienen muchos profesionales.

Cómo principios generales para la intervención en estos problemas duales, se deberá prestar especial atención:

- Evaluación diagnóstica clínica e instrumental, que elimine los muchos falso positivos iniciales.
- Incremento en las cotas de interés, empatía, paciencia, reflexión y reevaluación por parte de los terapeutas.
- Integración efectiva de medidas psicoterapéuticas y psicofarmacológicas.
- Individualización de las intervenciones y multidisciplinaridad.
- Incorporación de familiares y conocidos.
- Experiencia y habilidades específicas en los profesionales.
- Los criterios diagnósticos están en revisión.

No se han evidenciados tratamientos farmacológicos específicos y de eficacia contrastada. Se utilizan intervenciones farmacológicas para síntomas concretos. Se han propuesto modificaciones neurobiológicas relacionadas con ciertos rasgos de personalidad y por tanto con posibles tratamientos específicos.

Los antipsicóticos, sobre todo los atípicos, se han mostrado útiles en trastornos paranoides y esquizoides y para la presencia de síntomas psicóticos en cualquier trastorno de personalidad. Bajas dosis de quetiapina, risperidona y olanzapina, parecen útiles en auto y heterogresividad y trastornos de la impulsividad (sobre todo en personalidades antisociales, límite e histriónicas).

Los antidepresivos deben de usarse en sintomatología afectiva presente en muchos de los TP. Recordar que los niveles de serotonina están relacionados con los trastornos de impulsividad. Los tricíclicos han demostrado poca eficacia, incluso el aumento de niveles de noradrenalina se relacionan con fenómenos paradójicos de aumento de agresividad y labilidad emocional. Los IMAOs además de resultar complicada su utilización, han mostrado resultados contradictorios. Los ISRS podrían modular la impulsividad y la agresividad, la fluoxetina, la sertralina y la paroxetina se han mostrado eficaces ante la agresividad, impulsividad e irritabilidad y serían de primera elección en los trastornos afectivos que acompañan a muchos trastornos de personalidad. La nefazodona, venlafaxina y mirtazapina, se encuentran en fase de estudio.

Las benzodiacepinas deberán de usarse con prudencia por sus posibles efectos paradójicos y alta potencia de abuso. El alprazolam se ha propuesto para el TP por evitación y el oxacepam a altas dosis para el T. Límite de la personalidad.

Los eutimizantes y nuevos antiepilépticos presentan perfiles de acción interesantes aunque aún faltan estudios que avalen su uso. El litio y la carbamacepina parecen eficaces en la labilidad emocional, agresividad, impulsividad y pérdida de control, pero su utilización está relacionada con múltiples efectos secundarios. La indicación de la Gabapentina, Topiramato, Oxcarbacepina y Lamotrigina, necesitan de más estudios controlados.

Otros fármacos como el propranolol y la naltrexona, necesitan también de nuevos estudios.

Para las intervenciones psicoterapéuticas se han propuesto las siguientes características generales que debe tener el psicoterapeuta:

- Confianza en sí mismo.
- Objetividad fiable pero no infalible.
- Estilo interpersonal distendido y no defensivo.
- Claro conocimiento de los límites personales.
- Gran sentido del humor.
- Cuidar y supervisar los aspectos contratransferenciales.

Específicamente se han mostrado como probablemente eficaces: La Terapia Cognitiva Dialéctica para el trastorno límite de la personalidad y drogodependencias y la Terapia de Conducta (habilidades sociales y exposición) para el TP por evitación, encontrándose otros modelos de intervención en fase de experimentación (Guía de tratamientos psicológicos eficaces 2003).

J. COMORBILIDAD Y OTROS TRASTORNOS MENTALES:

Desde el punto de vista epidemiológico se ha evidenciado la relación entre otros trastornos mentales: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), Trastornos del Control de los Impulsos, Trastornos del Sueño, Trastorno de la Conducta Alimentaria y las Disfunciones Sexuales, y los TUS, barajándose hipótesis de asociaciones etiológicas, independencia y de causalidad, buscándose elementos comunes neurobiológicos, ambientales y genéticos.

