

TOMO I

CONCEPTOS BÁSICOS Y PROFUNDIZACIÓN DEL CONSEJO PSICOLÓGICO Y PSICOTERAPIA MOTIVACIONAL EN DROGODEPENDENCIAS

Un enfoque cognitivo-conductual y humanista

Milton Rojas Valero

2006



CEDRO
CENTRO DE INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN
PARA LA PREVENCIÓN DEL ABUSO DE DROGAS



REPÚBLICA DEL PERÚ



CONCYTEC
CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA
E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA

TOMO I

CONCEPTOS BÁSICOS Y PROFUNDIZACIÓN DEL CONSEJO PSICOLÓGICO Y PSICOTERAPIA MOTIVACIONAL EN DROGODEPENDENCIAS

Un enfoque cognitivo-conductual y humanista

Milton Rojas Valero

2 0 0 6

AGRADECIMIENTOS

Deseo dejar constancia de mi agradecimiento a las siguientes personas, quienes me facilitaron con sus vivencias, material bibliográfico, comentarios y sugerencias en la elaboración del presente documento:

A las y los consultantes del servicio Lugar de Escucha de CEDRO.

A los y las integrantes del equipo terapéutico de Lugar de Escucha de CEDRO.

A la Doctora Pilar Blanco, del Instituto de Drogodependencias Spiral de Madrid, España.

A la Doctora Nora Volkow, Directora del Instituto Nacional de Drogas de los Estados Unidos (NIDA), por las facilidades en la utilización de material bibliográfico y didáctico.

Al Doctor Juan José Llopis, Director de la Unidad de Conductas Adictivas, Castellón, España y coordinador de IREFREA.

A la Doctora Nuria Romo, del Departamento de Antropología de la Universidad de Granada España y,

A la Doctora Carmen Meses, de la Universidad Pontificia de Comillas, Madrid.

A todos ellos GRACIAS.



CEDRO
CENTRO DE INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN
PARA LA PREVENCIÓN DEL ABUSO DE DROGAS



REPÚBLICA DEL PERÚ



CONCYTEC
CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGIA
E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA

Equipo Terapéutico:

Milton Rojas Valero: Miembro Fundador y actual Encargado del programa “Lugar de Escucha” - CEDRO. Psicólogo, psicoterapeuta, Maestría en Drogodependencias (UPCH), ha llevado a cabo entrenamientos en Bogotá, Colombia (La Casa), New York (Day Top Inc) y Venecia, Italia (Villa Renata). Docente e investigador en el área de las adicciones.

Patricia Giraldo Waagner: Psicóloga, psicoterapeuta con Maestría en Drogodependencias (UPCH). Especialización en evaluación y diagnóstico psicológico en el Hospital Hermilio Valdizán, entrenamiento en el modelo comunidad terapéutica Day Top Inc. e Instituto Peruano de Psicología Cognitivo-Conductual (IPSICOC).

Maria Calvo Luna: Psicóloga, psicoterapeuta, con especialización en evaluación y diagnóstico psicológico en el Hospital Hermilio Valdizán y especialización en adicciones en poblaciones especiales (adolescentes)

Luís Espinoza Paul: Psicólogo, psicoterapeuta, con especialización en adicciones en el Hospital Víctor Larco Herrera y el Instituto Peruano de Psicología Cognitivo-Conductual (IPSICOC). Cursa Maestría en Drogodependencia (UPCH)

Azucena Ávalos Jara: Psicóloga, psicoterapeuta, con especialización en adicciones en el Centro de Rehabilitación de Ñaña e instituto INTERCOG (Instituto de Terapia Conductual Cognitiva). Cursa Maestría en Drogodependencias (UPCH)

Alonso Vergara Tassara: Psicólogo, estudios de post grado en drogodependencias (DEVIDA)

Selene Soto Soto: Psicóloga, psicoterapeuta.

Vanesa Oviedo Portugal: Psicóloga

INTERNOS DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Lorena Claux Freitas (Universidad Peruana Cayetano Heredia)
Joshua Gonzáles Cárdenas (Universidad Peruana Unión)
María Fernanda Romero Neira (Pontificia Universidad Católica del Perú)
Melissa Crovetto Armèstar (Pontificia Universidad Católica del Perú)

CONCEPTOS BÁSICOS Y PROFUNDIZACIÓN DEL CONSEJO PSICOLÓGICO Y PSICOTERAPIA MOTIVACIONAL EN DROGODEPENDENCIAS

MILTON J. ROJAS VALERO
mrojas@cedro.org.pe

© Milton J. Rojas Valero - CONCYTEC

Subvención CONCYTEC No. 126-2006-CONCYTEC-OAJ

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N 2006-8659

Primera Edición: Octubre 2006

ISBN: 9972-50-056-X

Tiraje: 500 ejemplares

Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica
CONCYTEC

Presidente: Dr. Augusto Mellado Méndez

Calle Del Comercio No. 197, San Borja, Lima-Perú

www.concytec.gob.pe

Corrección y Edición : Alessandra Canessa

Cuidado de edición : Patricia Velasco

Diagramación : Percy López

Impreso por : Imprenta Just Print Sac

Rufino Torrico 642 - 5 Lima1 - Perú

Derechos Reservados: Prohibida la reproducción de esta publicación por cualquier sistema conocido sin la autorización escrita del autor de la presente publicación.

**CONCEPTOS BÁSICOS Y PROFUNDIZACIÓN DEL CONSEJO
PSICOLÓGICO Y PSICOTERAPIA MOTIVACIONAL EN
DROGODEPENDENCIAS.**

Un enfoque Cognitivo-Conductual y Humanista

RESUMEN

Los avances en la investigación en drogodependencias ponen de manifiesto que es necesario seguir profundizando en las acciones de psicoterapia y tratamiento, y el desarrollo de programas de intervención temprana en adolescentes. Para los efectos, urge incorporar nuevas estrategias en el consejo psicológico y la terapia de estimulación motivacional.

El consejo psicológico y las sesiones motivacionales en la dependencia a sustancias se refieren a niveles de intervención inicial, que han sido poco explorados y difundidos en nuestro medio. Esto sucede particularmente en el caso de la motivación, constructo que debe ser trabajado longitudinalmente en la mayoría de los programas de tratamiento.

El texto examina los constructos del consejo psicológico y la entrevista motivacional, para luego introducir al lector al enfoque humanista propuesto por Carl Rogers. En este contexto se hace un análisis exhaustivo de la teoría de la motivación intrínseca (principios básicos, estrategias, técnicas, etc.). Asimismo se considera el enfoque cognitivo de Albert Ellis y Aaron Beck como uno de los soportes teóricos de esta propuesta de intervención.

**BASIC CONCEPTS, DEEPER PSYCHOLOGICAL ADVICE
AND MOTIVATION PSYCHOTHERAPY IN
DRUG ADDICTIONS**

A cognitive-conductual approach

ABSTRACT

The progress reached in the research on drug addiction sheds light on the necessity both to continue studying in depth the results achieved by psychotherapy and treatment and to develop early intervention programs on adolescents. In order to achieve such purpose, it is essential to incorporate new strategies to the psychological advice and the motivation stimulation therapy.

Both the psychological advice and motivation sessions in cases of drug addiction refer to levels of early intervention which have been poorly investigated and used in our environment. Such is the case of motivation, particularly, which should be continuously taken into account in the majority of treatment programs.

This text examines the elements of psychological advice and motivation interview, to then introduce the reader to the Human approach suggested by Carl Rogers. In such context, an accurate analysis of the intrinsic motivation (basic concepts, strategies, techniques, etc.) is carried out.

The suggested approach does also refer to a particular group of individuals, such as women and adolescents who abuse from drugs.

At the end of the first stage of such analysis, the treatment methods for these individuals and the current situation in Peru are pointed out.

In the second half, the main psychoactive substances which are consumed in our environment, such as alcohol, tobacco, psychopharmacs and industrial substances which are socially accepted substances- and illegal substances such as marihuana, cocainic substances and synthetic or chemical substances are analysed.

In general, the contents of this text are to be considered, among others, as an introduction to the Training Handbook contained in the second volume of this issue.

El enfoque propuesto se orienta también a una población particular como son mujeres y adolescentes consumidores de sustancias.

Al final de la primera etapa de análisis se exponen las modalidades de tratamiento para estas poblaciones y su estado actual en el Perú.

En la segunda mitad se profundiza en cada una de las principales sustancias psicoactivas de abuso en nuestro medio como son: alcohol, tabaco, psicofármacos y sustancias industriales -que son sustancias socialmente aceptadas- y luego las sustancias ilegales como marihuana, sustancias cocaínicas y sintéticas o químicas.

En general, el contenido del presente texto es además, un preámbulo al Manual de Capacitación en el segundo tomo de esta edición.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	17
PARTE I	
1.1 Programa de consejo psicológico y sesiones motivacionales en casos de drogodependencias "Lugar de Escucha" de CEDRO.....	25
1.1.1 Objetivos generales.....	26
1.1.2 Objetivos específicos de la consulta personalizada	26
1.2 Aspectos metodológicos.....	27
1.2.1 Logros alcanzados por el programa Lugar de Escucha	28
1.2.2 Nueva modalidad de ayuda en casos de drogodependencia	29
PARTE II	
2.1 Consejería o counselling en drogodependencias. Un enfoque humanista	33
2.1.1 Aplicaciones de la consejería	34
2.1.2 Objetivos de la consejería o el counselling	35
2.2 La hipótesis central de la psicoterapia centrada en el cliente	37
2.2.1 Delimitación entre consejería y psicoterapia en drogodependencias	39
2.2.2 La experiencia de escuchar y ser escuchado	40
2.2.2.1 El suspender todo tipo de juicio o prejuicio del o la cliente	40
2.2.2.2 El resistir las distracciones	41
2.3 Algunos mitos sobre el escuchar	42
2.3.1 Escuchar y oír son la misma cosa	42
2.3.2 El escuchar es un proceso natural	44
2.4 Funciones del escuchar	44
2.4.1 Recepción de la información	45
2.4.2 El punto clave aquí es que una escucha empática prepara una respuesta empática	45
2.4.3 Discriminación	46
2.4.4 Afirmación del otro	46
2.4.5 Motivaciones para escuchar	46
2.4.5.1 Escuchar lúdico	46
2.4.5.2 Escuchar para aprender	46
2.4.5.3 Cuanto más motivado está uno en sus propios estudios,	

- Promover empatía	
- Dar retroalimentación	
- Darle un giro a la resistencia	
- Tratar la ambivalencia con respecto a la abstinencia	
3.4 La entrevista motivacional. Un estilo de relación. Resumen general.....	84
3.5 Motivación y autoeficacia	8
3.6 Aspectos a considerar en el entrenamiento de consejeros y terapeutas en drogodependencias	7 89

Parte IV

4.1 Consejería en poblaciones especiales	91
4.1.1 Adolescencia	91
4.1.2 Uso y abuso de bebidas alcohólicas en la adolescencia	94
4.2 Adicción femenina	96
- Drogodependencias y condición de género	
4.3 Mujeres y varones y su relación con las sustancias psicoactivas	99
4.3.1 Algunas diferencias entre las mujeres y los varones en el funcionamiento socio-cultural, psicológico y clínico	100
- Indicadores subjetivos de consumo de sustancias psicoactivas	
4.4 Consejo psicológico y motivación en padres de familia con hijo o hija drogodependiente, y otros familiares.	105 107
4.5 Rol de la familia en las drogodependencias.....	

Parte V

5.1 El tratamiento de la dependencia a sustancias psicoactivas	111
5.1.1 Estado actual y perspectivas	111
5.1.2 Enfoques terapéuticos	112
5.1.3 Modalidades de tratamiento en consumidores múltiples, predominantemente de sustancias cocaínicas	113
5.1.3.1 Psicoterapia ambulatoria	113
5.1.3.2 Psicoterapia con internamiento u hospitalización	114
5.1.3.3 Comunidad terapéutica	115
5.2 Otras modalidades de Tratamiento.....	117

PARTE VI

6 Sustancias psicoactivas	119
6.1 Bebidas alcohólicas (alcohol).	119

6.1.1	Farmacodinamia	119
6.1.2	Farmacocinética	120
6.1.3	Efectos del alcohol sobre aparatos y sistemas	121
6.1.4	Tolerancia y dependencia	122
6.1.4.1	Tolerancia innata	122
6.1.4.2	Tolerancia adquirida	122
6.1.5	Consecuencias físicas, a corto plazo	125
6.1.6	Consecuencias físicas, a largo plazo	125
6.1.7	Consecuencias psicológicas (corto plazo)	126
6.1.8	Consecuencias psicológicas (largo plazo)	127
6.1.9	Efectos producidos por la intoxicación	127
6.1.10	Problemas de salud más frecuentes asociadas al alcoholismo en el Perú	127
6.1.11	Problemas de salud mental asociados al consumo de alcohol	129
6.1.12	Consecuencias de carácter social derivados del consumo de alcohol	
6.1.13	Bebidas alcohólicas y medicamentos	130
6.1.14	¿Cuándo una persona a desarrollado la enfermedad del alcoholismo?	133
6.1.15	Maternidad y consumo de bebidas alcohólicas ¿el alcohol puede hacerle daño a su bebé?	134
6.2	Nicotina	136
6.2.1	Farmacodinamia	136
6.2.2	Farmacocinética	137
6.2.3	Toxicología	137
6.2.4	Tolerancia y dependencia	138
6.2.5	Síndrome de abstinencia	138
6.2.6	Patologías asociadas al tabaco	138
6.3	Cannabis o Marihuana	141
6.3.1	Aspectos botánicos	141
6.3.2	Propiedades de los cannabinoides	142
6.3.2.1	Absorción y distribución	143
6.3.3	Cannabinoides y dependencia	143
6.3.4	Efectos farmacológicos	145
6.3.4.1	Efectos conductuales	145
6.3.4.2	Efectos sobre la memoria	145
6.3.4.3	Efectos sobre la agresividad	145
6.3.4.4	Efecto analgésico	146

	más atentamente escucha para comprender bien las cuestiones, retenerlas y preparar preguntas para profundizar	47
2.4.4	Escuchar para evaluar	47
2.4.5	Ambos buscarán también satisfacer la curiosidad que tienen sobre las condiciones de trabajo, su posible rentabilidad para él o para su empresa	47
2.4.6	Escuchar para empatizar	47
Parte III		
3.1	La motivación desde la perspectiva de la psicología de la salud	49
3.1.1	Teorías de la activación	50
3.1.2	La motivación intrínseca	51
3.1.3	La motivación intrínseca y las drogodependencias	54
3.1.3.1	El proceso de adicción	56
3.1.3.2	Transición y mantenimiento del consumo de sustancias psicoactivas	57
	· Factores de aprendizaje	
	· Factores cognitivos y de personalidad	
	· Factores que inciden en el establecimiento de la dependencia	
3.2	Principios básicos de las sesiones motivacionales	68
3.2.1	La motivación como estado	68
3.2.2	Condiciones terapéuticas básicas para el cambio	69
3.2.2.1	Estadios y procesos de cambio	69
3.2.2.2	Integración de los estadios y procesos de cambio y procedimientos terapéuticos que favorecen el cambio	73
3.2.2.3	Evaluación y diagnóstico de la motivación.....	75
	· La motivación como estado	
	· Motivación como disponibilidad para cambiar Observación y escucha reflexiva	
	· Preguntas estratégicas en la evaluación de las fases de cambio	
3.3	Estrategias y técnicas de la entrevista motivacional	80
-	Proporcionar información actualizada	80
-	Evitar la discusión	80
-	Dar diversas alternativas de salida a la crisis generada por el consumo.....	81
-	Disminuir los factores que hacen que la conducta del consumo sea deseable	81

6.3.4.5	Efectos en la descendencia	146
6.3.4.6	Efectos sobre la actividad locomotora	147
6.3.5	Marihuana y efectos nocivos sobre la salud mental	147
6.3.6	Utilidad terapéutica del cannabis y derivados	151
6.5	Sustancias cocaínicas	152
6.4.1	Hoja de coca	152
6.4.1.1	El masticado de la hoja	153
6.4.1.2	Evaluación fisiológica	154
6.4.1.3	Procesamiento químico para obtener cocaína.....	154
6.4.2	Cocaína (Clorhidrato de Cocaína)	155
6.4.2.1	Formas de abuso	156
6.4.2.2	Farmacocinética	157
	· Absorción	
	· Distribución	
	· Metabolismo	
	· Eliminación	
6.4.2.3	Mecanismo de acción	159
6.4.2.4	Efecto de intoxicación	160
6.4.2.5	Consecuencias	161
6.4.2.6	Complicaciones psicóticas del consumo de cocaína	161
6.4.3	Pasta Básica de Cocaína (PBC)	162
6.4.3.1	Farmacología.....	163
6.4.3.2	Farmacocinética	163
6.4.3.3	Absorción	163
6.4.3.4	Apariencia física	163
6.4.3.5	Aspectos clínicos	164
	· El síndrome de la PBC	
	· Consecuencias	
6.4.3.6	Pasta básica de cocaína y descendencia	165
6.4.4	Crack	166
6.5	Sustancias inhalables o volátiles	166
6.5.1	Conceptualización	166
6.5.2	Vía de administración	166
6.5.3	Clasificación de los inhalables	167
6.5.4	Productos de consumo más frecuentes y su composición.....	167
6.5.5	Efectos	168

6.7.6.4	Efectos	186
6.7.7	Rohypnol	188
6.7.7.1	Descripción	188
6.7.7.2	Presentación	188
6.7.7.3	Vías de administración	188
6.7.7.4	Efectos	188
6.7.8	Ritalín	189
6.7.9	Anabólicos esteroides	189
6.7.9.1	Vías de administración	191
6.7.9.2	Efectos	191
6.7.10	Fenciclidina (PCP)	194
6.7.10.1	Descripción	195
6.7.10.2	Presentación	195
6.7.10.3	Vías de administración	195
6.7.10.4	Efectos	196
6.7.11	Medicamentos o psicofármacos	196
6.7.11.1	Analgésicos	196
6.7.11.2	Sedantes o tranquilizantes	197
6.7.11.3	Hipnóticos	197
6.7.11.4	Benzodiazepinas	197
6.7.11.5	Anorexígenos	197
6.7.11.6	Anfetaminas	197

Referencias	199
-------------------	-----

Acronimos	213
-----------------	-----

Glosario de términos	215
----------------------------	-----

Bibliografía	241
--------------------	-----

6.5.6	Complicaciones agudas	169
6.5.7	Consecuencias crónicas	169
6.6	Heroína	171
6.6.1	Vía de administración	171
6.6.2	Efectos a corto plazo	173
6.6.3	Efectos a largo plazo	174
6.6.4	Complicaciones médicas asociadas al uso crónico de la heroína	175
6.7	Drogas de diseño o sintéticas	176
6.7.1	Metanfetaminas	176
6.7.1.1	Descripción	176
6.7.1.2	Presentación	176
6.7.1.3	Vías de administración	177
6.7.1.4	Efectos	177
6.7.2	Éxtasis	178
6.7.2.1	Descripción	178
6.7.2.2	Presentación	178
6.7.2.3	Vías de administración	179
6.7.2.4	Efectos	179
6.7.3	Efedrina	180
6.7.3.1	Descripción	180
6.7.3.2	Presentación	180
6.7.3.3	Vías de administración	181
6.7.3.4	Efectos	181
6.7.4	Ketamina	181
6.7.4.1	Descripción	182
6.7.4.2	Presentación	182
6.7.4.3	Vías de administración	182
6.7.4.4	Efectos	182
6.7.5	GHB (Gammahidroxidobutirato)	183
6.7.5.1	Descripción	183
6.7.5.2	Presentación	184
6.7.5.3	Vías de administración	184
6.7.5.4	Efectos	184
6.7.6	LSD (Dietilamida del Ácido Lisérgico)	185
6.7.6.1	Descripción	185
6.7.6.2	Presentación	186
6.7.6.3	Vías de administración	186

INTRODUCCIÓN

A pesar de que en todas las épocas y civilizaciones se ha conocido el fenómeno de las drogas o sustancias psicoactivas, actualmente una serie de cambios socioculturales, económicos y psicológicos han ido alterando profundamente las condiciones de vida y consecuentemente las condiciones de aparición y desarrollo de la problemática generada por las drogodependencias en el ámbito de la salud.

El incremento en los últimos años de publicaciones de orden psicológico sobre la etiología y tratamiento de la conducta adictiva ha terminado con el dominio casi exclusivo de las ciencias médicas en este campo. En la actualidad se opta decididamente por la integración de las perspectivas psicológica, médica, biológica, sociológica y antropológica, sin la cual el fenómeno de la drogodependencia sería aún más distante al análisis científico.

Esta concepción está determinada por el modelo bio-psico-social que contempla múltiples y heterogéneas determinantes en el desarrollo de la dependencia a sustancias, además de constituir el marco idóneo para investigar las motivaciones de la iniciación y el mantenimiento de la conducta adictiva (dos procesos diferentes que requieren enfoques igualmente distintos).

Sigue planteada la necesidad de estudiar más a fondo el motivo por el cual algunas personas generan una adicción a las drogas, mientras que otras mantienen un consumo controlado y otras más las rechazan luego de unas cuantas experiencias de consumo.

Para lograr una cabal comprensión del fenómeno adictivo, resulta necesario el empleo de una serie de herramientas psicológicas, como el análisis motivacional de las adicciones. Dicho análisis a pesar de su dificultad y complejidad, se ha convertido en una tarea esencial para el abordaje tanto de la prevención como del tratamiento.

este contexto se hace un análisis exhaustivo de la teoría de la motivación intrínseca (principios básicos, estrategias, técnicas, etc.); asimismo se considera al enfoque cognitivo de Albert Ellis y Aaron Beck como uno de los soportes teóricos de esta propuesta de intervención.

El enfoque propuesto se orienta también a una población particular, como son mujeres y adolescentes consumidores de sustancias. Al final de la primera etapa de análisis se exponen las modalidades de tratamiento para estas poblaciones y su estado actual en el Perú.

En la segunda mitad se profundiza en cada una de las principales sustancias psicoactivas de abuso en nuestro medio: alcohol, tabaco, psicofármacos y sustancias industriales, que son sustancias socialmente aceptadas y luego en las sustancias ilegales: marihuana, sustancias cocaínicas y sintéticas o químicas.

Finalmente, el presente documento es un preámbulo al Manual de Capacitación contenido en el segundo tomo de esta edición.

Tal como se propone en el presente documento al amparo del enfoque humanista y cognitivo conductual se puede activar y generar la motivación intrínseca en la persona para lograr el proceso de cambio. Para que esto suceda se deben promover las condiciones necesarias de manera que desde la misma persona surjan el interés y el compromiso requeridos para dicho cambio, evitando influenciar la conducta desde afuera mediante contingencias externas.

Esta consideración no excluye en lo absoluto el empleo del consejo psicológico y la motivación en determinadas fases como herramientas esenciales en dicho proceso.

En este orden de ideas, en el ámbito del uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, se considera el consejo o counselling como interacción verbal entre el cliente y consejero o terapeuta, donde el objetivo fundamental es ayudar al cliente o consultante que se encuentra en dificultad para que: entienda y clarifique su situación, descubra y potencie sus recursos de afrontamiento, maneje sus emociones y cambie su comportamiento, o hábitos no saludables, mediante una toma de decisiones responsable y consciente.

Los últimos avances en la investigación sobre intervención en casos de drogodependencias ponen de manifiesto la necesidad de seguir revisando y profundizando en las acciones de tratamiento, para desarrollar programas de intervención temprana, incorporar nuevas pautas de consejo psicológico y mejorar las estrategias de entrevistas motivacionales.

El consejo psicológico y las sesiones motivacionales en la dependencia a sustancias se refieren a niveles de intervención inicial que son poco explorados y difundidos. Esto sucede particularmente en el caso de la motivación, constructo que debe ser trabajado longitudinalmente en la mayoría de los programas de tratamiento.

El presente documento examina aspectos importantes del consejo psicológico y de la terapia de estimulación motivacional, para luego introducir al lector al enfoque humanista propuesto por Carl Rogers. En

Lugar de Escucha - CEDRO

La naturaleza de la adicción a sustancias psicoactivas requiere de diversos niveles de intervención, concertados en torno a las etapas de toma de conciencia de la enfermedad, motivación para el tratamiento, perseverancia en los esfuerzos de rehabilitación y entrenamiento para la reinserción social.

Diversas instituciones peruanas ofrecen alternativas de intervención a problemas vinculados al abuso y la dependencia a sustancias psicoactivas. Programas educativo-promocionales, actividades de consejo psicológico y apoyo emocional, formas de incorporación a la familia o personas cercanas, procesos intensivos de tratamiento y rehabilitación; la variada gama de estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria, proponen un amplio espectro de alternativas entre las cuales decidir en qué nivel de necesidad se encuentra cada uno de los casos que se presentan y por tanto, cuál es la modalidad de intervención que más se ajusta al caso.

CEDRO, consciente de esta realidad, inaugura en 1989 el Programa "Lugar de Escucha", diseñado para responder al primer nivel de demanda de ayuda proveniente de personas de cualquier edad, sexo o condición que requieran orientación, apoyo y consejo psicológico para enfrentar los problemas vinculados a la drogodependencia.

Concebido como un puente entre el pedido de ayuda y el tratamiento, "Lugar de Escucha" se constituye en una oferta singular accesible y eficiente para la atención de personas que requieren apoyo para trabajar la adicción a sustancias psicoactivas, en donde el enfoque humanista, la ayuda social en el sentido más amplio y el anonimato son enfatizados.

- Este servicio de CEDRO fue uno de los pioneros en el Perú en introducir y trabajar con el constructo consejo psicológico personalizado y telefónico en conductas adictivas.
- Estadísticamente al año 2005, se ha atendido más de 15,000 casos debidamente registrados, sin considerar la atención de casos no registrados (sin ficha de atención).
- En el año 2006 el programa "Lugar de Escucha" ha sido evaluado en cuanto a la calidad de sus intervenciones, percepción y satisfacción. Los resultados confirman que el programa sostiene y afianza la motivación de cambio, así como las intervenciones son más eficaces cuando los consultantes inician el proceso en los estadios de precontemplación y contemplación; también se verificó que grado de adherencia al programa es más alto respecto de la tasa de abandonos; por otro lado, las intervenciones breves de estimulación motivacional contribuyen al "enganche" terapéutico hacia las distintas formas de tratamiento desadictivo. (Rojas y Espinoza, 2006).
- En términos de investigación, se han publicado textos y manuales en el tema de la psicoterapia breve en adicciones, mujer y drogas, consumo de sustancias en adolescentes, entre otros temas.

Acciones

En base a un conocimiento de la dinámica de la enfermedad adictiva el servicio brinda tres modalidades de acceso:

- 1.- En consulta personalizada.
- 2.- En consulta telefónica, cuya función es brindar intervención en crisis, contención emocional y consejería inmediata a quien la solicita.
- 3.- En consulta a través de Internet, sea por e-mail y Chat.
- 4.- Mediante su servicio de acogida, que permite aconsejar, inducir y motivar al tratamiento.
- 5.- En "Grupos de Encuentro" para púberes y adolescentes escolares con consumos no patológicos o iniciales.
- 6.- Otras adicciones no tóxicas, como el juego compulsivo o ludopatía .

Lugar de Escucha-CEDRO atiende procesos de inducción y terapia de estimulación motivacional para el tratamiento, consejo psicológico, orientación, asesoramiento, lineamientos básicos de terapia individual y familiar e intervenciones terapéuticas breves focalizadas.

El servicio incorpora la oferta de alternativas de derivación para el diagnóstico y tratamiento especializado; en los casos en que se requiere.

Resultados

- Para desarrollar a cabalidad su tarea, "Lugar de Escucha" coordina con las Unidades de Tratamiento en Drogodependencias del Ministerio de Salud, así como con la Red de Centros de Salud, Clínicas, Consultorios Privados, Grupo de Auto-ayuda y Comunidades Terapéuticas.
- El servicio ha sistematizado y difundido su trabajo en forma de investigaciones, publicaciones y artículos científicos para beneficio de la comunidad.
- Se ha brindado asistencia técnica y capacitación a establecimientos privados y del Ministerio de Salud que brindan orientación y consejo psicológico en casos de drogodependencias.
- Lugar de Escucha es un espacio donde se han formado psicólogos clínicos y otros profesionales de la salud a través de prácticas pre profesionales, pasantías e intercambios, tanto de entidades nacionales como del extranjero.

PARTE I

1.1 PROGRAMA DE CONSEJO PSICOLÓGICO Y SESIONES MOTIVACIONALES EN CASOS DE DROGODEPENDENCIAS “LUGAR DE ESCUCHA” DE CEDRO

Aunque la acción preventiva primaria es el punto más importante de la agenda institucional, resulta difícil mantenerse al margen ante el creciente número de pedidos de ayuda que la misma actividad preventiva ha ido despertando. Así, en 1989, el Centro de Información y Educación para la Prevención de Abuso de Drogas (CEDRO) decidió abrir un programa denominado "Lugar de Escucha", para responder a nivel de orientación y consejo psicológico a las solicitudes inmediatas y crisis asociadas al consumo, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas (en adelante SPAs) y otros tipos de demanda, tales como suicidio, SIDA, disfunciones familiares, depresión, juego patológico (ludopatía), inquietudes y crisis de la adolescencia.

“Lugar de Escucha” es un espacio que acoge la preocupación de la comunidad en términos de uso, abuso y dependencia a SPA. En este sentido, está destinado a dar forma, cauce y luego de un cierto número de sesiones, derivar hacia formas más especializadas de ayuda, aunque en algunos casos el sujeto requiere derivación inmediata a otras instancias de tratamiento debido a la complejidad clínica y cronicidad del consumo.

El objetivo central de este espacio era introducir los constructos del consejo y la motivación en drogodependencias, que hasta entonces habían sido totalmente desconocidos en el medio.

En la actualidad, las intervenciones de consejo psicológico y motivación en drogodependencias han cobrado gran importancia a tal punto, que ahora se definen las primeras entrevistas de consejo e inducción-motivación como piezas claves para el “enganche” al tratamiento y el pronóstico del caso.

MINEDU-CEDRO, desarrollar “Grupos de Encuentro”.

- En adicción femenina, introducir la perspectiva de identidad de género en las intervenciones motivacionales.

1.2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

En la metodología de intervención, el método de consejo psicológico y las sesiones motivacionales se suele dividir por fines didácticos, en fases articuladas en orden lógico, estrechamente ligadas una a otra en un proceso espiral (Cuadro 1) (Rojas, 1996). Estas fases son:

- a. Análisis
- b. Valoración
- c. Intervención
- d. Evaluación
- e. Derivación

Tomando como base los aportes de Donovan y Rosengren (1999) y Rojas (1996) (Cuadro 1) se examina y sistematiza didácticamente el esquema de intervención del servicio “Lugar de Escucha” de CEDRO, ante los problemas derivados de las drogodependencias.

Cuadro 1

Mapa conceptual de las intervenciones

Análisis y reconocimiento del problema	<ul style="list-style-type: none">· Recepción y acogida de demandas.· Detección precoz (prevención secundaria “Grupos de Encuentro” para púberes y adolescentes consumidores de drogas no patológicos (experimentales o incidentales).· Captación de usuarios abusadores y adictos de ambos sexos.
Valoración	<ul style="list-style-type: none">· Diagnóstico psicológico, médico psiquiátrico y socio-familiar.· Formulación de propuestas de intervención.· Derivación a servicios especializados.

Valoración	<ul style="list-style-type: none"> · Diagnóstico psicológico, médico psiquiátrico y socio-familiar. · Formulación de propuestas de intervención. · Derivación a servicios especializados.
Intervención: Atención y terapia informativa	<ul style="list-style-type: none"> · Ayuda al restablecimiento individual, familiar y social. · Organización del acceso a los recursos de la zona. · Apoyo y supervisión en la inserción al programa asignado a través de la derivación. · Identificación del apoyo y la ayuda propios de los cuidados informales. · Ejecución y realización de apoyo familiar y articulación de su seguimiento.
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> · Prueba de entrada (Aplicación del Cuestionario URICA, Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island) que evalúa el nivel de motivación de cambio. · Prueba de salida utilizando el mismo instrumento. · En la derivación: verificación de la inserción de los consultantes en los centros de atención en casos de drogodependencia, a través del monitoreo con las distintas alternativas de tratamiento existentes en la red de derivación. · Seguimiento a través de llamadas telefónicas, citas eventuales e información de la familia.
Derivación	<ul style="list-style-type: none"> · En función del perfil clínico, sociofamiliar y geográfico.

1.2.1 Logros alcanzados por el programa Lugar de Escucha

Durante los 16 años de atención continua, brindada en el campo del consejo psicológico, de las entrevistas motivacionales, en casos de drogodependencias y de las evaluaciones de impacto y de proceso de "Lugar de Escucha" de CEDRO (Rojas y Espinoza, 2006) se ha consolidado un sólido modelo como alternativa de ayuda inmediata en tres modalidades estas incluyen atención telefónica, personal (cara a cara) y a través de Internet (e-mail y chat).

Entre los principales logros obtenidos están:

Inicialmente concebido como un puente entre el pedido de ayuda y el tratamiento, "Lugar de Escucha" es en la actualidad uno de los pocos servicios en Latinoamérica que brindan tres modalidades de atención en adicciones a SPAs:

- Consejo psicológico personalizado
- Intervención telefónica
- Consejería on-line.

1.1.1 Objetivos generales

1. En el consejo psicológico (cara-cara), brindar orientación, consejería psicológica, evaluación y diagnóstico psicológico-médico en casos de consumo de sustancias psicoactivas.
2. En la orientación y consejería telefónica, brindar orientación, consejo e intervención en crisis en casos de consumo de sustancias.
3. En la orientación y consejería on-line, a través de chat y e-mail, desarrollar sesiones virtuales dentro del marco del consejo psicológico.
4. En el tema de microcomercialización de SPAs en Lima y Callao, recabar información actualizada sobre los puntos de venta y consumo de sustancias cocaínicas y canábicas, así como sus respectivos precios a través del plano catastral de Lima y Callao.

1.1.2 Objetivos específicos en consulta personal

1. Desarrollar una evaluación psicológica y médico-psiquiátrica en consultantes que acuden personalmente al programa.
2. Generar un cierto nivel de motivación respecto a la interrupción del consumo de SPAs.
3. Orientar y aconsejar a los familiares sobre el fenómeno de las sustancias y las características básicas del comportamiento que deriva del consumo, así como de las repercusiones en el sistema familiar y su protagonismo en la ayuda.
4. Con poblaciones especiales:
 - Adolescentes escolares consumidores de sustancias, con patrones de uso no patológico, derivados de colegios del Ministerio de Educación de acuerdo con el Convenio

- La introducción del consejo psicológico y las sesiones motivacionales en drogodependencias en el escenario nacional.
- La evaluación de la metodología de intervención en cuanto a su impacto y proceso (Rojas y Espinoza, 2006).
- La validación del programa de intervención temprana y detección precoz del consumo inicial y experimental de sustancias en preadolescentes, adolescentes y adultos jóvenes, para el establecimiento de un programa específico (Grupos de Encuentro).
- El establecimiento de algunos perfiles de aspectos socioculturales, clínicos y familiares en mujeres abusadoras y adictas de alcohol y otras SPAs.
- La sistematización del tema de la microcomercialización a partir de los datos casuísticos y estadísticos del servicio.
- La consolidación del servicio como un puente entre los pedidos de ayuda y las diversas formas de tratamiento. En tal sentido es un espacio de análisis, evaluación, diagnóstico y encauce.
- La intervención en crisis, orientación y consejería a través del teléfono se ha convertido en una especialidad que ha permitido presentar dos ediciones del manual de entrenamiento para quienes deseen incursionar en el tema.
- La capacitación y la asistencia técnica en consejo psicológico y motivación en drogodependencias alcanza a entidades oficiales y privadas del escenario nacional e internacional.
- Dos áreas de intervención la telefónica y el consejo personal, han servido de paradigma para hacer réplicas en el Perú y el extranjero.
- Se han desarrollado investigaciones y publicaciones en función de la población atendida.

1.2.2 Nueva modalidad de ayuda en casos de drogodependencias:

Orientación y consejería on-line a través del e-mail y el chat.

El fenómeno de la globalización, en difusión a través de los medios de comunicación y la proliferación de nuevas tecnologías han permitido que los enlaces comunicacionales sean más eficientes y rápidos evitando impedimentos de ubicación geográfica. Una de las nuevas tecnologías que ha proliferado rápidamente es la red de redes, más conocida como

aquellos que prefieran realizar la consulta desde la comodidad de su casa o trabajo.

- Otro beneficio es el costo de las sesiones, con respecto a las consultas convencionales cara a cara, pues el de la consulta on-line comprende únicamente los gastos de conexión.

Desventajas

Como es de suponer, el medio también cuenta con limitaciones. Por ejemplo, existen determinadas situaciones en que la presencia del terapeuta es importante para la aplicación de técnicas de autocontrol en situaciones de crisis, condiciones que no se pueden llevar a cabo electrónicamente.

En lo que se refiere a Lugar de Escucha en los últimos cinco años, se han ido gradualmente incrementando las solicitudes de atención por temas relacionados a la temática de las drogas a través del e-mail. Por lo general las demandas son de adolescentes y jóvenes de ambos sexos: escolares y estudiantes de instituciones de educación superior. En otros casos, se trata de familiares de usuarios y no usuarios, quienes hacen indagaciones en torno al tema y otros comportamientos riesgosos, como trastornos alimentarios, depresión, fugas del hogar, crisis de adolescencia, SIDA, etc.

1.2.2.1 Consejería off-line (fuera de línea)

En la consejería y orientación off-line no hay interacción directa en tiempo real entre un consejero y un consultante. En este caso la interacción es a través del e-mail o correo electrónico.

1.2.2.2 Consejería on-line (en línea)

En la consejería y orientación on-line hay interacción directa en tiempo real entre un consultante y un consejero, a través del chat o vídeo conferencia.

Procedimiento de la consejería on-line

Los consultantes que están interesados en recibir ayuda entran en contacto con el programa “Lugar de Escucha” mediante la website institucional (<http://www.cedro.org.pe/lugar/>); una vez en la página del programa, deben llenar una ficha electrónica de consulta on-line, breve y simple, que permite coordinar una cita vía mail o chat.

La ficha electrónica proporciona información general al terapeuta permitiéndole analizar la demanda de manera más efectiva y rápida. Luego del registro se responde al consultante según la modalidad de servicio que haya solicitado (mail o chat). En el caso de consultas vía mail, se brinda una respuesta inmediata, de lo contrario se dan los posibles horarios para concertar una cita en tiempo real mediante chat. Cabe señalar que el tiempo entre el pedido de ayuda (llenado de ficha electrónica de registro) y la respuesta no suele pasar de los tres días, dependiendo de la demanda.

Cabe precisar que con las sesiones on-line no se buscan remplazar las sesiones presenciales, dado que su objetivo principal en el caso de “Lugar de Escucha” de CEDRO es brindar información y consejería, teniendo como objetivo final encausar al consultante a la consejería personalizada o cara a cara, sea en nuestro programa o en alternativas de la red de derivación.

Internet que se ha vuelto una herramienta necesaria en diversas profesiones, sin exceptuar el área de la salud humana. Es en este contexto que desde hace aproximadamente siete años se abrieron servicios de consejería virtual fundamentalmente dedicados a aspectos laborales, educativos, turísticos y de salud mental en Norteamérica, Europa y Australia.

En tal sentido la Universidad de California de Berkeley, “Psicoactiva” de España y “Casa” de la Universidad de Columbia, en New York, entre otros, introdujeron Internet para la intervención en el campo del abuso y la dependencia de SPAs.

Así también, “Lugar de Escucha” de CEDRO inauguró en 2004 una nueva alternativa de asesoramiento y consejería a través del Internet, facilitando a un significativo número de personas la posibilidad de tener contacto ágil y directo para resolver todo tipo de dudas, preguntas y cuestionamientos asociados al uso y abuso de SPAs y otras conductas adictivas.

Entre las principales ventajas y desventajas de utilizar la consejería on-line se encuentran las siguientes:

Ventajas

- Es un acceso inmediato y económico atendido por profesionales de la salud mental. Resulta de particular importancia ante las múltiples situaciones de estrés y ansiedad, como los conflictos familiares y laborales a los que se ve sometida comúnmente la población.
- La atención vía Internet está indicada para cualquier persona además de ser un facilitador para quienes padecen problemas para salir de casa: dificultades de locomoción, problemas de relación, el sentirse inicialmente intimidados por la presencia de un terapeuta.
- De la misma manera brinda asesoramiento psicológico a las personas que viven en ciudades donde no existen servicios psicológicos o psiquiátricos (o los existentes no cumplen con las expectativas del usuario), para los que tienen problemas de distancia geográfica o disponibilidad de tiempo. En general para

PARTE II

2.1 CONSEJERÍA O COUNSELLING EN DROGODEPENDENCIAS. UN ENFOQUE HUMANISTA

En lo que refiere al concepto de consejería o counselling, se han propuesto numerosas definiciones, que a pesar de parecer distintas y haber sido propuestas en diferentes momentos y con distintos fines, tienen elementos en común que explican el constructo de manera cabal.

En este sentido, Torres (1995, citado por Barreto et al, 1997) sostiene que la consejería consiste en aportar nuestros conocimientos para conseguir que la persona logre estar en condición de decidir por sí misma qué va a hacer, y pueda ejercer su derecho a la salud. No se trata de ponerse en su lugar o decidir por ella; sino que el consultante o cliente consiga ocupar su lugar y pueda decidir por sí mismo.

Para la British Association for Counselling (BAC, 1992) el counselling es la utilización hábil y fundamentada de la relación y comunicación, con el fin de desarrollar el autoconocimiento, la aceptación, el crecimiento emocional y los recursos personales. Su objetivo global es ayudar a que las personas vivan del modo más pleno y satisfactorio.

Se trata de un proceso que puede ayudar a las personas a entender y afrontar mejor sus problemas, a comunicarse y relacionarse mejor con los sujetos que las rodean. Puede reforzar y mejorar la actitud, la motivación y el cambio de comportamiento. Funciona a través de la comunicación, la solución de problemas y la toma de decisiones. Es interactiva, no directiva, una interacción entre el profesional y el consultante, basada en la empatía, la sinceridad y la aceptación.

De acuerdo con Barreto et al (1997), el counselling viene a ser el arte de hacer reflexionar a una persona por medio de preguntas, de modo que esta pueda tomar la decisión que considere adecuadas para ella y su salud.

El desajuste o impacto que producen determinados eventos en la vida de una persona, y quienes lo rodean, es objeto de la consejería. Esta representa un proceso mediante el cual se ayuda al consultante a tratar el tema estresante en cuestión y enfrentarse a él, buscando recursos en sí mismo de forma que pueda aceptar y utilizar de forma positiva su situación de sufrimiento, potenciando con sus propios recursos un modo de ajuste a la situación.

La consejería psicológica se aplica en situaciones que generan angustia o estrés, como el caso de las drogodependencias, que requieren buscar soluciones; también en diversos tipos de enfermedades y de la fase en que se encuentren, aguda, crónica o terminal, o incluso para personas que se perciben en situaciones de riesgo.

2.1.2 Objetivos de la consejería (*counselling*)

Para Barreto et al (1997), más allá de las aplicaciones de la consejería, podemos identificar dos objetivos generales que subyacen a toda intervención de counselling:

1. Facilitar que las personas y sus familias vivan del modo más pleno y gratificante posible.
2. Maximizar el nivel de competencia de los asesores, al menor costo emocional posible.

En este contexto, la consejería se refiere principalmente al desarrollo de recursos técnicos y psicológicos desde una doble perspectiva:

- a. Desarrollo de habilidades de relación con los consultantes o clientes.
- b. Adecuado manejo de las propias emociones: autocontrol.

Resumiendo, podemos decir que la consejería es una intervención psicosocial que incluye:

- Suministro de información, siempre en la medida que el sujeto la demande y la pueda asumir.
- Apoyo emocional, social y psicológico.
- Expresión y discusión de sentimientos.

- Mantenimiento o restablecimiento de apoyo social y atención sanitaria, en caso necesario.
- La evaluación del impacto sociofamiliar.
- El manejo de problemas y preocupaciones que surjan a lo largo del proceso.
- La búsqueda de alternativas que permitan afrontar maximizando la eficacia del menor costo emocional.
- Una actitud de responsabilidad por parte del consejero o profesional.

Por otro lado, la perspectiva humanista es una modalidad de consejería y de psicoterapia. Es el enfoque que mayor influencia ejerce actualmente sobre los consejeros y psicoterapeutas norteamericanos, aun por encima de la terapia racional-emotiva, de Albert Ellis y del psicoanálisis freudiano. Al respecto, en un estudio realizado en los Estados Unidos de Norteamérica, entre 800 profesionales de la salud mental (psicólogos, psiquiatras y consejeros acreditados) se encontró que los psicoterapeutas propuestos como los de mayor influencia fueron: Carl Rogers en primer lugar, Albert Ellis en el segundo y Sigmund Freud, en el tercero (Huber y Baruth, 1991).

El enfoque rogeriano, catalogado de especulativo y anticientífico por sus detractores, y visto como la terapia ideal por sus seguidores, ha pasado por diversas transformaciones, que van desde la simple propuesta de una hipótesis de trabajo producto de la labor de consejería que el autor desarrollara en los años treinta hasta la elaboración de una teoría de la personalidad. El desarrollo de esta concepción descansó también sobre una considerable cantidad de investigaciones que fueron guiando su desenvolvimiento, clarificando las dudas y dando validez empírica a las hipótesis que planteaba (Vásquez, 2001).

Sin embargo, a pesar de ello, hay quienes piensan que esta psicoterapia se basa solamente en buenas intenciones, en deseos filantrópicos provenientes de la filosofía existencialista, y en la bondad del carácter del propio Rogers. Este razonamiento responde, creemos, más a la ignorancia que a las características intrínsecas del enfoque.

En este sentido, el counselling es una herramienta que vuelve más eficaz la comunicación con la persona ayudándola en la toma de decisiones, facilitando la expresión de sus temores y los cambios de comportamiento. Es, por lo tanto, un medio y no un fin en sí mismo; y como tal, resulta ser un método que permite una enorme flexibilidad en su aplicación. Esta herramienta, al utilizar la pregunta y no la aseveración, consigue que el sujeto se dé respuestas sí mismo provocando cambios más estables tanto en el ámbito cognitivo como en el conductual.

Los protagonistas de la consejería son: el profesional, que facilita conocimientos, alternativas, herramientas, técnicas, entrenamiento y el usuario que conduce su propio proceso, el cambio de comportamiento y el logro de su salud.

2.1.1 Aplicaciones de la consejería

Para Barreto et al (1997), en el ámbito clínico la consejería o counselling tiene la función de atender las necesidades de orientación de los sujetos en situación de enfermedad, así como las de las personas que los cuidan y comparten con ellos la vivencia. Cabe señalar que en la vida cotidiana se suelen presentar situaciones de conflicto y sobrecarga sin desencadenar en un trastorno propiamente dicho, en las cuales la consejería puede ser de suma utilidad.

Se puede observar que en toda actuación de consejería aparece un elemento muy importante: la prevención de posibles trastornos o déficit mediante una actuación al inicio del problema.

En general, podríamos decir que la consejería puede ayudar a las personas (niños, jóvenes y adultos) a enfrentarse y solucionar dificultades que se presenten en un momento de su vida. Estas dificultades varían en intensidad, pudiendo ser un cambio del estilo de vida por jubilación, traslado a otro lugar, etc. hasta la aceptación del diagnóstico de una enfermedad o la muerte de un ser querido. Asimismo diferentes situaciones serán vividas por las personas de distintas maneras y con diferentes intensidades.