En el caso de los opiáceos, aunque se han puesto de manifiesto relaciones epidemiológicas, existen escasos ensayos clínicos que avalen las intervenciones terapéuticas, haciéndose recomendaciones basadas en las evidencias de resultados en uno de los trastornos aisladamente.

No se han encontrado estudios de TDAH y consumo de heroína, sobre la impulsividad ya se han hecho referencias en otros apartados de la guía no encontrándose datos de eficacia en pacientes duales, no obstante algunos autores recomiendan el uso conjunto de las Terapias de autoayuda y las psicoterapias cognitivo-conductuales individuales y grupales. En cuadros del tipo cleptomanías, piromanía,... y consumo de opiáceos se ha postulado el uso de naltrexona, con resultados contradictorios.

En cuanto a la comorbilidad con trastornos alimentarios, del sueño y sexuales no se encuentran aportaciones, más allá de las efectuadas para cada uno de los trastornos de forma individual. No aparecen ensayos clínicos específicos para duales.

■ 6.2. POLICONSUMIDORES

En la clínica diaria resultan muy frecuentes los problemas derivados del consumo de múltiples sustancias, sin embargo en la literatura científica se recogen escasas aportaciones y muy pocos estudios controlados.

El policonsumo en pacientes heroínómano se suele encontrar en dos situaciones:

- Paciente que en la demanda de inicio de tratamiento por su consumo de heroína ya presentan consumos concomitantes con patrones de abuso o dependencia, fundamentalmente de alcohol, benzodiacepinas y cocaína, sin olvidar el tabaco.
- Pacientes que inician programas de mantenimiento con agonistas o antagonistas y que durante el mismo evidencian dependencias anteriores o desarrollan nuevos patrones de abuso o dependencia, sobre todo de cocaína y alcohol.

El “Consenso de la SEP sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras adicciones (2003)”, recoge tres barreras o dificultades fundamentales para el correcto abordaje de los policonsumidores:

1. El adecuado diagnóstico de los trastornos relacionados con drogas que no constituyen el objeto de la consulta. En dependientes de opiáceos, es frecuente que los consumos de alcohol y benzodiacepinas sean presentados como un patrón sustitutivo cuando falta la

heroína, banalizándose dichos consumos o racionalizándolos, dificultando el diagnóstico inicial y evitando las intervenciones iniciales. Suele ser durante los seguimientos y los programas de mantenimiento, cuando emergen con fuerza estos consumos problemáticos, que enturbian los tratamientos y los pronósticos. Por tanto resulta fundamental evaluar el patrón de consumo de todas las drogas, la secuencia temporal de los consumos y la funcionalidad que cumplen.

2. Minimización del paciente y a veces de los profesionales ante el consumo de otras drogas. Esto se da con más frecuencia ante el consumo de tabaco y de alcohol. En heroinómanos es frecuente encontrar pacientes que no le dan importancia a sus consumos de tabaco, alcohol, benzodiazepinas y cannabis, piensan que pueden dejarlo cuando quieran dificultando cualquier iniciativa terapéutica.
3. La escasez de programas validados de intervención farmacológica o psicológica que abarquen de forma eficaz los problemas de estos pacientes. Se tiene la impresión de que estos pacientes presentan muy pobres respuestas a los tratamientos, condicionando actitudes nihilistas.

En general se acepta que se debe desarrollar el tratamiento específico de cada sustancia, integrando las medidas de apoyo y cuidando durante el uso de psicofármacos, las diferentes interacciones y el conocimiento de las tolerancias cruzadas.

Ciertas estrategias han presentado buenos resultados:

- Aumentar la frecuencia de los contactos terapéuticos.
- Programas de frecuentes controles en orina.
- Terapias de apoyos psicosociales más intensivas. La psicoterapia de apoyo-expresión se ha mostrado eficaz en consumidores de cocaína en PMM.
- Tratamientos multidimensionales y coordinados con diferentes servicios. Estos pacientes suelen presentar, mucha comorbilidad psiquiátrica y orgánica.
- Contratos de contingencias, como el acceso contingente a tratamiento con metadona en consumidores de cocaína y heroína.
- Entrenamiento en prevención de recaídas. Economía de fichas.
- Desde el punto de vista farmacológico se ha llevado a cabo las siguientes iniciativas:
 - Naltrexona para dependientes de alcohol y heroína, en programas libres de drogas.
 - Se aconseja la utilización de aversivos (disulfiram) para dependientes de alcohol que tengan un diagnóstico asociado de dependencia activa de heroína o cocaína.

- La buprenorfina a dosis adecuadas se ha propuesto para disminuir el consumo de cocaína en los programas de mantenimiento de opiáceos, con resultados dispares. Igualmente se han propuesto dosis altas de metadona para impedir el consumo de cocaína.
- Los antidepresivos se han propuesto para reducir el consumo de heroína y cocaína. Los ensayos realizados con desipramina, bupropión y fluoxetina no han arrojado resultados esperanzadores. Otros fármacos han ofrecido resultados similares (amantadina, mazinol, antipsicóticos,...).

Por tanto resulta obvia la necesidad de implementar programas creativos y novedosos que incluyan medidas farmacológicas y psicoterapéuticas para la mejora de estos pacientes.

■ 6.3. TRATAMIENTO CON MENORES

La intervención con menores se propone como meta conseguir el desarrollo de su personalidad acorde con su etapa evolutiva y en los diferentes ámbitos en los que están inmersos, con el fin de poder establecer un proceso saludable de autonomía integrado en la sociedad.

Se distinguen dos niveles de intervención dependiendo del perfil de riesgo de los/as menores a atender:

1. Prevención Selectiva: dirigida a menores cuyas características de entorno familiar, socio-cultural y de relación están expuestas a factores de riesgo capaces de generar problemas de consumo de drogas, o incluso posibilidades de que el consumo se cronifique.
2. Prevención Indicada: va dirigida a menores que ya están haciendo consumos sistemáticos de drogas y con importantes trastornos de conducta y autocontrol, además de déficits adaptativos potenciados por su consumo problemático.

Son pocos los casos de menores dependientes de opiáceos que se presentan en los Centros de Tratamiento Ambulatorio en Andalucía. Los menores que acuden a un dispositivo asistencial, en la mayoría de los casos lo hacen porque les traen la familia. Con frecuencia asociada a esta demanda de apoyo por el consumo, existen conflictos en las relaciones familiares que son implícitamente objeto de demanda de ayuda por parte de ésta.

Otras veces la detección de casos más problemáticos tienen lugar en otros recursos relacionados con el menor (Servicios Sociales, Instituciones de menores, Centros de Protección, o reforma).

En el tratamiento con menores drogodependientes hay que planificar con especial cuidado la intervención. El objetivo prioritario en el primer contacto terapéutico con el menor, debe ser que saque algo en claro que le haga volver una segunda vez. Es importante prescindir de formalismos e intentar seguir su conversación, el menor necesita que le escuchen.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es que la mayoría de los menores minimizan la importancia del consumo, lo que dificulta sobremanera su motivación hacia el cambio. Cualquiera

menor que acude a un Centro Asistencial debe ser informado de cuál es su situación actual y del porqué de la intervención, e intentar convencerle para que pase a una fase de evaluación y diagnóstico. Es necesario que no tenga la sensación de que va a iniciar un programa de rehabilitación contra las drogas, puesto que el consumo es un factor más, pero no el más importante. Es fundamental entender el deseo del menor y focalizar el interés en su interés.

Realizar una buena entrevista motivacional forma parte de la metodología a desarrollar durante el proceso con adolescentes.

El trabajo en grupo también se manifiesta como un elemento positivo en el tratamiento del menor.