2.2 LA HIPÓTESIS CENTRAL DE LA PSICOTERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE

En sus libros Orientación psicológica y psicoterapia, Psicoterapia centrada en el cliente y El proceso de convertirse en persona, Rogers realiza una serie de planteamientos tendientes a esclarecer su posición frente a la consejería, el proceso terapéutico, la personalidad y la naturaleza humana. En dichos textos establece como eje de toda su concepción psicológica la hipótesis "que el individuo tiene la capacidad suficiente para manejar en forma constructiva todos los aspectos de su vida que potencialmente pueden ser reconocidos en la conciencia" (Rogers, 1972, 1978).

Dicha hipótesis es, a nuestro entender, el planteamiento esencial del enfoque, y a la vez, lo que genera mayores polémicas; veámosla detenidamente. Rogers asume (según dice, sobre la base de datos empíricos) que existe en todo ser humano una tendencia innata a la actualización; esto es, al desarrollo progresivo y a la superación constante siempre que se encuentren presentes las condiciones adecuadas (Rogers y Kinget, 1971). Algo similar a la autorrealización, también innata, que proponen Abraham Maslow, Rollo May y los demás psicoterapeutas humanistas.

Según Rogers, el ser humano es positivo por naturaleza y por ello requiere respeto absoluto, especialmente en cuanto a sus aspiraciones de superación (Di Caprio, 1976). Desde esta perspectiva, está contraindicado para el psicoterapeuta realizar cualquier tipo de conducción o dirección sobre el individuo, así como aplicar cualquier etiqueta o interpretación, pues ello constituiría un atentado contra las posibilidades del sujeto y contra su tendencia a la actualización. Requiere situarse en el punto de vista del cliente, asumir su campo perceptual y trabajar en base a ello. Incluso la palabra "cliente"¹ es asumida de una manera especial: el cliente es aquella persona que responsablemente busca un servicio y participa del proceso terapéutico, aquella consciente de su capacidad de desarrollo no utilizada, que no va "en busca de ayuda" sino que trata de ayudarse a sí misma (Vásquez, 2001).

¹ Para todos los efectos y en el presente documento nos referimos al consumidor de sustancias psicoactivas como consultante o cliente. El último término está encuadrado de manera especial dentro del modelo de Carl Rogers. Se trata de una persona que busca ayuda de manera responsable y participa activamente del proceso terapéutico.

2.2.1. Delimitación entre consejería y psicoterapia en drogodependencias

En este sentido resulta importante intentar delimitar los campos de acción de la consejería y de la psicoterapia, aún considerando que se trata de campos que se superponen en muchos aspectos pero que finalmente son niveles distintos en el accionar. Considerando las pautas del NIDA: Mercer y Woody (1999) y de Sampl y Kadden (2001), se establecen las diferencias en el cuadro 3.

Cuadro 3
Delimitación entre consejería y psicoterapia en drogodependencias

CONSEJERÍA	PSICOTERAPIA
Objetivos: a corto plazo.	Objetivos: a mediano y largo plazo.
Centrado en el presente.	Centrado en el presente y futuro.
Meta: "enganche" con la ayuda o el programa.	Meta: buscar abstinencia, trabajo de diversas áreas dañadas y no dañadas por la droga.
· Objetivo: inicio del proceso de aceptación del hecho adictivo.	· Objetivo: consolidación de la condición, y asume rol protagónico de su recuperación.
Intervención: motivación, evaluación y derivación.	Intervención: Reestructuración, tratamiento nuclear, proyecto de vida.
Esquema general: terapia breve.	Esquema general: terapia profunda.
Alternativa para: inducir y motivar a dependientes de SPA; púberes, adolescentes y jóvenes consumidores no patológicos.	Alternativa para: tratamientos de dependientes de SPA.

Fuente: NIDA: Mercer y Woody (1999). *Individual Drug Counseling*. University of Pennsylvania an Veterans Affairs Medical Center.

2.2.2 La experiencia de escuchar y ser escuchado

Es innegable que pocas personas gozan de capacidad de escucha, y al toparse con esas personas invade una sensación de alivio al ser escuchados, independientemente de su coincidencia con nuestro pensamiento o no.

Para Alemany (1984 y 1997), escuchar significa una atención física a nuestra persona y una atención psicológica al contenido que expresamos, así como el tono emocional con el que lo decimos. Sin la atención física postural se hace muy difícil la concentración necesaria para la atención psicológica, que es la que realmente presentamos cuando estamos escuchando a otro.

La atención física transmite nuestra buena disposición para estar presentes en la vida del otro y la atención psicológica (escuchar) nos permite captar y retener una serie de datos verbales y emocionales que el interlocutor nos transmite a modo de mensajes. En un proceso normal de comunicación existe una devolución constante de estos mensajes a modo de feedback mediante la cual respondemos a dichos contenidos. Ahora bien, en este proceso el interlocutor espera que su mensaje no se vea distorsionado (Watzlawick et al, 1997). Por este motivo en el proceso comunicativo prima decodificar el mensaje que el interlocutor nos quiere dar a conocer, el oír tomando en cuenta el mundo referencial y emocional desde el que esas palabras se emiten, descifrando el sentido particular que se les brinda en el momento presente (el aquí y el ahora) para proceder a brindar una respuesta empática. Precisamente denominamos este proceso "saber escuchar". Para Alemany (1984 y 1997), particularmente en casos de drogodependencias resultan esenciales dos aspectos al aprender a escuchar:

2.2.2.1 Suspende todo tipo de juicio o prejuicio del cliente. El proceso comunicativo se da a niveles más profundos cuando se está abierto a recibir al drogodependiente tal como es. Rogers, Carkhuff y Freud, entre otros, han insistido en la actitud de respeto incondicional en una primera fase, donde se acepta a la persona tal como es evitando todo tipo de prejuicio.

Suelen descartarse del lenguaje humanista los términos paciente, enfermo, curación, y similares, que connotan dependencia, limitación y, por lo ya expuesto, falta de respeto por la persona. No obstante, no se descarta la evaluación psicológica clínica, la interconsulta psiquiátrica y la ayuda médica; dado que ello permite valorar el caso, y continuar con las sesiones de consejería y motivación o derivar al consultante hacia alternativas más convenientes, considerando sus características clínicas, socio-familiares y geográficas.

Esta actitud frente a la dignidad del paciente, la aceptación incondicional y el respeto que se le brinda se consideran factores que favorecen u obstaculizan, en caso que falten la adquisición del enfoque centrado en el cliente. Aceptación y respeto deben estar enraizados en la personalidad del terapeuta, formar parte esencial de su ser, lo que se deriva de la aceptación de sí mismos.

La hipótesis central propone que el ser humano, si se le presentan las condiciones adecuadas, puede desarrollarse, actualizarse, ampliar sus capacidades y ser consciente de lo que experimenta a fin de autocontrolarse. "No se puede manejar eficazmente lo que no se percibe conscientemente", propone Rogers. De allí la necesidad de ampliar el autoconcepto del cliente y de incluir en él todo (o casi todo) lo que vivencia. Ahora bien, no se pretende hacerlo actuando sobre él sino, como dice Kinget, "acompañándolo" en la experiencia, brindándole las condiciones requeridas y dándole seguridad (Rogers y Kinget, 1971).

En síntesis, desde la perspectiva anterior, el consejo psicológico en drogodependencias se da en un espacio de interacción donde se intenta "reducir la resistencia" e inducir al consultante hacia el "cambio de actitud" respecto al consumo, el consejero o terapeuta y el tratamiento. En este caso, los objetivos son: explorar los mecanismos cognitivos involucrados en el mantenimiento del consumo, y el establecimiento del nivel de motivación de cambio. La búsqueda de la interrupción del consumo no necesariamente es primordial en esta fase (Mercer y Woody, 1999; Rojas et al, 2002).

Este principio tiene una implicación directa en la conducta de escuchar. Esto se debe a que en el proceso comunicativo no estaremos predisuestos a captar los contenidos que queremos, esperamos o sabemos de antemano, sino el mensaje que el otro nos quiere transmitir, tratando de eliminar en lo posible nuestras predisposiciones, primeras impresiones, prejuicios, etc. Ahora bien, queda claro que no es posible para el ser humano evitar por completo prejuicios o predisposiciones puesto que estos forman parte de su subjetividad; lo que se busca es evitarlos dentro de los límites posibles. De esta manera, con entrenamiento se logrará ser más consciente de los tipos de prejuicios más habituales o de las habilidades que se usan en una relación interpersonal que impiden captar el mensaje que el interlocutor intenta emitir.

Este entrenamiento será indispensable si lo que buscamos es adquirir las actitudes fundamentales que facilitan la comunicación: el respeto, la empatía y la congruencia.

2.2.2.2 Resistir a las distracciones. Distracciones son todas aquellas cosas que impiden estar con el otro. Pueden ser externas, como: ruidos, llamadas de teléfono, desorden en la mesa, etc.; o internas, como: estar con la mente en otros temas, una preocupación, un plan, etc. Una distracción habitual es estar pensando lo que uno va a decir al otro, concentrándose de tal manera en las posibilidades de respuesta que no se escucha lo que transmite el interlocutor, lo que generará una respuesta disonante o poco congruente con el mensaje.

Muchas personas pueden considerar “estar escuchando” cuando de hecho se encuentran esperando que termine de hablar su interlocutor para decir lo que estaban pensando. En este caso no se ha establecido un diálogo en ningún momento, sino el acoplamiento sucesivo de dos monólogos. Todos podemos recordar ejemplos y experiencias donde hemos sido parte activa o pasiva de estas interrupciones, de esos monólogos intercalados o de ese no prestar la menor atención al mensaje del otro.

La verdadera escucha es un proceso activo que envuelve más cosas que el acto pasivo de oír. Este acto fisiológico de la audición tiene lugar cuando se producen ondas de una frecuencia de entre 125 y 8000 ciclos por segundo y de una fuerza de entre 55 y 85 decibeles. Entonces es cuando el sentido del oído puede captarlas y reaccionar. La audición está también afectada por lo que se ha llamado fatiga auditiva, que puede ocasionar la pérdida temporal de la audición por una continua exposición al mismo tono o intensidad (Alemany, 1984 y 1997). Por ejemplo, la gente que permanece largo rato en una discoteca puede experimentar esta fatiga auditiva y si la exposición es más permanente, la pérdida puede resultar igualmente permanente (Adler, Rosenfield, Interplay, 1980, pág. 195; citados por Alemany, 1984 y 1997).

Después de que los sonidos son convertidos en impulsos electroquímicos y transmitidos al cerebro, una decisión a menudo inconsciente es hecha respecto a prestar atención a lo oído, o no. Asumiendo que el proceso de escuchar empieza como fisiológico primero, enseguida se convierte en proceso psicológico.

Las necesidades, deseos, motivaciones, percepciones y experiencias pasadas de los individuos son las que determinarán la primacía de la atención y señalarán cuales, de todos los estímulos recibidos, focalizan más nuestra atención y en ese sentido son estos los escuchados.

Finalmente, otros aspectos que tienen que ver con el proceso que va del oír al escuchar son el elemento de la comprensión y el de la evocación o recuerdo.

Alemany (1997), dice que el componente de la comprensión de los sonidos recibidos está compuesto de muchos elementos de una estructura gramatical que descifra el mensaje (descodifica); del conocimiento que tenemos sobre la fuente del mensaje (si la persona es merecedora de confianza, si es percibida como enemiga, etc.); del contexto social, que nos indica qué tipo de presupuestos culturales hacen interpretar los mensajes de una determinada manera (seria, humorística, histórica, etc.).

Y, finalmente, la habilidad para evocar o recordar la información también es entendida como una fusión de diversos factores: el número de veces que la información ha sido oída o repetida; la cantidad de información almacenada en el cerebro, etc. (Watzlawick et al. 1997).

2.3.2 El escuchar es un proceso natural. Muchos sujetos consideran que escuchar es como respirar, que se hace naturalmente sin que nadie nos tenga que enseñar, paradójicamente encontramos individuos que nunca han aprendido a respirar bien (los cursos de relajación, yoga, concentración, etc. dedican buena parte del tiempo a enseñar a respirar), así como los hay que no han aprendido a escuchar bien (Alemany, 1997).

Curiosamente, en los estudios primarios escolares, el entrenamiento y el aprendizaje se centra en lo que se describe como dejar de ser analfabeto. Es decir, tener la capacidad de leer y escribir. Más adelante, en algunos colegios se enseña hablar en público (declamación, tonos vocales, construcción del discurso, etc.), pero generalmente, sobre todo en Latinoamérica, no existe el nivel de conciencia que permita invertir tiempo en enseñar a los niños a aprender a escuchar (en otros lugares el manejo de las habilidades del lenguaje comprende: escuchar, hablar, leer y escribir).

Resulta interesante lo enunciado anteriormente, cuando podemos decir que el 60% de nuestra actividad comunicativa viene empleada en ser receptores, en escuchar. No hay conciencia de que las personas pueden ser entrenadas en esta destreza, como en esas otras que citamos más arriba.

La clave de una buena comunicación está en convertir eso que parece un proceso normal “todos nacemos sabiendo escuchar” en una premisa que se debe verificar en la práctica diaria y que se debe potenciar en un entrenamiento, donde los malos hábitos sean corregidos.

2.4 FUNCIONES DEL ESCUCHAR

Rob Anderson, citado por Alemany (1984 y 1997), sugiere estas funciones y beneficios que vienen de mejorar esta particular destreza.

De la misma manera, todos podemos citar experiencias donde hemos sido capaces de motivarnos para escuchar realmente al consultante, de suspender todo prejuicio, de saber mantener la mente abierta y evitar interrumpir el acto de escucha por distracciones, de estar completamente pendiente del cliente y de saber comunicarle, verbalmente y no verbalmente, nuestra escucha.

En resumen, en un mundo globalizado donde todos reconocemos la importancia de una mejor comunicación, muchos subrayamos la experiencia diaria de no saber escuchar al otro y, por el mismo motivo, de no ser fundamentalmente escuchados y comprendidos por los otros. La paradoja radica en que a pesar de no saber escuchar el ser humana pasa la mayor parte de su tiempo escuchando.

2.3 ALGUNOS MITOS SOBRE EL ESCUCHAR

A pesar de su importancia, la mayoría de personas tiene ideas confusas sobre lo que comprende el saber escuchar a otros. Veamos dos mitos.

2.3.1. Escuchar y oír son la misma cosa. Cuando hablamos de 'oír', subrayamos el proceso fisiológico que tiene lugar cuando las ondas recibidas causan una serie de vibraciones que son transmitidas al cerebro. El 'escuchar', en cambio, tiene lugar cuando el cerebro reconstruye los impulsos electromagnéticos y forma una representación del sonido original al que asigna un determinado significado.

Así, mientras que el 'oír' no puede ser interrumpido, dado que el sentido del oído recoge las ondas del sonido y las transmiten al cerebro; el escuchar no es automático, y tenemos la experiencia de que muchas veces oímos pero no escuchamos. A veces, incluso optamos deliberadamente por no escuchar (ya sea porque el tema es aburrido, el sonido es irritante, no nos interesa, etc.).

La gente que confunde 'oír' con 'escuchar' a menudo piensa que está escuchando, cuando solo está recibiendo sonidos (Alemany, 1984 y 1997).

2.4.1 Recepción de la información. El escuchar tiene que ver con la capacidad de retener información, tanto en cantidad como en calidad. Las personas que escuchan mejor, retienen más información y tienen, por tanto, mayores posibilidades de éxito en la vida ordinaria, de cualquier forma lo definamos.

Está comprobado que en la escuela cuando se enseña esta destreza junto con las de leer, escribir y hablar, ha sido un éxito académico. Lo mismo se ha comprobado en estudios de psicología industrial con hombres de negocio y profesionales. Incluso en la vida ordinaria el ser un “buen escucha” ayuda para retener una información útil para cualquier otro momento.

2.4.2. Una escucha empática prepara una respuesta empática. Cantidad de datos sostienen que la empatía es fundamental en el proceso de la comunicación y de la relación de ayuda.

Ahora bien, la actitud empática se deriva precisamente de una escucha atenta y objetiva, de prestar atención al contenido que se expresa, al tono emocional que lo configura y lo que está queriendo significar ese contenido y tono emocional (significado implícito).

Saber escuchar empáticamente transmite un mensaje de vital importancia para el interlocutor, le dice: “que estamos presentes completamente, que su persona es merecedora de nuestro respeto, que estamos con una actitud de apertura incondicional”. Esta forma de escuchar empática, es terapéutica en sí misma (Freud, 1976, citado por Alemany, 1997),

Para Alemany (1997), Gendlin basó el nacimiento de sus grupos de “cambios”, de los que habla Rogers, en un artículo sobre empatía; y que vienen a ser sitios donde se acude a algo tan sencillo y tan difícil de encontrar como es “relacionarse con otros, aunque sean desconocidos, que son capaces de escuchar y al mismo tiempo demostrar a otros su propia capacidad de escucha”.

El hecho de que años más tarde esos grupos sigan florecientes y que las personas que asisten desde necesidades tan diversas estén de acuerdo

2.4.5.3 Cuanto más motivado está un sujeto en sus propios estudios, más atentamente escuchará para comprender los datos, retenerlos y preparar preguntas para profundizarlos. Indudablemente esta motivación dependerá del campo de intereses de cada individuo y con frecuencia se encuentra en mayor grado fuera del aula que dentro de ella. Por ejemplo, el aficionado de un determinado equipo de fútbol atenderá, escuchará y podrá retener mucha más información cuando está contemplando a su equipo favorito.

2.4.5.4 Escuchar para evaluar. A veces se escucha para adquirir información que uno puede usar tanto para solucionar problemas como para tomar decisiones importantes. Así, por ejemplo, en una entrevista para un empleo, ambos interlocutores estarán atentos a lo que se dice en la conversación.

2.4.5.5 Los interlocutores buscarán también satisfacer la curiosidad que tienen sobre las condiciones del trabajo, su rentabilidad para ellos o la empresa, etc. Los mensajes del otro son escuchados básicamente para poder tomar la decisión más adecuada.

2.4.5.6 Escuchar para empatizar. La empatía implica sentir con el otro y desde donde el otro siente. Va más allá de pensar sobre algo o de ser capaz de reconocer los sentimientos del otro. Lo que se busca es la escucha, que el sujeto focalice su atención en lo que su interlocutor dice y que trate de comprender el contenido del discurso inserto en su situación. Carl Rogers ha señalado reiteradamente el gran valor de la empatía en las relaciones interpersonales, llegando a afirmar que “un alto grado de empatía en las relaciones es posiblemente el factor más potente y decisivo para el cambio y el aprendizaje”.

con los múltiples beneficios recibidos y el alivio que reciben cuando alguien escucha y está presente ante los conflictos, es algo que nos confirma que el proceso de la comunicación humana es algo paradójico, muy complejo y muy sencillo al mismo tiempo.

2.4.3 Discriminación. Las personas más hábiles en escuchar discriminan mejor todos los datos (los verbales y los no verbales, dado que observan mejor); perciben los distintos matices de los significados, los distintos tonos emocionales en los que son expresados los mensajes verbales, etc.

2.4.4 Afirmación del otro. Una necesidad básica humana es el reconocimiento por parte de otros. Pues bien, escuchar es uno de los medios que hacen operativo esta clase de reconocimiento, es una posibilidad de autoafirmación por parte del que habla. Cada vez que escuchamos a otro, le estamos comunicando que es importante para nosotros, en el aquí y el ahora.

Así como hay varios grados de escucha, hay varios grados de reconocimiento: una breve afirmación puede derivar de 5 minutos de completa e indivisa atención al otro, mientras que una más profunda puede derivar de horas dedicadas a escuchar el problema personal del otro. Pero muchas veces el problema de la escucha no es tanto la cantidad de horas, sino la calidad de la misma.

2.4.5 Motivaciones para escuchar. Algunas de ellas son:

2.4.5.1. Escuchar lúdico. Muchas veces al seleccionar determinado programa de televisión o película, lo que buscamos es disfrutar con lo que allí suceda. El placer de la amistad encierra muchas veces el escuchar historias mutuas que pueden interesar en la medida que se aprecia al otro y se disfruta del tiempo en compañía.

2.4.5.2 Escuchar para aprender. Por ejemplo, pocas cosas llamarán más la atención de un alumno (y su motivación para una escucha atenta) que el hecho de que un profesor proclame que el punto que está explicando es muy importante y siempre lo pone en el examen.

PARTE III

3.1 LA MOTIVACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

No cabe duda que la psicología de la salud tiene como objetivos centrales la promoción y mantenimiento de la salud. En ese sentido, se centra en la prevención, tratamiento y recuperación del enfermo así como en la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de salud y de enfermedad, la mejora del sistema sanitario y la formación de una adecuada reglamentación política y sanitaria.

Si partimos de la definición de la motivación como el proceso comprendido en la activación, dirección y persistencia de la conducta, será sencillo concluir que un área importante de los fines de la psicología de la salud debe enriquecerse con las aportaciones de la psicología de la motivación.

Como ha sido investigado, la motivación es un constructo hipotético utilizado como uno de los factores determinantes de la conducta, donde se distinguen dos dimensiones básicas: la dimensión activadora y la dimensión direccional, que se corresponden con dos funciones del comportamiento. La primera función es la de dar energía a las respuestas, de manera general o específica y controlar su vigor y eficacia. La segunda consiste en guiar el comportamiento a fines específicos; es decir, dar una dirección al comportamiento.

Para Mayor y Cortés (2003) Suay, Salvador y González (1996) y Barberá (2001) la motivación es un proceso que no solo debe explicar el nivel de activación de una conducta, sino el motivo de su direccionalidad y persistencia en una dirección dada. Por otro lado, pese a que el concepto de energía (o activación) ha sido tradicionalmente enfatizado en las explicaciones de la motivación, es cada vez mayor la tendencia de concebir la motivación en función de una estructura cognitiva.

A lo largo de su vida, un sujeto tiende a cambiar sus niveles de aspiración o expectativa en función del cambio y desarrollo de sus aptitudes y en función de sus metas. Existe pues, dentro de este contexto teórico, una

proporcionar el impulso necesario para actuar en una determinada dirección (Suay, Salvador y González, 1996).

A diferencia de los planteamientos reactivos la motivación humana en las teorías activadoras se caracteriza básicamente por las propiedades de espontaneidad y propositividad. La curiosidad, el afán exploratorio o el sentido de autodeterminación de la conducta son en sí mismos capaces de la activación psicológica y el objetivo de tal actividad no consiste en restablecer la situación previa ni restaurar el equilibrio roto, sino en guiar el comportamiento hacia caminos nuevos, desconocidos y desafiantes (Barberá, 2001).

La importancia motivacional de la intencionalidad y el peso que la voluntad ejerce sobre la conducta propositiva se han ido consolidando en años recientes, en torno a una teoría general de la acción, claramente separada del esquema tradicional alrededor de la conducta. Los antecedentes más inmediatos de tales posicionamientos teóricos remiten a la psicología filosófica de principios de siglo y, en particular, a las explicaciones científicas desarrolladas por Ach para evaluar de manera objetiva la "fuerza de voluntad", así como la réplica y cuestionamiento que posteriormente plantea Kurt Lewin.

El desarrollo de la motivación intrínseca y la investigación psicológica desarrollada para explicar su origen se interesan, sobre todo, por el análisis de la espontaneidad, en tanto rasgo motivacional característico que está presente en múltiples actividades humanas. Por su parte, el carácter propositivo, en estrecha sintonía con las nociones de intencionalidad y voluntad, ocupará el centro de atención en las explicaciones motivacionales de los modelos de la acción (Barberá, 2001; Heckhausen, 1987; Kuhl, 1985).

3.1.2 La motivación intrínseca

La definición de *motivación intrínseca* plantea que gran parte de la actividad humana se realiza por el placer que supone o por el interés que su ejecución conlleva. La pregunta clave para la investigación psicológica ha girado en torno al conocimiento sobre cuáles son los factores

subyacentes que permiten explicar la motivación intrínseca. En último término ¿qué es lo que convierte a una actividad en intrínsecamente motivante? Las respuestas obtenidas han sido diversas y en cierto modo complementarias.

Algunos investigadores se han interesado por analizar las propiedades específicas de algunos objetos que los convierten en intrínsecamente motivantes. Así, por ejemplo, los estudios de Berlyne (1960), aplicados al ámbito educativo, inciden en las características de novedad, complejidad e imprevisibilidad, que poseen ciertas actividades, en tanto determinantes del interés motivacional. Un grado intermedio de cada una de estas propiedades despierta el interés de los sujetos y favorece la curiosidad y el afán exploratorio hacia ellas. Que una actividad resulte moderadamente novedosa, compleja o imprevisible depende, en parte, de la comparación de la información derivada de distintas fuentes. En este sentido, tales propiedades se definen como filtros de los patrones de estímulo.

Para Barberá (2001), hasta cierto punto, el esquema homeostático reactivo se mantiene en esta explicación en medida que las propiedades de determinados factores (novedad, complejidad, imprevisibilidad) de ciertos estímulos provocan curiosidad y llevan a la exploración y manipulación de objetos para su mejor conocimiento. Esto sucede de modo similar al esquema clásico hulliano, en el cual la carencia de algún principio alimenticio básico genera hambre y lleva a buscar alimento para satisfacer la necesidad. En este sentido, se puede representar la curiosidad como una necesidad psicológica, actuando de manera relativamente parecida a las necesidades básicas de hambre o sed, como se ha mencionado previamente.

Csikszentmihalyi (1975) incorpora la noción de *flujo*, cuyo antecedente más directo se localiza en la idea de “reto óptimo”. De esta manera, el flujo se conceptualiza como punto de encuentro entre el nivel de dificultad de la tarea característico de una actividad y las habilidades de las que dispone la persona para resolver la situación problemática. Aquí la activación motivacional no depende solo de la novedad o interés intrínseco del trabajo en cuestión, sino de la correspondencia entre este y los recursos personales de los que el individuo dispone para afrontar la situación.

escala de expectativas encargada de establecer una relación entre el estado actual del ser humano y su estado futuro. La motivación guiaría al individuo hacia este estado de futuro, que vendría a ser el estado normal o de adaptación del ser.

Como se puede vislumbrar, el elemento “motivación para la salud” no se ve reflejado en muchas hipótesis trabajadas por la psicología de la motivación. De hecho la categoría motivación para la salud fue añadida por Becker (1974) bajo el rótulo general de “disponibilidad para llevar a cabo la conducta de cumplimiento recomendada” para presentar los diversos grados de preocupación por los problemas de salud.

3.1.1 Teorías de la activación

Esta perspectiva parte de la consideración del ser humano como agente causal de sus propias acciones. La motivación se interpreta como una actividad que a menudo se manifiesta de forma *espontánea*, sin reducirse a una mera reacción ante una situación estimular específica. Además la conducta motivada se considera *propositiva*, puesto que en gran medida se desarrolla impulsada por planes, metas y objetivos (Barbe 2001).

Desde la perspectiva psicofisiológica, el concepto de motivación de Donald Hebb, definido como la tendencia de todo organismo a producir actividad organizada y el conocimiento del sustrato neuronal del *arousal* en torno a la formación reticular y los núcleos inespecíficos del tálamo, constituyen un importante apoyo para sostener la concepción del ser humano como agente causal. La crítica posterior a la representación de la activación como un constructo unitario (Vila y Fernández, 1990) posibilita la incorporación del enfoque sistémico. Este toma en consideración tanto las estructuras neuronales centrales como las periféricas, el papel modulador de los componentes neuroendocrinos y sobre todo, la serie de interacciones que se establecen entre dichos componentes.

La identificación del sistema cerebral de la motivación a partir de los hallazgos de Olds y Milner, permite inferir la existencia de un circuito neuronal, cuya función consistiría en regular el nivel de activación y

El origen de la motivación intrínseca no depende únicamente de los factores intrapersonales que poseen determinados objetos, sino de una adecuación equilibrada entre la competencia del individuo y el reto implicado en la tarea. Cuando los retos superan las competencias individuales se genera un estado de ansiedad por exceso de dificultad. Si, por el contrario, las habilidades superan con creces los retos el individuo se mostrará aburrido y, por ende, poco motivado.

Aunque, sin duda, las nociones de flujo o de reto óptimo incorporan, hasta cierto punto, la sensación de control personal sobre las propias habilidades y la interacción del sujeto con la actividad, la concepción motivacional subyacente sigue siendo reactiva en la medida en que el placer que lleva a realizar la actividad deriva de propiedades más o menos determinantes de los estímulos.

También la investigación psicológica interesada por la motivación intrínseca ha indagado en sus orígenes dentro del sujeto, a través de la auto-percepción como persona competente, eficaz y con determinación para actuar. Las nociones de auto-competencia, causación personal, autodeterminación, auto-eficacia y acción personalizada gozan de protagonismo motivacional en la *subjetividad* y en el papel del individuo como agente causal de su propia actividad comportamental.

Cada uno de estos conceptos intenta definir, de manera precisa, la naturaleza de la motivación intrínseca. Pero, en cualquiera de dichas explicaciones, la motivación, más que responder a determinadas características estimulares concretas, proporciona oportunidades para que las personas pongan a prueba sus competencias y determinaciones de manera activa e intencional.

Las características de dinamismo y activación interna alejan la noción de motivación intrínseca de actividades placenteras derivadas, por ejemplo, de la experiencia sensorial pasiva. Como dice Reeve (1994), puede que nos guste ir al cine o escuchar música, pero no se puede definir estas actividades como conductas activadas por la motivación intrínseca. Resulta diferente que tales actividades sensoriales favorezcan en

Cada vez hay más evidencias de que la motivación para usar sustancias juega un papel muy importante en la determinación de si una persona llegará a hacerse adicta a dichas sustancias. Así, cuando una SPA por ejemplo, el alcohol se utiliza como una muleta, la adicción es más probable que si solo se utiliza como entretenimiento.

Por otro lado, estamos ante un fenómeno dinámico de gran complejidad en el que interaccionan numerosos y variados elementos. Las motivaciones para la utilización y el abuso de SPAs varían de un individuo a otro en función de grupos, generaciones, comunidades y naciones (Pelechano, 1982; Vega, 1983. Citados por Mayor y Cano, 1995).

Diversas personas pueden consumir sustancias diferentes por el mismo motivo o utilizar una misma SPA motivados por causas distintas. Además una misma persona puede usar una sustancia determinada por una serie de motivos.

Aunque puede juzgarse como conveniente identificar los aspectos motivacionales según los tipos de SPA consumidos, no hay que olvidar que ninguna sustancia produce un efecto único.

Al respecto, Donovan y Rosengren (1999) y Nowlis (1982, citado en Mayor y Cano, 1995) sostiene que todas las sustancias tienen múltiples efectos y estos varían según la dosis, los individuos, las ocasiones y los lugares de consumo (en el caso de un mismo individuo). En este sentido, los efectos de una sustancia dependerán de la interacción entre ella y el sujeto, fisiológica, psicológica y socialmente definida. Los individuos son complejos y variados, y los efectos de las SPAs son consecuentemente complejos y variados.

Una complicación adicional es aquella referida al consumo simultáneo de dos o más SPAs en un tiempo dado (el poli-consumo o consumo múltiple). Este hecho, desde el punto de vista del consumo y de la epidemiología, de vital consideración, ha complicado aún más el análisis de las motivaciones del individuo, tanto en la iniciación al consumo como en el consumo prolongado.

Otro aspecto es el referido a que las motivaciones también cambian en distintos momentos en un mismo individuo y en función a las distintas fases de la conducta adictiva. Así, parece ser que los factores motivacionales son distintos en el inicio del consumo respecto de los que se generan en el consumo prolongado.

3.1.3.1 *El proceso de adicción*

Sin duda, para el desarrollo de la dependencia a SPAs se requiere el concurso de fases y factores característicos. Prochaska y DiClemente, en el 1984, ya sustentaban que los procesos asociados con las conductas adictivas y su posterior modificación siguen un curso discontinuo a través de una serie de estadios discretos. La secuencia descrita frecuentemente comprende la iniciación del consumo, la transición hacia su mantenimiento y el eventual cambio de la misma.

Desde la perspectiva de la psicología motivacional este enfoque deviene como una necesidad, puesto que las motivaciones de un individuo para consumir una sustancia cambian en función de los diferentes momentos del proceso de adicción. En este sentido, los motivos de iniciación del consumo acaban siendo sustituidos en la mayor parte de casos por otros muy distintos que operan como causa del mantenimiento del consumo (Donovan y Rosengren, 1999; Mayor y Cortés, 2003; Sampl y Kadden, 2001).

Cuando la tolerancia a una sustancia comienza a desarrollarse, el individuo tiende a incrementar la dosis de la SPA para lograr el mismo efecto y como resultado experimenta mayores efectos negativos (dolor, fatiga, depresión, etc.). Si encontrara estos efectos intolerables, podría inclinarse a tomar la sustancia para reducir o eliminar tales efectos. En este momento preciso, la motivación para consumir la sustancia ha cambiado. Cuando la persona ya no toma SPAs meramente para experimentar un estado afectivo positivo, sino para reducir un estado afectivo negativo, ya se postula que existe un comportamiento de necesidad de uso.

nosotros el interés por aprender a tocar un instrumento musical o por estudiar cinematografía.

Desde la perspectiva intrínseca, a diferencia de otras teorías reactivas y de la activación, la motivación intrínseca es la que presenta al individuo activa y espontáneamente motivado, buscando evaluarse en tanto persona competente y con autodeterminación respecto del entorno.

3.1.3 **Motivación intrínseca y drogodependencias**

En la actualidad los procesos motivacionales ocupan un lugar central en el análisis de la dependencia a SPA. Esto sucede no solo porque lo exige determinado modelo de intervención científico, sino también porque se trata de una lección práctica, insoslayable a derivar el sucesivo fracaso de las concepciones meramente jurídico-legales o exclusivamente médico-psiquiátricas del problema que, como es obvio, no incluyen los procesos motivacionales (Donovan y Rosengren, 1999).

Conjuntamente a la necesidad de atender a los factores motivacionales, han de señalarse también las considerables complicaciones que conlleva su análisis en conexión con la dependencia a SPAs.

En primer lugar porque la motivación y la conducta no son constructos funcionalmente equivalentes. Del mismo modo que el miedo no necesariamente lleva a la evitación o a escapar, un impulso o motivo no lleva siempre a aproximarse a una droga o a su auto-administración (Mayor y Cano, 1995; Sampl y Kadden, 2001).

Los datos que muestran que los sujetos drogodependientes pueden en ciertas circunstancias controlar la auto-administración de SPAs, refuerzan esta idea de concebir los motivos como tendencias a la acción y la inexactitud de equiparlos con la "pérdida de control". Precisamente por esta razón, su falta de equivalencia funcional con el consumo de sustancias, el análisis de los motivos puede aportar una información única sobre el proceso adictivo.

Otras veces el cambio de motivación obedece a factores psicológicos o sociológicos en contraste con el caso anterior, en el que el cambio de motivación fue producto de factores biológicos. El cambio motivacional estará de nuevo en función de los efectos farmacodinámicos de la SPA, del desarrollo psicológico del individuo y de la naturaleza del contexto.

3.1.3.2 Transición y mantenimiento del consumo de sustancias psicoactivas

Para Mayor y Cano (1995), Mercer y Woody (1999), Donovan y Rosengren (1999) y Mayor y Cortés (2003), una de las fases del proceso adictivo está marcada por la transformación de pautas sociales de consumo de bebidas alcohólicas a pautas desviadas y auto-destructivas. Vale decir, mientras algunas personas llegan a consumir intensamente una o más SPAs, otras se mantienen en un uso moderado, y otras las rechazan por completo.

Los factores que pueden contribuir en la transición desde una práctica inicial a una utilización continua o problemática de las sustancias y a su intensificación se relacionan con:

1. Los efectos farmacológicos de la SPA.
2. La dotación psicológica del consumidor (dinámica de personalidad, actitudes, estados de ánimo, expectativas y creencias acerca del efecto de la droga sobre el funcionamiento psíquico, sentimientos, pensamiento y conducta, etc.).
3. El sistema complejo de estímulos físicos y sociales que constituyen el ambiente o contexto en el que se consume la sustancia.

Un resultado claro de los escasos estudios longitudinales que se han realizado es que un grueso importante de adolescentes que bebe intensamente modera el consumo de alcohol en un momento posterior de su vida. Resulta por tanto de capital interés identificar las características del consumo de sustancias por los adolescentes que estén asociados con su uso problemático posterior.

Otros trabajos han señalado, como criterio predictivo para su posterior consumo, la intensidad de la ingesta, en tanto que otros apuntan al grado

Factores de aprendizaje. Es indudable que el establecimiento de la adicción representa cambios fisiológicos importantes en la persona adicta. Pero, a la vez, exceptuando aquellos casos en los que la transmisión se produce en la concepción o en el embarazo, las adicciones son un fenómeno claramente aprendido.

Al respecto, Buringer (1976; citado por Mayor y Cano, 1995) afirmaba que el consumo de sustancias supone una conducta aprendida que se adquiere y se mantiene por los mismos mecanismos que otras formas de conducta.

Las SPAs operan como poderosas fuerzas en la conformación del comportamiento, tanto por sus efectos como reforzadores positivos (generando sensaciones placenteras, de bienestar o euforia), como por sus efectos como reforzadores negativos (remarcando los síntomas de retirada).

Muchos hábitos adquiridos por los seres humanos están controlados por estímulos internos, externos o una combinación de ambos. Como consecuencia, ciertas conductas se realizan en ausencia del estado motivante que originó el establecimiento de dicho hábito (Mayor y Cortés, 2003).

Los estímulos internos o externos presentes cuando se inicia una conducta llegan a controlarla si esta tiene lugar repetidas veces en presencia de dichos estímulos. Vale decir, tiende a establecerse una asociación entre uno o más estímulos y una determinada conducta.

La función que desempeñan los hábitos en la dependencia a sustancias cuenta con un gran bagaje científico, al haber sido demostrada en numerosos experimentos pioneros sobre adicción en ratas. Posteriormente, trabajos de investigación realizados con animales y seres humanos no hicieron sino confirmar la importancia de los procesos de condicionamiento en la transición y mantenimiento de la conducta adictiva.

En la perspectiva del aprendizaje, tres son los principales factores responsables del desarrollo de una propensión generalizada al consumo de SPAs.

El primer factor es la tendencia a consumir la sustancia en una extensa variedad de condiciones estimulantes. Ciertamente un patrón de conducta puede llegar a estar regido por una amplia gama de estímulos internos o externos. Así, por ejemplo, un fumador tendería a encender un cigarrillo siempre que aconteciera una o más de las condiciones siguientes: tomar café, ver a otra persona fumando, aburrirse, terminar de comer, sentarse a conducir un automóvil, experimentar situaciones de estrés o sentirse poco motivado para realizar una determinada acción.

Este hecho resulta significativo para entender por qué algunas personas tienden a consumir SPAs moderadamente mientras otras propenden a abusar de ellas. Si el sujeto restringe su uso de una sustancia a unas pocas situaciones concretas, decrecen las probabilidades de que desarrolle un hábito generalizado. En este sentido, la institucionalización de una SPA en una sociedad, si bien potencia su consumo, ayuda a regularlo, y por tanto también los abusos, limitándolos a determinadas ocasiones.

Algunas personas pueden, por ejemplo, beber grandes cantidades de alcohol en determinadas condiciones, lo que no impide que fuera de ellas desarrollen normalmente su actividad social o profesional cotidiana.

El segundo factor responsable de la tendencia a la generalización del consumo de una SPA es la propia motivación para consumirla. Como ya se mencionó, los estados motivacionales no solo varían de sujeto a sujeto, sino también se modifican de acuerdo a los diferentes periodos que atraviesa el individuo.

Finalmente, el tercer factor señalado desde esta postura, es la accesibilidad o disponibilidad de las SPAs.

Usualmente, las personas que se inician en el consumo de una sustancia tienden a creer que su conducta permanece bajo control consciente. En

de su implicación en el problema con el alcohol como mejor predictor de las dificultades futuras. En todo caso, aquellos individuos que no se han iniciado en el consumo de tabaco, alcohol o marihuana antes de los 21 años es improbable que lo hagan después.

El “entrampamiento” con las SPAs, como ya se ha mencionado, se desarrolla a través de una serie de etapas que comienzan con la cerveza y el vino, pasan por el licor y los cigarrillos, y luego por la marihuana y otras drogas ilícitas (Marlatt et al, 1985; Kandel y Davis, 1992).

Un tema aún controversial es el referido a la hipótesis de la escalada en la dependencia de sustancias más peligrosas. Se planteó con especial referencia al consumo de la marihuana, sobre la base de que la mayoría de los adictos a opiáceos la habían consumido también, anterior o simultáneamente. Sin embargo, desde una perspectiva epidemiológica se observa que un grueso importante de consumidores de marihuana no pasa al consumo de otras drogas más poderosas (Kandel, 1975; Kandel y Davis 1992; Mayor y Cortés, 2003; y Rojas, 2004).

Por lo demás, en un escenario como el nuestro, el curso de la dependencia a sustancias psicoactivas suele iniciarse con el consumo común a todo el mundo del tabaco, bebidas alcohólicas, medicamentos o psicofármacos y bebidas energéticas con cafeína, y no necesariamente con el uso de la marihuana.

En este sentido, estamos de acuerdo con Kandel (1975), Kandel y Davis (1992), y Rojas (2004) en plantear que el paso a las llamadas “drogas duras” no parece establecerse fácilmente y no necesariamente en todos los casos; más bien pareciera que ello obedece al interjuego de múltiples factores, todavía por precisar.

Ahora bien, como se ha mencionado anteriormente, en la transición y continuación del consumo intervienen variables de diversa naturaleza. Para los efectos del análisis de las sesiones motivacionales nos centraremos en los aspectos psico-sociales, como son los factores de aprendizaje, cognitivos y de personalidad.

unos casos, el sujeto que consume la sustancia obtiene un efecto donde, presumiblemente, termina la experiencia de consumo.

Pero, si la sustancia produce un fuerte efecto reforzante, se generará un sentimiento agradable o se reducirá un sentimiento desagradable (como la ansiedad), que llevará a cambios sutiles en el individuo. Años de investigación con reforzadores potentes han demostrado que los reforzadores positivos tienden a elevar la probabilidad de que la misma respuesta se repita en el futuro y dado que un refuerzo subsiguiente tiende a producir un incremento adicional en la probabilidad de repetición de esa respuesta, la persona que se inicia en el consumo regular de una droga es probable que acabe desarrollando un fuerte hábito, que una vez establecido será difícil de romper (Mayor y Cortés, 2003).

Desde esta orientación, se han elaborado modelos de incentivo del consumo de sustancias basadas en la conducta de aproximación y la adquisición de estados afectivos motivadores positivos. Por otro lado, los procesos de condicionamiento clásico juegan también un importante papel en el desarrollo y eliminación de los fenómenos de retirada y la experiencia de la ansiedad o deseos del consumo (Mayor y Cano, 1995).

En este contexto se ha estudiado en particular la acción del aprendizaje en la adicción a los opiáceos y la cocaína, constatándose que los primeros ensayos de auto-administración de estas sustancias suelen ser en gran parte resultado de la accesibilidad, la curiosidad, la actitud y otros factores a analizar en el marco del aprendizaje social.

Sorprende realmente que algunos jóvenes no dejen de tomar sustancias al poco tiempo de usarlas, pues muchos de los que prueban opiáceos, por ejemplo, experimentan náuseas y vómitos, entre otras sensaciones desagradables.

Es posible que sean el refuerzo social y los efectos reforzadores positivos los que mantengan la conducta hasta que se desarrolle la tolerancia a estos efectos. Pero en un momento dado las interacciones entre condicionamiento clásico y operante se hacen más complejas y pasan a

importante en la búsqueda de los rasgos más o menos estables de la personalidad de los individuos que acaban teniendo problemas con las sustancias (Mayor y Cortés, 2003).

A continuación desarrollaremos algunas de ellas, las mismas que son mencionadas con frecuencia en las distintas investigaciones. Pero antes conviene subrayar que sobre la investigación de las vinculaciones entre personalidad de dependencia a SPAs gravitan serios problemas metodológicos que hacen virtualmente imposible hablar en términos de relaciones de causalidad. En efecto, no está claro si las características psicopatológicas o de personalidad evaluadas constituyen antecedentes, concomitantes o meras consecuencias del abuso de sustancias, o incluso si no operan en la realidad como variables independientes (Marlatt et al, 1985). Pese a estas dificultades es necesario abordar las posibles relaciones entre las drogodependencias y los factores individuales de carácter cognitivo o que atañen a la personalidad. Una vía para tratar de obtener alguna precisión es referirlas al abuso de SPAs concretas, aunque esta hipótesis (qué sustancias específicas atraen a personalidades específicas) no cuenta aún con el apoyo experimental suficiente. Con relación al alcoholismo y la dependencia a cocaína, se han identificado diversos factores de personalidad que pasamos a considerar.

- *Necesidad de poder.* McClelland llegó a la conclusión de que el motivo principal del consumo de alcohol en varones es el deseo de alcanzar poder personal y sentirse más fuertes. Los datos en que se había basado son, sin embargo, interpretados de modo diferente por otros autores. Se han realizado también investigaciones similares, aunque con errores metodológicos, con mujeres, según las cuales la ingesta de alcohol obedecería al deseo de reforzar la feminidad.

- *Dependencia.* Numerosos estudios en el marco de la psicología dinámica y, posteriormente, trabajos inspirados en el paradigma experimental de la dependencia de campo coinciden en señalar que los sujetos alcohólicos tienden a ser más dependientes que los no alcohólicos. Si bien siguen sin estar claros los motivos del nexo entre el alcoholismo y la dependencia, este rasgo se ha confirmado también en adictos a la cocaína y la heroína.

- *Problemas de identidad respecto al rol sexual.* Se han observado problemas de identidad en cuanto al rol asociado al sexo en estudios longitudinales de adolescentes, tanto varones como mujeres. No obstante su origen está por dilucidar.

- *Mecanismos egodefensivos de negación o ambivalencia.* Los padres de los alcohólicos tienden a ser bebedores abusivos o abstemios, hecho que se ha sugerido como razón de que los alcohólicos experimentan culpa y ansiedad al beber. El consumo sería entonces una forma de escapar a tales sentimientos negativos, en la medida que los mecanismos de defensa del yo no sirvan suficientemente para amortiguarlos.

- *Depresión.* Los alcohólicos presentan, con frecuencia, niveles altos de depresión, dato que se ha relacionado en ocasiones con la falta de un adecuado auto-control.

- *Inadecuado control de los impulsos.* Esta característica, generalizada en los alcohólicos, no se limita a la bebida sino que parece ser una falta de control en muchos otros aspectos de la vida.

- *Insatisfacción personal.* Hay una fuerte evidencia de que los alcohólicos y pre-alcohólicos tienen bajas expectativas y un escaso nivel de auto-eficacia, auto-estima y auto-concepto. Esas características, con frecuencia, se han relacionado con la baja tolerancia a la frustración y la progresiva incapacidad de estos individuos para enfrentar las situaciones cotidianas. Conviene insistir en que no hay rasgos en la personalidad comunes a todos los adictos, la única característica común a todos ellos es la entrega excesiva o morbosa a la bebida.

Por su parte, los consumidores de SPAs tales como de opiáceos o de cocaína presentan, muchas veces, problemas de personalidad o sufren trastornos mentales. Las investigaciones tienden a describirlos como inmaduros, inseguros, egocéntricos y, contra lo que podría pensarse, con un adecuado locus de control interno.

Los consumidores de sustancias psicodélicas han sido caracterizados como individuos con tendencia a vivir el presente, presentando pasividad

primer plano las respuestas condicionadas compensatorias, en forma de síndrome de abstinencia condicionado, y distintos programas de reforzamiento en el estilo de vida, el argot, el ritual de la auto-administración y los propios efectos de la sustancia (Mayor y Cortés, 2003).

En resumen, las contingencias de reforzamiento son:

1. Reforzamiento positivo asociado con aspectos sociales del uso de la sustancia (ejemplo: aceptación en el grupo de consumidores de una determinada sustancia, una cultura del uso, estilo de vida, etc.).
2. Reforzamiento positivo asociado con las propiedades farmacológicas de la sustancia (euforia, bienestar, experimentar el "high" inicial, etc.).
3. Reforzamiento negativo asociado con aspectos aversivos del ambiente (aliviar la monotonía, reducir aspectos aversivos de la vida familiar y demás condiciones de la vida laboral, personal, etc.).
4. Reforzamiento negativo asociado a estados físicos aversivos inducidos por la sustancia (ejemplo: alivio del malestar físico del síndrome de abstinencia).

La perspectiva del aprendizaje puede de esta manera, explicar aspectos importantes del aspecto de los motivos por los cuales unas personas consumen controladamente SPAs en tanto que otras tienden a abusar de ellas. Sin embargo, en la determinación de la probabilidad de que los sujetos desarrollen dependencia, intervienen otros factores individuales, cognitivos y de personalidad, que a continuación examinaremos.

Factores cognitivos y de personalidad. Con frecuencia se ha dicho que no hay sustancias adictivas, solo personas propensas a la adicción. No obstante, los datos disponibles no autorizan a hablar de una personalidad adictiva típica, sino que reflejan por el contrario una estructura psíquica de los dependientes de sustancias muy variada.

En el proceso de transición y mantenimiento de la conducta adictiva hay que tener en cuenta una serie de factores personales que interaccionan con otros de distinta naturaleza. Esta es la conclusión que se obtiene de distintas investigaciones actuales, que siguen centradas de manera

en las relaciones interpersonales, dificultades cognitivas, depresión y proclividad a utilizar los mecanismos ego defensivos de represión, intelectualización y racionalización.

- *Trastornos afectivos.* Se ha logrado establecer una vinculación entre el abuso de sustancias y los trastornos afectivos, particularmente ansiedad y oscilaciones del estado de ánimo. Este hecho sugiere la idea de considerar el consumo de SPAs como una forma de auto-terapia.

Extraversión/introversión. De acuerdo con la teoría de Eysenck, basada en el concepto de “arousal” o activación óptima, los sujetos extravertidos consumen sustancias para incrementar su activación, mientras que los introvertidos las evitan o se sirven de ellas para disminuir los grados de activación superiores a un nivel óptimo.

Además, cabe señalar que tanto la nicotina como el alcohol actúan como estimulantes en pequeñas cantidades, pero se convierten en depresores en cantidades mayores. Los experimentos inspirados en esta teoría muestran que introvertidos y extravertidos responden de modo bastante distinto a varias sustancias, dato de gran valor predictivo y relevante para la prevención de las adicciones.

- *Sistema de valores, actitudes y expectativas.* El sistema de valores de un individuo, con relación al vigente en una determinada sociedad se ha vinculado con frecuencia con el consumo de SPAs en razón de que la internalización de estos valores parece ser una de las condiciones de la integración social del sujeto.

Una serie de investigaciones han tratado de detectar la valoración general de la sociedad y la importancia que atribuyen diversos grupos de consumidores de sustancias a una serie de valores clasificados por el autor como “tradicionales” y “modernos”.

Las conclusiones más importantes del estudio fueron:

Respecto a los “valores tradicionales” (trabajo, familia, orden y religión), arrojaron los siguientes resultados:

posible que sean la base de la falta de recursos de auto-control apropiados y de capacidad para afrontar las dificultades vitales.

A modo de resumen, presentamos en el cuadro 4 los principales factores del establecimiento de la dependencia a SPAs.

Cuadro 4
Factores que inciden en el establecimiento de las drogodependencias

La profundización del curso adictivo depende de una conjunción de variables individuales y sociales que se han de contemplar desde la perspectiva de su integración.
1. Factores neurobiológicos
<ul style="list-style-type: none"> · Propiedades reforzantes de las sustancias psicoactivas. · Sensibilidad individual en la transmisión dopaminérgica. · Resistencia a la saciación y habituación. · Cambios adaptativos inducidos por la exposición repetida a las SPAs.
2. Factores de aprendizaje
<ul style="list-style-type: none"> · Condicionamiento clásico de la tolerancia, el síndrome de abstinencia y el craving. · Reforzamiento por condicionamiento operante. · Generación de un proceso opoente de la motivación adquirida. · Modelado.
3. Factores cognitivos y de personalidad
<ul style="list-style-type: none"> · Demanda de gratificación inmediata. · Falta de control de impulsos. · Baja tolerancia a la frustración. · Socialización pobre. · Incapacidad para sacar beneficios de la experiencia. · Dificultad para mantener relaciones cálidas. · Egocentrismo. · Sentimientos de inseguridad e inadecuación. · Irritabilidad. · Irresponsabilidad. · Falta de recursos para afrontar el estrés. · Trastornos afectivos (ansiedad y oscilaciones del estado de ánimo). · Valores y actitudes existenciales egocéntricas y desesperanzadas. · Expectativas sobre los efectos farmacológicos, interpersonales y sociales de la SPA.

3.2 PRINCIPIOS BÁSICOS DE LAS SESIONES MOTIVACIONALES

3.2.1 La motivación como estado

De acuerdo con Miller y Rollnick (1991), Sampl y Kadden (2001) y Donovan y Rosengren (1999) la motivación no se debe entender como un problema de personalidad o como un rasgo que una persona lleva consigo; más bien, la motivación es un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual es fluctuante. Dicho estado está influido por factores internos, externos y contextuales. Se trata de una modalidad de ayuda para consumidores, abusadores y adictos de SPA, para que reconozcan y gradualmente asuman la responsabilidad de su recuperación. Resulta útil para trabajar la reticencia y la ambivalencia hacia el cambio (Miller, 2003; Miller y Rollnick, 1999).

La entrevista motivacional supone un nuevo estilo de intervención terapéutica que implica una nueva visión del consejero o terapeuta y del usuario. En definitiva, es una filosofía que cree en la persona y en sus posibilidades de cambio (Carrol, 2001; Sampl y Kadden, 2001; Miller, 2003).

La entrevista motivacional no es:

- Una técnica o conjunto de técnicas aisladas.
- Una directiva que imponga el terapeuta al usuario.
- Un método que aporte soluciones externas.
- Una táctica que genere las mismas respuestas a una problemática similar.

La entrevista motivacional es un estilo de asistencia directa centrada en el cliente para provocar un cambio actitudinal, comportamental y resolver ambivalencias. En este sentido, el terapeuta acompaña al consultante en el análisis y la aclaración de la ambivalencia (estado mental en el que una persona tiene sentimientos de contradicción con relación a alguna cosa). Así, estimulado por la entrevista motivacional, el consultante adquiere un papel protagonista en el cambio de conductas no deseadas (Mercer y Woody, 1999; Miller, 2003; Sampl y Kadden, 2001).

- El trabajo es el valor social mejor calificado. La mayor parte de los consumidores lo califican muy alto, excepto los que toman heroína, alucinógenos, inhalantes y cocaína.
- Sigue después la familia como valor social importante, mostrando de nuevo las calificaciones más bajas los consumidores de alucinógenos, inhalantes, heroína y cocaína.
- A continuación, sigue el orden en la escala de preferencia, siendo otra vez los consumidores de drogas mencionadas anteriormente quienes le atribuyen una menor puntuación.
- La religión es el valor que obtiene la calificación más baja, con importantes variaciones entre los distintos tipos de consumidores.

En cuanto a la aceptación o rechazo de los “valores modernos” (libertad, justicia y democracia), se derivan las siguientes conclusiones:

- *La libertad* es el valor más altamente calificado por los consumidores de sustancias ilegales cocaína, alucinógenos, marihuana, heroína. Como se señala en dicho estudio, este dato no deja de ser paradójico, ya que la brutal dependencia que generan algunas de estas drogas, como la heroína o cocaína, hace que en numerosos casos se pierda por completo la libertad personal.
- *La justicia* es el segundo valor mejor calificado, no obstante ser menos apreciado por los consumidores de heroína y cocaína.
- Finalmente, aunque con una calificación ligeramente positiva, la democracia es el valor menos estimado de los tres, siendo inferior en los consumidores de heroína, analgésicos morfínicos, inhalantes, cocaína y alucinógenos.

No cabe duda de la importancia de los factores de personalidad en el tema que nos ocupa, pero también hay importantes motivos para cuestionar su planteamiento como factor determinante, sobre todo cuando se piensa en la personalidad como un constructo abstracto.

Entre los factores de riesgo, considerados últimamente, habría que destacar como más consistentes los relacionados con las conductas antisociales con los niveles altos de depresión y con los escasos niveles del auto-sistema (auto-concepto, auto-estima y auto-eficacia), pues es

3.2.2 Condiciones terapéuticas básicas para el cambio

Carl Rogers, Stephen Rollnick, William Miller, Susan Sampl y Ronald Kadden consideran los siguientes elementos para generar una atmósfera favorable para el cambio:

- Crear una atmósfera favorable a través del respeto, donde la libertad y la autonomía del usuario sean prioridad.
- Demostrar autenticidad y “escucha reflexiva”, elementos que favorecen enormemente el establecimiento de la relación terapéutica.
- Considerar el hecho que los consultantes “son capaces” de analizar sus experiencias y de encontrar alternativas de salida para sus propios problemas.
- El rol del terapeuta no necesariamente es determinante a la hora de introducir cambios o de proporcionar salidas a la crisis.

3.2.2.1 Estadios y procesos de cambio

La evaluación y el diagnóstico del consumo funcional y del consumo disfuncional o patológico de SPAs (Rojas, 2004), desde nuestra perspectiva, independientemente de la exploración clínica, requiere de la indagación de estos dos niveles de acción. En efecto, el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente intenta delimitar y describir los elementos esenciales subyacentes al proceso de cambio intencional de cualquier conducta adictiva, ya sea con o sin ayuda profesional. Estos investigadores han desarrollado el modelo transteórico a partir de un análisis sistémico de las teorías y de las investigaciones en psicoterapia y de sus trabajos exploratorios en relación al proceso de cambio de las conductas adictivas, básicamente en fumadores.

El modelo transteórico, en su versión reciente (Prochaska et al, 1992; Prochaska y DiClemente, 1993, 1994; DiClemente y Prochaska, 1999), es un modelo tridimensional que proporciona una concepción global y al mismo tiempo diferenciada del cambio en el campo de las adicciones, integrando aquello que los autores denominan estadios, procesos y niveles.

identificados por Prochaska y DiClemente a partir, por un lado, de análisis teóricos y empíricos de las principales escuelas psicoterapéuticas, y por otro, de estudios retrospectivos transversales y longitudinales en el ámbito de las conductas adictivas.

Diferentes estudios han demostrado la existencia de un número limitado de procesos de cambio subyacentes a la progresión, independientemente de que dicha progresión se realice recurriendo o no a ayuda profesional e incluso, al margen del modelo o escuela psicológica de intervención a la que se adscriba este recurso o técnica terapéutica.

Los procesos son:

1. *Aumento de la concienciación.* Consiste en una intensificación por parte del adicto del procesamiento de la información respecto a la problemática asociada al consumo de SPAs y a los beneficios de abandonarlo. Se trata de un proceso esencialmente cognitivo.

2. *Auto reevaluación.* Consiste tanto en una valoración afectiva y cognitiva por parte del adicto o adicta del impacto del consumo sobre sus valores y su manera de ser, como en un reconocimiento también afectivo y cognitivo de la mejoría significativa que representaría para su vida abandonar dicho consumo.

3. *Reevaluación ambiental.* Consiste en una valoración por parte del adicto o adicta del estado actual de sus relaciones interpersonales. Es decir, del impacto del consumo de SPAs sobre su comportamiento interpersonal y sobre las personas más allegadas a este, como en un reconocimiento de las consecuencias positivas respecto a las relaciones interpersonales derivadas de la modificación del hábito adictivo.

4. *Relieve dramático.* Es la experimentación y expresión de reacciones emocionales obtenidas por la observación y/o advertencias respecto a los aspectos negativos, esencialmente las consecuencias sobre la salud, asociados al consumo de SPAs.

5. *Autoliberación.* El proceso de autoliberación representa un compromiso personal, un aumento de la capacidad del adicto o adicta para decidir y

elegir. Requiere la creencia que uno puede ser un elemento esencial en el proceso de cambio de la conducta adictiva, ya que posee o puede adquirir o desarrollar la habilidad necesaria para cambiar.

6. *Liberación social.* El proceso de liberación social también representa un aumento en la capacidad del adicto o adicta para decidir o escoger, propiciado en este caso, por una toma de conciencia tanto de la representación social de la conducta adictiva, como de la voluntad social de combatirla mediante el aumento de alternativas adaptadas disponibles.

7. *Manejo de contingencias.* Es una estrategia conductual que aumenta la probabilidad que ocurra una determinada conducta (ejemplo, no consumir cocaína) relativa al cambio conductual. Consiste en el auto y/o heteroreforzamiento de esta conducta.

8. *Relaciones de ayuda.* Representa la existencia y utilización del apoyo social (familiares, amistades, etc.), que pueda facilitar el proceso de cambio de la conducta adictiva. Por ejemplo, abrirse y confiar en alguna persona allegada.

9. *Contracondicionamiento.* Consiste especialmente en modificar la respuesta (cognitiva, motora y/o fisiológica) elicitada por estímulos condicionados al consumo de SPAs u otro tipo de situaciones de riesgo, generando y desarrollando conductas alternativas. Este proceso de cambio es esencialmente conductual al igual que el siguiente.

10. *Control de estímulos.* El control de estímulos consiste básicamente en evitar la exposición a situaciones de alto riesgo para consumir. Un ejemplo característico es la reestructuración del ambiente para que la probabilidad de ocurrencia de un determinado estímulo condicionado al consumo de cocaína se reduzca significativamente.

Prochaska et al (1999) señalan que estos diez procesos de cambio en tanto factores latentes o variables de primer orden, se organizan según un modelo jerárquico en relación a dos factores o variables latentes de segundo orden: los procesos de cambio cognitivos o experienciales

a. Estadios de cambio. Los siguientes cinco estadios de cambio representan la estructura o dimensión temporal o evolutiva del modelo transteórico: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

No obstante, y dado que uno de los principales problemas en el proceso de cambio de cualquier conducta adictiva es el de las elevadas tasas de recaídas (Marlatt y Gordon, 1985; Casas y Gossop, 1993), el modelo transteórico resalta el hecho de que la mayoría de los individuos no progresan linealmente a través de los estadios de cambio.

En este contexto destacan, a modo de ejemplo, los resultados de un estudio de seguimiento de dos años de una muestra de fumadores situados inicialmente en el estadio de contemplación (Prochaska et al, 1991), que muestran cómo solo nueve de los 180 adictos (5%) progresaban, sin recaer, hasta el estadio de mantenimiento, a lo largo del periodo de dos años; resultados consistentes con la conclusión de otro estudio de los mismos autores (Prochaska y DiClemente, 1986) relativa a que la mayoría de fumadores siguen un patrón cíclico y reciclan entre tres y cuatro veces a través de los diferentes estadios hasta consolidarse en el mantenimiento.

Así, conceptualizar los estadios mediante un modelo en espiral refleja, con mayor fidelidad que un modelo lineal, el proceso de cambio en el campo de las conductas adictivas.

b. Procesos de cambio. Así como los estadios de cambio representan una dimensión temporal mediante la cual es posible captar cuándo ocurren determinados cambios de intenciones, actitudes y conductas, los procesos de cambio permiten comprender cómo se producen estos cambios.

Los procesos de cambio consisten en actividades encubiertas o manifiestas iniciadas o experimentadas por un individuo para modificar su hábito adictivo.

A continuación se presentan los diez procesos básicos de cambio

(aumento de la concienciación, auto reevaluación, reevaluación ambiental, relieve dramático y liberación social) y los procesos de cambio conductuales (autoliberación, manejo de contingencias, relaciones de ayuda, contracondicionamiento y control de estímulos). Esta estructura jerárquica ha sido confirmada igualmente en el caso de la adicción a la cocaína.

3.2.2.2 Integración de los estadios y procesos de cambio

Quizás uno de los resultados más importantes que se desprenden del trabajo de Prochaska y DiClemente es que determinados procesos de cambio son enfatizados durante determinados estadios de cambio.

Durante el estadio de pre-contemplación en los adictos y adictas decrece significativamente el uso de los procesos de cambio de aquellos que se hallan en cualquier otro estadio. Los pre-contempladores son los que procesan menos información referente a su conducta adictiva, utilizan menos reacciones emocionales frente a las consecuencias negativas de su adicción, se encuentran significativamente menos abiertos y comunicativos respecto de su problemática, etc.

Los procesos de cambio: aumento de la concienciación, relieve dramático y reevaluación ambiental son los procesos de cambio enfatizados por la mayoría de los adictos y adictas situados en el estadio de contemplación.

Al tratarse de un proceso de cambio también enfatizado en el estadio de preparación, la auto reevaluación se muestra como el puente entre la contemplación y la preparación. En este último estadio, y como enlace con el de acción, es donde se utiliza más el proceso de autoliberación.

Los procesos de relaciones de ayuda, manejo de contingencias, control de estímulos y contracondicionamiento forman el vínculo entre los estadios de acción y de mantenimiento al ser enfatizados en ambos, lo cual es consistente con la concepción de que el estadio de mantenimiento es un estadio de cambio activo, más que de ausencia de cambio. El cuadro 5 resume la integración de estos dos procesos.

3.2.2.3 Evaluación y diagnóstico de la motivación

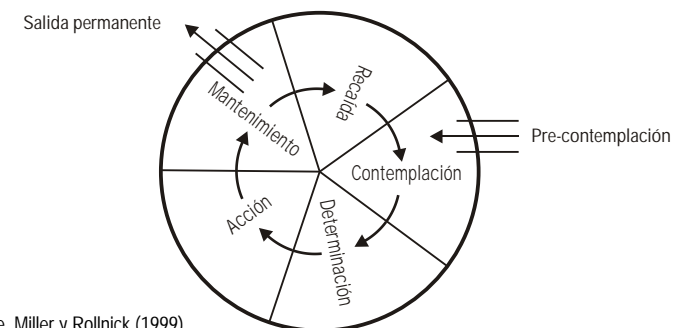
Si bien unánimemente se considera la motivación como un aspecto crucial a trabajar en la terapéutica de las adicciones, no se han realizado grandes esfuerzos por explorar y medir esta dimensión. Considerando que normalmente hay dudas y cuestionamientos de parte del consejero o el terapeuta respecto a la real motivación del consultante usuario de sustancias, es vital examinar el nivel motivacional y la predicción del eventual cambio.

En este contexto, se encuentran dos enfoques para la evaluación de la motivación. Uno se centra en los beneficios percibidos por el paciente versus los daños de su conducta actual; es decir, se asume la motivación como un estado. El otro explora la disponibilidad para el cambio expuesto por el paciente (Sampl y Kadden, 2001; Miller y Rollnick, 1991; Donovan y Rosengren, 1999).

1. La motivación como estado. Un modelo muy didáctico para comprender cómo y por qué cambian las personas, ya sea por sí mismas o con ayuda profesional, es el propuesto por James Prochaska y Carlo DiClemente quienes proponen un conjunto de estadios o fases por las que transita una persona en el proceso de cambio del síntoma o problema.

Tomado como base estos principios, Prochaska y DiClemente, 1984, Miller y Rollnick, 1999, proponen “La rueda de cambio” con cinco dimensiones de cambio con una sexta fase, pre-contemplativa, ubicada fuera de la rueda (Ver gráfico 4).

Gráfico 4
La rueda del cambio



Fuente. Miller y Rollnick (1999)

El significado principal de esta dimensión gráfica es el dinamismo y variabilidad de la conducta humana; es decir, luego de la incursión del sujeto dentro del círculo, va a girar varias veces antes de alcanzar un cambio más o menos estable.

Al respecto, Prochaska y DiClemente, en sus primeras aproximaciones al modelo transteórico en cohortes de clientes adictos a la nicotina, concluyeron que para alcanzar una salida permanente los pacientes investigados giraban en la rueda entre tres y siete veces, con un promedio de cuatro veces, antes de alcanzar la salida y que la interrupción sea de carácter temporal o indefinido.

Este modelo circunflejo considera la recaída como un acontecimiento esperado o normal, o un estado más del cambio. Ello no significa de modo alguno que hay que inducir al paciente a la recaída, sino que es una perspectiva realista para afianzar la motivación (Miller y Rollnick, 1999).

Considerando las características de cada una de las fases y la diferenciación clara de las mismas (cuadro 6), el consejero o terapeuta deberá utilizar diferentes técnicas y estrategias, dependiendo del momento y fase por los que esté atravesando en consultante.

Es importante comprender que hay determinadas tácticas y habilidades para determinadas fases. Se asume que la marcada reticencia que exhibe el grueso de adictos y adictas deviene de la utilización equivocada de estrategias o técnicas que no corresponden a la fase donde se encuentra el cliente.

La fase de pre-contemplación se ubica fuera de la rueda, como quiera que el sujeto inmerso en este estadio aún no considere que tenga un problema o que no necesite introducir cambios en su vida. Normalmente estos pacientes no solicitan ayuda o no acuden a un establecimiento de salud; en algunos casos, pueden solicitar o acudir por "ganancia secundaria" o por coacción, más no por iniciativa propia. Para Prochaska y DiClemente (2004) el concepto pre-contemplación comprende aquellos que pueden saber que tienen un problema pero no son conscientes del mismo.

Cuadro 5
Integración de estadios y procesos y procedimientos terapéuticos que favorecen el cambio

Estadios	Procesos	Estrategias de intervención
Pre-contemplación		Relación consejero / consultante basada en la empatía.
Contemplación	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de concienciación. - Relieve dramático. - Auto reevaluación. - Reevaluación ambiental. - Autoevaluación. 	Observaciones / Confrontaciones / Interpretaciones / Biblioterapia. Psicodrama / Terapia gestáltica / Representación de roles. Entrenamiento empático / Documentales. Clarificación de valores / Imaginación/ Corrección de experiencias emocionales.
Preparación	<ul style="list-style-type: none"> - Autoliberación. 	Terapia para la toma de decisiones / Técnicas de logoterapia / Técnicas para el realce de propósitos.
Acción	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo de contingencias. 	Contratos de contingencias / Refuerzo explícito y encubierto / Autovigilancia.
Mantenimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Relación de ayuda. - Contracondicionamiento. - Control de estímulos. 	Alianza terapéutica / Apoyo social / Grupos de autoayuda. Relajación / Desensibilización / Asertividad / Auto-estados. Positivos. Reestructuración ambiental / Evitación de situaciones de alto riesgo / técnicas de desvanecimiento.

Fuente: Mayor, L. y Cortés, M. T. (2003). "Motivación y adicciones". En: E. Fernández-Abascal et al (eds). *Emoción y Motivación. La adaptación humana*, Vol. II, Ed. C. de E. Ramón Areces, S. A. Madrid. p. 944

Desde la perspectiva cognitiva el sujeto pre-contemplador necesita información actualizada y documentada y un nivel moderado de feedback. Circunscribirnos tan solo en decirles qué es lo debería hacer puede ser contraproducente.

Cuadro 6
Estadios de cambio conductual

ETAPAS MOTIVACIONALES	PAUTAS TERAPÉUTICAS
I. Etapa pre-contemplativa - Sin conciencia del hecho adictivo. - No intención de cambio.	Intervención vía consecuencias adversas (físicas, psicológicas, socio-familiares). Presiones psico-sociales, jurídicas, policiales, etc. Diagnóstico e intervención de la co-adicción. Internamiento breve.
II. Etapa contemplativa - Ambivalencia respecto a la interrupción del consumo.	Pautas T. I y análisis de costo-beneficio. Introducción de pruebas objetivas: CAGE, AUDIT, EBBA. Pruebas psicométricas. Pruebas médicas: Spet, mapéo cerebral, resonancia, etc.
III. Etapa de determinación - Toma de decisiones. - Prioridad del problema "Ya no puedo seguir así...".	Pautas T. I y II. Ofrecer alternativas de tratamiento bio-psico-social. Grupos de autoayuda.
IV. Etapa de acción - Búsqueda de ayuda. - Decisión para el inicio del tratamiento.	Pautas T. I y III. Programa terapéutico regular.
V. Etapa de mantenimiento - Función: mantener la sobriedad. - Evitar las recaídas.	Pautas T. I a IV + EQINS + programa de prevención de recaídas + Tx síndrome de abstinencia + Tx de co-morbilidad. Internamiento mediano o largo.
VI. Recaída - Evitar que un desliz se convierta en una recaída	Evitar la regresión a otros estadios previos. Uso de técnicas I y V.

Adaptado de Prochaska y DiClemente. (Marlatt, 1985)

concepciones respecto de las SPAs) del consumidor. Para los efectos del examen se pueden considerar las siguientes herramientas:

1. *Observación y "escucha reflexiva"*. Quizás la habilidad más importante en las sesiones iniciales de motivación sea la referida a la escucha reflexiva. Para muchos erróneamente oír significa estar callado y escuchar lo que alguien tiene que decir. En las sesiones motivacionales, la escucha reflexiva es la forma en que el consejero o terapeuta responde puntualmente a lo que dice el consultante. Al respecto, Miller y Rollnick (1991), sobre la base de las pautas de Thomas Gordon, consideran un conjunto de respuestas que no son indicadoras de escucha, las mismas que habría de considerar para intentar evitarlas:
 - Ordenar, dirigir.
 - Amenazar, gritar.
 - Discutir con el consultante.
 - Moralizar, sermonear.
 - Estar en desacuerdo, criticar, juzgar.
 - Estar completamente de acuerdo, rogar.
 - Ridiculizar, etiquetar.
 - Interpretar.
 - Simpatizar, consolar.
 - Retirarse, hacer bromas o cambiar de tema.

El consejero o terapeuta que incurra o reaccione con estas respuestas demuestra que no está escuchando reflexivamente. Técnicamente las respuestas presentadas implican obstáculos en el camino del consultante, estos desvían o bloquean la dirección de la interacción.

La habilidad de la escucha reflexiva consiste en tratar de deducir lo que el consultante desea decir, dado que en muchos pasajes de la entrevista, particularmente en el inicio de la sesión, se pueden dilucidar ciertos mensajes que desea comunicar.

2. *Preguntas estratégicas en la evaluación de las fases de cambio*. Hay preguntas guía para las sesiones iniciales donde el tono de voz juega un rol importante. Estas pueden ser: ¿por qué acude a recibir ayuda?

¿Qué espera del servicio? ¿Qué espera del terapeuta? ¿Qué tanto está dispuesto a abandonar el consumo? ¿Cuánto está dispuesto a poner de sí? ¿Aceptaría todas las condiciones del programa (psicoterapia intensiva o internación)? ¿Qué ha estado haciendo frente a los problemas que le ha venido generando el abuso de SPAs? ¿Qué lugar de prioridad ocupa en su vida el abandono del consumo?, entre otras.

3.3 Estrategias y técnicas de la entrevista motivacional

Las estrategias y técnicas de la entrevista motivacional son “más persuasivas” que coercitivas, más “de apoyo” que de discusión. El o la terapeuta buscan crear una atmósfera positiva para el cambio (Miller y Rollnick, 1991; Mercer y Woody, 1999).

Desde nuestra perspectiva, el objetivo global consiste en aumentar la “motivación intrínseca” del consultante, de manera que el cambio surja desde dentro en lugar de imponerse desde fuera (Miller y Rollnick, 1991; Donovan y Rosengren, 1999; Mercer y Woody, 1999; Carrol, 2001).

Cuando el enfoque es aplicado adecuadamente, será el consultante el que presente las razones para cambiar y no el terapeuta o consejero.

La intervención motivacional del “Lugar de Escucha” de CEDRO emplea una variedad de estrategias, algunas de las cuales surgen de la terapia centrada en el cliente (Carl Rogers) y otras de la terapia cognitiva de Albert Ellis y Aaron Beck.

Carrol (2001), Sampl y Kadden (2001), Rojas et al (2002) y Mayor y Cortés (2003) sugieren las siguientes estrategias:

3.3.1 *Proporcionar información actualizada.* Debido al dinamismo y a la multidimensionalidad del fenómeno se requiere una constante actualización tanto de la conducta del uso de sustancias como de los factores socio-familiares, culturales, macroeconómicos y de otros aspectos coyunturales del escenario actual.

3.3.2 *Evitar la discusión.* La consejería y sesiones motivacionales desde un enfoque cognitivo no son espacios donde hay que discutir,

En el cuadro 6 se presenta cada una de las fases de cambio del demandante de ayuda. Se trata de un proceso donde el cambio es altamente susceptible a un número indeterminado de factores. Esta variabilidad de factores de hecho incidirá en la introducción de cambios, sin embargo, el tiempo que tarda en operar los cambios es impredecible, dado que se pueden observar en determinados grupos cambios conductuales y actitudinales a mediano plazo, en otros, a largo plazo y es de suponer que en un siguiente grupo estos cambios respecto al abuso de SPAs no se vislumbrarán fácilmente.

2. Motivación como disponibilidad para cambiar

Desde esta perspectiva se aborda directamente al consultante indagando sobre su deseo o disposición para cambiar. Para Sampl y Kadden (2001), Miller y Rollnick (1991) y Donovan y Rosengren (1999), en este modelo hay varios conceptos que requieren precisión:

1. El juicio de la persona respecto a la necesidad de introducir cambios.
2. La percepción de la posibilidad de que ocurran unos cambios.
3. El nivel de auto-eficacia de la persona para el cambio.
4. La intención manifestada por la persona para cambiar en el futuro o dentro de un período de tiempo específico .

Las bases conceptuales del enunciado sobre la disposición al cambio descansan en el Modelo Transteórico de J. Prochaska y C. DiClemente, 1984, quienes para los efectos de la evaluación de las etapas de cambio diseñaron el instrumento URICA (University of Rhode Island Change Assessment), (véase Tomo II: Anexo, Instrumento 4), aunque no especificaron si era aplicable para el abuso y la dependencia de SPAs.

Simultáneamente, se diseñó el SOCRATES (Stages of Change Readiness and treatment Eagerness Scale), donde se examinan y evalúan las fases de cambio de Prochaska y DiClemente referidas a la dependencia del alcohol y otras sustancias (Montgomery et al, 1990).

En este sentido, las acciones apuntan a determinar cuál es el estado motivacional actual (actitud, percepción y patrones de ideas y

confrontar o convencer al paciente. La discusión e imposición de prescripciones normalmente provoca una reacción negativa de parte del cliente, quien suele reafirmarse en su libertad para seguir haciendo lo que viene haciendo.

Particularmente en púberes y adolescentes es estratégico no entrar en discusión, dado que cuantas más prohibiciones se le haga o se defienda con fuerza una posición se provocará una oposición o cerrada defensa del esquema mental que trae consigo. Para varios autores, la resistencia nos indica la necesidad de cambio de estrategia.

3.3.3 *Dar diversas alternativas de salida a la crisis generada por el consumo.* Cuantas más opciones de salida se brinden al consultante se incrementarán las posibilidades de reducción de la crisis y de salida eventual de la crisis o de la demanda (Marlatt, Baer y Quigley, 1999; Mercer y Woody, 1993; Carrol, 2001; Miller, 2003).

- *Disminuir los factores que hacen que la conducta del consumo sea deseable.* En las fases de motivación es extremadamente importante iniciar el control de la ansiedad, angustia y deseos obsesivos de consumo, particularmente generadas por las sustancias cocaínicas, como consecuencia de la abstinencia. En este sentido, desde la perspectiva cognitivo-conductual, las estrategias de auto-control emocional (respiración, relajación, auto-instrucción, etc), devienen en una necesidad. En otros casos, dependiendo de la observación clínica, también es importante considerar la introducción de la terapia farmacológica.
- *Promover empatía.* Varios psicoterapeutas (Ellis et al, 1988; Beck et al, 1999; Mercer y Woody, 1999; Carrol, 2001; Miller, 2003) proponen que un estilo terapéutico empático y cálido es clave en estas sesiones iniciales de motivación. En este sentido, la habilidad para recabar información no se expresa en cantidad sino en calidad dentro de una “escucha reflexiva”, puede ser determinante en el “enganche” con el consultante.

La aceptación cabal del consultante; vale decir: no juzgarlo ni criticarlo o culpabilizarlo, contribuye a la promoción de la empatía. Esto no significa de modo alguno que estemos de acuerdo o aprobemos sus conductas o sus planteamientos.

Es frecuente el empleo de la versión simplificada de la matriz de decisión descrita por Marlatt y Gordon (1985). En este ejercicio los terapeutas utilizan una tarjeta recordatoria y registran las descripciones de los pacientes de todos los posibles beneficios del consumo continuado de la cocaína, por subjetivos que sean, en una cara de la tarjeta (Ver anexo).

Algunos pacientes tienen dificultades iniciales reconociendo cualquier consecuencia positiva del abuso continuado de la cocaína, pero la mayoría está preparada para hacer una lista con varias justificaciones como “no hay nada tan excitante en mi vida” o “me siento menos ansioso con las personas” o “he obtenido la mayoría de mi dinero vendiendo cocaína” o “el sexo y la cocaína van de la mano”.

Acto seguido, mediante preguntas abiertas, los terapeutas animan a los clientes a analizar cada uno de los beneficios comentados (por ejemplo: “tener dinero en el bolsillo para algo importante ¿qué más le aporta a usted el vender cocaína?”). Muy a menudo, los consultantes acaban señalando aspectos negativos. Por ejemplo, si la euforia fue citada como una ventaja, se analiza la naturaleza de esta euforia (high) y se les recuerda a los consumidores el crash y la disforia que invariablemente siguen a la euforia durante mucho más tiempo. A los adictos y adictas que venden cocaína se les recuerda que todas las ventajas son utilizadas exclusivamente para mantener el consumo de la sustancia.

Los terapeutas entonces piden a los pacientes que enumeren todos los posibles motivos para interrumpir el consumo de la droga y que los escriban en la otra cara de la tarjeta. Generalmente, estos son numerosos y reflejan consecuencias negativas, tales como “quiero conservar mi lugar de trabajo” o “menos peleas con mis padres” o “más dinero para cosas que quiero”. A los pacientes se les indica que lleven la tarjeta en su billetera preferentemente cerca del dinero. Además se le pide echar un vistazo a la tarjeta cuando, por ejemplo, se enfrenten a un craving intenso de cocaína o una situación de alto riesgo, para recordarles las consecuencias negativas del abuso de cocaína cuando ellos probablemente solo recuerdan la euforia asociada con el high.

El poder de este recordatorio en concreto fue ejemplificado por un adicto

de cocaína que quitó la tarjeta de su billetera una noche antes de salir, porque tenía decidido consumir cocaína; sintió que la tarjeta le había “impedido consumir” anteriormente en varias ocasiones.

3.4 LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL. UN ESTILO DE RELACIÓN

Resumen general

Si hacemos un razonamiento global sobre lo tratado hasta aquí podemos decir que el tratamiento de cualquier comportamiento adictivo habitualmente se ha interrumpido o limitado muchas veces con la dificultad de un consultante o cliente “poco motivado” o “carente de voluntad de cambio”.

En este contexto, el afrontamiento de estos problemas constituye un objetivo fundamental de cualquier intervención terapéutica. El modelo de entrevista motivacional desarrollado por Miller y Rollnick (1991) proporciona una herramienta de trabajo centrada en explorar y resolver las ambivalencias del abusador o adicto a SPAs, en que la terapia se concibe como una colaboración entre afectados y consejero y terapeuta.

El objetivo de este enfoque es provocar o generar un cambio de comportamiento, motivo por el cual trata de superar su mayor escollo: la ambivalencia emocional. Podríamos definir la ambivalencia como la presencia de emociones contrapuestas con respecto al abandono del consumo de SPAs (ejemplo “quiero dejar de tener problemas por consumir cocaína, pero sin dejar de consumir cocaína”).

Miller y Rollnick (1991) y Rollnick y Miller (1996) definen una serie de aspectos fundamentales del “espíritu” de la entrevista motivacional, aspectos que deben permanecer, independientemente de las técnicas de entrevistas utilizadas:

- a) La motivación hacia el cambio parte del consultante y no se impone a él.
- b) La articulación de la ambivalencia es tarea del cliente y no del consejero o del terapeuta.

- *Dar retroalimentación.* Dependiendo del perfil del paciente podemos hacer señalizaciones, puntualizaciones y llegar excepcionalmente hasta la confrontación.

Desde la perspectiva de las sesiones motivacionales también se inicia la exploración, detección y comienzo de la modificación de ciertos patrones de ideas y concepciones irracionales que vienen interviniendo en el sostenimiento del consumo. En ciertos momentos se requiere de intervenciones puntuales cuando el paciente racionaliza, minimiza o cuando se autoengaña. Estas intervenciones no confrontativas están dentro del afronte de la retroalimentación (Beck et al, 1999; Marlatt, Baer y Quigley, 1999; Mercer y Woody, 1999; Carrol, 2001; Miller, 2003).

- *Darle un giro a la resistencia.* Es de esperar que el consultante abusador o adicto a sustancias presente un esquema cognitivo de marcada reticencia para introducir cambios (Beck et al, 1999; Ellis et al, 1988). Por tanto, para asumir un rol protagónico frente a la interrupción del consumo es mejor abordar otras áreas que giran en torno al “síntoma” con el objetivo de crear otro momento para el cambio. Entender que el objeto que se mueve no es el cuerpo sino una forma de percepción (Miller y Rollnick, 1991; Mercer y Woody, 1999; Carrol, 2001).

En todo caso, es importante considerar que el consultante no es un oponente al que deberá someterse a todas las reglas de juego, más bien el acompañamiento en la exploración de otras áreas ayudará a que el cliente priorice y descubra los hilos que atan el síntoma (consumo).

Tratar la ambivalencia con respecto a la abstinencia

Para Carrol (2001), Rojas et al (2003), Mayor y Cortés (2003) lo ideal es trabajar la ambivalencia en las sesiones motivacionales o al inicio del tratamiento para fomentar así una alianza terapéutica. Dicha alianza permitiría el análisis de los conflictos sobre el cese del consumo de SPAs y ayudaría a los clientes a tomar su propia decisión de interrumpir el consumo a través de la exploración de qué es lo que quieren ganar y enfatizar.

- c) La persuasión directa no es un método efectivo para resolver la ambivalencia,
- d) El estilo del CoT suele ser tranquilo y evocador.
- e) El consejero es la directriz que ayuda al consultante a examinar y resolver la ambivalencia.
- f) La disponibilidad al cambio no es un rasgo del cliente, sino que fluctúa en función de la interacción personal.
- g) La relación terapéutica se asemeja más a la de socios o compañeros que a la de experto/consultante.

Por otra parte es necesario tener en cuenta que los cambios que suceden dentro del marco de un proceso terapéutico no ocurren de manera lineal ni en un proceso dicotómico de cambio/ no-cambio, sino que se articulan de manera dinámica y gradual a lo largo de un transcurso de etapas que conviene conocer para ajustar el empleo de la entrevista motivacional.

En este sentido, Prochaska et al. (1992, 1994) desarrollaron un modelo que entrelazado con la entrevista motivacional delimita una serie de etapas por las que discurren los procesos de cambio en una gradación de menor a mayor compromiso:

- a) Pre-contemplación: no hay ninguna intención de cambiar el comportamiento en un futuro próximo. No es que el paciente no vislumbre ninguna solución en esta fase, sino que no percibe ningún problema.
- b) Contemplación: el paciente es consciente del problema, pero aún no está preparado para iniciar un plan de actuación aunque comience a considerar la resolución del problema.
- c) Preparación: sería semejante a un proceso de toma de decisión en la que el individuo comienza a introducir pequeños cambios en dirección a la solución del problema (ejemplo: evitar discotecas en las que consume cocaína).
- d) Acción: el paciente realiza modificaciones de conducta y/o ambientes que le permiten un período de abstinencia de entre un día y 6 meses; los cambios son visibles y suelen recibir reconocimiento del entorno familiar y social.

se compara un programa de desintoxicación ambulatorio con y sin la aplicación de sesiones motivacionales. Los resultados indican que la práctica de la entrevista motivacional mejora el compromiso de utilización de estrategias de afrontamiento, aunque no se obtienen diferencias significativas con respecto a la retención en el tratamiento.

En definitiva estos datos sugieren la consideración del elemento motivacional y el momento de cambio del cliente como instrumentos útiles en el diagnóstico de la situación y en la planificación del tratamiento del adicto o adicta de cocaína.

3.5 MOTIVACIÓN Y AUTO-EFICACIA

La auto-eficacia se refiere a la exploración de la creencia que tiene la persona sobre su habilidad para llevar a cabo con éxito una tarea específica (Bandura, 1999).

En este sentido, es extremadamente importante aumentar las percepciones de los consumidores de SPAs sobre su capacidad para hacer frente a los obstáculos y tener éxito en el cambio (Miller, 2003; Mayor y Cortés, 2003).

En el contexto de la auto-eficacia, las creencias del consultante podrían influir tanto en la iniciación como en el desarrollo de la conducta adictiva. Lo mismo sucede en el proceso de modificación de conducta que conlleva al cese de tales hábitos y el mantenimiento de la abstinencia (Bandura, 1999; Mayor y Cortés, 2003).

Miller, 1985) y Bandura (1999) sustentan que el fomento de la auto-eficacia es uno de los ingredientes más importantes en el tratamiento y la rehabilitación de las drogodependencias.

Por otro lado, las propias expectativas del terapeuta sobre las posibilidades que tiene el consultante de recuperarse pueden tener un impacto poderoso sobre los resultados de la intervención clínica.

En los estudios que relacionan la auto-eficacia y el comportamiento

adictivo existe consenso entre autores (Baldwin et al, 1993; Hays y Ellickson, 1990; Rist y Watzl, 1983) en afirmar que cuanto más bajas sean las expectativas del sujeto más vulnerable será el momento del inicio de consumo, en la conducta de mantenimiento y en las posibles recaídas.

Rist y Watzl (1983) afirman que la auto-eficacia es una variable protectora para la abstinencia del alcohol. Esta afirmación deriva del estudio que realizaron para comprobar la relación entre la creencia de los sujetos de ser capaces de mantenerse abstinentes y el comportamiento abstinentes en sí mismo.

En la misma línea se desarrolla el estudio de Hays y Ellickson (1990). Estos investigadores observaron que existe una relación entre la auto-eficacia para rehusar el consumo de alcohol y marihuana bajo presión de grupo, y las conductas dirigidas hacia el mantenimiento de la abstinencia. El estudio se realizó con una muestra de sujetos que consumían hachís y alcohol. Con los datos obtenidos elaboraron una escala de auto-eficacia para resistirse al consumo de una sustancia bajo presión social; se generaliza para otras SPAs.

El estudio de Baldwin et al (1993) corrobora la relación entre auto-eficacia y comportamientos dirigidos hacia el control del consumo en un grupo de estudiantes. Los autores encontraron que los sujetos que presentan puntuaciones bajas en auto-eficacia (referida a las estrategias para rehusar el consumo de alcohol) piensan que el alcohol les permite ser más asertivos, estar más relajados y mejorar sus relaciones sexuales; consumen alcohol más frecuentemente y en mayor cantidad que aquellos que presentan puntuaciones más altas en auto-eficacia y no piensan que el alcohol mejore sus relaciones sexuales y sociales ni les rebaje. Estos últimos tienden a mantener un nivel bajo de consumo de alcohol en frecuencia y cantidad.

e) Mantenimiento: en esta fase las personas trabajan para prevenir la recaída y consolidar los cambios realizados en la fase de acción, por un periodo superior a 6 meses.

Si el cambio se realiza a través de varias etapas, los autores han identificado una serie de procesos que ayudan a comprender cómo ocurren estos cambios para cada etapa. En este sentido, las intervenciones hacia el aumento de conciencia del problema, el control de estímulos, la facilitación de relaciones de ayuda, etc. representan algunos ejemplos de orientaciones terapéuticas que facilitan el cambio en función de las etapas. En definitiva, conocer la etapa de cambio en la que se encuentra un sujeto resulta imprescindible para elegir la intervención más adecuada a su estado.

Con demasiada frecuencia los terapeutas que trabajan en conductas adictivas en general y en la deshabitación de SPAs cocaínicas en particular, asumen que cuando un cliente acude a recibir ayuda se encuentra más o menos preparado para cambiar (es decir, en la fase de acción) y diseñan programas bajo esta presunción.

Por desgracia la práctica evidencia lo inadecuado de esta aproximación demostrado en las mismas altas tasas de abandono inicial. Estos abandonos pueden estar condicionados por una apreciación errónea o apriorística de la disponibilidad hacia el cambio de los consultantes que acuden al servicio.

La investigación reciente en consultantes adictos y adictas a SPAs señala que el enfoque de tratamiento basado en la entrevista motivacional durante el proceso de evaluación aumenta el compromiso de tratamiento posterior (Carrol, 2001). Asimismo mejora la retención en tratamientos ambulatorios para clientes con problemas psiquiátricos y con patología dual después de un ingreso hospitalario (Swanson et al, 1999).

La investigación en la dependencia a cocaína es menor, debido a este motivo solo se puede reseñar el estudio de Stotss, et al (2001) en el que

3.6 Aspectos a considerar en el entrenamiento de consejeros y terapeutas en drogodependencias

- *Capacitación constante.* La actualización, capacitación y la retroalimentación de lo concerniente a la temática de las conductas adictivas tradicionales y no tradicionales resulta extremadamente importante para aquellos que ejercen funciones en el ámbito preventivo primario, secundario o terciario.
- *No basta la buena voluntad, como no basta la técnica.* El consejero debe asumir que para desarrollar adecuadamente su trabajo no basta el hecho de querer ayudar al prójimo o haber vivido la penosa experiencia de la drogodependencia, ni ser psicólogo o médico, sino a ello hay que añadir: formación, honestidad, tolerancia, confianza en sí mismo, entre otros aspectos que se detallan en el presente tópico.
- *Capacidad de escucha.* Engloba las capacidades de atención, análisis y síntesis de llevar a cabo retroalimentación y diálogo horizontal con el consultante.
- *Renuncia a la necesidad personal de resolverle los problemas a los demás.* Los involucrados en este quehacer deberán tener presente que no se podrá ayudar a todos en razón de la complejidad de la conducta humana, entre otros factores. Esto permitirá la delimitación del accionar del consejero o terapeuta, así como el no involucramiento en el caso.
- *Supervisión.* La supervisión paralela de los casos que se están llevando, por parte de un consejero o psicoterapeuta de más experiencia, resulta extremadamente importante en razón que este terreno es extremadamente sensible al error. En este sentido, la supervisión permite visualizar errores, incluyendo los involuntarios.
- *Manejo sólido de psicopatología y aspectos clínicos de las conductas adictivas.* Considerando que la tasa de co-morbilidad psiquiátrica en el abuso y la dependencia de sustancias, los consejeros están en la necesidad de conocer e interpretar los lineamientos básicos de la psicopatología general.
- *Conocimiento y manejo del código de ética.* El respeto a los derechos

PARTE IV

4.1 CONSEJERÍA EN POBLACIONES ESPECIALES :

4.1.1 Adolescencia

Es un hecho ampliamente aceptado que el uso y abuso de SPAs y otros comportamientos riesgosos tienen sus inicios y sus primeros desarrollos durante la pre-adolescencia y la adolescencia. Los primeros contactos con las sustancias como las bebidas alcohólicas y el tabaco tienen lugar a edades relativamente tempranas, en las primeras etapas de la adolescencia y a lo largo de los años siguientes muchos de ellos se inician también en el consumo de otras sustancias, como la marihuana, cocaína, drogas químicas y entre otras (Rojas, 2004-b).