Con relación al diagnóstico hay que evaluar:

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE CONDUCTA DE CONSUMO DE DROGAS EN LOS ADOLESCENTES ¹

Variables mediadoras directamente relacionadas con el consumo de drogas	Variables mediadoras no directamente relacionadas con el consumo de drogas
<ul style="list-style-type: none"> · Historia de consumo. · Droga que motiva la demanda. · Información y conocimiento sobre el consumo de drogas. · Intención de consumir en el futuro y opinión sobre ellas. · Normas o creencias del consumidor y su grupo. · Motivación para el cambio y autocontrol. · Motivación hacia los programas. 	<ul style="list-style-type: none"> · Factores de riesgo/protección personales. · Grupo de amigos. · Escolarización. · Ocupación. · Conducta problemática. · Estilo de vida. · Factores de riesgo/protección familiares. · Entorno físico y social

1. Adaptación de la Guía para la evaluación de la intervención preventiva en el ámbito de las drogodependencias (Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías).

En la valoración y diagnóstico es contraproducente etiquetar o estigmatizar a un adolescente como drogodependiente, conflictivo o fracasado. Es importante diferenciar entre abuso de heroína, trastornos producidos por el consumo y dependencia.

El programa de deshabituación debe incluir un proyecto educativo individual más amplio que incluya intervenciones individuales, familiares, escolares y comunitarias.

En algunos adolescentes será necesario un diagnóstico psicopatológico para descartar patologías complicadas, que en caso de que estén presentes deberán ser tratadas por los dispositivos de Salud Mental.

Donde realizar la intervención

1. Actuaciones en medio abierto: Es aconsejable en la medida de lo posible no separarles de su medio habitual. Los programas asistenciales deben ayudarles a superar sus dificultades en recursos de tipo ambulatorio integrados en la comunidad.
2. Actuaciones en medio semiabierto: En los Centros de Día se les proporcionarán un ambiente estructurado en el que realizar actividades socioeducativas para la reconstrucción del proceso de socialización.
3. Actuaciones en medio cerrado: El alejamiento en Comunidades Terapéuticas debe ser temporal, y sólo es aconsejable cuando en su residencia habitual no es posible el tratamiento, bien por problemas de desestructuración familiar, presión del grupo de iguales o entorno nocivo. La estancia y convivencia en estos recursos les va a permitir encontrar un entorno integrador alejado de ambientes nocivos para su proceso de socialización, posibilitando una mayor concentración en su problemática y en encontrar soluciones a la misma.

Los/as menores son personas con poco tiempo de consumo, además no resulta fácil conocer con exactitud lo que toman en cada caso, dosis, mezclas, etc., a ello le podemos sumar que aun que reconozcan sus consumos, piensan que están en condiciones de superarlos cuando ellos lo decidan, planteando bastantes reticencias para iniciar programas de tratamiento.

■ 6.4. PROGRAMA EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS:

a) Objetivos.

Mejorar la asistencia a la población penitenciaria de las personas que solicitan ayuda para resolver su problema de drogodependencias, deslindando dicho tratamiento de la situación judicial.

Garantizar el desarrollo de los programas, llevados a cabo en la Red Andaluza de Atención a las Drogodependencias, en los Centros Penitenciarios de Andalucía de forma programada y continua, en coordinación con el resto de actividades que se desarrollan en los CTA.

Coordinar y acercar los recursos comunitarios a la población penitenciaria, impulsando en aquellos drogodependientes cuyas condiciones jurídico-penitenciarias lo permitan, la derivación a otros dispositivos de la comunidad no penitenciarios.

b) Población Diana.

Internos drogodependientes, que bien tengan instaurado un tratamiento desde cualquier servicio ambulatorio externo y que deseen seguir manteniéndolo, o que deseen iniciarlo desde el interior de la prisión.

c) Criterios de inclusión.

Serán susceptibles de ser tratados de los problemas relacionados con el consumo de drogas todos aquellos internos que:

1. Provenzan de un tratamiento iniciado en la Red Pública de Atención a las Drogodependencias, y que expresen estar en esta situación (lo cual será contrastado) y deseen seguir dicho tratamiento de forma voluntaria y así lo manifiesten, mediante el mecanismo instaurado en cada prisión a tal efecto.
2. Que, sin haber iniciado tratamiento en el exterior, soliciten por primera vez comenzarlo en la prisión.

d) Criterios de Exclusión.