Estos aspectos conducen a examinar qué ocurre durante la adolescencia para que los jóvenes sean un grupo particularmente vulnerable a las conductas problemáticas.

La psicología del desarrollo nos proporciona algunas claves. Aunque en la actualidad la visión de la adolescencia como un periodo tumultuoso de “tormenta y tensiones” se considera poco adecuada, lo cierto es que una serie de cambios cognitivos, personales y psicosociales favorecen la ruptura o violación de las normas sociales (Rojas, 2004-b).

Por una parte, algunos autores como Luengo et al (1999) subrayan la idea de que en la adolescencia nos encontramos con un “lapso” o “salto” madurativo. El individuo experimenta una serie de cambios físicos que lo sitúan en una madurez biológica y, sin embargo, durante años no podrá acceder a los “beneficios” de la adultez (autonomía, recursos económicos y sociales, etc.).

Así el o la adolescente se encuentra en una situación de cierta indefinición personal, acompañada por el deseo de conquistar el estatus adulto y

alejarse de los roles infantiles. A menudo este deseo de buscar la propia independencia conlleva a la trasgresión de las normas provenientes de los adultos.

Además la necesidad de asentar la identidad da lugar a que el adolescente se sienta especialmente atraído por el grupo de amigos. Aunque la influencia de la familia no desaparece, el grupo se convierte en un contexto de socialización de gran relevancia. En el grupo de pares podrá compartir experiencias y adquirir seguridad y apoyo. En el contexto de los amigos se suelen producir, precisamente, los inicios del consumo de SPAs y otros comportamientos riesgosos. En el grupo tiene lugar a menudo el aprendizaje de actitudes, valores y comportamientos desviados (Rojas, 2004-b).

Por otro lado, en la adolescencia se producen una serie de cambios cognitivos que favorecen la susceptibilidad a la conducta problema. Frente al pensamiento infantil que es rígido y literal, el pensamiento adolescente es más abstracto, flexible y relativista. Jean Piaget señaló que en torno a los 12-13 años se suele producir el cambio del periodo de las "operaciones concretas" al periodo de las "operaciones formales". En esta etapa el individuo es capaz de concebir muy diferentes alternativas y perspectivas ante un mismo problema o situación.

El adolescente será capaz de descubrir "fisuras" o inconsistencias en los argumentos adultos sobre los peligros del consumo de alcohol y otras SPAs; además tendrá la capacidad cognitiva para generar sus propios contra-argumentos, relativizando el riesgo de estos peligros.

Otros rasgos del pensamiento adolescente serán también favorecedores de las conductas anti-normativas. A pesar de que el estilo de pensamiento adolescente introduce cambios importantes frente a la cognición infantil ciertas características de etapas anteriores no son totalmente superadas (Rojas, 2004-b).

Se ha dicho, por ejemplo, que se agudiza el egocentrismo. Los adolescentes parecen creer que los otros están pendientes de su

humanos de los consultantes es uno de los aspectos más importantes del contexto de la intervención en las drogodependencias, como quiera que ha habido antecedentes donde se han obviado los mismos.

Si bien es cierto que los clientes tienen obligaciones o deberes con el centro o servicio donde se vienen tratando, también es cierto que tienen derechos, como el de ser internados con su consentimiento, visitas de sus familiares, no-ayuno, hospitalidad, servicios básicos, etc.

- Apertura al trabajo transdisciplinar. Seguramente hoy, en pocas partes del mundo, no se trabaja desde un punto de vista transdisciplinar. Considerando la diversidad de factores que intervienen en la dependencia, el tratamiento no puede ser tratado desde una perspectiva única.

Las intervenciones de tipo físico, psíquico, médico, social o familiar de manera integrada, incluyendo a ex consumidores o adictos debidamente recuperados, son el frente que se viene desarrollando predominantemente en la totalidad de los continentes.

conducta y su apariencia como ellos mismos (como si existiera una audiencia imaginaria que los observa y los evalúa), de este modo, la proyección de una imagen “adulta” e independiente de las normas adquiere especial importancia. Al respecto, Elkind (1967) señala que el egocentrismo aparece acompañado por la idea que existe algo único y excepcional en sus vidas (se habla, en este sentido, de una “fábula personal” y de un “sentimiento de invulnerabilidad”). Así, pues, existe la tendencia a sentir una suerte de “inmunidad” frente a los riesgos que puede acarrear la conducta desviada.

A los y las adolescentes les costará imaginar, por ejemplo, que el consumo de SPAs puede conducirlos a patrones destructivos y problemáticos. A pesar de que en la adolescencia se producen avances en las capacidades de razonamiento probabilístico, los jóvenes tienden a infraestimar las probabilidades de sufrir daños derivados de la conducta problema.

En este sentido, es esperado que la consejería y la psicoterapia en adolescentes usuarios de SPAs sean acciones extremadamente difíciles, particularmente si los profesionales no tienen la suficiente creatividad para salir de los esquemas tradicionales de intervención y no son capaces de introducirse y salir del mundo adolescente. Las altas tasas de abandono y reincidencia en el consumo sustentan lo propuesto anteriormente.

Por último, la curiosidad por experimentar nuevas vivencias, el interés por el riesgo y una orientación temporal volcada en el presente son también ingredientes que confluyendo en la adolescencia facilitan la implicación en conductas desviadas (Gamella y Jiménez, 2003). Los adolescentes conforman un grupo con altas puntuaciones en la necesidad de “búsqueda de sensaciones” (Zuckerman, 1994). Durante este período evolutivo el deseo de vivir emociones intensas y de descubrir nuevas experiencias parece especialmente activo. Además, los adolescentes tienden a estar más proyectados hacia los momentos presentes que hacia el futuro.

Estos aspectos contribuyen a aumentar las posibilidades de implicarse en el consumo de SPAs: la gratificación inmediata se prioriza frente a las consecuencias a largo plazo y estas actividades permiten satisfacer la necesidad de experiencias estimulantes y arriesgadas.

Los efectos del alcohol sobre la conducta adolescente van a ser diferentes y más o menos intenso en función de una serie de variables. A manera de ejemplo, con la misma cantidad se embriagarán más rápidamente los más delgados o delgadas, los chicos menores de 17 años y las chicas. Igualmente favorece la intoxicación la ingesta nocturna con el estómago vacío o en estado de cansancio corporal (Pons y Berjano, 1999).

La intoxicación alcohólica aguda (borrachera o embriaguez) es un estado desadaptativo caracterizado por la existencia de alteraciones conductuales objetivas y subjetivas que interfieren con el adecuado funcionamiento social, físico y psíquico.

A grandes rasgos, podemos observar como consecuencia de la intoxicación alcohólica, alteraciones conductuales tales como: disartria, descoordinación, labilidad emocional, irritabilidad, locuacidad, alteraciones de la atención, etc.

Por otra parte, los efectos iniciales del alcohol sobre la conducta adolescente varían ostensiblemente en función de los rasgos de la personalidad y del medio que lo circunda. Por ejemplo, es probable que el alcohol induzca al sueño en el sujeto que lo ingiere encontrándose solo, mientras que si está en compañía experimentará desinhibición, verborrea y pérdida de control emocional.

En la actualidad, aparentemente los consumos iniciales de bebidas alcohólicas por parte de la población adolescente tenderían a ser menores en el marco de su entorno familiar, en comparación al observado en la interacción con el grupo de pares o iguales durante los fines de semana. Es decir, en la población adolescente actualmente habría una tendencia a no beber alcohol en forma habitual en su casa, sino que lo hacen con sus amigos o amigas en los momentos de ocio.

Sin embargo, aún subsisten grupos importantes de adolescentes de ambos sexos que establecen una relación entre el consumo del alcohol y el consumo de la misma sustancia en la familia, el grupo de pares o el par. En este sentido, el modelado de una práctica habitual de algunas familias es uno de los factores que puede explicar la ingesta abusiva de sus miembros más jóvenes.

Además, la percepción de normalidad de estos usos familiares está contribuyendo de forma decisiva a la puesta en práctica de esta misma conducta dentro del grupo de iguales, donde, dependiendo de otros factores, pueden superarse los límites de un consumo moderado.

4.2 ADICCIÓN FEMENINA: “LA ADICCIÓN NO TIENE GÉNERO”

No cabe duda que el género influye la forma en que varones y mujeres perciben y reaccionan frente a conductas que implican riesgo y trasgresión. Una de estas conductas es el uso de SPAs, comercializadas en mercados ilegales. Por ello, es de esperar que menos mujeres consuman SPAs que impliquen mayor ilegalidad y rechazo social. Esto guarda relación con los datos de establecimientos de salud dedicados al tema de las sustancias y los estudios epidemiológicos. En ambos casos, las mujeres que consuman SPAs de “mayor riesgo” se verán rechazadas en dos niveles, si las comparamos con los varones: rechazadas como mujeres que no respetan los roles femeninos y como usuarias de sustancias (Stocco et al, 2000 y 2002; Sebastián, 2001; Nunes-Dinis y Weisner, 1997; Romo, 2001, Rojas y Romo, 2002).

En el cuadro 7 se presentan los datos de la casuística de atención de mujeres desde el año 1989, fecha en que se abre el servicio de CEDRO, hasta el 2003.

Si se intenta evaluar la demanda femenina a lo largo del proceso se concluye que el incremento porcentual de mujeres usuarias de drogas de 1989 a 2002 ha sido del 28,45%.

Si bien estos datos no son generalizables a la población femenina, permiten inferir un cierto patrón de incremento de la demanda y de consumo femenino.

En definitiva, nos encontramos ante una persona impaciente por asumir los “privilegios” de la adultez. El sujeto necesita consolidar su identidad y expresar sus deseos de autonomía respecto a los adultos, por lo que las experiencias en el grupo de amigos o amigas adquieren un relieve muy especial. Además, está cognitivamente “preparado” o “preparada” para rebatir las normas y creencias inculcadas en la niñez, siente una cierta “invulnerabilidad” frente a los peligros que pueden acarrearle las conductas desviadas y un cierto desinterés frente a las consecuencias que puedan reportarle a largo plazo. Estas conductas tienen, por otra parte, el atractivo de lo arriesgado y lo emocionante. Todo ello crea una situación de vulnerabilidad hacia el consumo de SPAs.

Aunque estas características del período adolescente propician la aparición de conductas riesgosas, también es cierto que no todos los de este grupo etéreo se implican en ellas por igual. Para muchos individuos las conductas problemáticas se limitan a periodos muy transitorios de experimentación. Sin embargo, para otros, estos primeros contactos van seguidos de una escalada hacia comportamientos más severos. Ante este hecho, surge la necesidad de identificar qué variables del adolescente, o de su entorno social, “determinan” esas diferencias en la conducta problema. Dicho de otro modo, interesa conocer qué características pueden dar lugar a que ciertos adolescentes estén en mayor riesgo de incurrir en comportamientos riesgosos.

4.1.2 Uso y abuso de bebidas alcohólicas en la adolescencia

En nuestro medio son las bebidas alcohólicas las SPAs más aceptadas y ampliamente consumidas por los adolescentes, seguidas del tabaco, la marihuana y los inhalantes (Castro de la Mata y Zavaleta, 2004; MINEDU-DEVIDA-ONUDD-CEDRO, 2004).

En lo que se refiere a los problemas conductuales y psicológicos asociados al uso y abuso de bebidas alcohólicas en este grupo etéreo, habría que precisar que el alcohol que llega a los tejidos del organismo produce efectos importantes sobre todo en el sistema nervioso, en el que actúa como anestésico, dado que es un agente depresor.

Cuadro 7
Casuística histórica de la demanda en adicción femenina
Periodo 1989 2003

AÑOS	1989	1996	2000	2003
Población Total	920	1,076	1,824	1,979
Mujeres atendidas	6 (0,6%)	110 (10,3%)	271 (14,8%)	318 (16,0%)

Fuente CEDRO: Rojas (1990). Incidencia de toxicomanías. Casuística del año 1989; Rojas (1997). Descripción y análisis retrospectivo de llamadas telefónicas y de atención personalizada en el Servicio "Lugar de Escucha"; Rojas, M.; Giraldo, P. y Montes, C. (2001). Casuística anual del Programa "Lugar de Escucha" de CEDRO; Rojas, M. y Giraldo, P. (2003). Casuística anual del Programa "Lugar de Escucha" de CEDRO.

Cuadro 8
Consumo de drogas en consultantes atendidos en
"Lugar de Escucha" de CEDRO en 2002, según sexo

Drogas	Hombres	Mujeres	Total	% H	% M	% T
Alcohol	221	43	264	16,9	16,0	16,8
Tabaco	3	8	11	0,2	3,0	0,7
Marihuana	387	60	447	29,7	22,4	28,4
PBC	147	10	157	11,3	3,7	10,0
Clorhidrato de cocaína	286	48	334	21,9	17,9	21,2
Mixto	7	0	7	0,5	0,0	0,4
Éxtasis	0	2	2	0,0	0,7	0,1
Medicamentos prescritos	13	13	26	1,0	4,9	1,7
Inhalantes	7	4	11	0,5	1,5	0,7
Juego patológico	16	6	22	1,2	2,2	1,4
Otros	72	52	124	5,5	19,4	7,9
No reporta	145	22	167	11,1	8,2	10,6
Total general	1304	268	1572	100,0	100,0	100,0

Fuente: Rojas et al (2002). Peruanas y españolas que consumen drogas: un estudio desde la perspectiva del género. Revista de Psicología de la PUCP.

- Alta incidencia de problemas de salud explicables no solo por el consumo de sustancias o el ejercicio de la prostitución, sino también por sus condiciones de vida.
- Mayor tasa de nacimientos prematuros y abortos.
- Presenta mayor rechazo familiar.
- Mayores situaciones de desestructuración familiar (incluido el alcoholismo y otras enfermedades adictivas).
- Alta frecuencia de trastornos afectivos y co-dependencia afectiva. En esta situación, tampoco el hecho de tener hijos puede servir de motivación suficiente (aunque puede serlo en algunos casos), ya que la mayoría de las veces estos han pasado a ser tutelados por otras personas.

5. Como resultado de las condiciones previamente existentes, la depresión y la ansiedad crónicas que padece, además de otros problemas sociales como la pobreza, la falta de hogar, el involucrarse en relaciones abusivas y el mismo consumo de sustancias, dificulta sus posibilidades de afrontar el proceso de desvinculación e interrupción de la sustancia.

4.3 MUJERES Y VARONES, RELACIÓN CON LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Para Straussner (1997), la perspectiva de género en el campo del abuso de SPAs permite comprender la influencia del género en sus distintas formas de consumo. En este sentido, proporciona herramientas básicas para cuestionar los modelos tradicionales.

Las investigaciones sobre el campo clínico de las adicciones han tenido al varón como objeto de estudio. Ello ha generado que frecuentemente se inicie el análisis con un esquema clínico "masculinizado" para explicar y tratar el mismo fenómeno en la mujer. Esta "masculinización de la salud mental" pareciera llegar a todas las patologías de la mujer.

En este sentido, Meneses (1997), Henderson (1999), Echevarria y Valencia (1993) sustentan que el fenómeno de la dependencia a sustancias en mujeres requiere ser explicado desde su propio marco de

referencia. En este afrente, muchos añaden la necesidad de considerar también a otros grupos: mujeres adictas con HIV/SIDA, recluidas en penales, discapacitadas, con doble diagnóstico, potencialmente suicidas, sin hogar, etc. Otros autores sostienen que las estrategias terapéuticas válidas para el tratamiento de la dependencia a sustancias son aplicables por igual en mujeres y varones.

Más allá de la polémica, lo real es que en Latinoamérica nos encontramos frente a un campo prácticamente inexplorado, donde las posiciones psicoterapéuticas sin bien son variadas, el grueso de los enfoques aún tienen un modelo masculinizado y medicalizado.

Se presenta, forzosamente, la experiencia clínica en adicción masculina como la central, la más importante y la que constituye la “norma” estadística. Clínicamente, la adicción femenina aparece como una desviación más, como una forma alterada de lo considerado socialmente “mujer normal” o “feminidad normal”.

El grupo más importante en investigaciones de mujeres adictas está relacionado con el binomio drogas-embarazo, no habiéndose tratado exhaustivamente el tema de la dependencia y la prevención en mujeres no embarazadas.

A continuación, presentamos un conjunto de características a través de

4.3.1 Algunas diferencias entre las mujeres y los varones en el funcionamiento socio-cultural, psicológico y clínico

Cuadro 9
Factores de riesgo, según sexo

FEMENINO	MASCULINO
Mayor riesgo de dependencia a	Mayor riesgo de dependencia a
Comida, personas, tele adicción, compras compulsivas.	Drogas, sexo, vídeos juegos, Internet, deporte, trabajo.

El cuadro 8 presenta la casuística detallada del 2002, según sexo, donde se observan ingresos asociados principalmente a la marihuana y cocaína; luego, los asociados al alcohol y psicofármacos o medicamentos (en ese orden). Estos datos nos permiten inferir que el consumo femenino ha dejado de ser solo de medicamentos, y pareciera que tiende a dejar de ser una conducta clandestina.

De acuerdo con diversas investigaciones en mujeres adictas de SPAs (Canino, 1994; Gossop et al, 1994; Bjorling, 1997; Rojas, 1996, 1998, 2002, Rojas y Romo, 2002), estas suelen presentar características diferenciales respecto a los varones en muy diversos ámbitos, que las hacen especialmente vulnerables y dependientes respecto a sus parejas:

1. Las relaciones con la pareja suelen ser abusivas y destructivas desde diversos puntos de vista.
2. La motivación para abandonar el consumo supone también disponer de motivación suficiente, bien para "convencer" al compañero o para abandonarlo (lo que significa llevar a cabo una opción personal).
3. Hay que tener en cuenta que la dependencia compartida, especialmente en el caso de la mujer, supone también una forma de vida en la que ella tiene un papel muy activo en la obtención de dinero para adquirir la sustancia mediante el ejercicio de la prostitución o el tráfico de drogas, y un papel más pasivo en lo que se refiere a la obtención de la sustancia o incluso en lo que se refiere a su consumo. Es el compañero, en mayor medida, el que suele ocuparse del suministro de la sustancia.
4. En algunas consumidoras, las relaciones con el exterior son muy limitadas y están condicionadas por la pareja. Ello quizá explique su mayor frecuencia a compartir la sustancia con su pareja, no utilizar preservativos en sus relaciones sexuales y otras situaciones como por ejemplo:
 - Mayor frecuencia a padecer malos tratos.
 - Sensibilidad hacia separaciones, divorcios o muerte de la pareja.

FEMENINO	MASCULINO
Factores socioculturales	Factores socioculturales
Vida más solidaria, mayor soledad, mayor índice de maltrato, padecimientos de abuso, antecedentes de incesto.	Vida más gregaria, más socializado, mayor índice de problemas policiales y legales.

FEMENINO	MASCULINO
Factores de riesgo asociados al ámbito laboral	Factores de riesgo asociados al ámbito laboral
La doble jornada. Adaptación a hábitos y conductas marcadas por modelos masculinos. Acoso sexual. Ansiedad, frustración. La publicidad	La insatisfacción laboral. Inadecuado uso del tiempo libre. Trabajo rutinario. Tiempo de descanso corto. Valoración positiva de las SPAs. Abuso de drogas en el grupo.

FEMENINO	MASCULINO
Factores condicionantes de ser mujer	Factores condicionantes de ser varón
La dependencia relacional (mayor codependencia). La violencia contra las mujeres. Los roles asignados. La imagen corporal.	Menor índice de codependencia No se ha considerado como FR. No se ha considerado como FR. No se ha considerado como FR.

Cuadro 10
Diferencias cognitivas

FEMENINO	MASCULINO
Diferencias cognitivas	Diferencias cognitivas
Elas exhiben mayor superioridad en aspectos de lenguaje, como la velocidad de la articulación, fluidez y razonamiento. Aparente el hemisferio cerebral izquierdo presenta mayor desarrollo.	Ellos muestran superioridad en algunas pruebas no verbales, como la manipulación tridimensional. Aparente el hemisferio cerebral derecho presenta mayor desarrollo.

Cuadro 13
Esquema psicológico

FEMENINO	MASCULINO
Características psicológicas	Características psicológicas
Temores más comunes: Al rechazo familiar y social. Alas represalias. A ser expuestas públicamente. A los terapeutas, consejeros, etc. Al tratamiento.	Presencia de temores, con intensidades variables y, generalmente, por debajo de los patrones femeninos.

FEMENINO	MASCULINO
Características psicológicas	Características psicológicas
Bajos niveles en el constructo auto-sistema: autoeficacia, autoconcepto, autoestima; niveles precarios desde la niñez (antes del consumo).	Bajos niveles en el constructo auto-sistema: autoeficacia, autoeficacia, autoestima; niveles precarios como consecuencia del abuso o la dependencia de SPAs.

FEMENINO	MASCULINO
Características psicológicas	Características psicológicas
Comportamiento psicopático caracterizado por: cinismo, robo, mitomanía, promiscuidad, prostitución, frecuencia (a veces convivencia) con comercializadores de drogas.	Comportamiento psicopático similar, complementado por: comportamientos delincuenciales, tráfico y comercialización de SPAs.

FEMENINO	MASCULINO
Características psicológicas	Características psicológicas
Aparente predominio de locus de control interno. Mayor presencia de experiencias traumáticas de índole sexual (violaciones, incestos, etc.).	Aparente predominio de locus de control externo. Menor presencia de experiencias traumáticas de índole sexual.

Cuadro 14
Dependencia a sustancias psicoactivas

FEMENINO	MASCULINO
Características de la drogodependencia femenina	Características de la drogodependencia masculina
Presencia importante de adictas con pareja adicta. Consumo múltiple de SPAs. Medicamentos: analgésicos, tranquilizantes, hipnóticos, anfetaminas. SPAs: alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, PBC.	Presencia no significativa de adictos con pareja adicta. Consumo múltiple de SPAs. SPAs: alcohol, tabaco, marihuana, Inhalantes, cocaína, PBC, drogas sintéticas.

FEMENINO	MASCULINO
Características de la drogodependencia femenina	Características de la drogodependencia masculina
Consumo de sustancias cocaínicas no necesariamente asociado a bebidas alcohólicas. Presencia del síndrome de abstinencia de la dependencia a sustancias cocaínicas y opiáceos, pareciera ser aparatosa y de mayor duración. Predominancia de enfermedades coexistentes: depresión mayor, personalidad borderline, desórdenes bipolares, comportamiento sociopático primario.	Consumo de sustancias cocaínicas necesariamente asociado a bebidas alcohólicas. Presencia del síndrome de abstinencia de la dependencia a sustancias cocaínicas y opiáceos, se presenta dentro de lo esperado. Presencia de enfermedades coexistentes: depresión mayor, personalidad borderline, desórdenes bipolares, comportamiento sociopático primario.

Cuadro 15
Consecuencias de la dependencia a sustancias psicoactivas

FEMENINA	MASCULINO
Características de las consecuencias del consumo	Características de las consecuencias del consumo
Embarazos no deseados. Agresiones sexuales. Prostitución. Maternidad.	Desempleo. Promiscuidad. Deterioro socio-familiar. Prematuro deterioro conductual.

Cuadro 11
Diferencias en el sistema familiar

FEMENINO	MASCULINO
Características familiares	Características familiares
Predominancia de sistemas familiares con dinámica disfuncional o patológica. Predominancia de padre y/o madre, hermano o hermana, abusadores y adictos de alcohol y otras drogas.	Presencia de sistemas de familia con dinámica disfuncional o patológica Presencia de padre y/o madre, hermano o hermana, abusadores y adictos de alcohol y otras drogas.

Cuadro 12
Patologías más frecuentes, según el DSM IV

FEMENINO	MASCULINO
Características familiares	Características familiares
Trastorno afectivo (episodio depresivo mayor y trastornos distímicos). Agorafobia y fobias específicas. Crisis de angustia. Ansiedad generalizada. Trastornos alimenticios (anorexia y bulimia). Trastornos de conversión. Trastornos somatoformes. Trastorno de la personalidad límite. Trastorno esquizoafectivo. Trastorno depresivo mayor. Trastorno bipolar II. Trastorno de identidad disociativo. Alzheimer. Dolor (cefaleas, músculo esqueléticas). Abuso y dependencia de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.	Trastorno de la personalidad paranoide, esquizoide, esquizotípico, antisocial, narcisista y obsesivo compulsivo. Trastorno delirante celotípico. Esquizofrenia. Episodio mixto maniaco-depresivo. Trastorno de la identidad sexual. Demencia vascular. Trastorno del control de los impulsos (trastorno explosivo intermitente, piromanía, juego patológico). Abuso y dependencia de alcohol. Consumo e intoxicación por alucinógenos, anfetaminas, cafeína, marihuana, cocaína, inhalantes, nicotina.

Cuadro 16
Psicoterapia, según sexo

FEMENINA	MASCULINO
Psicoterapia con enfoque de género femenino	Psicoterapia con enfoque de género masculino
<p>Prioridad en la intervención de lo afectivo y de lo relacional (bidependencia) mediante una mayor comprensión (que no ha de significar permisividad) que detenga la dinámica de sojuzgamiento a que se acostumbra la mujer.</p> <p>Incidir sobre roles maternos, de crianza y sobre el binomio "mujer-débil".</p> <p>En las primeras entrevistas priorizar la actitud de escucha.</p> <p>Poco énfasis en la intervención confrontativa. Estructura cognitiva, sentimental y emocional más fragmentada y débil.</p> <p>Se desconoce el índice de recuperadas, por la carencia de datos sobre retención y seguimiento de adictas.</p>	<p>Necesidad de un soporte normativo y de educar el sentido de la responsabilidad frente a la permisividad y la tolerancia de que ha disfrutado (y aún disfruta) el hombre, rompiendo además asociaciones culturales del tipo "consumo = masculinidad".</p> <p>Actitud de escucha y otros dispositivos.</p> <p>Énfasis en las intervenciones confrontativas.</p> <p>Estructura cognitiva, sentimental y emocional menos fragmentada y débil.</p> <p>Se conoce que el índice de recuperados es muy bajo, por los escasos reportes de investigación sobre retención y seguimiento de adictos.</p>

4.4 CONSEJO PSICOLÓGICO Y MOTIVACIÓN EN PADRES DE FAMILIA CON HIJOS DROGODEPENDIENTES Y OTROS FAMILIARES

El modelo sistémico familiar estructural de Salvador Minuchin basa su explicación de la dinámica familiar en el concepto de estructura. Para comprender cómo los miembros de una familia se organizan y se relacionan entre sí y con las personas externas a la familia es fundamental, desde el punto de vista estructural, observar cómo están configurados los distintos subsistemas que articulan el funcionamiento del conjunto.

reglas que determinan la pertenencia a uno u otro subsistema, así como las funciones de cada individuo, guiarán la vida del grupo familiar a largo de los distintos acontecimientos vitales y transiciones evolutivas, que vayan experimentando con el transcurrir del tiempo.

El modelo estructural clásico sostiene que el patrón de funcionamiento ideal y sano en la familia requiere la existencia de diferencias jerárquicas entre el subsistema parental y el filial, de forma que los padres posean mayor poder que los hijos en la vida cotidiana del grupo.

Asimismo, debe existir una mayor cohesión o cercanía emocional dentro del subsistema parental, que entre uno de sus componentes y cualquier hijo o hija. Si un miembro del subsistema filial tuviera más poder en la familia que uno de los padres (lo que suele ocurrir en conductas adictivas y algunos otros comportamientos disfuncionales) estaríamos ante lo que se denomina inversión de jerarquía. Por otro lado, si uno de los padres mantuviera mayor cercanía emocional con un hijo o hija que con el otro miembro del subsistema parental, estaríamos ante lo que se conoce como alianza o coalición intergeneracional.

4.5 ROLES DE LA FAMILIA EN LAS DROGODEPENDENCIAS

Existen evidencias de tipo investigativo que la dependencia a SPAs enmascara un conjunto de problemas familiares de larga data. Los miembros frecuentemente expresan sentimientos de frustración, rabia y rivalidad hacia los otros, indirectamente manifestados a través de conflictos acerca de la adicción.

En ese sentido, De Biase (1985), en un estudio longitudinal desde el nacimiento hasta los 19 años, en el que 133 sujetos fueron evaluados a través de cuatro variables: perturbaciones narcisistas, conflictos de dependencia, influencia familiar y problemas de comportamiento; encontró interrelación de diversas variables donde la percepción del amor paterno jugaba el rol preponderante. En todo caso, la influencia familiar podría ser entonces el factor mediatizador en determinar por qué un sujeto resiste, sucumbe o se identifica con la presión desviada de los pares.

Por otro lado, se observa que en la mayoría de las familias con problemas de drogodependencias en alguno sus miembros, hay un solo padre en la posición de autoridad. Los miembros de la familia están envueltos en alianzas que transgreden los límites generacionales. Dichas alianzas y las inversiones jerárquicas no pueden ser atribuidas a la ausencia de una figura parental o un hogar roto, ya que ello también ocurre con familias en las que ambos padres se encuentran presentes.

Existe una cantidad razonable de investigaciones que han examinado la relación del adicto, preferentemente varón, con sus padres. La mayoría coinciden en que existe un padre sobreenvuelto, sobreindulgente y sobreprotector; y el otro, punitivo, hostil y distante.

También se encuentra que las madres de los drogodependientes son controladoras, excesivamente indulgentes y seductoras. Suelen ser tan posesivas que rehúsan dar independencia a sus hijos o hijas. Pueden identificar a uno de sus hijos con uno de sus padres hacia el cual sienten ambivalencia. Dados sus propios problemas, las madres pueden estimular impulsos agresivos y sexuales en sus hijos, y luego proceden a negarlos y desaprobarlos. Hay una marcada disparidad entre lo que dicen y hacen.

Lo irresoluto del conflicto de la madre condiciona sucesivamente el cumplimiento, por un lado, y la negación y castigo, por el otro, que tienen un lugar definitivo en la formación de la personalidad de la madre, que acepta el dolor y el fracaso como parte integral de la promesa de amor a sus hijos o hijas.

Desde la perspectiva de los estudios clínicos descriptivos se han delineado patrones familiares, observados en aquellos donde hay un miembro adicto. La drogodependencia es considerada funcional para los individuos, porque de esta manera pueden proteger sentimientos dolorosos centrados en la situación familiar. La dependencia a SPAs sirve de estabilizador, al distraer la atención de los conflictos subyacentes, como la discordia marital. La conducta adictiva incrementa la interacción de los padres distantes. La adicción se instala cuando la ansiedad

El modelo estructural clásico entiende que una familia psicológicamente sana es aquella en la que existen diversos subsistemas, los cuales poseen diferentes funciones que los hacen ser distintos unos de otros y que, además, permiten mantener cierta cercanía emocional entre todos los miembros de la familia nuclear.

El subsistema parental está formado por los cuidadores principales de la familia (madre y padre, tradicionalmente) y debe ocuparse de las tareas de educación y crianza de los hijos e hijas, para así optimizar su desarrollo. El subsistema marital está formado por los mismos componentes del subsistema parental, si bien con el término marital se hace referencia a las relaciones de los cuidadores principales entre ellos mismos, es decir el proyecto de vida común y las relaciones de pareja. El subsistema filial, también llamado fraterno, es el compuesto por los hijos e hijas de la familia nuclear.

El modelo estructural entiende la necesidad de que existan fronteras o límites normativos que regulen las interacciones que se dan entre los individuos que componen la familia, las interacciones entre los distintos subsistemas y, finalmente, el contacto entre el microsistema familiar y su entorno social. Estos límites serán claves para que una familia funcione de forma adecuada y sana. En este sentido, la jerarquía y la cohesión son dos variables que determinarán los tipos de fronteras que pueden existir en la familia.

La jerarquía se define como una estructura de control o influencia sobre los demás miembros del grupo, englobando la autoridad, la dominancia, el poder de decisión o la influencia, ejercidos por un miembro de la familia, o un subsistema, sobre el resto.

La cohesión tiene que ver con la cercanía emocional que existe entre los miembros de la familia. Es decir, la medida en la que los componentes del grupo se sienten parte de un todo coherente, de un grupo humano unido por lazos afectivos fuertes y estables en el tiempo.

La combinación de jerarquía y cohesión, es decir, de normas y afecto, configurará el tipo de familia ante el que nos encontremos. Las normas o

producida por el conflicto marital llega a un nivel crítico y no es solucionada en dicho subsistema.

Los padres de los drogodependientes tienen problemas maritales, pero los sumergen y focalizan el comportamiento sintomático de su hijo o hija. No obstante ellos estén de acuerdo en mantener el foco de atención en el hijo o hija, desarrollan gran dificultad en ponerse de acuerdo sobre cómo manejar el comportamiento desequilibrante del adicto o adicta, sus problemas relacionados a la paternidad del hijo sintomático se convierten en símbolos abiertos de su relación marital conflictiva encubierta.

El hijo o hija sintomáticos forman parte de un triángulo que los incluye a ellos, a su padre y a su madre. Al desfocalizar los problemas maritales a través de la drogodependencia, los padres los llevan a sentirse con gran poder. Debido a la centralización en él o ella puede por medio de su bienestar físico, social y comportamental manipular la moral de la familia entera.

PARTE V

5.1 EL TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

5.1.1 Estado actual y perspectivas

La problemática de salud generada por la dependencia a sustancias psicoactivas requiere una sinergia de acciones, así como una interacción dinámica, activa y retroalimentaria entre terapeuta-adicto o adicta-familia-comunidad.

Para tener posibilidades de éxito en el tratamiento (independientemente del modelo de intervención) se tendrá que contar con un plan de trabajo claro y sistemático por parte de quien instaure el abordaje. El terapeuta dirigirá sus acciones de manera preferente al adicto o adicta, a la familia y en lo posible a la comunidad, y requerirá básicamente de un equipo de apoyo, que tendrá uno de sus pilares principales en el grupo profesional interdisciplinar (psicólogo, médico, psiquiatra, educador, enfermera, trabajador social, etc.). Al respecto, hoy en el mundo debe haber pocos países donde no se trabaje dentro de este esquema.

También será necesaria la ayuda no profesional. Por un lado, de ex consumidores debidamente rehabilitados y capacitados con supervisión y, por otro, de compañeros y amigos de estudio, trabajo y barrio, no usuarios de SPAs, de la familia debidamente capacitada y de grupos comunales.

Toda esta estructura humana requerirá un respaldo institucional, constituido por los centros hospitalarios de atención especializada y no especializada, los centros parroquiales y grupos de autoayuda.

Parecería que toda esta intrincada red operante y con un objetivo común pudiera avalar, en parte, un enfoque y un posible éxito terapéutico.

La presencia de sustancias cocaínicas con elevado poder adictivo, tales

como la cocaína fumada (PBC) y el clorhidrato de cocaína, sigue siendo un reto muy serio y difícil de resolver para los consejeros y psicoterapeutas peruanos. Lo mismo se puede afirmar del planteamiento formal o de lo estricto de un plan de trabajo terapéutico que conduzca a la interrupción del hecho adictivo.

Todo ello en razón de la existencia de un abanico de dependientes muy amplio, entre cuyos polos se encuentran los púberes y adolescentes, consumidores y consumidoras incipientes o experimentales, con patrones de consumo no adictivo y aquellos que han desarrollado cuadros adictivos severos, principalmente en quienes hay una gran destrucción de la personalidad.

Es por ello que debieran haber tantos esquemas de tratamiento como adictos o adictas en tratamiento, ya que estos dependerán no solo del proceso adictivo si no del encuadre que se haga, que deberá ser flexible. De hecho, no se puede adoptar una posición dogmática, creyendo que lo que uno hace es lo mejor y lo único adecuado, sino que, por sobre todo, debe interesarnos el adicto o la adicta como seres humanos.

Esta perspectiva hará de nuestro quehacer algo más constructivo, que en términos generales no ofrece al adicto, y principalmente a la adicta, muchas alternativas.

5.1.2 Enfoques terapéuticos

La psicoterapia en sus modalidades: individual, grupal y familiar se sustentará evidentemente en la formación del psicoterapeuta, preferentemente psicólogo, médico u otro profesional de la salud; y en consecuencia habrá variadas posiciones. Los abordajes, en nuestro medio, son:

- Conductual.
- Cognitivo.
- Cognitivo-conductual.
- Humanista.
- Humanista-Cognitivo.

- Sistémico.
- Logoterapéutico.
- Reflexológico.
- Transaccional.
- Dinámica de orientación psicoanalítica.
- Comunidad terapéutica profesionalizada

El National Institute on Drug Abuse (NIDA) que subvenciona más del 80% de las investigaciones que se hacen en el mundo sobre la temática de las SPAs ha concluido en que hay determinados enfoques de psicoterapia y apoyo que pueden ser más efectivos que otros. Tal es el caso de los abordajes humanista, cognitivo, cognitivo-conductual (Carroll, 2001).

Por otro lado, en nuestro medio también existen alternativas de autoayuda, como:

- Alcohólicos Anónimos.
- Narcóticos Anónimos.
- Grupos religiosos.
- Comunidad terapéutica no profesionalizada.

5.1.3 Modalidades de tratamiento en consumidores múltiples, predominantemente de drogas cocaínicas

5.1.3.1 Terapia ambulatoria

Se lleva a cabo durante la evaluación inicial del adicto o adicta, mientras se está considerando la posibilidad de su internamiento. En este quehacer es necesario que el consultante demuestre cierta motivación para su tratamiento y no presente comportamientos marcadamente antisociales, psicopáticos o algún cuadro clínico comórbido.

La participación y el involucramiento de la familia deben ser genuinos; es menester que el equipo transdisciplinar trabaje como si fuera una sola persona.

Si bien la evaluación psicológica es importante, también lo son la visita

imperioso valorar al adicto integralmente. Se deberá llevar a cabo la desintoxicación de los diversos órganos en forma profiláctica, con hepatoprotectores, antianémicos, vitaminas, etc. Todo esto poniendo mucha atención en una probable agitación, agresividad o angustia extrema que puede llegar al pánico. Por otro lado, un grupo importante de consultantes tendrá que recibir terapia farmacológica, sea de carácter temporal o indefinido.

Los periodos de internamiento son variables, oscilando entre 3 a 20 meses o más. Durante este tiempo se debe trabajar intensamente de manera conjunta con todos los integrantes del equipo transdisciplinar.

Las alternativas de larga estadía tienen por objeto reordenar el comportamiento caótico al ha llegado el adicto, tratando de hacer surgir o recobrar valores importantes para él o ella, así como la reestructuración cognitiva del esquema del interno.

Por otro lado, se hará un adecuado uso del tiempo libre, práctica de gimnasia, integración hacia la labor terapia y el aprendizaje de oficios menores. Es decir, se debe intentar una rehabilitación lo más plena posible.

5.1.3.3 Comunidad terapéutica con internamiento

La comunidad terapéutica es una alternativa para el tratamiento del abuso y la dependencia de SPAs y los problemas generados por dicho comportamiento. Se trata de una estrategia fundamentalmente de autoayuda, desarrollada en un principio en un marco independiente de la psiquiatría, la psicología y medicina convencionales (De León, 2004). Hoy, sin embargo, la comunidad terapéutica es una modalidad compleja de servicios humanos, como queda evidenciado en el amplio abanico de servicios, la diversidad de su población y el nivel de desarrollo de la investigación sobre ella.

La estrategia básica de la comunidad terapéutica es tratar a la persona en su totalidad, a través de comunidades de personas con los mismos

problemas. Estas comunidades se desarrollaron inicialmente para solucionar el abuso y la dependencia de SPAs, y se han ampliado en torno a una variedad de servicios adicionales relacionados con la familia, la educación, la formación vocacional y la salud médica y mental. La organización del personal se ha modificado y en la actualidad incluye una proporción creciente de profesionales de la salud mental, medicina tradicional y educación, que trabajan mano a mano con los profesionales de la comunidad terapéutica y antiguos pacientes recuperados (De León, 2004).

En nuestro medio y Latinoamérica en general, es posible que sea la modalidad de ayuda en drogodependencias más difundida. Esta diseminación se ha dado predominantemente en aquellas que funcionan informalmente, con ausencia de los correspondientes permisos del Ministerio de Salud, de la municipalidad, sin registros públicos y no asociadas a la Asociación de Comunidades Terapéuticas. Del mismo modo, se encuadran dentro del modelo estrictamente vivencial, dado que son reacias a la incorporación de profesionales de la salud.

Sin duda que el déficit de alternativas de ayuda y tratamiento ha contribuido a la informalidad de estos centros, así como el hecho de que muchos ex consumidores, supuestamente recuperados, abren centros como un medio de subsistencia, entre otros factores.

Se desconoce el número de comunidades terapéuticas actualmente existentes en Lima y el Callao. Según la Asociación de Comunidades Terapéuticas Peruanas hay un número reducido de centros que operan formalmente, mientras la mayor proporción de centros funciona informalmente. Desafortunadamente, en este contexto se dan muchas irregularidades, denuncias policiales y violaciones a los derechos humanos.

Si bien la comunidad terapéutica tradicional no tuvo apertura a los avances de la terapéutica clínica de las adicciones, desde hace más de dos décadas comenzaron a incorporar aspectos científicos de la psicología clínica, psicoterapia y psiquiatría. Aunque de manera

domiciliaria y el estudio social del caso, que llevará a cabo la trabajadora social. El examen médico integral del adicto o adicta es igualmente necesario puesto que muchos presentan: anemia, tuberculosis, lesiones hepáticas o renales y alteraciones neurológicas, dérmicas, caries dental, etc.

El tratamiento ambulatorio es extremadamente difícil aunque en términos generales, es el que se emplea mayoritariamente debido a la gran demanda de atención y el déficit de alternativas. En nuestro medio, el éxito o fracaso de este tratamiento es difícil de evaluar, por cuanto la experiencia clínica enseña que la gran mayoría de adictos y adictas abandonan con facilidad el proceso terapéutico, haciéndose casi imposible hacer seguimiento de los casos.

Lo más probable es que el adicto o adicta acuda a otros centros de atención y en ocasiones regrese luego de un paréntesis temporal durante el cual ha seguido consumiendo. Este fenómeno del frecuente retorno a los diversos establecimientos se denomina el “síndrome de la puerta giratoria” que comprende las repetidas ocasiones en que el adicto o la adicta vuelven al consultorio o al centro.

El retorno puede deberse a que la familia ya no soporta el comportamiento desequilibrante del adicto o acude por una “ganancia secundaria”, es decir, está dispuesto a ser ayudado en la medida que le sigan facilitando dinero, casa, alimentación, ropa limpia, etc., o por tener problemas con la policía. También puede ocurrir que busca desesperadamente ayuda, alguien que lo escuche y lo atienda en su dolor existencial.

5.1.3.2 Terapia con internamiento u hospitalización

En un grupo importante de adictos, hombres y mujeres, el internamiento deviene imperioso, bien porque el tratamiento ambulatorio ha fracasado o cuando las expresiones psicopatológicas adictivas se han hecho muy complejas e incontrolables para ser manejadas ambulatoriamente y manifiestan consumo intenso.

El tratamiento seguirá las pautas que el cuadro clínico indique, siendo aquí

restringida se incorporaron algunos profesionales, al punto de haber un grupo de comunidades terapéuticas profesionalizadas, es el caso del Centro de Rehabilitación de Ñaña (primera comunidad terapéutica profesionalizada del Perú, con más de 25 años de funcionamiento), extensión del Hospital Hermilio Valdizán, de Lima.

5.2 OTRAS MODALIDADES DE TRATAMIENTO

- Clínica de día.
- Clínica de noche.
- Clínica de fin de semana.

Más de 20 años de investigación han demostrado que la dependencia a sustancias psicoactivas es tratable. El tratamiento de la drogodependencia ha resultado ser efectivo a la hora de reducir el uso de sustancias, disminuyendo los costos sociales, como la violencia y la delincuencia y minimizando los costos sanitarios que derivan de esta problemática de salud pública.

PARTE VI

6 SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

6.1 ALCOHOL (bebidas alcohólicas)

El alcohol es un depresor del sistema nervioso central, vale decir, retrasa el tiempo de reacción frente a la presencia de un estímulo. En pequeñas dosis, genera en la persona ciertos niveles de desinhibición, los cuales muchas veces son confundidos por una supuesta estimulación. Los efectos del alcohol sobre el organismo varían considerando la cantidad, el metabolismo y la tolerancia generada en el organismo del sujeto.

6.1.1 Farmacodinamia

El etanol actúa como agente perturbador inespecífico de la membrana neuronal, alterando tanto su permeabilidad como las propiedades de sus componentes lípidos. Algunos de los efectos bioquímicos y conductuales causados por el alcohol pueden deberse al incremento de la transmisión inhibitoria, probablemente mediada por los receptores GABA.

Esta potenciación de los efectos GABAérgicos podría deberse a un aumento del paso de los iones cloruro, cargados negativamente, hacia el interior de la célula. El etanol también altera la transmisión de glicina, un importante neurotransmisor inhibitorio (Guisa et al, 1997; García y López, 2001; Muñoz, 1987).

Tanto la serotonina como la dopamina y la noradrenalina parecen tener relación con la capacidad reforzadora del etanol en el mantenimiento de la "conducta de beber". En el caso de la dopamina, la potenciación del flujo de calcio puede ser responsable del efecto del etanol sobre las neuronas dopaminérgicas (Guisa et al, 1997; García y López, 2001; Muñoz, 1987).

El síndrome de abstinencia, por otra parte, parece estar relacionado con la reducción de la inhibición GABAérgica y de la actividad del glutamato, al actuar este último como un neurotransmisor inhibitorio de la excitación neuronal (Guisa et al, 1997; García y López, 2001).

El deterioro de la actividad amnésica, la hipoxia y las crisis convulsivas se relacionan con la actividad de los receptores NMDA, los cuales funcionan a partir de la acción excitadora del glutamato.

El alcohol también altera otros procesos celulares de neurotransmisión, a través de la modificación de la actividad enzimática de los sistemas de generación de "segundos mensajeros".

6.1.2 Farmacocinética

El alcohol etílico etanol se absorbe rápidamente por el tubo digestivo a nivel del estómago, intestino delgado y colon. El etanol vaporizado puede absorberse vía inhalación hacia los pulmones, para de allí diseminarse por la circulación general a todo el organismo.

El tejido subcutáneo y la piel son vías a través de las cuales el alcohol también puede ser absorbido; sin embargo, el porcentaje de absorción por medio de esta última vía es mínimo. Cuando el vaciamiento estomacal se retarda a causa del piloroespasmo por la elevada concentración de etanol, la absorción intestinal también se lentifica.

La absorción completa del alcohol requiere aproximadamente seis o más horas, según el volumen y la concentración de la sustancia, la presencia de alimento en el estómago y el tiempo en el que la bebida se ha ingerido, entre otros factores (García y López, 2001; Guisa et al, 1997).

La oxidación del alcohol se efectúa predominantemente en el hígado, aunque órganos tales como el corazón y el estómago pueden también metabolizar el producto. Para que dicha oxidación se efectúe, se requiere de la acción de dos enzimas dependientes del cofactor Nicotinamida Adenina Dimecleótido (NAD): la deshidrogenasa alcohólica y la

deshidrogenasa del acetilaldehído (García y López, 2001; Guisa et al, 1997).

Entre el 90-98% del etanol ingerido es oxidado y metabolizado en el cuerpo, el resto se excreta en forma inalterada.