Inicialmente no se considera ninguna circunstancia excluyente para acceder a dicho tratamiento, salvo aquellas que pudieran derivarse de la situación penitenciaria .

e) Actuaciones.

El GAD como instrumento básico de actuación.

La Estrategia Nacional 2000-2008 sobre drogodependencias del PNSD, ya recoge dentro de sus propuestas el hecho de que se deberá garantizar la existencia y el desarrollo de los GAD (Grupo de Atención a Drogodependientes) en los centros penitenciarios, debiendo éstos estar lo suficientemente dotados y contando con el apoyo y la participación de profesionales no penitenciarios.

Estas actuaciones en materia de drogodependencias, vienen desarrolladas en el documento de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, donde se define el funcionamiento de estos grupos.

Desde esta estructura, cuyos objetivos son programar, coordinar, supervisar, ejecutar y evaluar las actuaciones en el ámbito de las drogodependencias, cobra sentido la inclusión de los técnicos de los CPDs en los llamados GAD, teniendo este grupo de trabajo el carácter de instrumento de integración entre lo penitenciario y lo extrapenitenciario y canalizándose todas las actividades a través de este grupo.

Por otra parte, queda recogido en dicho documento, que la ejecución del programa de drogodependencias en II.PP. se recogerá en un plan detallado dependiendo de las disponibilidades del centro, que incluye: objetivos generales y operativos, población a la que se dirige, mecanismos de acceso, actividades a realizar, personas que integran el GAD con funciones y niveles de responsabilidades, recursos necesarios, sistemas de recogida y registros de datos así como sus correspondientes indicadores y responsables del registro.

Las prioridades de actuación desde los Equipos del C.P.D.

Tal y como se desprende del documento antes citado, las actuaciones de los Equipos del C.P.D. cobran sentido siempre y cuando exista un proyecto de actuación conjunta y con delimitaciones de responsabilidades entre los profesionales intervinientes (Servicio, médico, responsables de tratamiento penitenciario, área socioeducativa, juristas, CPD, otras ONG, etc...).

Desde este punto de vista la responsabilidad de estas actuaciones recae directamente sobre el GAD, quién a través de sus reuniones periódicas establecerá las actuaciones.

No obstante, como punto de partida, desde los CPDs se proponen actividades prioritarias para llevar a cabo en materia de actuación en drogodependencias las siguientes:

a. Información a todo interno a la hora del ingreso, sobre las actuaciones que se ofrecen en materia de droga.

Mediante el asesoramiento y colaboración en el diseño de este procedimiento y posteriormente establecerán las fórmulas para realizar una valoración personalizada de todo paciente que solicite ser atendido, una vez que éste realice la petición mediante el método estipulado. Una vez analizado el caso se iniciará el proceso normalizado de valoración diagnóstica, indicación terapéutica y seguimiento clínico del caso, con la correspondiente cumplimentación y recogida de información de datos.

b. Programa de Tratamiento con Metadona

Apoyar y colaborar en el programa de metadona, comunicando a los responsables médicos de II.PP. todos aquellos ingresos que estuvieran programados y que previamente hubieran sido comunicado desde los CTA, informando sobre dosis y otros aspectos del tratamiento.

Recabar y contrastar la información solicitada de cuantos pacientes expresen a los responsables del GAD. que se encuentran en P.T.M. en algún C.T.A.

Trabajar en coordinación con el resto de los servicios médicos en el seguimiento clínico de estos casos, modificación de dosis y otros aspectos del programa y en los casos cuya estancia se prevea superior a 6 meses por su condición de penado, efectuar el procedimiento normalizado de actualización diagnóstica y terapéutica si así se estima conveniente.

Apoyar el funcionamiento de un sistema que permita al interno que sale al exterior, mantener su PTM mediante un documento que le garantice la continuidad del tratamiento cuando salga.