La velocidad promedio de eliminación del etanol es de 10 ml/h en un hombre con un peso corporal aproximado de 70 kg. Las mujeres, independientemente de su peso, metabolizan el etanol con mayor lentitud (García y López, 2001; Guisa et al, 1997).

6.1.3 Efecto del alcohol sobre aparatos y sistemas

Aunque socialmente el efecto del etanol no se reconoce como sedante, esta sustancia ejerce un efecto depresor sobre el sistema nervioso, especialmente en las estructuras responsables de los procesos de integración superior, y muy particularmente en el Sistema Activador Reticular Ascendente (SARA) y la corteza cerebral. Esta depresión produce una inhibición en la acción de las neuronas depresoras o inhibitoras, lo que a su vez genera una desinhibición que aparenta el efecto estimulante popularmente conocido (García y López, 2001; Guisa et al, 1997; Muñoz, 1987).

Una vez liberada la corteza cerebral del control ejercido por otras estructuras nerviosas, las alteraciones en los procesos del pensamiento ocurren en forma generalizada, interfiriendo con la calidad de ejecución de las acciones motoras y las emociones.

Los reflejos espinales se encuentran aumentados al inicio de la intoxicación, pero una vez que la intoxicación se incrementa, los reflejos se deprimen y aparece una anestesia generalizada.

Por otro lado, el efecto analgésico del etanol mantiene relación con la dosis ingerida. Cuando un sujeto bebe 60 ml de etanol, el umbral del dolor se eleva en un 35-40% sin alterarse otras percepciones sensoriales.

los cambios inducidos por un fármaco en la densidad de receptores y la eficiencia del receptor para acoplarse a las vías de transducción de señales.

- c. *Tolerancia aprendida*, se refiere a la reducción de los efectos de un fármaco o una SPA, a causa de mecanismos compensadores aprendidos. Un tipo de tolerancia aprendida se denomina tolerancia conductual. Este término se refiere a las capacidades que se pueden desarrollar mediante la experimentación repetida de desempeñarse o funcionar a pesar de un estado de intoxicación leve a moderado. Un ejemplo común es aprender a caminar en línea recta, no obstante el trastorno motor producido por la intoxicación alcohólica. Un caso especial de tolerancia conductual se denomina tolerancia condicionada (tolerancia específica de situación). Se trata de un mecanismo de aprendizaje que se origina cuando la administración del fármaco se asocia con “señales” ambientales como visiones, olores o situaciones particulares.
- a. *Tolerancia aguda*, es aquella que se genera rápidamente con el empleo repetido de una sustancia en una sola ocasión, como en una “juerga”. Por ejemplo, en muchos casos la cocaína se consume en una modalidad de festín, en la que se administran dosis repetidas durante una o varias horas, y a veces más. En esta forma de dosificación, la reacción a las dosis subsecuentes de la SPA disminuirá a lo largo de la sesión. Esto es lo contrario de la sensibilización, favorecida por un esquema de dosificación intermitente.
- b. *Tolerancia invertida (sensibilización)*. Con estimulantes como la cocaína o la anfetamina, pueden ocurrir tolerancia invertida o sensibilización. Se trata de un incremento en la reacción originado por la repetición de la misma dosis del estimulante.
- c. *Tolerancia cruzada*. Ocurre cuando el uso repetido de sustancias de una categoría determinada confiere tolerancia no solo a la que se está empleando, sino también a otras de la misma categoría estructural. Comprender la tolerancia cruzada es importante para la asistencia médica de las personas dependientes de cualquier sustancia. La desintoxicación es una forma de tratamiento de la dependencia que

consiste en administrar dosis gradualmente decrecientes de la misma sustancia para prevenir los síntomas de abstinencia y, con ello, liberar al consultante de su estado de dependencia.

Ahora bien, en lo que se refiere al consumo de alcohol, el consumo continuado de etanol genera tolerancia. Esta se produce por el desarrollo de una depuración acelerada del alcohol. Cuando esto sucede, también se induce tolerancia cruzada a otras sustancias tales como anestésicos generales y otros depresores del sistema nervioso, entre los más frecuentemente vistos: barbitúricos y tranquilizantes (García y López, 2001; Guisa et al, 1997; Muñoz, 1987).

La tolerancia se explica por la proliferación de las membranas lisas del retículo endoplásmico de las células hepáticas, que incrementan su capacidad para metabolizar el etanol.

En el sistema nervioso los neurotransmisores serotonina y noradrenalina juegan un papel importante en el desarrollo de la tolerancia

La tolerancia suele disminuir después de varias semanas si se consigue un período de abstinencia. Sin embargo, existe inhibición mutua del metabolismo del etanol y otras sustancias, como consecuencia de la competencia hacia sistemas enzimáticos compartidos. Además, la tolerancia depende en cierta medida del aprendizaje, por ello es más factible que la tolerancia se presente en el ambiente en donde la ingestión se produjo por primera vez, más fácilmente que en una situación nueva (García y López, 2001; Guisa et al, 1997; Muñoz, 1987).

La dependencia que el etanol produce, habituación psíquica y física, se relaciona con los diferentes patrones de consumo que van desde la ingestión regular y diaria de grandes cantidades de alcohol, hasta largos intervalos de sobriedad mezclados con períodos de embriaguez cotidiana. En ambos casos, el sujeto tiende a incrementar paulatinamente la cantidad de alcohol ingerida. De la misma manera, pese a los esfuerzos realizados, es incapaz de controlar la ingestión, con lo que desarrolla tolerancia y complicaciones físicas a la vez que emplea más tiempo en

Adicionalmente, el alcohol puede suprimir la crisis convulsiva. Este fenómeno ocurre solo en dosis en las que el sistema nervioso también se deprime, por lo que no es conveniente utilizar de este efecto con propósitos médicos (García y López, 2001; Guisa et al, 1997; Muñoz, 1987).

6.1.4 Tolerancia y dependencia.

En este punto es importante aclarar que independientemente de la definición tradicional de tolerancia, existen otros subtipos de tolerancia aplicados al fenómeno de la drogodependencia. Para Goodman y Gilman (1995), son muchas las formas de tolerancia; algunas de estas son:

6.1.4.1 Tolerancia innata

Se refiere a la sensibilidad (o ausencia de la misma) a un fármaco, cuando se administra por primera vez. La tolerancia innata se describió antes como un grupo de variables que influyen en el abuso o la adicción.

6.1.4.2 Tolerancia adquirida

Para Goodman y Gilman (1995), esta puede ser clasificada en tres tipos: farmacocinética, farmacodinámica y aprendida, esta última incluye una forma de tolerancia conductual que se llama tolerancia condicionada.

- a. *Tolerancia farmacocinética*, o de eliminación. Se refiere a los cambios en la distribución o metabolismo del fármaco después de la administración repetida, de modo que hay concentraciones reducidas en la sangre y, de manera subsecuentemente, en los sitios de acción de dicho fármaco. El mecanismo más frecuente es un aumento en la tasa metabólica de este. Por ejemplo, los barbitúricos estimulan la producción de concentraciones más altas de enzimas microsómicas hepáticas, con el consecuente retiro y desintegración más rápida de los barbitúricos desde la circulación.
- b. *Tolerancia farmacodinámica*, se refiere a los cambios adaptativos que ocurren dentro de los sistemas afectados por el fármaco, de modo que se reduce la reacción a una concentración determinada. Son ejemplos,

actividades relacionadas con la dependencia, evidenciando así el deterioro de su vida laboral y familiar (García y López, 2001; Guisa et al, 1997; Muñoz, 1987).

6.1.5 Consecuencias físicas (corto plazo)

- Descoordinación psicomotora.
- Somnolencia.
- Cansancio.
- Fatiga.
- Irritación de la mucosa estomacal.
- Trastornos de la visión.
- Trastorno de los reflejos (enlentecimiento).
- Trastorno del pensamiento.
- Trastorno del habla (en dosis elevadas).
- Embriaguez.
- Agitación.
- Riesgo de muerte por paro respiratorio.

6.1.6 Consecuencias físicas (largo plazo)

- Psicosis
- Encefalopatías (síntomas neurológicos, incluyendo disminución de la agudeza mental y cambios en el comportamiento, que pueden fluctuar de leves a graves).
- Gastropatías.
- Hepatopatías (Inflamación del hígado puede ser aguda o crónica).
- Pancreopatías.
- Polineuritis (inflamación simultánea de varios nervios periféricos).
- Miocardiopatías (dificultad para bombear la sangre).
- Tolerancia.
- Síndrome de abstinencia .

El gráfico 5 presenta las características diferenciales en cuanto al daño estructural inducido por el alcoholismo severo.

6.1.8 Consecuencias psicológicas (largo plazo)

- Disminución en el rendimiento laboral.
- Aumento de la posibilidad de accidentes.
- Perturbaciones de las relaciones sociales y familiares.
- Agresividad.
- Irritabilidad.

6.1.9 Efectos producidos por la intoxicación

- Alteración de la visión y de la percepción.
- Lenguaje farfullante.
- Trastornos de la coordinación.
- Confusión mental y desorientación.
- Reducción del autocontrol y de la capacidad autocrítica.
- Cambios abruptos del estado de humor y de las emociones (llanto, nostalgia, euforia, etc.).
- Afectación de la memoria y empobrecimiento de las funciones del pensamiento y del lenguaje.

6.1.10 Problemas de salud más frecuentes asociados al alcoholismo, en el Perú (consecuencias a largo plazo)

Algunos problemas, como los mencionados, pueden ocurrir al consumir alcohol durante un período relativamente breve de tiempo. Pero existen otros problemas como enfermedades hepáticas, enfermedades cardíacas, ciertas formas de cáncer y pancreatitis que a menudo se desarrollan de manera más progresiva y solo se evidencian después de beber alcohol en grandes cantidades durante un tiempo prolongado. Las mujeres pueden desarrollar problemas de salud relacionados con el alcohol después de consumir menos dosis que los hombres durante menos tiempo.

Dado que el alcohol afecta muchos órganos del cuerpo, tomar en exceso por mucho tiempo conlleva un riesgo para la adquisición de problemas de salud, algunos de los cuales se describen a continuación.

6.1.10.1 Enfermedad hepática relacionada con el consumo de alcohol

Algunas personas desarrollan hepatitis o inflamación del hígado como

consecuencia de tomar alcohol en exceso durante un período prolongado. Los síntomas incluyen fiebre, ictericia (color amarillo anormal de la piel y la orina) y dolor abdominal.

La hepatitis relacionada con el abuso de bebidas alcohólicas puede ocasionar la muerte si la persona afectada persiste en tomar alcohol. Ahora bien, si se detiene la ingesta de alcohol, dichas enfermedades adoptan usualmente un carácter reversible.

Entre el 10 y el 20% de las personas que consumen altas cantidades de alcohol desarrollan cirrosis por alcohol, o daño al hígado. Dicha enfermedad puede ocasionar la muerte si una vez diagnosticada se mantiene el consumo de alcohol. Ahora bien, a pesar de tratarse de una enfermedad no reversible, las posibilidades de supervivencia aumentan considerablemente si se detiene el consumo de alcohol.

Las personas con cirrosis a menudo presentan una mejoría tanto psicológica (se sienten mejor) como física (el funcionamiento del hígado puede mejorar) cuando interrumpen la ingesta de alcohol.

Si bien en algunos casos suele ser necesario un trasplante de hígado, es posible que muchas personas con cirrosis que dejen de beber alcohol nunca necesiten recurrir a este procedimiento quirúrgico.

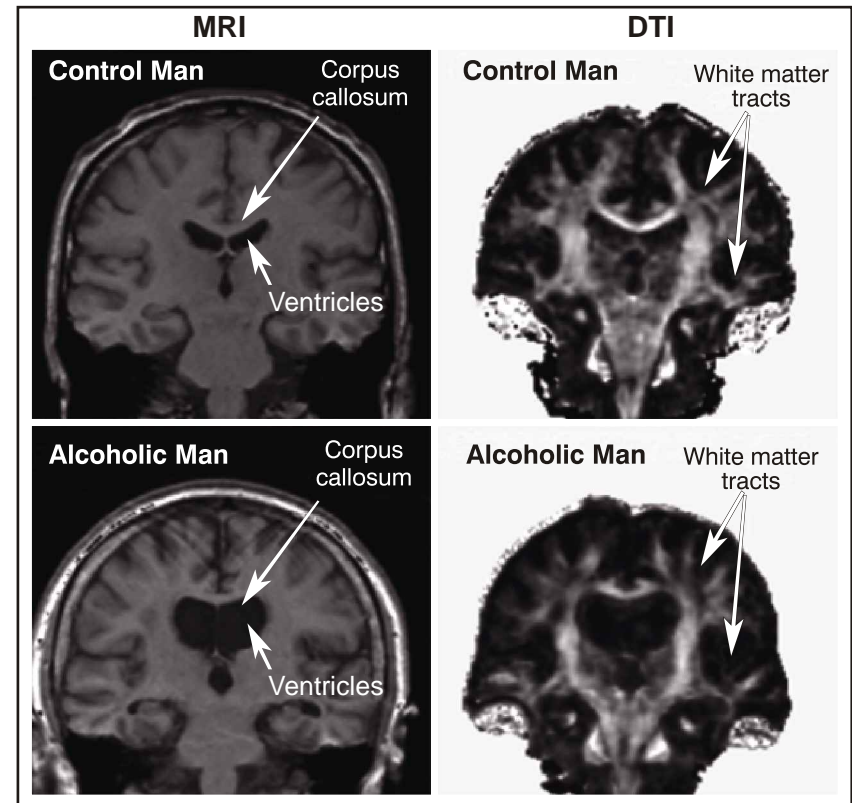
6.1.10.2 Enfermedad cardíaca

Tomar alcohol en cantidades moderadas puede tener efectos beneficiosos para el corazón, especialmente entre aquellos grupos de más alto riesgo de sufrir ataques cardíacos, como es el caso de los hombres mayores de 45 años y las mujeres en el período posterior a la menopausia. Por otro lado, el consumo de alcohol en grandes cantidades y durante períodos prolongados de tiempo incrementa el riesgo de sufrir de: presión arterial alta, enfermedad cardíaca y algunos tipos de accidentes cerebro vasculares.

6.1.10.3 Cáncer

El consumo excesivo de alcohol durante un período prolongado de tiempo aumenta el riesgo de desarrollar ciertas formas de cáncer, especialmente cáncer de esófago, boca, garganta y cuerdas vocales. El alcohol también

Gráfico 5
Consecuencias de estructura



Cortesía: Rosenbloom, M.; Sullivan, E. y Pfefferbaum, A. (2003).

6.1.7 Consecuencias psicológicas (corto plazo)

- Alteraciones de las relaciones familiares.
- Disminución en el rendimiento escolar o laboral.
- Agresiones.
- Alteraciones del orden público.
- Adopción de conductas de alto riesgo.
- Desinhibición, sobre todo en las relaciones sociales.
- Sensación de euforia.
- Posibilidad de realizar actos violentos.

puede aumentar el riesgo de cáncer de colon y recto.

Por otro lado, las mujeres están expuestas a un riesgo levemente más alto de desarrollar cáncer de mama si ingieren dos o más bebidas alcohólicas diarias.

6.1.10.4 Pancreatitis

El páncreas ayuda a regular los niveles de azúcar en sangre con la producción de insulina. El páncreas también desempeña una función importante en la digestión de los alimentos que ingerimos.

El consumo excesivo de alcohol durante un tiempo prolongado puede producir pancreatitis o inflamación del páncreas. Esta condición se manifiesta a través de dolor abdominal severo y pérdida de peso, condiciones que de no ser detectadas a tiempo pueden ocasionar la muerte.

6.1.10.5 Otras enfermedades asociadas

- Gastritis.
- Anemias.
- Impotencia.
- Alteraciones musculares.
- Alteraciones neurológicas y psiquiátricas.
- Síndrome alcohólico fetal.
- Déficit de vitaminas y minerales.

6.1.11 Problemas de salud mental asociados al consumo de alcohol

Para Guisa et al (1997), García y López (2001), los cuadros más frecuentes encontrados en la nosografía ética son:

- Intoxicación alcohólica patológica o idiosincrásica.
- *Delirium tremens*.
- Alucinosis alcohólica.
- Encefalopatía de Wernicke.
- Trastorno amnésico alcohólico o síndrome amnésico-fabulatorio de Korsakov.
- Demencia alcohólica.

Además, resulta importante mencionar que en la lista es ilustrativa y no incluyen todos los medicamentos que tienen el potencial de reaccionar con el alcohol ni se menciona la totalidad de los ingredientes que cada medicamento contiene.

Cuadro 17
Consumo de bebidas alcohólicas en combinación con medicamentos o psicofármacos

Síntomas/enfermedades	Medicamentos de uso común y nombres de marca de mayor selección	Algunas de las reacciones posibles con bebidas alcohólicas
Angina (dolor de pecho), enfermedad coronaria	Isordil® (Isosorbide), nitroglicerina	Aceleración cardíaca, cambios repentinos en la presión sanguínea.
Ansiedad	Xanax® (alprazolam); Klonopin® (clonazepam); Valium® (diazepam); Ativan® (lorazepam)	Letargo, mareos, incrementa el riesgo de sobredosis.
Coágulos sanguíneos	Coumadin® (warfarin)	El consumo esporádico de bebidas alcohólicas puede ocasionar hemorragias internas; el consumo de bebidas alcohólicas excesivo puede provocar un efecto opuesto, coágulos, embolias o infarto cardíaco.
Resfriados, tos, influenza, alergias	Benadryl® (diphenhydramine); Tylenol® Cold and Flu (chlorpheniramine); Robitussin ADC® (codeine)	Letargo, mareos, incrementa el riesgo de sobredosis.
Depresión	Elavil® (amitriptyline); Anafranil® (clomipramine); Norpramin® (desipramine); Serzone® (nefazodone); Desyrel® (trazodone)	Letargo, mareos; incrementa el riesgo de sobredosis.
Diabetes	Micronase® (glyburide); Glucophage® (metformin); Orinase® (tolbutamide)	Aceleración cardíaca, cambios repentinos en la presión sanguínea, convulsiones, estado de coma, muerte.
Acidez estomacal, indigestión, estómago agrio	Tagamet® (cimetidine); Axid® (nizatidine); Zantac® (ranitidine); Reglan® (metoclopramide)	Aceleración cardíaca, cambios repentinos en la presión sanguínea (metoclopramide); incrementa los efectos del alcohol.

Infecciones	Grisactin® (griseofulvin); Flagyl® (metronidazole); Acrodantin® (nitrofurantoin); Septra® (sulfamethoxazole); Nydravid® (isoniazid); Seromycin® (cycloserine)	Aceleración cardíaca, cambios repentinos en la presión sanguínea; daño hepático (isoniazid).
Dolores musculares	Soma® (carisoprodol); Flexeril® (cyclobenzaprine)	Letargo, mareos; incrementa el riesgo a sufrir ataques; incrementa el riesgo de sobredosis.
Náusea, mareos	Antivert® (meclizine); Atarax® (hydroxyzine); Phenergan® (promethazine)	Letargo, mareos; incrementa el riesgo de sobredosis.
Dolor de cabeza, fiebre, dolor muscular, artritis, inflamación	Aspirin (salicylates); Advil®, Motrin® (ibuprofen); Tylenol®, Excedrin® (acetaminophen); Vioxx® (rofecoxib); Celebrex® (celecoxib); Naprosyn® (naproxen)	Malestar estomacal, hemorragias y úlceras; daño hepático (acetaminophen); aceleración cardíaca.
Ataques	Klonopin® (clonazepam); phenobarbital; Dilantin® (phenytoin)	Letargo, mareos; incrementa el riesgo a sufrir ataques.
Dolor severo de heridas; cuidado postoperatorio; cirugía buco-dental; migrañas	Fiorinal® with codeine (butalbital y codeine); DarvocetDN® (propoxyphene); Vicodin® (hydrocodone); Percocet® (oxycodone)	Letargo, mareos; incrementa el riesgo de sobredosis.
Problemas para dormir	Restoril® (temazepam); Prosom™ (estazolam); Sominex® (diphenhydramine)	Letargo, mareos.
	Preparaciones con hierbas (Chamomile, Valeriana, Lavender)	Letargo.

Fuente: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2004.

6.1.12 Consecuencias de carácter social derivadas del consumo de alcohol

- Ausentismo laboral.
- Accidentes de tránsito.
- Accidentes laborales y domésticos.
- Peleas.
- Delincuencia y marginación.
- Rupturas familiares.
- Maltrato a mujeres y niños.

6.1.13 Bebidas alcohólicas y medicamentos

Es probable que muchos de nosotros hayamos leído las advertencias y reacciones adversas que vienen con los medicamentos. Una de las más importantes es la prohibición de la ingesta de bebidas alcohólicas. El peligro es real, la mezcla del alcohol con ciertos medicamentos puede provocar náusea y vómito, dolor de cabeza, letargo, desmayo, pérdida de la coordinación. Además puede volver al sujeto susceptible a hemorragias internas, problemas al corazón y dificultades respiratorias.

Por otro lado, el alcohol puede disminuir la efectividad del medicamento o inclusive anularla por completo.

Muchos medicamentos se pueden adquirir sin contar con una receta médica, esto comprende algunas hierbas medicinales cuyas consecuencias, al mezclarse con el alcohol, son completamente desconocidas por muchas personas.

Los medicamentos son seguros y efectivos únicamente cuando se consumen de manera adecuada. Los farmacéuticos o profesionales de la salud son los indicados para brindar información al respecto e indicar los efectos adversos de los medicamentos y sus posibles reacciones al combinarse con bebidas alcohólicas.

El cuadro 17 describe los efectos dañinos de beber alcohol durante el consumo de ciertos medicamentos. Además del nombre genérico, se indican nombres de comerciales con el propósito de ayudar al lector a reconocer los diferentes medicamentos.

6.1.14 ¿Cuándo una persona ha desarrollado la enfermedad del alcoholismo?

Algunos consideran que alcohólico es quien no puede prescindir del alcohol, aun tratándose de dosis mínimas. Otros, en cambio, consideran que alcohólico es aquel que sigue consumiendo a pesar de que el consumo está interfiriendo de forma negativa en su vida (específicamente en áreas fundamentales, como: trabajo, familia, en su imagen social, etc.). Esta última postura se basa en la cuantificación del alcohol en unidades. De esta manera enuncia como unidad, aproximadamente 12 gramos de alcohol puro, contenida en un vaso de vino, una cerveza, etc. Las copas de licor: anís, whisky, cognac, ginebra, etc. equivalen a 2 unidades

Mediante esta cuantificación, se considera que los varones tienen un límite diario de 4 unidades mientras que las mujeres tienen uno de 3. Cada vez que una persona supera esas cantidades está sometiendo su organismo a un efecto negativo que altera su funcionamiento y que puede conducirla al desarrollo de la dependencia del alcohol, con sus consiguientes consecuencias físicas, psicológicas y sociales.

Debido a que el alcohol es una droga lícita y socialmente aceptada, contando con una amplia gama de uso cultural y tradicional (en la actualidad las religiones tradicionales la incluyen en sus ritos y símbolos de divinidad), el enfoque expuesto explicita la idea de dividir el consumo en unidades y de poner límites a dichas unidades.

Cuadro 18
Cantidad de alcohol por cien ml por bebida

Vino	11 18%
Vodka	35 40%
Tequila	35 40%
Cerveza	4 - 5%
Champagne	18 30%
Whisky	40 45%
Ron y aguardiente	40 75%
Brandi y Cognac	40 45%

Para prevenir estos defectos congénitos relacionados con el alcohol, la mujer en etapa de gestación debe evitar el consumo de alcohol.

A continuación presentamos las preguntas que comúnmente se reciben, de parte de mujeres, acerca del uso de las bebidas alcohólicas durante el embarazo, y las respectivas respuestas.

1. *¿Puedo beber alcohol si estoy embarazada?* No. No beba alcohol cuando esté embarazada. *¿Por qué?* Porque cuando usted bebe alcohol también lo hace su bebé. Todo lo que usted tome, su bebe lo hará.

2. *¿Hay alguna bebida alcohólica que pueda beber sin peligro durante el embarazo?* No. El beber cualquier tipo de alcohol cuando esté embarazada puede lastimar a su bebé. Las bebidas alcohólicas son la cerveza, vino, refrescos a base de vino, licores o bebidas mezcladas. Un vaso de vino, una lata de cerveza y una bebida mezclada tienen más o menos la misma cantidad de alcohol.

3. *¿Por qué, si yo bebí durante mi último embarazo, mi bebé nació bien?* Cada embarazo es diferente. Beber alcohol puede lastimar a un bebé más que a otro. Usted podría tener un niño que nace saludable y otro que nace con problemas.

4. *¿Se desaparecerán estos problemas?* No. Estos problemas estarán presentes durante toda la vida. Las personas con problemas muy severos quizás no puedan cuidarse solas o trabajar cuando sean adultas.

5. *¿Qué pasa si estoy embarazada y he estado bebiendo?* Si usted ha bebido alcohol antes de saber que estaba embarazada, deje de beber ahora mismo. Usted se sentirá mejor y su bebé tendrá más oportunidad de nacer saludable. Si usted planea quedar embarazada, no beba alcohol, puede que usted no sepa que está embarazada. El alcohol puede lastimar el bebé aun cuando usted tenga solamente 1 ó 2 meses de embarazo.

6. *¿Cómo puedo dejar de beber?* Hay muchas maneras de ayudarse a dejar de beber. Usted no tiene que beber cuando otras personas beben. Si alguien le ofrece una bebida, está bien decirle "no". Aléjese de personas o lugares que le hagan beber. No mantenga alcohol en su casa. Si no puede

dejar de beber, busque ayuda, usted puede haber desarrollado la enfermedad llamada alcoholismo. Hay programas que la pueden ayudar a dejar de beber.

6.2 NICOTINA (TABACO)

Se trata de uno de los pocos alcaloides naturales líquidos libres en la naturaleza. Sus principales características son el ser incoloro, volátil, altamente soluble en agua salina y no tener efecto terapéutico alguno.

Poco tiempo después de 1828, cuando se aisló la nicotina de las hojas del tabaco (nicotina) por Poselt y Reiman, se estableció claramente que para algunas personas el uso puede fácilmente convertirse en una dependencia, análoga a la que se presenta en los bebedores de alcohol (Guisa et al, 1997).

No obstante ni esta ni otras consideraciones basadas en aspectos médicos o económicos han logrado disminuir el uso y abuso de tabaco en el mundo. Por el contrario, la cantidad de fumadores se ha ido incrementando de manera importante. En las poblaciones consumidoras después de la Segunda Guerra Mundial, se incluyen mujeres y jóvenes (al igual que sucede con el consumo de bebidas alcohólicas).

6.2.1 Farmacodinamia

En los humanos, la nicotina provoca un decremento en el tono muscular esquelético con la consecuente depresión del reflejo patelar, siendo el curso de ambos, paralelo a los niveles nicotínicos encontrados en el plasma. Además, existe un modelo característico de alertamiento encontrado en el electroencefalograma (desincronización y decremento de la actividad Alfa) y una estimulación conductual, lo que explica claramente la estimulación que ejerce sobre el sistema nervioso.

La nicotina estimula además la secreción salival, inhibe las contracciones peristálticas del estómago, y por ello retarda el vaciamiento gástrico. Asimismo, libera norepinefrina de las terminaciones nerviosas de los

6.1.15 Maternidad y consumo de bebidas alcohólicas. Defectos congénitos en los bebés

Cuando la mujer está embarazada, el feto se nutre de todo lo que ella come y bebe durante su embarazo, viéndose consecuentemente afectado.

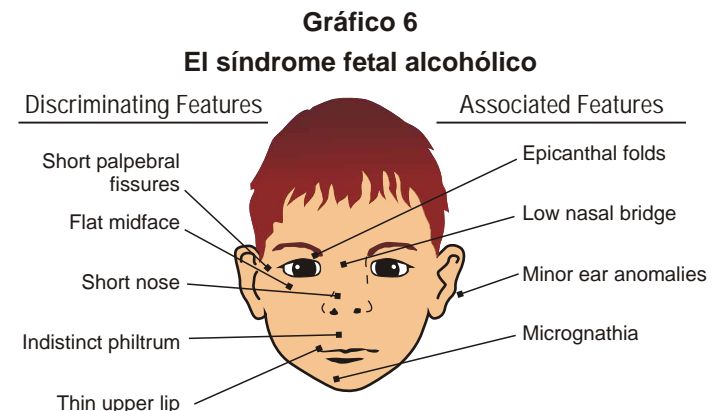
Al beber alcohol se puede dañar seriamente desarrollo del feto. El bebé puede desarrollar problemas emocionales, físicos, de aprendizaje y conducta que pueden perdurar por el resto de su vida.

Uno de los problemas más serios derivado del consumo de alcohol durante la etapa de gestación es el síndrome fetal alcohólico.

Los niños con síndrome fetal alcohólico pueden:

- Nacer más pequeños
- Tener problemas al comer o al dormir.
- Tener problemas para oír o ver.
- Tener problemas al seguir instrucciones y al aprender a hacer cosas simples.
- Tener problemas al prestar atención y al aprender en la escuela.
- Necesitar maestras y escuelas especiales.
- Tener problemas al relacionarse con otras personas y en controlar su comportamiento.

El síndrome fetal alcohólico se caracteriza además por una serie de manifestaciones físicas, que se presentan a continuación en el gráfico 6.



Cortesía: Alcohol Health & Research World, Vol. 18, No. 1, 1994.

nervios periféricos, estimula la liberación de catecolaminas de la médula adrenal e incrementa los niveles plasmáticos de cortisona y de la hormona de crecimiento.

A partir de estudios llevados a cabo en animales de laboratorio se asume que este psicotrópico que libera norepinefrina y dopamina, puede aumentar o disminuir la liberación de acetilcolina del tejido cerebral y puede afectar también los niveles cerebrales de serotonina. Si bien esta hipótesis podría explicar los mecanismos de reforzamiento que se presentan en el consumo de dicha sustancia, todavía no termina de aclararlos (Guisa et al, 1997).

6.2.2 Farmacocinética

La nicotina se absorbe principalmente por la mucosa oral y el tubo digestivo así como por la piel y el aparato respiratorio. El 80-90% de la dosis se metaboliza en el hígado y en menor grado en el riñón y el pulmón.

El principal metabolito de la nicotina es el ácido Gamma piridilgamaoxobutírico y se elimina fundamentalmente por vía renal, donde su velocidad de excreción depende del Ph o acidificación de la orina (Guisa et al, 1997).

Puede ser excretada simultáneamente por la leche de las madres fumadoras, en cierta proporción a la dosis consumida. Una persona fumadora fuerte, o pesada, puede eliminar por la leche hasta 0.5 mg. de ácido Gamma piridilgamaoxobutírico por litro.

6.2.3 Toxicología

El tabaco es una de las sustancias más tóxicas de las que se tiene referencia. Actúa a una velocidad comparable a la del cianuro potásico, las intoxicaciones involuntarias ocurren frecuentemente como consecuencia de la ingestión de insecticidas o nebulizadores en las que la nicotina se encuentra presente; o bien cuando los niños ingieren dosis de productos de tabaco.

La dosis fatal media para un adulto es probablemente cercana a 60 mg. De

producidas por el tabaco y todas son influidas negativamente por este.

Desde una irritación permanente de las vías aéreas superiores, con pérdida de las funciones sensoriales como gusto y olfato y alteración de sus funciones de limpieza de las mucosas, hasta la producción de lesiones graves, como el enfisema pulmonar y la bronquitis crónica (Pardell et al, 2002). Estas últimas, una vez instaladas tienen una evolución independiente del tabaquismo del sujeto, por lo que es indispensable dejar de fumar antes de llegar a esas etapas. La consecuencia de la presencia de estas patologías es el deterioro de la calidad de vida, por la repercusión sobre la capacidad de autonomía que pierde el sujeto que las padece.

La mortalidad por cáncer vinculado al tabaco representa en los países desarrollados el 28% (42% en hombres y 10% en mujeres) de todos los cánceres, y tomando en cuenta el total mundial es del 20% (29% y 6%, respectivamente).

La mortalidad por enfermedades referidas a la adicción nicotínica en países desarrollados entre los 35 y 69 años para 1995 es la que se describe en el siguiente cuadro.

Cuadro 19

SEXO	Todas las causas	Todos los cánceres	Cáncer de pulmón	EPOC	Enfermedad cardiovascular
Hombre	36	50	94	82	35
Mujer	13	13	71	55	12

Fuente: Peto et al, 1994.

Aparato Cardiovascular. Es particularmente sobre el aparato cardiovascular donde el tabaquismo cobra el mayor número de víctimas, y especialmente en edades más tempranas de la vida. Ello en razón de que la patología cardiovascular es la primera causa de muerte en estos países (5 de 12 decesos, son por ellas) (Pardell et al, 2002).

Esta repercusión se amplifica si se tiene en cuenta que la incidencia de estos problemas resulta superior entre los fumadores más jóvenes. En este sentido, el riesgo de infarto es cinco veces mayor entre los fumadores con edades comprendidas entre 30 y 49 años, tres veces mayor en los de 50 a 59 años y dos veces mayor entre los de 60 a 79 años, comparados siempre con los no fumadores del mismo rango de edad (Pardell et al, 2002).

Efectos sobre el fumador pasivo. La concentración de cotinina urinaria (principal metabolito de la nicotina) aumenta en sujetos no fumadores, en función del número de horas que hayan permanecido en ambientes cargados de humo de tabaco. Así, dicha concentración, se encuentra significativamente incrementada en los hijos de padres fumadores (351 ng/ mg de cotinina) comparados con los hijos de padres no fumadores (4ng/mg de cotinina), indicando de forma fehaciente que el no fumador metaboliza nicotina y, por tanto, otros productos de combustión del tabaco captados a partir del ambiente (Pardell et al, 2002).

Del mismo modo, en madres gestantes, dichos productos pueden llegar al feto vía hemática; así, la cotinina en líquido amniótico de gestantes fumadoras es ocho veces más elevada que en las no fumadoras. Incluso en las embarazadas que son fumadoras pasivas se encuentran concentraciones de cotinina dos veces y media más elevadas que en las gestantes no expuestas al humo de tabaco ambiental. De esta forma, el feto resulta ser el primer fumador pasivo, no solo si su madre es fumadora, sino, incluso, cuando es obligada a fumar pasivamente por su cónyuge o compañero de trabajo (Perdall et al, 2002).

El efecto del tabaco en el feto ha sido ampliamente documentado e incluye el incremento de riesgo de bajo peso al nacer, aborto espontáneo, rotura prematura de membranas y parto prematuro. En el infante, el convertirse en fumador pasivo conlleva un aumento del riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante, infecciones respiratorias, otitis media y asma (Perdall et al, 2002).

hecho, hay cigarrillos que pueden contener hasta 20-30 mg en total. Aparentemente la absorción gástrica de la nicotina proveniente del tabaco no es significativa para explicar el vómito que se presenta en respuesta a la dosis, este puede tener origen central.

El porcentaje de nicotina en los cigarrillos es muy variable, con rangos que oscilan entre 0.5 8.0 mg. Un promedio habitual de nicotina por cigarrillo es de 6 - 8 mg. En cambio en el cigarrillo puro los promedios de su manufactura oscilan entre 15 a más de 40 miligramos (Guisa et al, 1997).

Al presente se han aislado más de 500 componentes de las partículas y gas inhalado del cigarrillo. Además, de piridina y otras bases nitrogenadas, ácidos volátiles, sustancias fonólicas y acroleína, se encuentran también muchos compuestos que indudablemente participan en la producción de la irritación de la mucosa respiratoria. Todos estos son productos potencialmente cancerígenos (Guisa et al, 1997; Pardell et al, 2002).

6.2.4 Tolerancia y dependencia

Desde 1990 se tiene documentado y delineado un síndrome de abstinencia a la nicotina, cuyas manifestaciones incluyen la irritabilidad. No hay duda de que se trata de una sustancia altamente adictiva que genera dependencia, íntimamente relacionada con el fenómeno de reforzamiento por inhalación repetida, y apoyada en múltiples factores condicionantes de tipo psicológico (personalidad, esquemas cognitivo y afectivo), lo mismo que de carácter social y cultural.

6.2.5 Síndrome de abstinencia

En relación con la abstinencia no ha quedado del todo claro hasta dónde convergen la irritabilidad, como consecuencia de la privación o interrupción de la actividad reforzada por largo tiempo, y la privación del agente farmacológico.

6.2.6 Patologías originadas por el tabaco

En el *aparato respiratorio*. Más del 85% de las enfermedades broncopulmonares crónicas de origen no infeccioso o congénito son

6.3. CANNABIS O MARIHUANA



El cannabis sativa o marihuana es una planta perteneciente al género de las moráceas, pero que en algunas ocasiones, junto con el lúpulo, se la ha considerado como de la familia de las cannabáceas.

El cannabis sativa ha sido cultivado desde la antigüedad preclásica por la fibra procedente de su tronco, que sirve para la fabricación de cuerdas, velas, sacos e, incluso, papel de fumar.

Está ampliamente distribuida por las regiones templadas y tropicales del planeta.

Sus semillas contienen un aceite de olor desagradable que ha sido usado para pinturas y barnices y para la fabricación de jabón.

El conocimiento de las propiedades intoxicantes de algunas de sus variedades le confirió a la planta, en determinadas culturas, un papel religioso, siendo también utilizado por sus efectos medicinales (Ohlsson et al, 1980).

6.3.1 Aspectos botánicos

Se trata de una planta dioica, es decir con sexo separado. A veces, cuando se encuentra en condiciones desfavorables, la misma planta contiene flores masculinas y femeninas y puede revertir su sexo después de haber sido trasplantada.

Esta sustancia es bastante inestable, pudiendo ser degradado por el calor, la luz, los ácidos y el oxígeno atmosférico, lo que podría explicar la pérdida de potencia que se produce durante su almacenamiento.

6.3.2.1 Absorción y distribución

Los cannabinoides pueden ingresar en el organismo de varias formas:

- Por inhalación del humo procedente de pipas de agua o de cigarrillos, lo que produce una rápida absorción.
- Por ingestión oral de bebidas o alimentos sólidos, con una absorción más lenta, lo que retrasa la manifestación de sus efectos.
- Por medio de aerosoles o pulverizadores para evitar los efectos perjudiciales asociados al humo.
- En forma de gotas para el tratamiento ocular.
- Por administración rectal, para evitar los problemas de absorción y las primeras etapas de degradación asociadas a su ingesta oral.

6.3.3 Cannabinoides y dependencia

¿Los cannabinoides son capaces de inducir efectos crónicos similares a los que provocan el resto de las principales SPAs de abuso?

Las investigaciones pueden responder afirmativamente, en la medida que cumplan una serie de requisitos, entre los cuales tenemos los siguientes alcances llevados a cabo en animales.

En primer lugar, los cannabinoides son capaces de inducir tolerancia a los principales efectos farmacológicos en la mayoría de especies y también en el humano (Navarro y Rodríguez de Fonseca, 2000).

En segundo lugar, los cannabinoides inducen dependencia, evidenciada por el grupo dirigido por Michael Walker (1995, citado por Navarro y Rodríguez de Fonseca, 2000) manifestando un conjunto de síntomas similares a los observados durante el síndrome de abstinencia a opioides, como la sacudida corporal o el autoacicalamiento, tras la administración de un antagonista cannabinoide o después de administración crónica de 15 mg/kg i.p. de THC.

En tercer lugar, a los síntomas comportamentales específicos se asocia un conjunto de fenómenos neuroquímicos y neuroendocrinos similares a lo sucedido con otras sustancias de abuso, ya que la exposición crónica con otros agonistas cannábicos muy selectivo del receptor CB1 una vez administrado el antagonista SR141716A se experimenta la misma manifestación comportamental con un curso temporal similar al incremento de los niveles extracelulares del CRF en la amígdala cerebral (Wilson et al, 2000; Zhu et al, 2000; Heishman, Arasteh, y Stitzer, 1997).

Y, finalmente, se ha podido implicar el sistema dopaminérgico mesolímbicocortical en las consecuencias aversivas del síndrome de abstinencia a cannabinoides en ratas.

En lo que se refiere a los seres humanos, la manifestación de abstinencia tras el consumo crónico se caracteriza por la presencia de insomnio, inquietud, anorexia e irritabilidad (Ohlsson et al, 1980). Estos síntomas no parecen lo suficientemente alarmantes si se comparan con otras SPAs de abuso, y en los últimos veinte años han recibido poca atención en la investigación experimental.

Sin embargo, estudios epidemiológicos recientes en los Estados Unidos de Norteamérica, indican que el 5% de los estudiantes de institutos fuman marihuana diariamente (Johnston et al, 1997), con una prevalencia estimada de diagnóstico de dependencia que supera el 4% (Anthony et al, 1994), del cual 7,4% son adultos y 14,4%, adolescentes, que cumplen criterios diagnósticos de dependencia durante el año anterior al evaluado; de forma que, el 93% de los consumidores indican su incapacidad de dejar el consumo y buscan tratamiento para evitar la dependencia.

El consumo de cannabinoides a largo plazo es un tema particularmente sensible en los adolescentes durante la pubertad. Esto se debe principalmente a que su uso, a menudo, provoca trastornos comportamentales como la depresión, déficit de atención o hiperactividad y dependencia (Crowley et al, 1998); y a que, aunque su consumo no sea necesariamente un predictor de la progresión al consumo de otras drogas, los adolescentes que consumen marihuana tiene 104% veces más

La flor femenina no es polinizada por los insectos sino por el viento. La planta masculina muere poco después de haber esparcido el polen, mientras que la femenina sobrevive hasta la maduración de las semillas.

Se trata de una planta muy resistente, que tolera bien los cambios climáticos con excepción de la congelación. Sus semillas pueden crecer en diferentes tipos de suelo y de climas y requieren muy poco cuidado.

Se han utilizado tres tipos de preparaciones de la planta, que corresponden a los nombres que recibían en la India.

- *Bhang*: se obtiene a partir de las hojas y los extremos superiores secos de la planta no cultivada y tiene un bajo contenido de resina.

- *Ganja*: se obtiene de las hojas y los extremos superiores de las plantas cultivadas y tienen un contenido mayor en resina. Ambas preparaciones se conocen como marihuana.

- *Charas*: (también se conoce como hachis) se prepara a partir de la propia resina y tiene un contenido psicoactivo entre 5 y 10 veces mayor que la marihuana. Los productos de las plantas también pueden ser masticados, fumados en una pipa de agua o comidos en diversos productos cocinados. En los últimos años, la experimentación genética y el desarrollo de técnicas de cultivo hidropónico en invernaderos han aumentado el contenido de THC (tetrahidrocannabinoides) en las plantas de cannabis. Así el cáñamo holandés denominado netherweed alcanza unas concentraciones medias de 20%, lo que puede afectar su patrón de consumo (Adams y Martín, 1996) y la severidad de la intoxicación.

6.3.2 Propiedades de los cannabinoides

El THC es el cannabinoide con mayor potencia psicoactiva, por lo que estas propiedades en una muestra de cannabis dependerán de su contenido en este compuesto.

El THC presenta propiedades hidrófobas, por lo que es muy soluble en lípidos. Esto le confiere determinadas características que lo diferencian de otras drogas de abuso en relación con su distribución en el organismo y con su eliminación.

posibilidades de consumir cocaína frente a los que nunca la han consumido (Comité de la Academia Pediátrica Americana, 1999, citado por Navarro et al, 2000). Estudios recientes señalan que la sintomatología de la abstinencia va dirigida al aumento de la conducta agresiva.

6.3.4 Efectos farmacológicos

6.3.4.1 Efectos conductuales

Los efectos conductuales de la inhalación del humo de la marihuana en seres humanos son realmente complejos y dependen de muchas variables (la personalidad del consumidor, el ambiente del consumo, las expectativas del usuario, el tipo de marihuana, etc.).

En general, puede decirse que los efectos conductuales de estos compuestos, a dosis bajas, son de tipo depresor, pero que se convierten en excitatorios tras estímulos mínimos, y que a dosis altas los efectos predominantes son claramente de tipo depresor.

6.3.4.2 Efectos sobre la memoria

La presencia de receptores en áreas cerebrales relacionadas con la memoria (fundamentalmente hipocampo) ha hecho que el estudio de las alteraciones en la memoria inducida por cannabinoides sea un área de máximo interés (Scheier y Botvin, 1996; Lynskey y Hall, 2000; Pope y Yurgelun-Todd, 1996; Wilson et al, 2000).

En experimentos llevados a cabo en roedores se ha encontrado que el THC dificulta el aprendizaje. En humanos puede producir alteraciones cognitivas cuantificables mediante tests psicológicos, en los que se comprueba el origen de confusión y dificultad de memorización de tareas sencillas. Además se producen interrupciones en la continuidad del discurso (lagunas) y un lenguaje monótono (Scheier y Botvin, 1996; Heishman, Arasteh, y Stitzer, 1997).

6.3.4.3 Efectos sobre la agresividad

Los efectos de los cannabinoides sobre el comportamiento frente a otros individuos también muestran una dualidad agresividad/apatía. Los

receptores CB en cerebros en desarrollo (cuerpo caloso, comisura anterior, estría terminal), algunas de las cuales desaparecen en el período adulto.

En ratas, se han determinado ciertas alteraciones del desarrollo hipofisopituitario (disminución de los niveles de gonadotropina, LH y FSH) y de los procesos de memoria y aprendizaje en la descendencia (Navarro et al, 2000). También se ha identificado que incrementan la embrioletalidad y producen retraso en el crecimiento de las crías tras la exposición perinatal a la marihuana.

Sin embargo, los efectos en la descendencia de mujeres que inhalaban humo de marihuana durante el embarazo no son concluyentes.

6.3.4.6 Efectos sobre la actividad locomotora

Los cannabinoides pueden producir ciertas alteraciones de los movimientos tipo ataxia en animales grandes como el perro. Incluso se ha comprobado que puede desarrollar catalepsia, además de potenciar la hipoquinesia inducida por reserpina en ratas. Efectos similares se han observado en seres humanos. Estos pueden ser resultados de la interacción de los cannabinoides con los receptores CB localizados en el cerebro y en los ganglios basales, en particular en regiones que procesan los comportamientos motores y regulan la información sensorio-motora.

6.3.5 Marihuana y efectos nocivos sobre la salud mental

La marihuana es la droga ilegal más utilizada por la población joven y la que más precozmente se empieza a consumir. Su consumo produce efectos nocivos agudos y crónicos sobre la salud mental (Pope y Yurgelun-Todd, 1996; Lynskey y Hall, 2000; Scheier y Botvin, 1996).

El consumo prolongado de THC produce un síndrome de dependencia (tolerancia, con necesidad de proseguir el consumo para evitar la abstinencia), en el que los factores genéticos juegan un papel central, siendo más importantes que los factores ambientales (Wilson et al, 2000; Zhu et al, 2000; Quiroga, 2000; Heishman, Arasteh, y Stitzer, 1997).

La interrupción del consumo continuado de marihuana provoca un síndrome de abstinencia caracterizado por ansiedad, tensión, desazón,

alteraciones del sueño y cambios del apetito, con discretas diferencias en la intensidad y duración de los síntomas dependiendo si el THC se ha fumado o ingerido, mediado por agonistas endógenos (anandamida) y receptores cannabinoides cerebrales específicos (CB1) (Quiroga, 2000). El THC produce trastornos mentales orgánicos, es decir, estados de inicio brusco y de duración de horas, no necesariamente dosis dependientes, que exceden de los efectos buscados por el consumidor (Pope y Yurgelun-Todd, 1996).