En los casos de los pacientes que inician el PTM dentro de la prisión se pondrán aquellos pacientes susceptibles de beneficiarse del programa, apoyando la gestión del ingreso, una vez analizada y estudiada la propuesta de incorporación.

c. Actuaciones referidas a la prescripción de fármacos (Desintoxicaciones / Naltrexona)

Los Servicios Médicos de II.PP. son los responsables de cualquier prescripción farmacológica que se efectúe dentro de las instalaciones, por lo tanto son éstos los que dispondrán de aquellas pautas de tratamiento oportunas en el caso de internos que ingresen con Síndrome de Abstinencia. Los Equipos de Apoyo del C.P.D. asesorarán sobre las distintas posibilidades terapéuticas en los casos de desintoxicación y apoyarán el seguimiento clínico del proceso. En el caso de los tratamientos con antagonistas, tras estudio y valoración de los internos que se propongan en el GAD para iniciarlo o mantenerlo, se apoyará y colaborará con los servicios médicos en su posterior seguimiento.

d. Seguimiento clínico de los casos en Programas de deshabituación orientados a la abstinencia.

Los Equipos del C.P.D., colaborarán con el resto de los intervinientes y en la medida que se proponga en el GAD, efectuarán un seguimiento de aquellos pacientes que se encuentren en estos programas, valorando que la frecuencia en su atención estará en función del número de usuarios en programa y de las capacidades del propio equipo.

e. Derivaciones de internos a CC.TT. u otros recursos externos.

Una vez que en el GAD se realicen las gestiones oportunas para comprobar y autorizar la situación judicial del interno, al objeto de iniciar posteriormente la correspondiente tramitación para su derivación, aportándose la correspondiente información clínica del paciente que será adjuntada al protocolo de derivación, el Equipo del CPD procederá a la gestión del ingreso mediante el protocolo de derivación correspondiente.

f. Sistemas de información, notificación y diagnóstico.

El equipo del C.P.D. notificará los siguientes documentos:

- Hojas de evaluación mensual para enviar a la Oficina del Comisionado.
- Ficha de Información Básica de Admisión a Tratamiento (se determina qué internos son susceptibles de efectuarles la FIBAT; son aquellos cuyo internamiento

se prevea superior a tres meses y que no dispongan de estos datos recogidos desde un CTA).

- Protocolos de incorporación a programas (Metadona, Naltrexona, CC.TT., Red de artesanos, etc...).
- Las pruebas diagnósticas estandarizadas en el C.P.D., se administrarán a pacientes nuevos que contactan por primera vez y que no disponen de este diagnóstico o bien para continuarlo, a los pacientes antiguos que necesitan una actualización diagnóstica para decidir una nueva estrategia terapéutica.

f) Indicadores de evaluación.

Serán considerados como indicadores los datos obtenidos en las hojas de evaluación mensual.

■ 6.5. ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

Las estrategias de reducción de daños surgen desde el área de la Salud Pública, motivadas fundamentalmente por la eclosión que experimenta la infección por el VIH/SIDA en la población adicta durante el final de los años 80 y principios de los 90. Existen distintas conceptualizaciones, de las cuales podemos destacar las siguientes:

“ Política socio-sanitaria que da prioridad al objetivo de disminuir los efectos negativos del uso de las drogas “.

R. Newcombe, 1992.

“ Todas aquellas actividades que no apuntan directamente a los usuarios que dejan por completo las drogas, sino que enfatizan la necesidad de reducir los daños que se causan a sí mismo y a su ambiente”.

E. Suning, 1992.

“ Los servicios de drogodependencias están para priorizar y mantener el contacto con los drogodependientes con el objetivo de que sigan trabajando los cambios de conducta”.

O'Hare, 1992.

Características de las estrategias de reducción de daños.

- Priorizan paliar versus curar.
- Aceptan y respetan las necesidades individuales.
- Establecen objetivos individualizados.
- Mantienen una relación dialogante.
- Diversifican los programas.
- Potencian la accesibilidad.

- Recursos:
 - Programas con sustitutos.
 - Intercambio de jeringuillas.
 - Consumo higiénico.
 - Atención sociosanitaria urgente.
 - Programas de salud.
 - Sexo seguro.
 - Programas de búsqueda.