Se pueden presentar episodios psicóticos agudos sin alteración del nivel de la conciencia, que se distinguen de las psicosis funcionales al tener menos alteraciones formales del pensamiento. Además, se diferencia al presentar afectividad y conducta hostil, duración breve y su reaparición siempre va precedida del consumo de marihuana.

Sin embargo, no se ha podido establecer todavía una psicosis persistente por acción exclusiva de la marihuana, pues sigue sin determinarse si la marihuana es detonante, agravante, mero acompañante o una forma de automedicación del trastorno mental primario (Varma y Sharma, 1993; Huestis et al, 1992).

El consumo de dosis altas de marihuana durante un periodo largo de tiempo conduce a un estado de pasividad e indiferencia caracterizado por disfunción generalizada de las capacidades cognitivas, interpersonales y sociales (llamado síndrome amotivacional, como se mencionó anteriormente) del que empieza a haber evidencias neuropsicológicas, morfológicas y funcionales (Quiroga, 2000).

El consumo repetido y precoz de marihuana en sujetos genéticamente predispuestos, sobre todo cuando coincide la predisposición para depender de la sustancia y para la esquizofrenia, resulta en esquizofrenias cuyo primer episodio aparece tras un año de consumo, generalmente antes de los 18 años, presentando más síntomas positivos y menos negativos, con una pobre respuesta a los antipsicóticos, y más recaídas en los siguientes 15 años que los esquizofrénicos no consumidores.

estudios realizados en animales demuestran que los extractos de marihuana (THC) inducen un estado de agresividad y los impulsos irrefrenables que se observan en el humano ocurren tras ingestión o inhalación aguda de los cannabinoides, además de la megalomanía que es un rasgo frecuente de la intoxicación leve. Todo esto puede condicionar un “conflicto de intereses” entre sujetos consumidores o entre estos y otros no consumidores.

Sin embargo, aunque esto no ha podido ser comprobado en seres humanos, se dispone de una considerable cantidad de información acerca del “síndrome amotivacional” en sujetos consumidores crónicos de marihuana (Quiroga, 2000; Zhu et al, 2000), por lo que se postula que esto pueda ocurrir bajo los efectos de sustancias depresoras del sistema nervioso central.

6.3.4.4 Efecto analgésico

Se trata de uno de los efectos más notorios de la intoxicación por marihuana. Desde los primeros estudios científicos sobre marihuana se sabe que posee actividad analgésica y, en general, que los metabolitos 11-OH son más potentes que los compuestos iniciales (Zhu et al, 2000; Wilson et al, 2000).

La acción antinociceptiva de los cannabinoides se establece en el ámbito espinal y supraespinal (la sección quirúrgica de las aferentes nociceptivas espinales “espinalización” solo reduce en parte la acción analgésica, y no parece tener relación con los mecanismos de los opiodes, dado que ni la naloxona () ni ICI-174864 () antagonizan este efecto. Ahora bien, por otro lado, los antagonistas K y la norbinaltorfimina sí reducen la analgesia inducida por el THC. Sin embargo, se ha comprobado que dosis subefectivas de THC potencian la analgesia inducida por morfina en algún test de analgesia.

6.3.4.5 Efectos en la descendencia

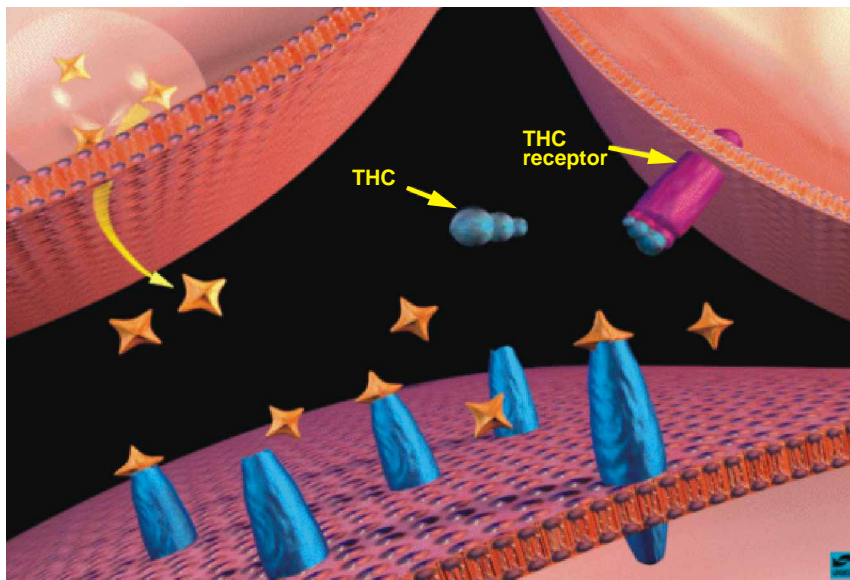
Una de las líneas de investigación más interesantes en los últimos tiempos sobre los efectos de la marihuana son aquellos producidos sobre la descendencia. Se han identificado áreas de localización específica de

La razón de esta particular influencia de la marihuana en la esquizofrenia parece deberse a que, en los esquizofrénicos, se produce una alteración del sistema cannabinoide endógeno, similar a la originada en la intoxicación cannábica en sujetos sanos.

En los adolescentes, el inicio precoz del consumo de marihuana tiene como efectos nocivos peculiares a corto plazo el menosprecio del peligro de otras drogas, el descuido ante el posible contagio de SIDA, la presencia de conducta agresiva y el involucramiento en actividades delictivas.

En los jóvenes, el consumo excesivo de marihuana representa por un lado un factor de riesgo de muerte violenta, y por otro, dificulta la valoración psiquiátrica forense en aquellas conductas psicóticas que suceden en el marco de un uso reiterado. Un aspecto novedoso es la creciente importancia médico-legal de la inhalación pasiva del humo de la marihuana.

Gráfico 7



Cortesía: NIDA.

doble, si se fuma la resina. Las nuevas modalidades de marihuana que se fuman en el Perú son: “super skunk”, “buble gammers”, “chine white”, etc. En estudios controlados se ha demostrado que a mayor concentración de THC, más usuarios la prefieren y la autoadministran (NDIC, 2002, SONEPSYN, 2003). El costo de estas sustancias varía sustancialmente respecto de la marihuana tradicional.

6.3.6 Utilidad terapéutica del cannabis y derivados

A pesar de la existencia de ciertos efectos favorables del cannabis y los cannabinoides sobre algunos procesos terapéuticos (como náuseas y vómitos por quimioterapia anticancerosa, espasticidad muscular, dolor, anorexia, epilepsia, glaucoma y asma bronquial, demostrados en algún caso por ensayos clínicos controlados, aunque en la mayoría de los casos basados en informes anecdóticos) no podemos considerar estas sustancias como ya integradas dentro del arsenal terapéutico con utilidad clínica.

Por una parte, es necesario establecer el balance beneficio/riesgo en cada caso y con los distintos cannabinoides, pues si bien la toxicidad aguda de la mayoría de ellos es baja, son muy frecuentes los efectos adversos sobre distintos órganos y sistemas con el uso prologado o crónico, tales como las alteraciones psíquicas y neurológicas, endocrinológicas, ginecológicas y obstétricas con daño fetal, efectos inmunosupresores, alteraciones cardiovasculares, pulmonares (bronquitis, enfisema), carcinoma (fumar cannabis), enfermedades infecciosas, etc.

Asimismo, sería necesario establecer las dosis y vías de administración más adecuadas, resolver problemas médicos con importante repercusión sobre la farmacocinética de los distintos compuestos así como determinar las posibles interacciones medicamentosas y contraindicaciones aún no bien establecidas.

También es necesaria una investigación básica más profunda. El descubrimiento de los receptores cannabinoide hará posible el desarrollo de agonistas y antagonistas selectivos, con vistas a un racional uso terapéutico y a su utilización como herramientas experimentales que

ayuden a establecer el papel fisiológico de estos receptores y de sus ligados endógenos, las anandamidas.

Dicha investigación podría llevar a la síntesis de nuevos fármacos más selectivos que el cannabis y los cannabinoides actuales y que estén desprovistos de las acciones adversas que éstos poseen. Las anandamidas aún no se han ensayado en humanos, por su rápida degradación metabólica, pero es posible la utilidad de algunos derivados que tengan acciones específicas sobre algunos receptores cannabinoides y no solo en el sistema nervioso central, sino también en tejidos periféricos.

6.4 DROGAS COCAÍNICAS

6.4.1 Hoja de coca

La hoja de coca ha jugado un rol importante en la vida de los nativos y campesinos de los países andinos de Sudamérica, por miles de años. La masticación, o el chacchado, de la hoja de la coca persiste hasta la actualidad en muchas partes de los Andes y de la cuenca Amazónica, donde se utiliza como medicina y como estimulante por muchos habitantes de estas zonas.

Además de las pequeñas cantidades del alcaloide cocaína, las hojas de coca contienen varios alcaloides menores, aceites esenciales y cantidades relativamente altas de vitaminas y minerales (Plowman, 1980). Es un árbol de pequeño tamaño del género *erythroxylum* y llega a abarcar cerca de 250 especies, de las cuales 200 son originarias de los trópicos americanos. Encontramos tres tipos: *erythroxylum coca*, *erythroxylum novogranatense* y la coca trujillo o truxillense (Plowman, 1980).

La especie comercial más importante de coca es la *erythroxylum coca* (coca Huánuco o boliviana). Esta especie es nativa de la zona de montaña de los Andes orientales, un área de húmeda floresta tropical montañosa comprendida entre los 500 y 1500 metros de elevación. Como esta área ha sido ampliamente cultivada desde el sur de Ecuador hasta Bolivia, es

En el gráfico 7 se observa la unión del THC en el núcleo de acumbes, así como el incremento de la liberación de dopamina. Sin embargo, paradójicamente, siendo la sustancia ilegal más consumida en el mundo, la dinámica de los mecanismos bioquímicos relacionada con la marihuana aún no es entendible.

La teoría, quizás más aceptada, es que el THC tiene los mecanismos bioquímicos similares a los de los opiáceos; en tal sentido, serían tres las neuronas involucradas: el terminal de dopamina, otro terminal (a la derecha) que contiene un neurotransmisor diferente (probablemente GABA) y la célula post-sináptica, que contiene receptores de dopamina.

En ese sentido, tal como se presenta en el gráfico, el THC se une a los receptores de THC en el terminal vecino, y este envía una señal al terminal de dopamina para que libere más dopamina. Así, es probable que un receptor pre-sináptico en las inter-neuronas GABA controle la liberación de dopamina. Por tanto, habría que considerar en este tópico lo referido a la función del THC, en términos de alterar y modificar la neuroquímica y la modificación y el funcionamiento cerebral de distintas hormonas (NIDA, 2002).

En este sentido, el contenido de THC de la marihuana continúa cambiando, aspecto que podría estar jugando un papel en el incremento del uso y abuso de esta sustancia en púberes y adolescentes.

De esta manera, a finales de los años 60, cuando el movimiento beat (particularmente, los hippies) consumían marihuana como parte de un ritual, esta sustancia contenía una concentración entre el 1 y 3% de THC, o lo que es lo mismo, de 5 a 30 mg. Desde esos tiempos, en nuestro medio, los tipos de marihuana más consumidas con ese nivel de baja toxicidad son: "ponzoña", "moño roja", "huanuqueña", etc.

En la actualidad, y debido a las mejoras en el tipo de planta cultivada, la riqueza en cannabinoides puede llegar a alcanzar hasta los 150 mg por cigarrillo, vale decir la toxicidad² puede oscilar entre el 20 y 24%, incluso el

²Toxicidad. Capacidad de una SPA de alterar el nivel de conciencia, las funciones vitales y la conducta tras su administración en dosis excesivas. Todas las SPAs tienen un nivel determinado de alteración y de disfunción, tanto a nivel orgánico como a nivel psíquico. El grado de toxicidad depende de la sustancia que se consume, dosis, vía de administración, así como la tolerancia que haya desarrollado el consumidor de esa sustancia.

difícil señalar con exactitud el punto geográfico de origen de dicha planta. La *erythroxylum* coca fue la primera clase de coca cultivada que ha sido coleccionada y estudiada por los botánicos europeos. En el quehacer farmacéutico es conocida como “coca Huánuco” o “boliviana”, y se le reconoce por sus hojas de color verde oscuro, relativamente grandes y elípticas (Plowman, 1980).

El fruto de la *erythroxylum* coca es una pequeña drupa roja, que posee un mesocarpio delgado y carnoso. La semilla encerrada dentro de un endocarpio duro como un hueso tiene un período de viabilidad muy corto (1 a 2 semanas) y fácilmente muere si se deja secar (Plowman, 1980).

Esta semilla está adaptada a las condiciones de la floresta de montaña húmeda. En este sentido, no necesita de un período de quietud o tener una cubierta impermeable para su supervivencia.

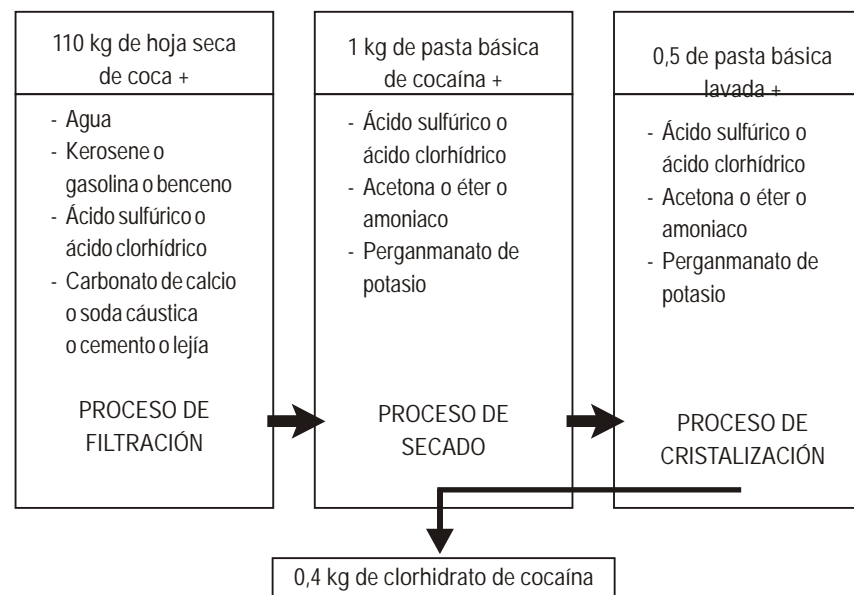
6.4.1.1 El masticado de la hoja

La hoja de coca al ser masticada, generalmente con la intervención de una sustancia alcalina (Ilipta o tobra), libera sus alcaloides al estado básico, los que arrastrados por la saliva y siguen el tracto gastrointestinal. En esta etapa de la absorción de la cocaína se observa un hecho muy importante: la cocaína, como todos los alcaloides, se encuentra en la planta probablemente salificada con ácidos orgánicos y, al llevarse a cabo el fenómeno de la masticación, debería disolverse en la saliva, pero no sucede así. Para lograr dicha disolución es necesaria la alcalinización previa del bolo de coca mediante diferentes clases de alcalinizantes, empleados por los masticadores según las regiones de uso. Sin alcalinización no es posible una extracción completa (Cagliotti, 1980).

Otro hecho importante es que si bien las soluciones alcalinas extraen con facilidad la cocaína lo hacen con desdoblamiento de la misma. En la boca comienza, pues, la hidrólisis del alcaloide por la acción del alcalinizante que se adiciona a la hoja de coca, y probablemente por la saliva misma.

La cocaína continúa desdoblándose a su paso por el tubo digestivo. Así se ha podido confirmar, en el laboratorio determinando in vitro, la acción de

Cuadro 20
Procesamiento químico para obtener cocaína



Fuente: PNUFID, 1999

6.4.2 Cocaína o clorhidrato de cocaína

Es uno de los derivados de las hojas de la planta de coca *Erythroxylum coca*.

La forma de presentación es en polvo cristalino, blanco e inodoro; la pureza tiene una medida de 85%.

En el escenario de la micro-comercialización la cocaína es adulterada con el fin de obtener mayores ganancias; para estos fines la sustancia es mezclada con otras sustancias, como harina, polvo de hornear, talco, azúcar, sazónador, etc.

Como postulan Castro de la Mata (1989) y Lizasoain, Moro y Lorenzo,

(2001), desde la perspectiva farmacológica destacan dos acciones o efectos sobre el SNC:

Anestésica: su acción es semejante al efecto que ejerce la novocaína / xilocaína.

Estimulante: los mecanismos no se conocen completamente pero se cree que incrementa la liberación de neurotransmisores en los terminales nerviosos.

6.4.2.1 Formas de abuso

Las formas de abuso de cocaína son de gran interés, ya que condicionan la farmacocinética, la actividad farmacológica, la toxicidad y el grado de adicción de la sustancia (Tabla 21).

Cuadro 21
Formas de abuso

TIPO DE SUSTANCIA	CONCENTRACIÓN DE COCAÍNA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	PORCENT. EN PLASMA	VELOCIDAD APARICIÓN DE EFECTOS	CONCEN. MÁXIMA PLASMA	DURACIÓN EFECTOS	DESARROLLO DEPENDENCIA
HOJAS DE COCA	0.5 -15%	Mascado, infusión oral	20 30%	LENTA	60 Minutos	30 - 60 Minutos	NO
CLORH. DE COCAÍNA	12 - 75%	Tópico ocular, genital, intranasal (aspirado)	20 30%	RELATIV RÁPIDA	5 - 10 Minutos	30 - 60 Minutos	SI, LARGO PLAZO
CLORH. DE COCAÍNA	12 - 75%	Parenteral, endovenosa, subcutánea, intramuscular	100%	RÁPIDA	30 - 45 Segundos	10 - 20 Minutos	SÍ, CORTO PLAZO
PASTA BÁSICA DE COCAÍNA (PBC)	40 - 85%	Fumada	70 80%	MUY RÁPIDA	8 - 10 Segundos	5 - 10 Minutos	SÍ, CORTO PLAZO
BASE LIBRE	30 - 80%	Inhalada-fumada	70 80%	MUY RÁPIDA	8 - 10 Segundos	5 -10 Minutos	SÍ, CORTO PLAZO

Fuente: Lizasoain, I; Moro, M. A. y Lorenzo, P. (2001).

los jugos digestivos orgánicos sobre la cocaína. Es en el conducto intestinal y más seguramente en su pared, que la cocaína sufre la hidrólisis más intensa; casi tres cuartas partes de ella son desdobladas (Cagliotti, 1980).

Si se tiene en cuenta que todos los jugos digestivos intervienen en la hidrólisis, aunque con diferente grado de intensidad cada uno, es de suponer que la cantidad de cocaína que llega a la vena porta es insuficiente en relación con la que ingresa en el organismo.

De esta manera, la intervención del hígado sobre el resto de la cocaína que llega hasta él es la de terminar de hidrolizarla, esto se ve apoyado por investigaciones que demuestran que existe una cocainesterasa en el hígado que desdobra la cocaína en benzoilecgonina (Cagliotti, 1980).

6.4.1.2 Evaluación fisiológica

Debido al consumo de los derivados de la coca se produce una serie de variaciones en los principales sistemas y niveles del cuerpo humano. Entre los principales encontramos:

- Cardiovascular.
- Respiratorio.
- Reflejo.
- Aumento de la resistencia a la fatiga.
- Debilitamiento muscular.

6.4.1.3 Procesamiento químico para obtener cocaína

Las sustancias activas en la planta de coca son los alcaloides contenidos en las hojas de coca. Se procesan como pasta básica de cocaína y clorhidrato de cocaína. En esas fases, además del concentrado del alcaloide, el producto narcótico contiene sustancias residuales altamente tóxicas y letales, como kerosene o amoniaco (Cuadro 20).

El clorhidrato de cocaína es la sal de la cocaína formada por ácido clorhídrico. Se presenta en forma de cristales escamosos blancos, más o menos adulterada; se administra por vía intranasal (para aspirar o esnifar) o se inyecta por vía endovenosa (no se puede fumar pues se destruye por el calor). La aspiración es un modo muy común de usar la cocaína.

Debido a la intensa vascularización de la mucosa de la nasofaringe la absorción es rápida así como sus efectos (locuacidad, sensación de energía) que duran entre 20 y 40 minutos. La administración de cocaína por vía endovenosa es más o menos frecuente en Estados Unidos y Europa, a veces se combina con heroína (speed ball) para evitar los efectos de rebote desagradables producidos por la cocaína (Harvey y Kosofsky, 1998).

Los efectos farmacológicos y psíquicos provocados por la administración de cocaína vía endovenosa son inmediatos (30 segundos) y potentes pero de breve duración (10-20 minutos) con aparición posterior de un intenso crash (disforia, irritabilidad y alteraciones gastrointestinales) (Castro de la Mata, 1988; Lizasoain, Moro y Lorenzo, 2001; Harvey y Kosofsky, 1998).

6.4.2.2 Farmacocinética

Para Castro de la Mata (1988) y Lizasoain, Moro y Lorenzo (2001), la cocaína es una base débil con un Pka de 8.6. En su forma básica, tanto en sangre como en el humo del tabaco que llega a los pulmones, la cocaína atraviesa las membranas celulares de forma rápida y eficaz.

Atraviesa la barrera hematoencefálica. Ya sea por aspiración o administrada por vía intravenosa, se encuentran niveles de cocaína en el cerebro luego de 30 segundos de administrada, mientras que fumada solo tarda 5 segundos en tener efectos centrales.

Absorción. La cantidad relativa de cocaína que se absorbe en el ámbito sistémico depende fundamentalmente de la vía de administración (Véase el Cuadro No. 21).

6.4.2.3 Mecanismo de acción

La cocaína se comporta como una amina simpático mimética de acción indirecta, es decir, es capaz de remendar las acciones de las catecolaminas no actuando directamente sobre los receptores adrenérgicos o dopaminérgicos, sino aumentando la disponibilidad del neurotransmisor en la hendidura sináptica (Gold, 1997; Harvey y Kosofsky, 1998).

La cocaína es un inhibidor de los procesos de recaptación tipo 1 (recaptación de noradrenalina y dopamina desde la hendidura a la terminal pre-sináptica).

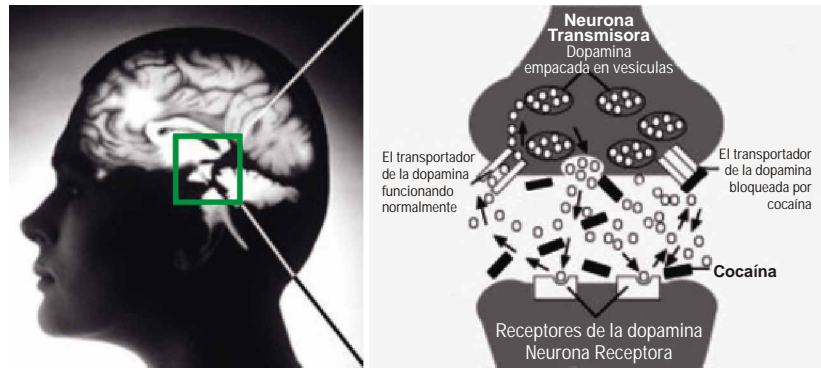
El aumento de la biodisponibilidad de dopamina por la inhibición de la recaptación tipo 1 media la euforia que produce la cocaína y parece estar implicada en el mecanismo de adicción (Véase Gráfico No. 7). El consumo crónico también produce cambios en la disponibilidad de la dopamina (Lizasoain, Moro y Lorenzo, 2001).

En los últimos años se ha implicado al transportador de la recaptación de dopamina no sólo en las acciones conductuales sino también en las acciones bioquímicas de la cocaína (véase Gráfico No. 7). El transportador de la recaptación de dopamina controla los niveles de este neurotransmisor en el ámbito de la hendidura sináptica al incorporar rápidamente al terminal pre-sináptica la dopamina liberada (Gold, 1997; Lizasoain, Moro y Lorenzo, 2001).

La cocaína también bloquea la recaptación de serotonina y el consumo crónico de esta sustancia produce cambios en estos neurotransmisores con la disminución de la biodisponibilidad que se refleja en la disminución de los metabolitos 3 metoxi-4hidroxifenetilenglicol (MHPG) y ácido 5-hidroindolacético (5-HIAA). Estos efectos sobre la neurotrasmisión catecolaminérgica y serotoninérgica constituyen, asimismo, la base de mecanismo de acción como sustancia altamente adictiva (Lizasoain, Moro y Lorenzo, 2001) (Véase el Gráfico No. 7).

Gráfico 7

Cocaína en el cerebro: En el proceso normal de comunicación, la dopamina es segregada por una neurona a la sinapsis, donde se combina con los receptores de la dopamina en las neuronas adyacentes. Normalmente la dopamina se recicla a las neuronas transmisoras por una proteína especializada llamada el transportador de la dopamina. La cocaína se adhiere al transportador de la dopamina y bloquea el proceso normal de reciclaje, resultando en una acumulación de la dopamina en la sinapsis lo que contribuye a los efectos placenteros de la cocaína.



Cortesía: NIDA.

6.4.2.4 Efecto de intoxicación

El poderoso efecto estimulante de la cocaína también actúa sobre los neurotransmisores, estos son mensajeros químicos; algunos de ellos son: la acetilcolina, serotonina, noradrenalina y la dopamina. Para Castro de la Mata (1988), Lizasoain, Moro y Lorenzo (2001), y Gold (1997), los efectos de la intoxicación son:

- Incremento del ritmo cardíaco.
- Aumento de la presión sanguínea.
- Aumento de la frecuencia respiratoria.
- Hiperactividad autonómica.
- Dilatación pupilar.
- Sentimiento de estar alerta.

En el cuadro 21 se puede observar las diferencias temporales de los picos plasmáticos que se producen después de la administración de dosis equipotentes de cocaína por diferentes vías de administración en sujetos sanos.

La absorción por la mucosa nasal después de aspirar y la absorción a través del tracto digestivo después de su administración oral es similar o mucho más lenta que después de fumar o después de la administración intravenosa. El pico plasmático normalmente se presenta a los 60 segundos después de la administración nasal u oral, aunque como en otros parámetros de la cinética de la cocaína, la variabilidad individual es muy grande (con intervalos de 30 a 120 minutos). La biodisponibilidad nasal u oral es de un 30 - 40%, aunque la variabilidad es mayor para la vía oral (Lizasoain, Moro y Lorenzo, 2001).

Al igual que ocurre con la nicotina del tabaco, la biodisponibilidad de la cocaína fumada varía entre un 10 a 20%, siendo el porcentaje menor la más común.

Las concentraciones máximas venosas y arteriales después de las diferentes administraciones varían enormemente. No solo depende de la dosis y de las vías de administración sino también de la frecuencia de las inyecciones.

Distribución. La cocaína después de ser administrada, es distribuida ampliamente por todo el organismo. El volumen de distribución varía entre 1.5 a 2 L/kg (57% por vía oral y aproximadamente 70% fumada).

Metabolismo. La cocaína es rápidamente metabolizada, generalmente por hidrólisis enzimática para producir benzoilecgonina (BE), ecgonina metil éster y posteriormente ecgonina. En un 1-5% se excreta por la orina sin cambios.

Eliminación. El aclaramiento de la cocaína es muy rápido, variando entre 20 a 30 ml/min/kg. La semivida plasmática es, de nuevo, variable con intervalos de 1 a 15 horas. La benzoilecgonina presenta una semivida plasmática de 6-8 horas y la ecgonina metil éster de 3 8 horas.

- Sensación de mayor energía.
- Vasoconstricción.

6.4.2.5 Consecuencias

- Hemorragias nasales.
- Perforación del tabique nasal.
- Alteración significativa del pensamiento.
- Mentiras frecuentes.
- Manipulación.
- Venta de pertenencias y robos intrafamiliares.
- Baja significativa de peso.
- Bajo rendimiento académico.
- Problemas de asistencia y/o frecuentes despidos sin motivo aparente.
- Ansiedad que puede evidenciarse por sudoración de las manos, pies y cuerpo.
- Alteración del reloj biológico.

6.4.2.6 Complicaciones psicóticas del consumo de cocaína

Los síntomas psicóticos son una de las complicaciones más habituales producidas por el consumo de cocaína, ya sea agudo o crónico que suele estar precedida por un período de suspicacia, recelo, conductas compulsivas y ánimo disfórico.

La paranoia transitoria es el más característico de estos síntomas, aunque también pueden aparecer vividas alucinaciones aisladas, generalmente en el contexto del consumo. alguna de estas alteraciones sensorio-perceptivas es criticada adecuadamente por el individuo, encuadrándose dentro de la alucinosis cocaínica.

El consumo de cocaína es un fenómeno común en la esquizofrenia. Lo más probable es que el origen de la comorbilidad sea multietiológico. Una de las posibles hipótesis es la de la automedicación (Gold, 1997), que propone que los pacientes utilizan los tóxicos para mejorar parte de la sintomatología relacionada con la enfermedad o con el tratamiento de ésta, sin olvidar el posible origen común de dos trastornos ya sea por tanto

6.4.3.1 Farmacología

Desde la perspectiva de la farmacología, la pasta básica es una mezcla de diversas sustancias que se produce durante el proceso de extracción de los alcaloides de las hojas de coca. El componente activo es la benzoilecgonina (Castro de la Mata, 1989, Lizasoain, Moro y Lorenzo, 2001).

6.4.3.2 Farmacocinética

Para Castro de la Mata (1989), la cocaína como alcaloide base es prácticamente insoluble en agua, pero es soluble en gran medida en grasas y solventes orgánicos; esto le permitiría una rápida difusión por las membranas biológicas.

6.4.3.3 Absorción

En el caso de la cocaína fumada es decir PBC o bazuco, la vía de absorción es la pulmonar, fumándose mezclada con tabaco o marihuana. En nuestro medio, excepcionalmente, directamente mediante pipas de diversas características.

En estas condiciones el alcaloide, cualquiera sea su grado de pureza, se volatiliza por sublimación o ebullición a causa del calor. Los vapores pasan por la vía respiratoria hasta los alvéolos, donde son absorbidos y transportados a todo el cuerpo (Castro de la Mata, 1989).

6.4.3.4 Apariencia física

Su apariencia es de consistencia pastosa, pegajosa y de color blanco-mate, cremoso o pajizo, que usualmente forma grumos que se disgregan a la presión.

Cuando es fumada, lo hacen a modo de cigarrillos. En el argot de la pastomanía es conocido como "tabacazo"; este despide un olor penetrante muy particular. Se comercializa bajo la modalidad de "ketes", que vienen a ser "paquetitos" de periódico donde se expende la droga.

En el escenario de la micro-comercialización de Lima y del Callao encontramos diversos tipos de PBC, dentro de las que se pueden distinguir:

- *mpura*: que se encuentra rebajada o mezclada con aspirina, almidón, tiza, yeso, etc.
- *Lavada*: no se comercializa, por que es la base libre para el proceso de cristalización de la cocaína.
- *Roja*: color marrón rojizo, no tiene buen sabor, de efecto poderoso, produce gran hiperactividad.
- *Palo de rosa*: de color rosado, más pura y refinada, no produce delirio de persecución.

6.4.3.5 Aspectos clínicos

El síndrome de la PBC: de acuerdo con investigadores nacionales Jerí (1980), Nizama (1979), Navarro, (1988) el cuadro clínico del síndrome de la PBC está caracterizado de la siguiente manera:

- Compulsión a seguir fumando.
- Angustia intensa a medida que se termina la pasta.
- Delirio de persecución (paranoia).
- Susplicacia.
- Alucinaciones auditivas.
- Ideas delusivas.
- Rigidez muscular generalizada.
- Insensibilidad al dolor e infatigabilidad.
- Obsesión por seguir fumando.
- Evita producir ruido, reclamando silencio absoluto.
- Aislamiento social.
- Cuando termina la pasta, la angustia es más intensa.

Consecuencias:

- Deterioro en el arreglo personal.
- Llagas o ampollas en la mano y boca.
- Delgadez y palidez evidente.
- Deterioro dental.
- La voz puede llegar a tornarse algo afónica.
- Venta de sus pertenencias, además de robos intra y extra domésticos.
- Mentiras frecuentes, manipulación y chantaje emocional.
- Baja tolerancia a la frustración.

por alteraciones genéticas como por disfunción de los sistemas de neurotransmisión. Estas hipótesis podrían ser compatibles y complementarias (Ronceros, Ramos, Collazos y Casas, 2001).

Los patrones de consumo de sustancias están cambiando dentro de la población esquizofrénica con un claro aumento del consumo de cocaína. El resultado final de este consumo en la esquizofrenia es un curso más irregular con mayores dificultades para realizar un tratamiento adecuado, mayores posibilidades de exacerbación de los síntomas y de recaídas, y la posibilidad de presentar episodios de conductas violentas superior a la de los esquizofrénicos que no abusan de drogas (Ronceros, Ramos, Collazos y Casas, 2001).

6.4.3 Pasta básica de cocaína o PBC

(Conocido también como: “basuco”, “pitillo”, “pasta base”, etc.).

Desde hace más de tres décadas es ampliamente conocido que la PBC es la sustancia más adictiva de nuestro medio con una capacidad de generar dependencia severa con poco tiempo de exposición de consumo.

Es justamente a partir de estas consideraciones que suelen plantearse interrogantes como, ¿por qué el alcaloide cocaína produce efectos muy intensos y dependencia severa prematura cuando se usa como PBC y no lo hace tanto cuando se consume por vía oral o por la nariz?

Al respecto, Castro de la Mata (1989) sostiene que la absorción por vía pulmonar es mucho más rápida que las otras; en este caso la cocaína volatilizada por el calor encuentra una enorme superficie al nivel de los alvéolos pulmonares, luego pasa rápidamente a la sangre y de allí a los tejidos, donde se eleva su concentración también con gran rapidez, produciendo un efecto máximo.

Al parecer, ello ocurre dado que la cocaína modifica un sistema regulado, donde el efecto es más intenso mientras más rápidamente se aumenta la concentración de la cocaína fumada, sin dejar tiempo para que se manifieste la compensación regulatoria.

- Agresividad física y verbal.
- Pérdida del autocontrol emocional y conductual.
- Pérdida de apetito.
- Sensación de persecución y desconfianza.

6.4.3.6 Pasta básica de cocaína y descendencia

Si bien aún no se ha establecido una relación causal entre dependencia de la PBC y alteraciones en la descendencia de pastómanos, sí existen claras evidencias de que esto sucede, en trabajos nacionales desarrollados principalmente por Oliver (1987, 1989) y Oliver, Árias y Oliver (2001). Al respecto, los investigadores plantean que la psicopatología del dependiente de la PBC no solo es atípica en referencia de los adictos de otras formas de cocaína, sino que es original, por cuanto se deberían considerar las consecuencias e implicaciones de la conducta particular del pastómano.

Al respecto, Oliver (2004) menciona que la vía de administración y la velocidad de la llegada al cerebro, sumadas al añadido del tabaco (en el “tabacazo”) o la marihuana (en el “mixto”), la combustión, la ingesta necesaria de bebidas alcohólicas de fuerte graduación y usualmente de baja calidad, aunado a las sesiones prolongadas de consumo, la compulsión por el fumado, la permanencia prolongada en espacios de consumo (“huecos”), donde hay hacinamiento, promiscuidad, suciedad, delincuencia, hacen ver de manera clara los distintos niveles de acción neuropsicofisiológicos de la pastomanía. Estos podrían condicionar daños estructurales en el usuario (a nivel espermático u ovular, a nivel de desarrollo embrionario, fetal y neonatal); esto desde una probable acción biológica.

Desde la perspectiva psicológica, para Oliver (2004), los conflictos cotidianos en el hogar de los adictos, las frecuentes manifestaciones de agresividad y las marcadas conductas antisociales, afectan al niño. Por el lado socio-cultural, el sistemático hacinamiento y desempleo, así como el no involucramiento en la crianza del niño; de modo tal que existen suficientes razones para considerar tales alteraciones.

6.5.3 Clasificación de los inhalables

Los inhalables se clasifican en:

Hidrocarburos alifáticos y aromáticos	Hexano, gasolina, destilados del petróleo, nafta, benceno, xileno y tolueno.
Tricloetileno (anestésicos)	Cloroformo, tetracloruro de carbono, dicloruro de etileno.
Nitritos alifáticos	Nitrito de amilo y nitrito de isobutilo.
Cetonas	Acetona, ciclohexanona, metil-etilcetona.
Ésteres	Acetato de etilo, acetato de amilo y acetato de butilo.
Alcoholes	Alcohol metílico (metanol) y alcohol isopropílico.
Glicoles	Acetato de metilcelulosa y etilenglicol.
Éteres (anestésicos)	
Gases (anestésicos)	Óxido nitroso.

6.5.4 Productos de consumo más frecuentes

PRODUCTOS	COMPOSICIÓN
Pegamentos y colas	Tolueno y acetona
Sprays en aerosol, pinturas	Tolueno.
Insecticidas: - Odorizantes - Desodorantes - Lacas para el cabello - Extintores - Medicamentos	Diversos fluorocarbonos
Carburantes: - Gasolina - Gas para encendedores	Hidrocarburos alifáticos Tetraetil de plomo Butano
Otros productos: - Quitamanchas - Correctores tipográficos	Dicloropropano Tricloroetano Tricloroetilo

- Disolventes de pinturas - Disolventes limpiadores - Líquidos para refrigeración - Quitaesmaltes	Hidrocarburos alifáticos Tolueno Freón Acetona
Óxido nítrico	Óxido nítrico
Nitritos volátiles (popers)	Nitrito de amilo Nitrito de butilo

6.5.5 Efectos

La vía inhalatoria permite evitar el filtro hepático y garantizar un acceso casi instantáneo al cerebro. La liposolubilidad de estas sustancias facilita su penetración en el tejido cerebral. No existen receptores específicos. Aquí la acción es global, sobre todo en el cerebro, y naturalmente sobre los demás órganos.

La clínica de la intoxicación aguda es similar a la de la embriaguez alcohólica. Hay una primera fase de estimulación con: euforia, sociabilidad, alucinaciones y trastornos de conducta, que se suelen acompañar de inestabilidad, lagrimeo, irritación de las vías respiratorias.

Generalmente, el cuadro se detiene en esta fase, cediendo pronto y sin apenas dejar resaca. Cuando por la cantidad o tipo de droga consumida, por policonsumo con alcohol, tabaco u otras drogas, o por susceptibilidad, se supera esta primera fase, se alcanza una segunda que sucede a la primera sin un patrón fijo, es la de depresión, con tres grados:

- Grado I: confusión, visión borrosa, diplopía, cefalea y pérdida de auto-control.
- Grado II: mayor deterioro del estado de conciencia, ataxia y disartria
- Grado III: convulsiones, estupor y coma.

El consumo habitual provoca nula o escasa dependencia física, pero sí cierto grado de tolerancia.

6.4.4 Crack

Crack es el nombre callejero que se le da a los cristales de cocaína (freebase), al procesar la cocaína en polvo para convertirla en una sustancia que se pueda fumar. El término crack se refiere al sonido crujiente que se escucha cuando se fuma esta mezcla. La cocaína crack se procesa con amoníaco o bicarbonato de sodio y agua, y se la calienta para eliminar el clorhidrato (Gold, 1997).

Dado que el crack se fuma, el efecto central que experimenta el usuario es de una gran euforia generada en menos de diez segundos. Debido a la rapidez de los efectos, primordialmente de euforia, esta alcanzó gran aceptación en los años ochenta. Otra de las razones para su gran aceptación es el bajo costo y el fácil acceso en escenarios como el americano (Gold, 1997).

6.5 SUSTANCIAS INHALABLES O VOLÁTILES

6.5.1 Conceptualización

Las sustancias inhalables o volátiles se denominan así por desprender vapores a temperaturas ambiente. Suelen ser hidrocarburos cíclicos o alifáticos, muchas veces halogenadas.

6.5.2 Vía de administración

Debido a la amplia gama de productos, son diversas las técnicas que se emplean para inhalar los gases. La más corriente es inhalar directamente.

Para aumentar los efectos del vapor, al aumentar su concentración, los pegamentos y sustancias simulares se inhalan desde una bolsa de plástico en las que han sido vertidos. La boca de la bolsa se coloca frente a la cara y se respiran los vapores hasta alcanzar la intoxicación. A veces se emplea una bolsa de polietileno, como las de basura, que cubre completamente la cabeza y los hombros. En cuanto a los disolventes para rebajar la pintura pueden inhalarse desde un trapo impregnado.

6.5.6 Complicaciones agudas

Las consecuencias fatales son frecuentes y se deben en parte a que a la toxicidad directa se une otra indirecta de gravedad tan incierta como severa. Las causas de muerte más frecuentes son:

- a. Por efecto directo de la sustancia inhalada. La causa más frecuente es la cardíaca. En efecto, el tolueno, el tricloroetano y el cloroetileno (correctores tipográficos) y los fluorocarbonos (aerosoles) ejercen un efecto sensibilizante sobre el corazón para la acción sobre las catecolaminas, cuya liberación se ve incrementada por el ejercicio físico. Se producen así arritmias muy graves.

Otra causa es la asfixia producida al permanecer la cabeza del sujeto inconsciente dentro de la bolsa utilizada para inhalar la sustancia.

- b. Por aspiración del contenido gástrico. Producido por el mismo mecanismo de la asfixia.
- c. Por accidentes. Es el caso de actos violentos y accidentes

6.5.7 Consecuencias crónicas

Generalmente se producen en consumidores que continúan consumiendo en la edad adulta, lo que sucede en un número menor.

- a. Estigmas externos. Es característico el eritema perioral o incluso facial, por el uso de bolsas.
- b. Secuelas neurológicas. Son características las del tolueno, que alcanza fácilmente el sistema nervioso central, con alteración (disfunción) cerebelosa (ataxia, disartria), pre-frontal (deterioro intelectual y trastornos de la conducta) y sensorial (vías visuales y auditivas). Las pruebas de imagen (TAC, RM o PET; gráfico 8) pueden demostrar atrofia difusa a lo largo de todo el sistema nervioso. La inhalación de n-hexano y de vapores de gasolina es causa frecuente de polineuropatía.
- c. Trastornos psiquiátricos. Desde alucinaciones transitorias a cuadros de psicosis esquizofrénica.
- d. Trastornos gastrointestinales. Los consumidores crónicos suelen presentar náuseas y vómitos por la acción irritante de estas sustancias. En casos graves pueden existir cuadros de dolor abdominal y de hemorragia digestiva.

6.6. HEROÍNA

La heroína es una SPA extremadamente adictiva. Al mismo tiempo es el opiáceo más usado y el de acción más rápida.

La heroína se procesa de la morfina, sustancia que se produce naturalmente extrayéndose de la bellota de ciertas variedades de amapolas o adormideras (Kornetsky, 1991).

Tradicionalmente, se vende en forma de polvo blanco o marrón, o como una sustancia negra pegajosa conocida en las calles como "goma" o "alquitrán negro" ("*black tar heroine*"). Aunque la heroína de mayor pureza se está volviendo más común, la mayoría de la heroína que se vende en la calle es mezclada o "cortada" con otras SPAs o con sustancias como el azúcar, el almidón, la leche en polvo o la quinina.

La heroína de la calle también puede ser rebajada con estricnina u otros venenos. Debido a que los abusadores de heroína no saben la fuerza real de la sustancia, o su verdadero contenido, están a riesgo de una sobredosis o de morir.

La heroína también presenta problemas especiales debido a la transmisión del VIH y otras enfermedades que pueden ocurrir al compartir las agujas u otros equipos de inyección.

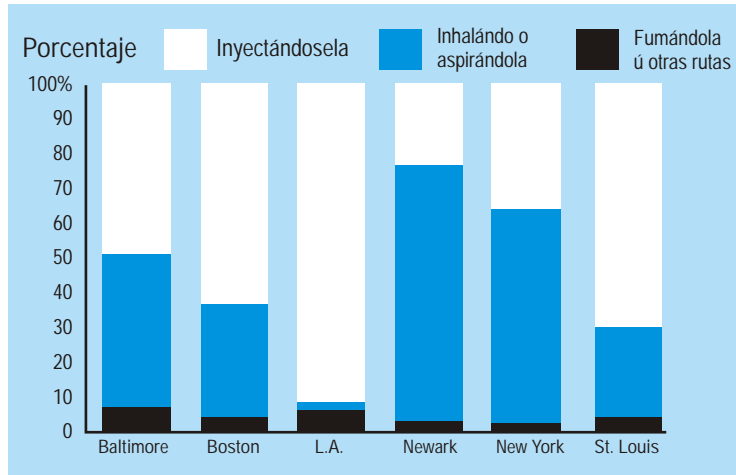
6.6.1 Vía de administración

La heroína se inyecta, inhala, aspira o fuma. Tradicionalmente, un abusador de heroína puede inyectarse hasta cuatro veces al día. La inyección intravenosa proporciona la mayor intensidad y causa la oleada de euforia más rápida (de 7 a 8 segundos), mientras que la inyección intramuscular produce un inicio relativamente lento de la euforia (5 a 8 minutos).

Cuando la heroína se inhala o se fuma, generalmente, se sienten los efectos máximos entre los 10 y 15 minutos. Aunque ni el fumar ni el inhalar la heroína produce un "rush" o euforia inicial tan rápida o tan intensa como la inyección intravenosa, los investigadores del NIDA han confirmado que las tres formas de administración de la heroína son altamente adictivas (Kornetsky, 1991).

Cuadro 22

Ruta de administración de pacientes admitidos a tratamientos para adicción a la heroína en áreas selectas



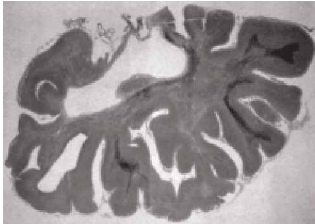
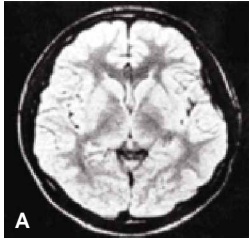
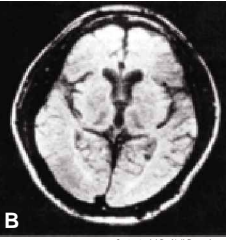
Fuente: Grupo de Trabajo de Epidemiología de la Comunidad, NIDA, diciembre de 1999

En el escenario americano, la inyección continúa siendo el método predominantemente usado por los adictos y adictas de heroína que buscan tratamiento. Ahora bien, los investigadores han observado un cambio en los patrones de uso de la heroína de la inyección hasta la inhalación o aspiración. De hecho, ahora el inhalar o aspirar es la forma de ingerir heroína que se reporta más entre los usuarios que ingresan a tratamientos para drogas en Newark, Chicago y New York (Cuadro 22).

Con el cambio en los patrones de abuso de la heroína se presenta un grupo aún más diverso de usuarios. Los usuarios mayores de 30 años continúan siendo uno de los grupos más grandes en la mayoría de los datos nacionales. Sin embargo, también continúa el aumento de nuevos usuarios jóvenes en todo el país, los que son atraídos por la heroína barata de mayor pureza que se puede inhalar o fumar en vez de inyectar. (Bowersox, 1995; Goldstein, 1991).

- e. Miopía. La rabdomiólisis, con elevación de la CPK, es frecuente en el consumo crónico de vapores de tolueno o de gasolina. Puede deberse a daño tóxico directo muscular, a la hiperactividad, a la compresión muscular durante estados de semi inconsciencia o inconsciencia y, por último, a alteraciones hidroelectrolíticas.
- f. Alteraciones fetales. Aparecen en casos de exposición laboral al tolueno durante la gestación, pero pueden aparecer en adictas que no interrumpen el abuso durante el embarazo. Las consecuencias sobre el feto son parecidas a las descritas para el síndrome alcohólico fetal (microcefalia, disfunción del sistema nervioso, retraso de desarrollo físico e intelectual y malformaciones leves, es decir, disminución de la hendidura palpebral y dedos “en espátula” con uñas hipoplásticas).

Gráfico 8

Deterioro de la fibra nerviosa en un abusador de inhalantes	Daño cerebral en un abusador de tolueno	
 <p>Reproducido con permiso del Journal of Neuropathology and Experimental Neurology (Revista de Neuropatología y neurología Experimental)</p>		
<p>Los parches de manchas oscuras indican las áreas donde las fibras nerviosas han perdido su cobertura protectora, en una muestra de tejido cerebral que ha sido extraída de un abusador de inhalantes fallecido.</p>	<p>Las imágenes cerebrales muestran una atrofia marcada (reducción) del tejido cerebral en un abusador de tolueno (B) cuando se compara con una persona que no abusa de esta sustancia (A). Nótese el tamaño más pequeño y el mayor espacio vacío (oscuro) dentro del cerebro del abusador de tolueno. (El círculo blanco exterior en cada imagen es el cráneo).</p>	

Cortesía: NIDA

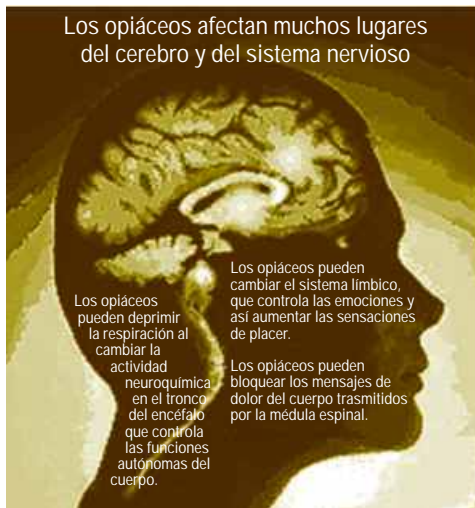
6.6.2 Efectos a corto plazo

Inmediatamente de la inyección o aspiración, la heroína cruza la barrera hematoencefálica del cerebro. En el cerebro, la heroína se convierte en morfina y rápidamente se liga con los receptores de opioides. Los abusadores normalmente informan que sienten una oleada de sensaciones agradables conocido como "rush". La intensidad del rush se determina en función a la cantidad de la droga que se ha tomado y la rapidez con que la droga entra al cerebro, y se liga con los receptores naturales de opioides. La heroína es muy adictiva en razón de la velocidad con la que ingresa al cerebro (Bowersox, 1995; Goldstein, 1991; Kornetsky, 1991).

Con la heroína, el *rush* generalmente va acompañado por un acoloramiento de la piel, sequedad de la boca y una sensación de pesadez en las extremidades que puede estar acompañado por náusea, vómito y una picazón severa.

El rush de los efectos generalmente se acompañan de un incremento de la temperatura o calor corporal, sequedad de la boca, sensación de pesadez en las extremidades que puede estar acompañado por náusea, vómito y una picazón severa.

Gráfica 9



Cortesía: NIDA

En un tiempo se creía que la dependencia física y los síntomas de la abstinencia eran las principales características de la dependencia a la heroína, ahora se sabe que esto no es totalmente cierto, ya que la apetencia o el deseo y la recaída, pueden ocurrir semanas y meses después de que los síntomas del síndrome de la abstinencia hayan desaparecido.

Los efectos a corto y largo plazo del abuso de la heroína	
Efectos a corto plazo	Efectos a largo plazo
<ul style="list-style-type: none"> - Rush u oleada de euforia. - Respiración deprimida. - Funcionamiento mental ofuscado. - Náusea y vómito. - Supresión del dolor. - Abortos espontáneos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Adicción. - Enfermedades infecciosas, por ejemplo, VIH/SIDA, y hepatitis B y C. - Venas colapsadas. - Infecciones bacterianas. - Abscesos. - Infección del endocardio y las válvulas del corazón. - Artritis y otros problemas reumatológicos.

Fuente: NIDA (2004).

6.6.4 Complicaciones médicas asociadas al uso crónico de la heroína

Las consecuencias médicas del consumo prolongado de la heroína comprenden: venas colapsadas, infecciones bacterianas de los vasos sanguíneos, abscesos (forúnculos) y otras infecciones de los tejidos suaves, y enfermedades hepáticas o renales. Las complicaciones de los pulmones (incluyendo varios tipos de neumonía y tuberculosis) son generadas por el mal estado de salud del adicto o adicta, así como por de los efectos depresivos de la heroína sobre la respiración (Bowersox, 1995).

Muchos de los sucedáneos de la heroína que se venden en la calle pueden incluir sustancias que no se disuelven fácilmente y que obstruyen los

vasos sanguíneos conectados a los pulmones, el hígado, los riñones o al cerebro. Esto puede causar una infección y hasta la muerte de pequeños grupos de células en los órganos vitales. Las reacciones inmunes a estos y otros contaminantes pueden causar artritis u otros problemas reumatológicos.

Por supuesto que compartir los fluidos o el equipo de inyección puede conducir a las consecuencias más severas del abuso de la heroína, es decir, las infecciones con hepatitis B y C, VIH y una variedad de otros virus transmitidos por la sangre, que los drogadictos pueden después pasar a sus parejas sexuales y a sus hijos.

De esta manera, enfermedades como el VIH se contagian al compartir jeringas usadas y otros equipos de inyección, que hayan sido utilizados por personas portadoras de estos virus.

Otra forma de contagio con el VIH (y aunque no frecuente) es con la hepatitis C. Ello ocurre a través del contacto sexual sin protección con una persona infectada. En los Estados Unidos el uso de SPAs inyectables ha sido un factor en alrededor de un tercio de todos los casos de VIH y en más de la mitad de todos los casos de hepatitis.

6.7 DROGAS DE DISEÑO O SINTÉTICAS

6.7.1 Metanfetaminas

- Estimulante del sistema nerviosos central.
- Sintético.

6.7.1.1 Descripción

La metanfetamina es un polvo blanco humo, gránulos marrones o cristales transparentes, conocido como “cristal”, “speed”, “ice”.

6.7.1.2 Presentación

Envuelto generalmente en papel (de un décimo de gramo en adelante). Cápsulas en “bolsitas de plástico”, o en tabletas de 5, 10 y 15 mg. Su precio varía de 10 a 15 dólares por 1/10 de gramo.

Después de los efectos iniciales, los abusadores generalmente estarán somnolientos por varias horas. La función mental se ofusca por el efecto de la heroína en el sistema nervioso central. La función cardiaca disminuye al igual que la respiración, lo que puede llegar inclusive a causar la muerte. La sobredosis de heroína es particularmente riesgosa en la calle, donde no se puede determinar con certeza la cantidad y la pureza de la droga (gráfico 10).

6.6.3 Efectos a largo plazo

Uno de los efectos del abuso de la heroína es la adicción severa. La heroímanía es una enfermedad crónica, degenerativa, de recaída, caracterizada por la búsqueda y uso compulsivo de las SPAs; esta genera cambios neuroquímicos y moleculares en el cerebro (Goldstein, 1991; Kornetsky, 1991).

La exposición continua a la heroína genera tolerancia y dependencia física. Estos son factores que sensibilizan al uso abusivo y compulsivo. Al igual que los adictos y adictas de otras sustancias psicoactivas, gradualmente incorporan una filosofía de vida que gira en torno al consumo.

En este contexto, el cuerpo se adapta a la presencia de la sustancia y los síntomas de abstinencia comienzan si el uso se reduce abruptamente. La abstinencia puede ocurrir a las pocas horas, a partir de la última vez que se usó la sustancia. La sintomatología está caracterizada por inquietud, dolor de los músculos y huesos, insomnio, diarrea, vómito, escalofríos con “piel de gallina” y movimientos involuntarios de las piernas (Goldstein, 1991; Bowersox, 1995).

La sintomatología mayor de la abstinencia alcanza su punto máximo entre las 24 y 48 horas después de la última dosis y ceden aproximadamente en una semana. Sin embargo, algunos adictos y adictas muestran signos persistentes de la abstinencia durante meses. La abstinencia no es fatal para adultos saludables, aunque sí puede ser mortal al feto de una adicta heroínómana embarazada.

6.7.1.3 Vías de administración

Es tomada oralmente, aspirada, inyectada. (Los efectos pueden durar de 2 a 4 horas, pudiéndose prolongar hasta 12 horas, dependiendo de la pureza y otros factores) o fumada (la experiencia durara de 8 a 16 horas). Fumar la metanfetamina es conocida como “seguir el dragón”. Esto se realiza calentando la sustancia en polvo en papel aluminio e inhalando el humo a través de un sorbete u otro dispositivo.

6.7.1.4 Efectos

Las reacciones son similares a las de la cocaína. Los efectos de la metanfetamina son de estimulación sobre el neurotransmisor norepinefrina, el cual está involucrado en la transmisión de los impulsos nerviosos simpáticos. Por este motivo actúa sobre la corteza cerebral, aumenta la actividad motora, genera una euforia intensa, produce ansiedad, depresión, confusión mental, agresividad, intranquilidad, empobrecimiento del juicio y aumenta la respiración y temperatura corporal. En altas dosis pueden causar delusiones y alucinaciones auditivas y visuales (psicosis anfetamínica). Estas altas dosis llevan a un empobrecimiento de la dopamina y otros efectos colaterales; estos efectos parecen ser irreversibles. Los usuarios son extremadamente paranoicos y violentos. Luego que los efectos desaparecen, la “bajada” incluye una depresión profunda seguida por fatiga, dolor de cabeza y disminución de la energía. Esta depresión solo puede terminar mediante la reabsorción de metanfetamina. Se trata de una sustancia muy adictiva y puede dar como resultado usuarios que desarrollen tolerancia muy rápidamente

La metanfetamina es muy popular en las fiestas raves. El polvo tiende a ser de una textura granular de color blanco humo o amarillo (no hay un patrón para ser reconocido). La metanfetamina ha sido más comúnmente encontrada escondida en trazos de papel o empacada en bolsitas de colores.

Dos estudios recientes de la revista de Psiquiatría Americana demuestran el riesgo de toxicidad neurológica permanente causado por el abuso de metanfetamina. En este caso, el pobre desempeño motor y déficit de la

6.7.2.3 Vía de administración

La vía de administración habitual es la oral. En nuestro medio, excepcionalmente, se usa intramuscularmente y en supositorios

6.7.2.4 Efectos

Los estados subjetivos inmediatos inducidos con más frecuencia por el éxtasis, incluyen un cierto grado de euforia, aumento de la energía, excitación sexual y dilatación pupilar. La mayoría de los usuarios señala que la sustancia provoca sensación de “amor”, felicidad, paz y capacidad para “conectarse”.

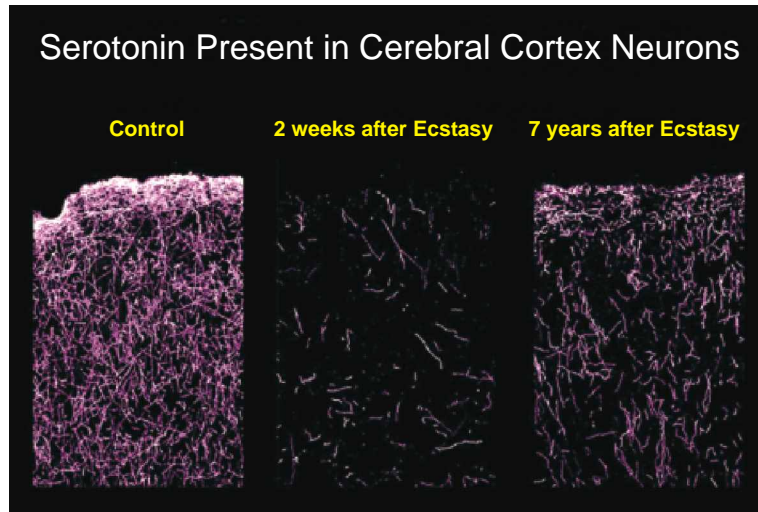
Sin embargo, se relata también una serie de efectos menos reforzantes, como bruxismo, que obliga en ocasiones a solicitar asistencia clínica, dolores de espalda, náuseas y vómitos.

Los efectos residuales incluyen insomnio, despersonalización, depresión y flash backs, junto con efectos físicos del tipo cefaleas y dolores de cintura. Muchos de estos síntomas continúan tiempo después del consumo de éxtasis. Algunos individuos presentan depresión, que puede aparecer meses e incluso años más tarde, tras la finalización de los efectos placenteros de la sustancia.

- Los efectos son: 60% de estimulación y 40% alucinógenos.
- Uno de los riesgos a los que se expone el usuario es al paro respiratorio inducido por la hipertermia y deshidratación.

En lo que respecta a las reacciones adversas asociadas al consumo de éxtasis, el gráfico10 presenta los resultados de un estudio experimental del consumo de éxtasis en primates, donde se evalúa el impacto de la intoxicación por esta sustancia, luego de dos semanas y posterior a 7 años de consumo.

Gráfico 10



Cortesía. NIDA

6.7.3 Efedrina. Estimulante. Descongestionante

La efedrina y la pseudoefedrina se encuentran en los descongestionantes nasales y en el preparado de ciertas píldoras. La efedrina es un estimulante natural de la planta efedra equisetina. La pseudoefedrina es un estimulante sintético que se encuentra en algunos medicamentos como Sudafed. La efedrina tiene efectos anoréxicos suaves, y también es usado para el alivio de los síntomas del asma. Ambas sustancias están prohibidas por el Comité Olímpico Internacional y otras asociaciones deportivas.

6.7.3.1 Descripción

El sulfato de efedrina puro es un polvo cristalino blanco de sabor amargo.

6.7.3.2 Presentación

La efedrina y la pseudoefedrina se encuentran frecuentemente en forma de píldora y varían de color, de blanco a rojo y naranja o marrón. El tamaño de las píldoras es regularmente grande.

memoria han sido atribuidos a reducciones significativas de dopamina. Por otro lado, el consumo abusivo de metafetamina ha mostrado que produce cambios importantes en determinadas regiones cerebrales.

6.7.2 Éxtasis

- Estimulante
- Alucinógeno.

El MDMA o éxtasis fue patentada por Merck en 1914. Entre 1977 y 1981, su uso se extendió a través de canales clandestinos, especialmente en círculos psicoterapéuticos, ya que facilitaba la exploración interpersonal y la comunicación durante la psicoterapia. En 1985 se prohibió su utilización. El inicio de la utilización como sustancia de abuso en nuestro medio data, aproximadamente, de 1997.

6.7.2.1 Descripción

El MDMA (3,4-metilendioximetanfetamina) es un derivado de la feniletilamina, al igual que la mescalina y la anfetamina. Entre los componentes habituales del éxtasis se suelen encontrar anfetaminas y otros derivados de la misma, como: MDEA (3-4 metilendioxietilanfetamina), MDA (3-4 metilendioxianfetamina), MDB (3-4 metilendioxifenilbutanfetamina), cafeína, LSD, cocaína, codeína, fenciclidina, estricnina, ketamina o efedrina.

En ocasiones el éxtasis está adulterado con sustancias como almidón, sacarosa o lactosa, celulosa, etc.

6.7.2.2 Presentación

Inicialmente, estos productos se presentaron como cápsulas, pero en la actualidad se encuentran en forma de comprimidos, con diversos colores y vistosamente decorados.

Comúnmente se le conoce como "Pepa", "Adán", "XTC", "M25", "Tachas", "Ex"

Su precio varía de \$ 10 a \$ 20 dólares americanos.

Su precio varía entre los 15 y 20 dólares por un frasco de 100 tabletas de 25 mg.

6.7.3.3 Vías de administración

La vía de administración habitual es la oral. En nuestro medio excepcionalmente se usa intramuscularmente y en supositorios

6.7.3.4 Efectos

La efedrina es usada terapéuticamente como un descongestionante nasal, pero también es tomada en dosis más altas para producir alucinación y estimulación similar al de la cafeína. Altas dosis pueden también producir ansiedad, intranquilidad, mareos, sudoración, aumento del ritmo cardiaco y de la presión arterial y confusión.

También es vendido como píldoras para perder peso. La efedrina y la pseudoefedrina pueden encontrarse con cierta facilidad en las fiestas rave, generalmente en combinación con otras sustancias estimulantes. Más frecuentemente es combinada con cafeína y aspirina, lo que es conocido como ECA stack.

El consumidor de stack puede desarrollar tolerancia rápidamente; en este sentido el usuario necesitará de un tiempo importante para recuperarse de un estado sobre activado. El stack es muy popular por la capacidad de generar energía.

En el contexto de las fiestas raves, erróneamente la efedrina y la pseudoefedrina son considerados sustancias “seguras”, desafortunadamente tiene mucho en común con otras SPAs.

6.7.4 Ketamina

- Anestésico disociativo.
- Depresor del sistema nervioso central.

Es una sustancia anestésica, quirúrgica, sintética, alucinógena, sólida, blanca con Ph levemente ácido. Su composición química ha sido

capacidad anestésica de la ketamina es extremadamente riesgosa; la mezcla con otras sustancias, como el alcohol, genera efectos adversos.

Un estudio sobre los efectos de la ketamina encontró que inmediatamente después de ingerir la sustancia, los usuarios estuvieron profundamente discapacitados en las principales funciones cognitivas, así como disociación pronunciada. Tres días más tarde, los usuarios todavía mostraban discapacidad, especialmente con la memoria inmediata.

A través de investigaciones de laboratorio, la ketamina ha sido obtenida en polvo y en forma líquida. En las confiscaciones policiales suele encontrarse en combinación con el GHB. En nuestro medio la presentación habitual es en polvo blanco, envuelto en papel aluminio y en “bolsitas”. Esta sustancia tiende a volverse común en nuestro mercado de consumo.

Por otro lado, la ketamina también puede ser usada con fines delinuenciales como la violación.

6.7.5 GHB (Gamahidroxidobutirato)

- Depresor del sistema nervioso Central.

Desarrollado en Francia en 1961, el GHB ha sido utilizado como un anestésico, así como en el tratamiento de la depresión mayor, en la abstinencia del alcohol y la narcolepsia. Aun habiendo cesado su uso médico, en algunos países europeos es usado clínicamente en cirugía.

Ciertos grupos de atletas usan GHB para estimular el aumento de las hormonas humanas y para la reducción de grasa. Esto quiere decir que esta sustancia es aún popular entre los atletas y físicoculturistas, además de pensar que este ayuda a mejorar su calidad de sueño.

6.7.5.1 Descripción

El GHB puede ser encontrado en forma de píldora o en forma de polvo

blanco, pero es generalmente mezclado con líquido (agua). El GHB líquido es claro y sin olor, con la viscosidad del aceite mineral ligero. Ambos, en polvo y en líquido, son de sabor salado.

Se conoce comunmente como “extasis líquido”, “líquido X”, “agua salada”, “viola fácil”, etc.

6.7.5.2 Presentación

El GHB en polvo puede ser adquirido en pequeñas bolsas de plástico, aunque la forma más común de obtenerla es en líquido; lo más usual es en ampollas de vidrio o plástico de 5ml, 10ml y 25ml.

Su precio varía de 7 a 10 dólares por ampolla.

6.7.5.3 Vía de administración

La vía de administración más usada es la oral. Los efectos de una dosis promedio duran entre 2 a 4 horas; en casos puede extenderse hasta por 6 horas.

6.7.5.4 Efectos

El GHB genera un incremento en la producción de dopamina. Dosis bajas de GBH pueden causar amnesia, nauseas, vómitos, modorra, mareos, hipertensión, falta de coordinación y alteración del juicio. Dosis más altas pueden llevar a la depresión respiratoria y remoción del campo de la conciencia, disminuyendo el ritmo cardíaco y llevando al sujeto al coma.

El GHB desinhibe el sistema nervioso y aumenta la libido sexual, por ello se considera para fines delincuenciales, como la violación sexual. Es frecuente la confusión con el Rohipnol.

Los efectos de la intoxicación por GHB producen un pico similar al del alcohol, aunque sin resaca. Algunas otras consideraciones:

1. Consumir GHB con bebidas alcohólicas intensifica los efectos depresores del SNC.
2. Esta sustancia se utiliza con frecuencia para la violación de tipo

identificada como clorhidrato de dl-2 (o-clorofenil)-2 (metilamino) ciclohexanona. Fue sintetizada por la compañía Parke Davis en 1963 y difundida como anestésico de uso veterinario; en la década del 70 se comenzó a usar con fines recreativos.

La ketamina es fabricada bajo los nombres de: Ketalar, Ketajet, Ketaset y Vetalan.

6.7.4.1 Descripción

La ketamina es más frecuentemente encontrada como un polvo blanco que es soluble en agua y en alcohol, pero también puede ser encontrada como un líquido claro. No tiene olor ni sabor.

Se le conoce como “K”, “K Special”, “Super K”, “CVR”, “K-hole”

Su precio varía entre los 7 a 15 dólares por cápsula, líquido o papel.

6.7.4.2 Vías de administración

La ketamina puede ser ingerida, inyectada intramuscularmente o a la vena, fumada como la PBC o aspirada como la cocaína. Dependiendo de la ruta de administración, la ketamina puede empezar a actuar después de dos minutos. En promedio, las reacciones comienzan entre los 5 a 10 minutos después de la dosis, y duran de dos a cuatro horas. Una dosis inyectada promedio sería de unos 50 mg, las dosis aspiradas de 60 a 200 mg.

6.7.4.3 Efectos

La ketamina puede producir alucinaciones, euforia, una sensación flotante, confusión, mareo, lenguaje farfullante y pérdida del sentido del tiempo y de la identidad.

El uso lleva a un sentimiento de desconexión de la mente y el cuerpo. La ketamina causa distorsiones visuales intensas y una incapacidad para sentir el dolor. Una dosis promedio no lleva generalmente a la inconsciencia. Una dosis alta puede llevar a la depresión respiratoria, convulsiones y coma. Los usuarios regulares pueden experimentar flashbacks. Esta sustancia es adictiva psicológicamente. No queda claro si se desarrolla tolerancia; evidencia anecdótica sugiere que sí. Debido a la

sexual. De ocurrir ello, se debería solicitar expresamente que se busque GHB en sangre.

3. Su presentación se da en polvo y en líquido (la más común). El consumo con fines recreativos suele darse en las fiestas "subterráneas" y "raves". En muchos casos se da el consumo combinado con alcohol, ketamina, etc. La viscosidad del líquido tiende a ser más espeso que el agua.
4. Se encuentra frecuentemente en pomos de vidrio o mezclado en botellas de agua o bebidas alcohólicas. De esta manera, por motivos de seguridad, se sugiere consumir bebidas únicamente cuando sean abiertas en nuestra presencia.
5. En polvo, se presenta en pequeñas bolsas de plástico con apariencia de polvo blanco y como cristal muy fino.

6.7.6 LSD (Dietilamida del ácido lisérgico)

- Alucinógeno.
- Semi sintético.

En el 1938, Albert Hoffman logró producir accidentalmente el LSD, dado que su objetivo era encontrar un estimulante. Las propiedades alucinógenas de la sustancia se descubrieron posteriormente. Inicialmente, algunos psicólogos y psiquiatras creyeron que el LSD era la clave para comprender los principales mecanismos cognitivos del esquema mental humano; en este sentido, uno de los científicos que popularizó su uso fue Timothy Leary.

En la actualidad el LSD se produce en laboratorios clandestinos, de los Estados Unidos (Norte de California) y Canadá. El proceso de elaboración es complicado, comprendiendo algunos químicos tóxicos peligrosos. Al presente no existe uso médico aceptado para esta sustancia.

6.7.6.1 Descripción

Es un líquido claro, sin olor, color ni sabor. Se degrada cuando es expuesto a la luz del sol o se impregna en papel. Por ello no se adhiere en las calcomanías, por mucho tiempo previo al uso.

dosis altas dará como resultado una distorsión de la distancia, pérdida del sentido del tiempo, intensos efectos visuales, ilusiones y alucinaciones, náusea y conducta impredecible.

En intoxicaciones severas el usuario experimentará "sinestesia", vale decir "escucha colores" y "ve sonidos". A veces los usuarios pueden experimentar lo que es el llamado "mal viaje". Este puede involucrar sentimientos de miedo extremo, ansiedad, paranoia y el riesgo de daño físico por la reacción del estado de pánico.

Los flashbacks son comunes en el uso del LSD, ocurren cuando los efectos se han acabado y el usuario tiende a sentirse normal. Los flashbacks son repentinas recurrencias de los efectos del LSD y pueden ocurrir días, meses y años después de su uso. Los usuarios de esta sustancia desarrollan fácilmente tolerancia (después de 3 a 6 días de uso continuo) y deben abstenerse por un período de tiempo para sentir los efectos nuevamente.

Los efectos del LSD están relacionados con la dosis, así como están sujetos al lugar donde se toma la droga, la experiencia previa de consumo y el estado mental del sujeto.

Normalmente, el LSD es confiscado policialmente en forma de papeles, estos forman diferentes gráficos. Habitualmente son envueltos en papel de aluminio para evitar que sea absorbido por la piel de las manos.

Otro de los fenómenos esperados es el desarrollo de la "tolerancia cruzada". Esto significa que el organismo va a tolerar fácilmente los efectos de otros alucinógenos (mezcalina, psilocibina y otros derivados).

En consumo combinado entre LSD y MDMA (éxtasis) se da con cierta frecuencia en las fiestas raves, y es conocido como candy flipping (lanzar caramelos al aire).

6.7.7 Rohypnol

- Sedante.
- Analgésico.

6.7.7.1 Descripción

Rohypnol es el nombre comercial del flunitracepam. Este ha sido motivo de preocupación durante los últimos años debido a su abuso como la sustancia de "date rape" (violación que ocurre durante una cita). Sin saberlo, algunas personas reciben la sustancia que, al mezclarse con alcohol, puede generar en la víctima incapacidad de reacción frente a la agresión sexual. Además, esta sustancia puede ser mortal cuando se mezcla con alcohol u otros depresores.

Se conoce comúnmente como "rophies", "roofies", "roach" y la droga de "date rape".

6.7.7.2 Presentación

Viene en forma de pastillas y su precio varía de 2 a 4 dólares.

6.7.7.3 Vía de administración

La vía de administración más conocida es la oral.

6.7.7.4 Efectos

Los efectos centrales son de sedación e inducción al sueño (hipnótico), incluyendo relajación muscular y amnesia. El consumo prolongado produce dependencia física y psicológica. En Miami, uno de los primeros sitios donde se abusó del Rohypnol, los centros de control de envenenamiento informan que ha habido un aumento en las convulsiones por abstinencia, entre las personas adictas al Rohypnol. En los Estados Unidos, el consumo de esta sustancia es ilegal, así como su importación.

En varias ciudades americanas existe otra sustancia muy similar conocida como "roofies". Esta sustancia es el clonacepam, y se vende en el mercado estadounidense como Klonopin, y en México y Perú como Rivotril. Frecuentemente se abusa de ella para intensificar los efectos de la heroína y otros opiáceos.

Se le conoce como "ácido", "trips" o "tripis".

6.7.6.2 Presentación

Líquido, píldoras en tabletas y calcomanías, con dibujos muy particulares, y en polvo. La presentación en el mercado se da envuelto en papel de aluminio.

Su precio oscila entre lo 5 a 10 dólares.

6.7.6.3 Vías de administración

La vía de administración más conocida es la oral, lo que lleva rápidamente al pico más alto de los efectos. También puede ser consumido mezclado con alimentos u otras sustancias. Otras vías de administración son la inyectada o usado en gotas.

6.7.6.4 Efectos

Los efectos de la intoxicación por LSD duran entre 8 y 12 horas. Normalmente el LSD no se usa diariamente, debido a la tolerancia. Los efectos de las diferentes dosis son muy potentes y se miden en microgramos (20Fg. causará severos efectos).

El LSD actúa en varias áreas del cerebro, como el hipocampo (estructura encargada de la formación de la memoria y el recuerdo), la corteza cerebral (estructura encargada de coordinar la alta actividad nerviosa) y el cerebelo (estructura encargada de coordinar los músculos y mantener el equilibrio del cuerpo).

El consumo de la sustancia genera la segregación del neurotransmisor serotonina, el cual es la base en la explicación de las alucinaciones. El LSD puede ser considerado un estimulante o un depresor, ello depende de la dosis, las expectativas y la reacción orgánica del usuario. Si la dosis aumenta, los efectos son más intensos.

Dosis bajas producen sentimientos de relaxo con cambios evidentes en las percepciones visuales y auditivas, pupilas dilatadas, aturdimiento, discurso rápido e irracional, náusea, déficit de memoria y locuacidad. A

6.7.8 Ritalin

Es el nombre comercial del metilfenidato. Se trata de un medicamento que se prescribe a ciertos niños que muestran un alto nivel de actividad psicomotriz (trastorno de hiperactividad y falta de atención, ADHD). En otros casos, para tratar la narcolepsia.

Los efectos son de estimulación sobre el sistema nervioso con efectos similares (aunque menos potentes) que los de la cafeína. Aunque no se conoce completamente como funciona, el Ritalin tiene un efecto relajante sobre los niños hiperactivos y un efecto de "concentración" en aquellos que padecen de ADHD. Bajo prescripción médica y tomada correctamente, el Ritalin es un buen medicamento.

Sin embargo, debido a los efectos estimulantes de la sustancia, desde hace tiempo que se vienen registrando casos de consumo prolongado sin prescripción médica.

Debido a que los medicamentos con efectos estimulantes como el Ritalin tienen el potencial de ser consumidos en exceso, la Administración para el Control de Estupefacientes de los Estados Unidos (DEA), ha impuesto controles severos para su fabricación, distribución y prescripción.

En enero de 1996, la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA) anunció que en un estudio en roedores que recibieron metilfenidato (Ritalin), la sustancia produjo una "ligera señal" de que podría producir cáncer del hígado. El cáncer ocurrió en ratones machos, aunque no en las hembras.

6.7.9 Anabólicos esteroides

Una de las principales razones que las personas postulan para abusar de los esteroides es para mejorar su rendimiento en los deportes. Se estima que el abuso de los esteroides es muy alto entre los fisicoculturistas de competencia. Entre otros atletas, la incidencia del abuso probablemente varía dependiendo del deporte en particular (Pope, Kouri, y Hudson, 2000; Leder et al, 2000; Rich, Dickinson, Flanigan, y Valone, 2000).

peligro de iniciar o continuar con el abuso de los esteroides, los investigadores están de acuerdo en que la mayoría de abusadores de esteroides son personas psicológicamente sanas cuando comienzan a abusar de las SPAs (Leder et al, 2000).

6.7.9.1 Vías de administración

Algunos esteroides anabólicos se toman oralmente, otros se inyectan intramuscularmente y otros vienen en gels o cremas que se frotran en la piel. Las dosis utilizadas por los abusadores pueden ser entre 10 y 100 veces mayores a las dosis utilizadas para condiciones médicas (Leder et al, 2000; Rich, Dickinson, Flanigan, y Valone, 2000).

Los abusadores de esteroides usualmente juntan o "amontonan" las SPAs, es decir, toman dos o más esteroides anabólicos diferentes, mezclando los orales y/o los inyectables, y algunas veces incluyen compuestos diseñados para uso veterinario. Los abusadores piensan que los diferentes esteroides interactúan para producir un efecto mayor en la musculatura, de aquel que se lograría sin su uso.

A menudo los abusadores de los esteroides también toman las dosis en forma de "pirámide", en ciclos de 6 a 12 semanas. Al principio del ciclo, la persona comienza con dosis bajas de las SPAs "amontonadas", y gradualmente va aumentando las dosis. En la segunda mitad del ciclo, las dosis se reducen gradualmente hasta llegar a cero. A veces continúan con un segundo ciclo en el cual la persona sigue entrenándose pero sin usar sustancias. Los abusadores creen que al tomar sustancias en forma de pirámide le dan al cuerpo tiempo suficiente para adaptarse a las dosis más altas y que el ciclo sin SPAs permite la recuperación del sistema hormonal. Al igual que con el "amontonamiento", los beneficios percibidos de las pirámides y de los ciclos no tienen respaldo científico (Pope, Kouri, y Hudson, 2000; Porcerelli y Sandler, 1998).

6.7.9.2 Efectos

El abuso de los esteroides anabólicos ha sido asociado con una gran diversidad de efectos secundarios adversos, que van de algunos que son físicamente poco atractivos como el acné y el desarrollo de los senos en

los hombres, a otros que ponen en peligro la vida, como ataques de corazón y cáncer del hígado. La mayoría de estos efectos son reversibles si el abusador deja de tomar las drogas, aunque existen otros que no lo son.

La mayoría de los datos sobre los efectos a largo plazo de los esteroides anabólicos en los seres humanos provienen de informes de casos en lugar de estudios epidemiológicos formales. De los informes de casos, parece que la incidencia de efectos potencialmente mortales es baja, pero es posible que no se reconozcan o no se reporten todos los efectos adversos serios. Los datos de estudios en animales parecen respaldar esta posibilidad. Un estudio encontró que cuando se exponen ratones machos a esteroides durante una quinta parte de sus vidas en dosis similares a aquellas tomadas por los atletas humanos, el resultado es un alto porcentaje de muertes prematuras (Rich, Dickinson, Flanigan, y Valone, 2000).

Sistema hormonal. El abuso de esteroides interrumpe la producción normal de hormonas en el cuerpo causando cambios tanto reversibles como irreversibles. Los cambios reversibles incluyen una producción reducida de espermias y encogimiento de los testículos (atrofia testicular). Entre los cambios irreversibles están la calvicie de patrón masculino (alopecia androgénica) y el desarrollo de senos (ginecomastia). En un estudio en fisiculturistas varones, más de la mitad tenían atrofia testicular y más de la mitad tenían ginecomastia. Se cree que la ginecomastia ocurre debido a la interrupción del equilibrio hormonal normal (Pope, Kouri, y Hudson, 2000; Leder et al, 2000; Sullivan, Martinez, Gennis, y Gallagher, 1998).

En el cuerpo femenino, los esteroides anabólicos causan la masculinización. El tamaño de los senos y la grasa corporal disminuyen, la piel se vuelve áspera, el clítoris se agranda y la voz se hace más profunda. Las mujeres pueden experimentar un crecimiento excesivo del vello corporal, pero pierden el cabello. Con el uso continuo de los esteroides, algunos de estos efectos se vuelven irreversibles.

Otra razón que los sujetos indican para tomar esteroides es para aumentar su musculatura y/o reducir su grasa corporal. Este grupo incluye a algunas personas que padecen de un síndrome de conducta (dismorfia muscular) en el que la persona tiene una imagen distorsionada de su cuerpo. Los hombres con esta condición se creen que lucen pequeños y débiles, aun cuando son grandes y musculosos. De igual manera, las mujeres con este síndrome creen que parecen gordas y fofas, aunque en realidad sean delgadas y musculosas (Leder et al, 2000; Porcerelli y Sandler, 1998).

Algunas personas que abusan de los esteroides para aumentar su musculatura han sufrido abuso físico o sexual. De esta manera, tratan de aumentar la musculatura para protegerse. En una serie de entrevistas con varones levantadores de pesas, un 25% de aquellos que abusaban de los esteroides informaron que conservaban recuerdos de abuso físico o sexual en su infancia, mientras que ninguno de los que no abusaban de los esteroides presentaba este tipo de recuerdos (Rich, Dickinson, Flanigan, y Valone, 2000).

En un estudio de mujeres levantadoras de pesas, el doble de quienes habían sufrido abuso sexual reportó que usaban esteroides anabólicos u otra sustancia que se supone logra el crecimiento muscular. Además, casi todas las que habían sido violadas informaron que habían aumentado marcadamente sus actividades físicoculturistas después del ataque. Ellas creían que siendo más corpulentas y fuertes desalentarían nuevos ataques, dado que los hombres les encontrarían intimidantes o poco atractivas (Porcerelli y Sandler, 1998; Rich, Dickinson, Flanigan, y Valone, 2000).

Finalmente, algunos adolescentes abusan de los esteroides como parte de un patrón de comportamiento de alto riesgo. Estos adolescentes también corren otros riesgos, como conducir cuando han bebido alcohol, portar armas, no ponerse un casco cuando salen en moto y abusar de otras drogas ilícitas.

Mientras que condiciones como la dismorfia muscular, un historial de abuso físico, o sexual, o de conductas de gran riesgo pueden aumentar el

Sistema músculo-esquelético. Los niveles crecientes de testosterona y otras hormonas sexuales generalmente provocan el crecimiento rápido que ocurre durante la pubertad y la adolescencia. Posteriormente, cuando estas hormonas llegan a ciertos niveles, señalan a los huesos que dejen de crecer, fijando a la persona en su estatura máxima. Cuando un niño o adolescente toma esteroides anabólicos, los niveles artificialmente altos que resultan de las hormonas sexuales pueden mandar señales a los huesos para que dejen de crecer antes de lo que normalmente lo hubieran hecho (Pope, Kouri y Hudson, 2000).

Sistema cardiovascular. El abuso de los esteroides ha sido asociado con enfermedades cardiovasculares (CVD), incluyendo ataques de corazón y apoplejía, incluso en atletas menores de 30 años. Los esteroides contribuyen al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, en parte porque alteran los niveles de lipoproteínas que llevan el colesterol en la sangre. Los esteroides, particularmente los de tipo oral, aumentan el nivel de la lipoproteína de baja densidad (LDL) y disminuyen el nivel de la lipoproteína de alta densidad (HDL). Los niveles altos de LDL y bajos de HDL aumentan el riesgo de arteriosclerosis, una condición en que las sustancias lipoides se depositan dentro de las arterias alterando el flujo sanguíneo. Si la sangre no llega al corazón, el resultado puede ser un ataque al corazón. Si la sangre no llega al cerebro, el resultado puede ser una apoplejía (Sullivan, Martínez, Gennis, y Gallagher, 1998; Rich, Dickinson, Flanigan, y Valone, 2000).

Los esteroides aumentan también el riesgo de que se formen coágulos de sangre en los vasos sanguíneos, lo que puede interrumpir el flujo sanguíneo, lesionando el músculo cardíaco de manera que no bombee eficientemente la sangre.

Hígado. El abuso de los esteroides ha sido asociado con tumores hepáticos y una condición poco común llamada peliosis hepática, en la que se forman en el hígado quistes llenos de sangre. A veces, tanto los tumores como los quistes pueden reventar causando hemorragias internas.

Es una sustancia sintética producida en laboratorios clandestinos en los Estados Unidos de Norteamérica y Canadá. Producida inicialmente por los Laboratorios Parke Davis en 1957 con el nombre de Senil, los efectos eran de analgesia general; sin embargo, debido a sus efectos secundarios la sustancia fue retirada del arsenal médico de la investigación en 1965.

Posteriormente, se introdujo en el mercado de psicofármacos para el uso veterinario como Sernylan. Desdichadamente, se inició su uso ilícito aun habiéndose suspendido la fabricación. En la actualidad el acceso y la disponibilidad a la PCP son ilegales. Por tanto no hay productos para consumo humano que contengan legalmente PCP. Su elaboración es relativamente fácil.

6.7.10.1 Descripción

La PCP o fenciclidina es un polvo cristalino blanco, que es soluble en agua. No tiene olor y tiene un sabor metálico y amargo. Su pureza es variable dado que suele ser adulterado, con disolventes o adulterantes como estimulantes, y de mala fabricación.

Se conoce comúnmente como “polvo de ángel”, “píldora de la paz”, “elefante”, “combustible de cuete”, “ozono”.

6.7.10.2 Presentación

Tabletas, cápsulas o polvo en una gran variedad de colores. Es vendido frecuentemente con otras sustancias, como el LSD, metanfetaminas, entre otras.

Su precio oscila entre los 10 a 20 dólares por cápsula.

6.7.10.3 Vías de administración

La modalidad más utilizada es la fumada. Se esparce en la marihuana y se forma un cigarrillo. Así se llega a la cúspide de los efectos a los 15 primeros minutos. Otra vía de consumo es la oral, donde su absorción y metabolismo es más lento. Finalmente, aspirada o inyectada, cuyos efectos pueden durar entre 2 y 5 horas.

6.7.10.4 Efectos

La PCP es un estimulante, depresor y alucinógeno del sistema nervioso central. En rigor, es un anestésico disociativo, cuyos efectos pueden llevar a un estado de disociación cuerpo-mente, conjuntamente con un pensamiento ilógico, euforia, ansiedad y disminución de la sensación de dolor. Genera un comportamiento agresivo.

Generalmente, la presión sanguínea se incrementa; los efectos varían de un usuario a otro. Las reacciones a altas dosis incluyen convulsiones, depresión respiratoria, problemas renales y coma prolongado. Muerte por sobredosis agudas ha ocurrido después de dosis de 150 mg a 200 mg.

La PCP se almacena en las células grasas y es diseminado por el cuerpo en el tiempo. Los niveles de toxicidad pueden durar días y hasta semanas, debido a ello es que el flashback generado por la PCP es un verdadero “flashback químico” producido por los trazos residuales de la PCP que son metabolizados lentamente por el cuerpo.

Hay una fase prolongada para la recuperación de los efectos y del uso de la PCP, el cual está marcado por la confusión mental y delusiones, estas pueden durar hasta dos semanas. Clínicamente se ha observado dependencia física y psicológica, así como el desarrollo de tolerancia. No todas las personas reaccionan de la misma manera a esta droga. La PCP es una sustancia extremadamente peligrosa.

Los efectos de la PCP se relacionan con la dosis administrada, la experiencia del usuario con las SPAs y la vía de administración. Suelen ser obtenidas en las fiestas “subterráneas” y “raves”.

6.7.11 Medicamentos o psicofármacos

6.7.11.1 Analgésicos

Son compuestos capaces de aliviar el dolor, sin producir anestesia ni pérdida de la conciencia. El primer contacto que suele darse es a través de la prescripción médica. Algunos de ellos son: aspirina, antipiréticos, paracetamol, dipirona, etc.

Piel. El abuso de los esteroides puede provocar acné y quistes, así como pelo y piel grasienta.

Infección. Muchos de los abusadores que se inyectan esteroides anabólicos utilizan técnicas no estériles para inyectarse o comparten agujas contaminadas con otros abusadores. Además, algunas preparaciones de esteroides están fabricadas ilegalmente en condiciones no estériles. Estos factores ponen a quienes abusan de los esteroides en riesgo de adquirir infecciones virales potencialmente mortales como el SIDA y la hepatitis B y C. Los abusadores también pueden desarrollar una endocarditis infecciosa, una enfermedad bacteriana que produce una inflamación potencialmente mortal del recubrimiento interno del corazón. Además, las infecciones bacterianas pueden producir dolor y la formación de abscesos en los sitios de la inyección (Sullivan, Martínez, Gennis, y Gallagher, 1998).

6.7.9.3 Potencial adictivo

Un porcentaje no determinado de abusadores de los esteroides se vuelve adicto a la SPAs, según se evidencia por el uso continuo de los esteroides a pesar de los problemas físicos, los efectos negativos sobre las relaciones sociales, o nerviosismo e irritabilidad (Rich, Dickinson, Flanigan, y Valone, 2000).

También pierden mucho tiempo y dinero obteniendo SPAs y padeciendo de los síntomas de la abstinencia (withdrawal) como cambios en el estado de ánimo, fatiga, desasosiego, pérdida de apetito, insomnio, disminución del deseo sexual, y ganas de tomar más esteroides. El síntoma más peligroso del síndrome de la abstinencia es la depresión porque a veces lleva a intentos de suicidio. Sin tratamiento, algunos de los síntomas depresivos asociados con la abstinencia de los esteroides anabólicos pueden durar un año o más después de que el abusador ha parado de usar sustancias (Leder et al, 2000).

6.7.10 Fenciclidina (PCP)

- Anestésico disociativo.
- Anestésico psicodélico.

6.7.11.2 Sedantes o tranquilizantes

Son sustancias que tienen la capacidad de disminuir la actividad, moderar la excitación y tranquilizar en general a la persona que la ingiere.

6.7.11.3 Hipnóticos

También llamados somníferos, son sustancias usadas para combatir el insomnio y regular los problemas del sueño. Uno de los conocidos es el Rohypnol.

6.7.11.4 Benzodiazepinas

Familia de sedantes comercializados como ansiolíticos, utilizados como tranquilizantes menores. Son medicamentos caracterizados por tres propiedades: una acción tranquilizante o ansiolítica, una acción sedante y una acción hipnótica, como resultado de las precedentes características. Las más usadas son: alprazolam, bromazepam, clonazepam, etc.

El uso prolongado produce dependencia física. Por tanto síndrome de abstinencia. Su retiro abrupto se traduce en pérdida de peso, alteraciones en la percepción y dolores de cabeza.

6.7.11.5 Anorexígenos

Compuestos llamados “píldoras para adelgazar” o “supresoras del hambre”. Son semejantes a las anfetaminas de cuya estructura derivan. Viene en cápsulas, tabletas polvo y líquido, administrándose en forma oral e inyectable.

Suele asociarse con la anorexia y se considera un anticonvulsivante.

6.7.11.6 Anfetaminas

Los efectos son de una gran estimulación del sistema nervioso, vasoconstrictor, analgésico y anoréxico. Por tanto, generan una gran actividad psicomotriz por su estimulación, actuando de variadas formas sobre la conducta y sobre la conciencia.

La administración puede ser oral, aspirada en polvo o ingerida en cápsulas o comprimidos, la potencia de sus efectos se relaciona con la acidez del

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams, I. B. y Martin, B. R. (1996). Cannabis pharmacology and toxicology in animals and humans. *Addictions*: 91, pp. 1585-1614.

Aleman, C. (1984). Evaluación del entrenamiento en destrezas interpersonales del modelo de Carkhuff. Universidad Complutense de Madrid V (I y II).

Aleman, C. (1997). Psicoterapia experimental y focusing. La aportación de E. T. Gendlin. Ed. Desclée de Brouwer, Bilbao, pp. 98-131.

Baldwin, A. R.; Oei, T. P. S. y Young, R. (1993). To drink or not to drink: The differential role of alcohol expectancies and drinking refusal self-efficacy in quantity and frequency of alcohol consumption. En: *Cognitive Therapy and research*, No. 17, pp. 511-530.

Bandura, A. (1999). Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual. Desclée De Brouwer. Biblioteca de Psicología, Bilbao.

Barberá, H. E. (2001). Modelos explicativos en psicología de la motivación. En: *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*. No. 10, V(5). <http://reme.uji.es/articulos/abarbe7630705102/texto.html>

Barreto, P.; Arranz, P. y Molero, M. (1997). Counselling. Instrumento fundamental en la relación de ayuda. En: Ma. C. Martorell y R. Gonzáles (Eds.). *Entrevista y consejo psicológico*. Ed. Síntesis psicológica, pp. 83-104.

Beck, A. T.; Wrigth, F. D.; Newman, C. F. y Liese, B. S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Paidós, Barcelona.

Berlyne, D.E. (1960). Conflict, arousal, and curiosity. McGraw-Hill. New York.

Bjorling, B. (1997). Intervention, prevention and treatment from a gender perspective. On the eve a breakthrough. En: Council of Europe. Ed. Symposium on Women and Drug Focus on Prevention (Bonn, 6-7 October, 1995, Proceedings, Council of Europe Publishing, Strasbourg, pp. 99-106.

Bobes, J. y Calafat, A. (2000). Cannabis sativa. Monografía cannabis. Adicciones, V(12), Suplemento 2.

Bowersox, J. A. (1995). Heroin update: smoking, injecting cause similar effects; usage patterns may be shifting. NIDA Notes 10:8-9.