■ 6.6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Arbex Sánchez C. "Guía de intervención: Menores y Consumos de Drogas".
- Kalina E. "Adolescencia y drogadicción". Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.
- Valverde Molina J. "El diálogo terapéutico en exclusión social Aspectos educativos y clínicos". Ediciones Narcea S.L. Madrid.
- Ries, R.K. "Serial, parallel and integrated models of dual-diagnosis treatment". J. Health Care Poor Underserver. 1992; 173-180.
- Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras adicciones. Bristol-Myers Squibb y Sociedad Española de Psiquiatría. 2003.
- Circular nº3/2000: Agencia Española del Medicamento. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Comité de Consenso de Cataluña en Terapéutica de los Trastornos Mentales. En: Soler Insa, P.A. Gascón J., eds. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales I, 2ª ed RTM-II. Barcelona: Masson, 1999.
- Consenso de la SEP sobre Patología Dual. Ars Médica. 2004.
- Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Ediciones Pirámide 2003.
- Advisory council on the misuse of drugs (1988). Aids and drug misuse. Part 1. London: HMSO.
- Ball JC, Lange WR, Myers CP, Friedman SR: Reducing the risk of aids through methadone maintenance treatment. J. Health Soc Behav. 1988.
- Buning E, Arussel GV, Santen GV. El impacto de la política de reducción de daños en la prevención del SIDA en Ámsterdam. En: La reducción de los daños relacionados con la droga. O'hare P, Newcombe R, Mathews A. Buning EC, Drucker F. Grup Igja. 1995.
- Cooper JR. Methadone treatment and acquired immunodeficiency syndrome. Journal of the American Medical Association 262: 1664-1668, 1989.
- Haemming RB. La agencia de la esquina con habitación para inyectarse. En la reducción de los daños relacionados con las drogas. O'hare P, Newcombe R, Mathews A, Buning EC, Drucker E. Grup Igja. 1995.
- Hartel, D, Selwyn PA, Schoenbaum EE, Klein RS, Friedland GH. Methadone maintenance treatment and reduced risk of aids and aids specific mortality in intravenous drug users. Fourth International Conference of Aids, June 1988. Stockholm, Sweden.
- Newcombe R. La reducción de los daños relacionados con las drogas: Un marco conceptual para la teoría, la práctica y la investigación. En: La reducción de los daños relacionados con las drogas. O'hare R, Newcombe R, Mathews A, Buning FC, Drucker E. Grup Igja. 1995.
- O'hare PA. Apuntes sobre el concepto de reducción de daños. En la reducción de daños relacionados con las drogas. Grup Igja. 1995.
- Stover H, Schuller K. La prevención del SIDA entre los usuarios de drogas por vía parenteral en la antigua Alemania Occidental. En la reducción de los daños relacionados con las drogas.

7. CLASIFICACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS SEGÚN SU EFICACIA

A continuación se ofrece una tabla resumen de la eficacia de las recomendaciones propuesta, según la siguiente tipología:

- Tipo 1: Evidencia de buena calidad: Tratamiento bien establecido.
- Tipo 2: Evidencia de calidad moderada: Tratamiento probablemente eficaz
- Tipo 3: Evidencia de baja calidad: Tratamiento en fase experimental o escasamente evaluados.

TRATAMIENTOS	TIPO 1	TIPO 2	TIPO 3
· Tratamiento de la intoxicación			
· Tratamiento de la abstinencia			
· Programas de mantenimiento con metadona (reducción de daños)			
· Programas de mantenimiento con buprenorfina (reducción de daños)			
· Programas de mantenimiento con heroína			
· Programas con Naltrexona			
· Psicoterapia Individual			
· Entrevista Motivacional			
· Manejo de contingencias más tratamiento farmacológico			
· Programas Cognitivo-Conductuales (prevención de recaídas)			
· Manejo de contingencias en programas libres de drogas			
· Terapia Familiar Sistémica			
· Intervención Grupal			
· Programas de Incorporación Social			
· Programas Socioeducativos			
· Estrategias de disminución del daño			



drogadicciones.cibs@juntadeandalucia.es



900 84 50 40



JUNTA DE ANDALUCIA