Cagliotti, C. N. (1980). Algunas consideraciones sobre la masticación de la hoja de coca en la República Argentina. En: F. R. Jerí (Ed.). Cocaína 1980. Actas del seminario interamericano sobre aspectos médicos y sociológicos de la coca y de la cocaína. Pacific Press, Lima, pp. 159-166.

Canino, G. (1994). Alcohol use and misuse among hispanic women: selected factors, processes, and studies. En: The International Journal of The Addictions. Special issues on substance use patterns of latinas, No. 9, V (29), pp. 1083-1100

Carrol, K.M.; Lobby, B. Sheehan, J. y Hyland, N. (2001). Motivational interviewing to chance treatment initiation in substance abusers: an effectiveness study. En: American Journal Addiction, No. 10, pp. 335-339.

Carrol, K. M. (2001). Un enfoque cognitivo-conductual: el tratamiento de la adicción a la cocaína. Rockville, NIDA.

Casas, M. y Gossop, M. (1993). Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaída y prevención de recaídas. Stiges: Ediciones de Neurociencias.

medio (ph). Así, la ingestión simultanea de antiácidos potencia sus efectos.

Las formas de presentación más comunes son:

- Inhaladores (adoptada por los adolescentes en Europa).
- Tabletas o cápsulas.
- Polvo.
- Líquido.

Algunos de los efectos inmediatos de la intoxicación son:

- Vasoconstricción.
- Inhibición del tracto gastrointestinal.
- Dilatación de las pupilas.
- Estimula centros respiratorio y vasomotor.
- Alerta mental.
- Euforia.
- Disminución de la sensación de fatiga.
- Incremento de la actividad motora.
- Insomnio.
- Marcada sensación de confianza.
- Prolonga esfuerzo físico.

Consecuencias:

- Ansiedad.
- Confusión mental.
- Alucinaciones auditivas.
- Efectos tóxicos físicos.
- Ilusiones paranoicas.
- Estados de vigilia.
- Delirio.
- Mayor hostilidad.
- Desorganización intelectual.
- Hiperexcitabilidad con melancolía.
- Psicosis anfetamínica.

Castro de la Mata, R. (1989). Aspectos farmacológicos de la pasta básica de cocaína. En: F. R. León y R. Castro de la Mata (Eds.) Pasta Básica de Cocaína. Un estudio Multidisciplinario. CEDRO. pp. 137-166.

Castro de la Mata, R. y Zavaleta, A. (2003). Epidemiología de drogas en la población urbana peruana 2001. Monografía No. 20. CEDRO.

Castro de la Mata, R y Zavaleta, A.; (2004). Epidemiología de drogas en la población urbana peruana 2003. Monografía de investigación No. 23. CEDRO.

Crowley, T. J.; MacDonald, M. J.; Whitmore, E. A. y Mikulich, S. K. (1998). Cannabis dependence, withdrawal, and reinforcing effects among adolescents with conduct symptoms and substance use disorders. In: Drug Alcohol Dependence, No. 50 (1), pp. 27-37.

Csikszentmihalyi, M. (1975). Beyond boredom and anxiety: The experience of flow in work and play. San Francisco: Jossey-Bass.

De Biase, R. (1985). Addictogenesis: Narcissism and vulnerability to addiction. En: Dissertation Abstracts International, Vol (46), No. 1.

De Leon, G. (2004). La comunidad terapéutica y las adicciones. Ed. Desclée de Brouwer. Bilbao.

Di Caprio, N. (1976) Teoría de la personalidad. México: Nueva Editorial Interamericana.

Donovan, D. M. y Rosengren, D. B. (1999). Motivation for behavior change and treatment among substance abusers. In: J. A. Tucker; D. M. Donovan y G. A. Marlatt (Eds). Changing addictive behavior. Bridging clinical and public health strategies. The Guilford Press, New York, pp. 127-159.

Echebarría, E. y Valencia, J. (1993). Identidad de género, ética protestante y atribución de causalidad. En: Revista de Psicología Social, No. 8, pp. 235-247.

Harvey, J. A. y Kosofsky, B. (1998). Cocaine: Effects on the Developing Brain. Annals of the New York Academy of Sciences, Volume 846, 1998.
Heckhausen, H. (1987). Jenseits des Rubikon: Der wille in den humanwissenschaften. Berlin: Springer-Verlag.

Heishman, S.J.; Arasteh, K; and Stitzer, M.L. (1997). Comparative effects of alcohol and marijuana on mood, memory, and performance. Pharmacol Biochem Behav 58:97-101.

Henderson, Sh. (1999). Drugs and culture: the questions of gender. Drugs: cultures, controls & everyday life. N. South, Ed. Sage, London.

Huber, Ch. y Baruth, L. (1991) Terapia familiar racional-emotiva. Barcelona: Herder.

Huestis, M. A.; Henningfield, J. E. y Conne, E. J. (1992). Blood cannabinoids. Absorption of THC and formation of 11-OH-THCCOH during and after smoking marijuana. In: Journal Anal Toxicological (Sep.-Oct), pp. 276-286.

Jerí, F. R.; Sánchez, C.; Del Pozo, T.; Fernández, M. y Carvajal, C (1980). Nuevas observaciones sobre los síndromes producidos por fumar pasta de coca. En: F.R Jerí (Ed.) Cocaína 1980. Lima Pacific.

Kandel, D. B. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. Science No. 190, pp. 1912-914.

Kandel, D. B. y Davis, M. (1992). Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near-daily use. En: M. Glantz y R. Pickens (Eds.). Vulnerability to drug (pp. 211-253). Washington D. C. American Psychological Association.

Kornetsky, C. (1991). Action of opioid on the brain-reward system. In: Rapaka, R.S., and Sorer, H., Eds. Discovery of Novel Opioid Medications. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 147. NIH Pub. No. 95-3887. Washington, DC: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print Off., pp. 32-52. Press.

Kuhl, J. (1985). Volitional mediators of cognition behavior consistency: Self-regulatory processes and action versus state orientation. En J. Kuhl y J. Beckman (Eds.), *Action control: From cognition to behavior*. Nueva York: springer-Verlag.

Leder, B.Z., et al. (2000). Oral androstenedione administration and serum testosterone concentrations in young men. *Journal of the American Medical Association* 283(6): 779-782.

León, F. R. y Castro de la Mata, R. (1989). Pasta básica de cocaína. Un estudio multidisciplinario. CEDRO.

Lizasoain, I.; Moro, M. A. Y Lorenzo (2001). Cocaína: Aspectos farmacológicos. En: F. Pascual, M. Torres y A. Calafat (Eds.). *Monografía Cocaína. Adicciones*, V(13), Suplemento 2, pp.37-45.

Luengo, M.; Romero, E.; Gómez, J.; Guerra, A. y Lence, M. (1999). La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: Análisis y evaluación de un programa. Ministerio de Educación y Cultura- Universidad de Santiago de Compostela, pp.12-14.

Lynskey, M., and Hall, W. (2000). The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: A review. *Addiction* 95(11):1621-1630.

Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behavior*. Guilford New York.

Mayor, L. y Cano, L. (1995). Motivación y drogodependencias. En: L. Mayor y F. Tortosa (Eds.). *Ámbitos de aplicación de la psicología motivacional*. Desclée de Brouwer, Bilbao. Biblioteca de Psicología, pp.71-144.

Mayor, L. Y Cortés, M. T. (2003). Motivación y adicciones. En: E. Fernández-Abascal; M. Jiménez y M. Martín (Eds.). *Emoción y Motivación*, Vol. II, pp.913-960.

Elkind, D (1967). Egocentrism in adolescence. En: *Child Development*, No. 38, pp. 1025-1034.

Ellis, A.; McInerney, J. F.; DiGiuseppe, R. and Yeager, R. J. (1988). *Rational-Emotive therapy with alcoholics and substance abusers*. Pergamon Ed. New York.

García, J. A. y López, C. (2001). *Manual de estudios sobre alcohol*. EDAF, Madrid-México-Buenos Aires-San Juan.

Gamella, J. F. y Jiménez, M. L. (2003). El consumo prolongado de cannabis. Pautas, tendencias y consecuencias. FAD-Junta de Andalucía. pp.325-361.

Gold, M. S. (1997). *Cocaine (and Crack): Clinical Aspects (181-198), Substance Abuse: A Comprehensive Textbook, Third Edition*, Lowinson, ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Goldstein, A. (1991). Heroin addiction: Neurology, pharmacology, and policy. In: *Journal Psychoactive Drugs* 23(2):123-133.

Gossop, M. et al, (1994). Sex differences in patterns of drug taking behavior. A study at a London community drug team. En: *British Journal of Psychiatry*, No. 164, pp. 101-104.

Goodman y Gilman (1995). *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. McGraw-Hill-Interamericana.

Guisa, V.; Barriga, L.; Sánchez, R y Souza y Machorro (1997). *Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos*. Ed. Centros de Integración Juvenil, A. C. México D.F.

Hays, R. D. y Ellickson, P. L. (1990). How generalizable are adolescents beliefs about pro-drug pressures and resistance self-efficace? En: *Journal of Applied Social Psychology*, No. 20, pp. 321-340.

Meneses, C. (1997). Mujer y heroína. En: Revista Proyecto, N0.23, pp. 10-15.

Mercer, D. E. and Woody, G. E. (1999). Individual drug counseling. Therapy Manuals for Drug Addiction Series. University of Pennsylvania and Veterans Affairs Medical Center. U.S. Department of Health and Human Services. NIDA, Maryland.

Miller W. R. Y Rollnick, S. (1991). Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press.

Miller, W. R. (2003). Motivational enhancement therapy: Description of counseling approach. Approaches to Drug Abuse Counseling. NIDA, Maryland.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN-DEVIDA-ONUDD-CEDRO (2004). Estudio epidemiológico sobre el consumo de drogas en la población escolar de secundaria de menores-2002. Lima.

Montgomery, H. A.; Miller, W. R.; Tonigan, J. S.; Meyers, R. J.; Hester, R. K.; Abbott, P. J. y Delaney, H. D. (1990). SOCRATES as presage: Validation of a new instrument for assessing motivation for behavior change in problem drinkers. (Estudio presentado en el Encuentro Annual de la Association for Advancement of Behavior Therapy. San Francisco.

Muñoz, A. (1987). Fármaco dependencia: La Enfermedad. Marihuana, cocaína, inhalantes, alcohol y otras adicciones. Impre-Jal, S. A., México.

Navarro, R. (1988) Perfiles del síndrome de la pasta básica de cocaína. En: Revista Psicoactiva, No. 1, V (II), pp.55-104.

Navarro, M. y Rodríguez de Fonseca, F. (2000). Cannabinoides y conducta adictiva. En: Adicciones, Monografía Cannabis. Eds. J. Bobes y A. Calafat, v(12), Suplemento 2, pp. 97-108.

NDIC, 2002. Intelligence Brief "National Drug Threat Assessment Marijuana Update". Agosto, 2002.

Pons, J. y Berjano, E. (1999). El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: Un modelo explicativo desde la psicología social. Plan Nacional sobre Drogas.

Pope, H.G., and Yurgelun-Todd, D. (1996). The residual cognitive effects of heavy marijuana use in college students. In: JAMA272(7):521-527, 1996.

Pope, H.G., Jr., Kouri, E.M., and Hudson, M.D. (2000). Effects of supraphysiologic doses of testosterone on mood and aggression in normal men. Archives of General Psychiatry 57(2): 133-140.

Porcerelli, J. H. and Sandler, B. A. (1998). Anabolic-Androgenic Steroid abuse and psychopathology. In: Psychiatric Clinics of North America, No. 21 (4), 829-833,

Prochaska, J. O. and DiClemente, C. C. (1984). The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy, Homewood, IL, Dow Jones/ Irwin.

Prochaska, J. O. and DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. En: W. R. Miller y N. Heather (Eds): Treating Addictive Behavior. Processes of Change. Plenum, New York.

Prochaska, J. O.; Velicer, W. F; Guadagnoli, E.; Rossi, J. S. y DiClemente, C. C. (1991). Patterns of change: Dynamic typology applied to smoking cessation. Multivariate Behavior Res., No. 26, pp. 83-107.

Prochaska, J. O; DiClemente, C. C. y Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. Am. Psychol. No. 47, pp.1102-1114.

Prochaska, J. O y Prochaska, J. M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En: Casas M. y Gossop M. (Eds.). Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaída y prevención de recaídas. Ediciones en Neurociencias, pp. 83-136.

Prochaska, J.O.; Di Clemente, C. C. y Norcross, J. C. (1994). Cómo

cambia la gente: aplicaciones en los comportamientos adictivos. RET, No.1, pp. 3-14.

Prochaska, J. O y Prochaska, J. M. (1999). Why don't continents move? Why don't people change? En: J. Psychother Integration, No. 9, pp.85-136.

Quiroga, M. (2000). Cannabis: Efectos nocivos sobre la salud física. En: J. Bobes y A. Calafat (Eds.). Monografía Cannabis. Adicciones V(12), Suplemento 2, pp.117-133.

Reeve, J. (1994). Motivación y emoción. Madrid: McGraw-Hill, Madrid.

Rich, J.D., Dickinson, B.P., Flanigan, T.P., and Valone, S.E. (2000). Abscess related to anabolic-androgenic steroid injection. Medicine and Science in Sports and Exercise 31(2): 207-209.

Riegel, A.C., and French, E.D. Acute toluene induces biphasic changes in rat spontaneous locomotor activity which are blocked by remoxipride. Pharmacology, Biochemistry and Behavior 62(3):399-402, 1999.

Rist, F. y Watzl, H. (1983). Self assesement of relapse risk and assertiveness in relation to treatment outcome of female alcoholics. En: Addictive Behaviors, No. 8, pp. 121-127.

Rogers, C. y Kinget, M. (1971) Psicoterapia y relaciones humanas (dos tomos). Madrid, Alfaguara.

Rogers, C. (1972) Psicoterapia centrada en el cliente. Buenos Aires, Paidós.

Rogers, C. (1978) Orientación psicológica y psicoterapia. Madrid, Narcea.
Rojas V. M. (1996). Consumo de Pasta Básica de Cocaína en Mujeres. EDEX-KOLEKTIBOA-CEDRO.

Rojas V. M. (1998). Mujeres que consumen sustancias psicoactivas. Un

NIDA (2002). <http://www.drugabuse.gov/pubs/teaching/Teaching5.html>
Nizama, M. (1979). El síndrome de la pasta básica de cocaína. Fenomenología clínica, historia natural y descripción de la sub-cultura. En: Revista de Neuro-psiquiatría, No. 42, pp. 114-134.

Nunes-Dinis, M. y Weisner, C. (1997). Gender differences in the relationship of alcohol and drug use to criminal behavior in a sample of arrestees. In: The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, No.1, v(23), pp. 129-141.

Oliver, E. (1987). Estudio en hijos de fármaco dependientes a la pasta de coca. Tesis de Doctor en Medicina. Facultad de Medicina UNMSM.

Oliver, E. (1989). Pasta de coca y descendencia. En: Psicoactiva, 3, No.1.
Oliver, E.; Arias, R. y Oliver, M. (2001). Trastornos psicopatológicos, conductuales y somáticos, en hijos de adictos de pasta básica de cocaína. En: Anales del Congreso Internacional de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Madrid.

Oliver, E. (2004). Drogas. Psicopatología del uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas. Ed. Libro Amigo.

Ohlsson, A.; Lindgren, J.E.; Wahlen, A.; Agurell, S.; Hollister, L.E.; and Gillespie, H.K. (1980). Plasma delta-9 tetrahydrocannabinol concentrations and clinical effects after oral and intravenous administration and smoking. Clin Pharmacol Ther 28(3):409-416.

Pardell, H.; Jané, M., Sánchez, I.; Villalbi, J. y Saltó, E. (2002). Manejo del fumador en la clínica. Recomendaciones para el médico español. O.M.C. Ars Médica, Barcelona.

Plowman, T. (1980). Aspectos botánicos de la coca. En: F. R. Jerí (Ed.). Cocaína 1980. Actas del seminario interamericano sobre aspectos médicos y sociológicos de la coca y de la cocaína. Pacific Press, Lima. pp. 100-117.

estudio psicológico, social y cultural sobre 627 casos. CEDRO-NAS.

Rojas V. M. y Romo, N. (2002). Peruanas y españolas que consumen drogas: Un estudio desde la perspectiva de género. En: Revista de Psicología de la Universidad Católica del Perú, Vol. XX, No. 2, pp. 253-281.

Rojas V. M. (2002). Asociaciones entre consumo de sustancias psicoactivas y la conducta de prostitución. En: Revista Era Adicciones de Chile, No. 5, pp. 58-71.

Rojas, M.; Giraldo, P. y Montes, C. (2003). Consejería telefónica, consejo psicológico e intervención en crisis. Fundamentos teórico-prácticos en casos de consumo de drogas, suicidio y disfunción familiar. CEDRO/NAS.

Rojas V. M. (2004). Patrones de uso de la marihuana. Análisis de la hipótesis de la escalada. En: Revista Peruana de Drogodependencias, v(1), No.1, pp. 91-111.

Rojas V. M. (2004-b). Comportamientos resilientes y de riesgo. Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes latinoamericanos. En: Desafíos y Avances en la Prevención y el Tratamiento de las Drogodependencias. Ed. Proyecto Hombre-Madrid, pp. 363-376.

Rojas M. y Espinoza L. (2006). "Consejo psicológico y sesiones motivacionales en casos de drogodependencias. Evaluación de las intervenciones del programa Lugar de Escucha de CEDRO" en Revista Peruana de Drogodependencia V(4). Mo1. pp. 137-179

Rollnick, S. y Miller, W. R. (1996). "Qué es la entrevista motivacional?". RET, No.6, pp. 5-9.

Romo, N. (2001). Mujeres y drogas de síntesis. Género y riesgo en la cultura del baile. Ed. Gakoa. Madrid.

Roncero, J.; Ramos J. A.; Collazos, M. y Casas, M. (2001).

Carvalho, M.; Castillo, A. y Rebollida, M. (2002). Women and opiate addiction: A european perspective. European Commission- IREFREA. Palma de Mallorca, pp. 15-26.

Stotss, A.L.; Schimitz, J.M.; Rhoades, H.M. y Grabowsky, J. (2001). Motivational interviewing with cocaine-dependent patients: a pilot study. En: Journal Consult Clinical Psychologi, No. 69, pp. 858-862.

Straussner, S. L. (1997). Gender and substance abuse. En: S.L.A. Straussner y E. Zelvin (Eds.). Gender & Addictions. Mens & Women in treatment. J. A. Inc. Northwale, New Jersey, pp.5-27.

Suay, F., Salvador, A. y González, E. (1996). Bases neurofisiológicas de la motivación. En I. Garrido (Ed.), Psicología de la motivación. Madrid: Síntesis.

Sullivan, M.L., Martinez, C.M., Gennis, P., and Gallagher, E.J. (1998). The cardiac toxicity of anabolic steroids. Progress in Cardiovascular Diseases 41(1): 1-15.

Swanson, A. J.; Pantalón, M. V. y Cohen, K. R. (1999). Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients. En: Journal Nerv. Mental Disorders, No. 187, pp. 630-635.

Ungerleider, Th. J. (1980). Cocaína. Uso y abuso. En: F. R. Jerí (Ed.) Cocaína 1980. Pacific Press, Lima.

Varma, S. L. y Sharma, I. (1993). Psychiatric morbidity in the first-degree relatives of schizophrenic patients. In: British Journal Psychiatry (Nov. 1993), pp.163-700.

Vásquez, C. (2001). Una aproximación a la psicoterapia de Carl Rogers. En: Psicoterapia On-Line.

<http://www.psicologia-online.com/colaboradores/cvasquez/rogers.htm>

Vila, J. y Fernández, C. (1990). Activación y conducta. En S. Palafox y J.

Vila (Eds.), Motivación y emoción. Madrid: Alhambra Universidad.

Washton, A. M. (1995). La adicción a la cocaína. Tratamiento, recuperación y prevención. Paidós.

Washton, A. M. (2003). A psychoterapeutic and skills-training approach to the treatment of drug addiction. Approaches to Drug Abuse Counseling. The Washton Institute, New York.

Watzlawick, J.; Beavin Bavelas, J. y Jackson, D. (1997). Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas. Biblioteca de Psicología. Textos Universitarios.

Wilson, W.; Mathew, R.; Turkington, T.; Hawk, T.; Coleman, R.E.; and Provenzale, J. (2000). Brain morphological changes and early marijuana use: A magnetic resonance and positron emission tomography study. *Journal Addict Dis* 19(1):1-22.

Zuckerman, M. (1994). Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking, Cambridge. Cambridge University Press.

Zhu, L.X.; Stolina, M.; Sharma, S.; Gardner, B.; Roth, M.D.; Tashkin, D.P.; and Dubinett, S.M. (2000). Delta-9 tetrahydrocannabinol inhibits antitumor immunity by a CB-2 receptor-mediated, cytokine dependent-pathway. *Journal Immunology* 165(1):373-380.

Complicaciones psicóticas del consumo de cocaína. En: F. Pascual, M. Torres y A. Calafat (Eds.), *Monografía Cocaína, Adicciones*, V (13), Suplemento 2, pp. 179-189.

Rosenbloom, M.; Sullivan, E. y Pfefferbaum, A. (2003). Using magnetic resonance imaging for assess brain damage in alcoholics. En: *Alcoholic Brain Disease*, v(27), No. 2.

Sampl, S. y Kadden, R. (2001). Motivational enhancement therapy and cognitive behavioral therapy for adolescent cannabis users: 5 sessions. CYT, Cannabis Youth Treatment Series, Volume 1. University of Connecticut Scholl of Medicine. U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Health Services Administration. Rockville. Scheier, L.M., and Botvin, G.J. (1996). Effects of early adolescent drug use on cognitive efficacy in early-late adolescence: A developmental structural model. *Journal of Substance Abuse* 7(4):397-404.

Sebastián, J. (2001). Género, salud y psicoterapia. En: M. J. Carrasco y A. García-Mina, *Género y Psicoterapia*. Universidad Pontificia Comillas, Madrid, pp.11-36.

Sharp, C.W., and Rosenberg, N.L. Inhalants. In: Lowinson, J.H.; Ruiz, P.; Millman, R.B.; and Langrod, J.G. (Eds.), *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*, 3d. ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 246-264, 1996.

SONEPSYN. Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile (2003).

Soderberg, L.S. (1999). Increased tumor growth in mice exposed to inhaled isobutyl nitrite. *Toxicology Letters* 101(1-2):35-41.

Stocco, P.; Llopis, J. J.; De Facio, L.; Calafat, A. y Mendes, F. (2000). Women drug abuse in Europe: Gender identity. *European Commission- IREFREA*. Palma de Mallorca. pp. 27-37.

Stocco, P.; Llopis, J. J.; DeFacio, L.; Facy, F.; Mariani, E.; Legl, Th.; De

ACRÓNIMOS

AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome. En español: SIDA.

APA - American Psychiatric Association

BAC - Blood Alcohol Concentration

CEDRO - Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas - Lima, PERÚ

CIE - Clasificación Internacional de Enfermedades

CQI - Continuous Quality Improvement Mejora Continua de la Calidad

CSAP - Center for Substance Abuse Prevention

DGPND - Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

DSM-IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, version IV

EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

HIV - Human Immunodeficiency Virus- Virus de la Inmunodeficiencia Humana. En español: VIH

ICD-10 - International Classification of Diseases, versión 10

LUGAR DE ESCUCHA - Programa de consejo psicológico y motivación en casos de consumo, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas de CEDRO, Perú

NIDA - National Institute on Drug Abuse

OEDT - Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

OED - Observatorio Español sobre Drogas

OMS - Organización Mundial de la Salud

OR - Odds Ratio

PNSD - Plan Nacional sobre Drogas

SAMHSA - Substance Abuse and Mental Health Services Administration

SIDA - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SNC - Sistema nervioso central

UNDCP - United Nations International Drug Control Programme

VIH - Virus de Inmunodeficiencia Humana

WHO - World Health Organization. En español: OMS

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Abstinencia. Puede tener dos significados. Cuando la palabra se emplea sola se refiere al período durante el cual el usuario de sustancias psicoactivas no las consume; cuando se le emplea acompañada del término “síndrome de” se refiere al conjunto de síntomas y molestias que experimenta un usuario que suspende el consumo de una sustancia adictiva.

Absorción. El término absorción denota la rapidez con que un fármaco sale de su sitio de administración, y el grado en que lo hace.

Abuso de drogas. Los tratados vigentes de control internacional de drogas no definen el abuso de drogas, pero hacen referencia a diversos términos, incluyendo abuso, uso inadecuado y uso ilegal. En el contexto del control internacional del tráfico de drogas, el abuso de drogas se refiere al uso de cualquier sustancia bajo control internacional para propósitos que no sean médicos o científicos, incluyendo el uso sin prescripción, dosis excesivas o el consumo durante períodos injustificadamente largos. En el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1995) se utiliza el término “abuso de sustancias”.

Ácido benzoico. Hidrato de benzoilo. Se usa como conservador de alimentos. Localmente como fungistático, y por vía oral como antiséptico, diurético y expectorante.

Ácido carbónico. Compuesto que resulta de la combinación del anhídrido carbónico y del agua. Su concentración aumenta con la presión, dando dos series de sales.

Ácido clorhídrico. También conocido como ácido muriático. El producto comercial se usa como escarótico (cáustico o corrosivo). El gas y la solución concentrada son fuertes irritantes.

Ácido lisérgico. (Ver: LSD).

Ácido sulfúrico. Sustancia que se obtiene por combinación del bióxido de azufre con el oxígeno y sucesiva hidratación. Es un líquido de aspecto oleoso, incoloro e inodoro muy soluble en agua, formando diversos hidratos. Se combina directa o indirectamente con metales.

Adicción. (Ver: dependencia).

Adormidera. Planta de la familia de las papaveráceas de la que se conocen varias clases o variedades: Adormidera negra (*papaver nigrum*); sus flores poseen 4 pétalos rojos manchados de negro en su base; alcanza más de un metro de altura, sus hojas son alternas, anchas, dentadas en sus bordes. El tallo es cilíndrico, grueso. La raíz delgada, oscura por fuera y blanca por dentro. Los frutos tienen forma de cápsulas, uniloculares, con tabiques incompletos.

Adrenérgico. Relacionado con las células o fibras nerviosas del SNC que emplea la noradrenalina.// Relacionado con las drogas que imitan las acciones del sistema nervioso simpático, autónomo y neurovegetativo. Sus receptores pueden ser alfa o beta.

Agonista - Antagonista. En bioquímica, un agonista es aquella sustancia capaz de unirse a un receptor y provocar una respuesta en la célula. Un agonista es lo opuesto a un antagonista, en el sentido de que mientras un antagonista también se une a un receptor, no solamente no lo activa sino que en realidad bloquea su activación por los agonistas. Un agonista parcial activa al receptor pero no causa tanto efecto fisiológico como un agonista completo. Los receptores en el cuerpo humano funcionan al ser estimulados o inhibidos por agonistas o antagonistas naturales (como las hormonas o neurotransmisores) o artificiales (como las drogas).

Alcaloide. Grupo de compuestos químicos de origen vegetal, que usualmente tienen la capacidad de modificar el funcionamiento físico y psicológico. Son metabolitos secundarios. Los alcaloides verdaderos proceden siempre de un aminoácido. Generalmente, actúan sobre el sistema nervioso central, si bien algunos afectan al parasimpático.

Las acciones presentadas por los alcaloides son muy diversas, la más estudiada es la acción euforizante que presentan algunos como la cafeína o la cocaína. También existen alcaloides con efectos depresores del sistema nervioso central como la morfina.

Alcohol etílico. Depresor del sistema nervioso central que se obtiene de fermentación o de destilación y que se ingiere en grandes cantidades, legalmente, en los países occidentales, aún reconociendo su alta toxicidad.

Alcohol metílico. Metanol. Alcohol de madera. Empleado en la industria de barnices, colorantes, barnices, líquidos limpiaparabrisas de vehículos y vinos adulterados. La dosis tóxica mortal es a partir de los 50-60 ml.

Alcoholismo. Estado de consumo crónico de alcohol, que produce dependencia y tolerancia. No implica necesariamente beber hasta embriagarse, ni beber todos los días.

Alucinación. Percepción para la cual no hay un estímulo adecuado en el mundo exterior.

Alucinógenos. Agente químico que induce alteraciones en la percepción, el pensamiento y las emociones. La intoxicación, algunas veces llamada “viaje” está asociada a cambios en la experiencia sensorial que incluyen ilusiones visuales y alucinaciones, una percepción acrecentada de los estímulos externos y una conciencia intensificada de los pensamientos y estímulos internos. Estas alucinaciones, que se producen a un nivel claro de conciencia y en ausencia de confusión, pueden ser psicodélicas y psicotomiméticas. Psicodélico es el término empleado para definir la experiencia subjetiva de que, debido a una percepción sensorial incrementada, la mente se expande, se entra en comunión con la humanidad o con el universo y se tiene algún tipo de experiencia religiosa. El término psicotomimético significa que la experiencia mimetiza un estado de psicosis, aunque su similitud con esta es superficial. La mayoría de los alucinógenos se toman oralmente y su uso, generalmente, se da en episodios aislados (es muy raro el uso muy frecuente o crónico). Los

producir el opio, de sus cápsulas inmaduras. El opio es el jugo coagulado de la adormidera, obtenido de las cápsulas no maduras. El opio (en polvo) contiene más de 35 alcaloides, que en base a su configuración química son de dos clases: grupo de fenantreno (muy adictivo, sujeto a controles en todo el mundo), entre los que se destacan la tebaína, codeína, codeinonas, morfina, morfina, morfina, etc.

Anadamidas. Estas sustancias se localizan en las zonas del cerebro que suministran la sensación de placer. Con el consumo de marihuana se puede experimentar las mismas sensaciones, solo que el activo de la marihuana reduce, por su efecto placentero, la sensación de estar haciendo algo inútil.

Analgesia. Pérdida o reducción de la sensibilidad al dolor.

Anfetaminas. Amina simpaticomimética con efectos sobre el sistema nervioso central de carácter estimulante, vasoconstrictor, analgésico y anoréxico; metilfenetilamina. Efectos: produce vasoconstricción, inhibición del tracto gastrointestinal y de la vejiga, así como dilatación de las pupilas. También estimula la corteza cerebral y los centros respiratorios y vaso motor. Provoca un estado de “alerta mental”, euforia, disminución de la sensación de fatiga y un incremento de la actividad motora.

Anorexia. Ausencia de apetito.

Anorexígenos. Compuestos también llamados “píldoras para adelgazar” o “supresoras del hambre”. Fueron empleados para tratar la obesidad, incorporándose una extensa gama a la farmacopea moderna, como la fenmetrazina, fentermina, dietilpropión, mefenorex, etc. Son semejantes a las anfetaminas, de cuya estructura derivan. Provocan una dependencia de tipo anfetamínico, con estimulación del sistema nervioso central, exaltación, alucinaciones, episodios psicóticos. Con su privación se presentan síntomas de agotamiento y depresión. La tolerancia aparece rápidamente.

Autocontrol. El autocontrol ha sido definido como la capacidad para frenar o inhibir determinadas respuestas motoras, conductuales o emocionales, de manera que permiten al individuo demorar la gratificación en determinadas situaciones para obtener recompensas futuras. Se ha caracterizado a los sujetos con un bajo autocontrol como individuos que: responden a lo inmediato, desentendiéndose de las consecuencias futuras de sus actos; buscan activamente sensaciones y experiencias intensas y arriesgadas; tienen una baja tolerancia a la frustración; carecen de empatía. El consumo de drogas, al igual que algunas otras formas de comportamiento disocial, se caracteriza por proporcionar una gratificación inmediata y por el riesgo de provocar daños futuros. En consonancia con ello, diversos estudios han señalado la falta de autocontrol como uno de los factores de riesgo para el abuso de drogas.

Autoconcepto. Es el sistema de significaciones básicas; incluye ideas, actividades, valoraciones y compromisos, que el sujeto posee de sí mismo y de sus relaciones con el mundo circundante.

Autoeficacia. Se refiere a la creencia que tiene una persona sobre su habilidad para llevar a cabo con éxito una tarea específica.

Autoestima. Es la suma de la confianza y el respeto que debemos sentir por nosotros mismos; refleja el juicio de valor que cada uno hace de su persona para enfrentar los desafíos que presenta nuestra existencia.

Autosistema. Constructo psicológico propuesto para englobar autoconcepto, autoeficacia y autoestima.

Ansiolíticos. En 1950 se elaboraron los denominados tranquilizantes menores o ansiolíticos. El primero fue el meprobamato (llamado, la píldora de la felicidad); más adelante se lanza la glutetimida. A estos le sucedieron muchos otros psicofármacos ("librium", "doriden", "valium", "placedit") y rápidamente, también, el fenómeno abusivo. El meprobamato puede generar adicción psíquica y física; su abstinencia trae vómitos, insomnio, dolor de cabeza, temblores y ataxia. Con el uso excesivo aparecen incoordinación muscular y síntomas psíquicos similares a la intoxicación

efectos se notan después de 20 ó 30 minutos desde la ingestión (dependiendo de la droga utilizada) e incluyen euforia, alucinaciones visuales y percepciones alteradas, produciéndose rápidos cambios entre la euforia y el abatimiento. Los alucinógenos se clasifican en función de su estructura química y de su similitud con determinados neurotransmisores.

En primer lugar destacan las sustancias relacionadas con las catecolaminas como, por ejemplo, la mescalina que es el alcaloide principal del cactus peyote y presenta unos efectos parecidos a la LSD, pero es menos potente. En segundo lugar existe una gran variedad de alucinógenos cuya estructura química está íntimamente relacionada con la serotonina, entre los cuales está la psilocibina, psilocina, etc. En tercer lugar, el grupo prototípico es el relacionado con el ácido lisérgico, entre los que el producto alucinógeno más prototípico, más potente y mejor estudiado es la lisérgica, dietilamida del ácido lisérgico o LSD-25, que es el alucinógeno de referencia para el estudio de los efectos farmacológicos. Las alteraciones inducidas por la LSD incluyen cambios en la percepción, sobre todo en la esfera de lo visual y en la sensación subjetiva del tiempo, cambios en el umbral emocional frente a los estímulos externos (por ejemplo, puede aumentar enormemente la capacidad de sugestión) y cambios en la organización del pensamiento, siendo característica la profusión atolondrada de ideas que el sujeto se ve incapaz de verbalizar ordenadamente y que, en condiciones normales, inducen a una percepción trascendental de la experiencia. Todos estos cambios dependen extraordinariamente del estado emocional previo de la persona y del entorno en que se produce la experiencia. En condiciones adversas, estos cambios en la organización del pensamiento pueden conducir a reacciones de pánico (bad trips) que pueden requerir asistencia psiquiátrica de urgencia. El consumo de la LSD también puede producir la aparición de problemas psiquiátricos latentes y trastornos de la percepción post-ingesta o flashbacks.

Amapola. Sinónimo de adormidera. Planta espermatofita, clase de las dicotiledóneas; familia de las papaveráceas; género papaver; especie papaver somniferum, de la que se conocen 110 especies con más de 600 subespecies y variedades. La papaver somniferum es la única capaz de

con barbitúricos o con alcohol. Las benzodizepinas y derivados son los sedantes tranquilizantes menores más difundidos y más consumidos. En el 60% de los casos se prescriben contra la ansiedad y otros problemas de personalidad. Modifican los trastornos que provocan angustia y ansiedad. Tienen acción sedante y son facilitadores de sueño por acción miorrelajante (no hipnótica). También son anticonvulsivantes, anulan conductas estresantes y tienen afectos antiagresivos, pero no presentan acción antipsicótica. Sus efectos se ven potenciados por el alcohol.

Antidepresivo. Medicamentos prescritos para los casos de depresión. Uno de los que lidera el mercado, sobre todo en los Estados Unidos, es el Prozac. El síndrome depresivo se caracteriza por un humor triste o disfórico, por un cambio psicomotor (que oscila entre la inhibición de la iniciativa y de los pensamientos hasta la agitación e inquietud ansiosa) y por sentimientos de auto reproche. La depresión puede estar acompañada, o no, por síntomas somáticos (constipación, cefaleas) y en ocasiones por crisis psicóticas, con ideas delirantes y alucinaciones.

Antipsicótico. Psicofármacos que actúan sobre la sintomatología de la psicosis en sus diferentes formas: delirios (persecutorios, hipocondríacos), alucinaciones (sensoriales), alteración marcada del pensamiento abstracto, conductas desorganizadas y trastorno al hablar. Actúan como antidelirantes y alucinolíticos; poseen acción analgésica y anestésica e inhiben las emociones.

Ataxia. Desorden, falta de coordinación de los movimientos voluntarios.

Barbitúricos. Depresores del sistema nervioso central, que interfieren en los neurotransmisores cerebrales. Se ingieren por vía oral y sus efectos duran más de 6 horas. El abuso de depresores se traslada al feto en el caso de las embarazadas, causando defectos orgánicos y problemas de conducta. Depresores del sistema nervioso central, que crean dependencia física y psíquica. El ácido barbitúrico y sus homólogos (los hipnóticos) conducen con rapidez hacia la adicción y la paranoia. En altas dosis, pueden provocar coma y la muerte.

Búsqueda de sensaciones. Rasgo de la personalidad caracterizado por la necesidad de experimentar sensaciones y experiencias novedosas, variadas y complejas, así como la tendencia a arriesgarse para poder conseguir dichas experiencias. Mientras que una persona con una necesidad alta de búsqueda de sensaciones prefiere tener una continua fuente externa de estimulación, le aburre la rutina y busca de manera constante modos de aumentar la activación mediante experiencias excitantes, una persona con un bajo nivel del rasgo, prefiere menos estimulación y tolera la rutina bastante bien. Algunos estudios han vinculado la búsqueda de sensaciones a un mayor riesgo de desarrollar comportamientos problemáticos como el abuso de drogas.

Solanácea. (*datura stramonium*) de algo más de un metro de altura, con flores que parecen embudos blancos. En verano sus frutos grandes, en forma de cápsulas ovoides erizadas de púas, semejan una centella abriéndose en cuatro sectores longitudinalmente. Contiene los alcaloides principales de la belladona (hiosciamina, escopolamina, atropina) y del beleño. Su toxicidad es alta en hojas, semillas y raíz. Poderoso alucinógeno, de riesgo fatal, más intenso que el LSD-25. Se fuma, se bebe (tisana) y se ingiere (raíz pulverizada).

Cafeína. Alcaloide presente en diversas plantas (café, té, mate, cacao, guaraná, nuez de cola, etc.). Se ha obtenido sintéticamente, por transformación, de la teofilina, la teobromina y el ácido úrico del guano. Actúa como energizante de las sístoles cardíacas, produce vasoconstricción periférica y aumenta el poder excimotor de la médula. También se emplean derivados de la cafeína como: bromhidrato, clorhidrato, citrato y valerianato. La cafeína (del café) y la teína (del té) son principios activos de composición similar. Tanto el café como el té en dosis moderadas aceleran el ritmo cardíaco y excitan el sistema nervioso, a la vez que generan insomnio.

Cannabinoides. Sustancias contenidas en la resina de la marihuana. Entre las 30 aisladas hasta el momento, se destacan: cannabinol (CBN), cannabidiol (CBD), cannabigerol (CBG) y cannabicromeno (CBC), a las que deberá agregarse, por sus principios psicotóxicos, el THC. (Ver: marihuana).

Carbonato de litio. Sustancia utilizada para el tratamiento de la psicosis maniaco-depresiva. Exige un manejo muy cuidadoso y un control regular de la concentración del medicamento en la sangre.

Cocaína. Alcaloide que se extrae de las hojas de coca del arbusto *Erythroxylon coca lamarck*, las cuales son enteras, ligeramente pecioladas, ovales, agudas y obtusas; de 2 a 7 cm de largo y de 1,5 a 4 cm de ancho, finalmente reticuladas con nervadura central prominente y terminadas en pequeña punta en el ápice (que habitualmente falta). A cada lado de la nervadura central, y aproximadamente a un tercio de la distancia de éste al borde, se encuentran dos líneas curvas bien visibles. Son de color verde grisáceo, a veces parduzco, rígido y lampiño, de olor débilmente aromático, de sabor amargo, astringente y algo acre. El derivado de la coca (aymara: khoka) por la reacción de reactivos.

Codeína. Alcaloide natural presente en el látex bruto del opio. // Depresor del SNC. Hipnoanalgésico o narcótico. Alcaloide natural del opio, cuya fórmula es 3-metil-morfina. Usado en jarabes para combatir la tos.

Compulsión. Concepto que comprende la necesidad o “hambre de droga” que generan determinadas SPAs como los derivados cocaínicos y los opiáceos. En este sentido, se observa que cuanto más se alejan los patrones de consumo, particularmente en el consumo patológico, es de esperar un incremento importante de la compulsión por el consumo o “hambre de droga”.

Conducta de riesgo. En general, es una forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente. En relación con el uso de drogas, se refiere a conductas que ponen a las personas en riesgo de daños relacionados con dichas drogas. Aunque este término se ha relacionado más a menudo con conductas tales como compartir jeringuillas u otros útiles para inyectar (cuchara, agua, torniquete, etc.), las que ponen, a los consumidores por vía parenteral, en riesgo de transmisión de virus como SIDA o hepatitis C, el término puede ser aplicado para cualquier droga y cualquier riesgo de daño a la vida, las

Barbiturismo. Intoxicación aguda o crónica producida por ciertos hipnóticos derivados del ácido barbitúrico. La intoxicación barbitúrica aguda produce sueño profundo, diversas erupciones cutáneas, complicaciones pulmonares, infecciones, disfunciones cardíacas y estado de coma, entre otras, pudiendo sobrevenir la muerte. La intoxicación barbitúrica crónica surge de la regularidad con que los drogodependientes consumen barbitúricos en pequeñas dosis, para lograr estados de euforia, sensación de embriaguez y a veces delirio persecutorio.

Base libre o free base. Cocaína sin el ácido clorhídrico. Trátase del alcaloide en estado casi puro, pues el ácido clorhídrico lo torna soluble en agua. Funde a 100° menos que el clorhidrato de cocaína, por lo que se volatiliza a mucha menor temperatura y así se puede fumar. Una vez volatilizada, al enfriarse no se cristaliza, permitiendo su reutilización. Se fuma en pipas de agua convencionales.

Bazuco. Mezcla de pasta básica de cocaína (ver PBC) o de sus sobras con tabaco. Al contener la PBC permanganato de potasio, éter, cal, nafta, ácido clorhídrico, ácido sulfúrico, etc., si se utilizan sus residuos, la toxicidad resulta muy elevada.

Benzodicepinas. Grupo de compuestos químicos con los cuales se producen medicamentos empleados como sedantes y ansiolíticos (que disminuyen la ansiedad).

Bhang. Thc que se consume en infusión acuosa de marihuana. Se denomina *bhang* o *blang*, forma usada en África del Norte, y *bang* por los hindúes. Polvo de marihuana mezclado con especias, miel o agua, que puede beberse o ingerirse, en la India y Asia Central. // Principio activo de la marihuana (THC = delta-9-trans-tetrahidrocannabinol), consumido bajo la forma de infusión acuosa. Burundanga. (Ver: THC).

Biodisponibilidad. Llamase así el grado en que un fármaco llega a su sitio de acción, o un líquido biológico desde el cual tiene acceso a dicho sitio.

relaciones, la salud o de recibir sanciones legales.

Consejo psicológico o *counselling* y psicoterapia. El consejo psicológico es un proceso interpersonal intensivo que pretende ayudar a la población normalizada a lograr sus metas o a desarrollar sus funciones de manera más efectiva. La psicoterapia es generalmente un proceso a más largo plazo relacionado con la reconstrucción de la persona y cambios más profundos en áreas psicológicamente fundamentales tales como la estructura de la personalidad. La psicoterapia se concibe generalmente para aquellas personas que padecen alguna patología.

Consejería off-line. La consejería y orientación off-line es aquella en la que no hay una interacción directa en tiempo real entre consejero y consultante. En este caso la interacción es a través del e-mail o correo electrónico.

Consejería on-line. La consejería y orientación on-line es aquella donde sí hay interacción directa en tiempo real entre consultante y consejero a través de chat o vídeo conferencia.

Constructo. Concepto, generalmente no observable (Ej.: logros educativos o estatus socio-económico) que es representado por una variable medible. (Tomado de: CSAP, 2001 a).

Consumidor experimental o experimentador. Aquel que accede a la SPA por curiosidad para experimentar sus efectos, sin reincidir en ella. Estos consumos generalmente se dan en la preadolescencia y adolescencia.

Consumidor múltiple. Cuando un consumidor de SPA emplea distintas o múltiples sustancias, con vías de administración diferentes o simultáneas. También llamada poli toxicomanía o pluritoxicomanía.

Coqueo. Hábito ancestral de los pueblos latinoamericanos andinos, consistentes en chupar (más que mascar) el jugo del bolo de hojas de coca que, mezclado con cal, bicarbonato o cenizas, forma la llipta o tocrá. Como

física, no todas las sustancias la causan, pero la dependencia presupone la tolerancia. También es llamada acostumbramiento por algunos autores, y c) la dependencia, que es la necesidad imperiosa de una cantidad determinada de sustancia en el organismo para mantener su funcionamiento (el nivel normal de intoxicación ya adquirida). Todas las sustancias psicoactivas crean dependencia.

Depresión. Estado psicológico caracterizado por un bajo nivel de actividad, tristeza, sentimientos de culpabilidad e inhibición.

Depresores. Sustancias que disminuyen el nivel de funcionamiento del sistema nervioso central. Entre ellos están: los narcóticos o estupefacientes (derivados del opio), el alcohol, los barbitúricos, los anestésicos y los inhalantes.

Diagnóstico psicológico. Es el resultado del proceso por el cual se obtiene resultados para conocer el estado psicológico actual del individuo.

Dopamina. Hidroxitiramina. Intermediario del metabolismo de la tirosina y precursor de la noradrenalina y adrenalina. Está presente en el SNC y se localiza en los ganglios basales (núcleos caudado y lenticular), por lo que están en estudio otras funciones.

Dosis. Cantidad que se consume de una sustancia.

Drogodependencia. (Ver: dependencia).

Eliminación (excreción). Las sustancias se eliminan del organismo, ya sea inalteradas o en forma de metabolitos. Los órganos de excreción, excluidos los pulmones, eliminan con mayor eficiencia compuestos polares que sustancias de gran liposolubilidad. De este modo, los fármacos liposolubles no se eliminan con rapidez hasta ser metabolizados en compuestos más polares.

Entrevista motivacional. Técnica de valoración y consejo que, mediante un enfoque de no confrontación, trata de obtener información

directamente de las personas sobre temas difíciles, como el consumo de alcohol y otras drogas, y ayudarlas a tomar decisiones positivas para modificar ese consumo indefinidamente. La filosofía que subyace en esta técnica está estrechamente relacionada con las etapas del modelo de cambio de conducta, en el que los cambios del comportamiento se producen a través de un proceso de toma de decisiones que sigue etapas definidas como: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. La entrevista motivacional comprende una serie de técnicas, cuyo objetivo es que la persona beneficiaria de la intervención se mueva a través de esas etapas y pueda valorar de forma apropiada los beneficios e inconvenientes de su comportamiento actual, en una entrevista exenta de juicios de valor.

Epidemiología. Estudio de los índices de salud-enfermedad en un grupo dado; análisis de la ocurrencia, distribución y curso de la salud y la enfermedad. Incluye índices como la incidencia y la prevalencia.

Esteroides anabólicos. Todas las hormonas esteroides están construidas sobre la misma estructura primaria, denominada núcleo esteroide (progesterona, hidrocortisona, aldosterona, etc.). Los anabólicos potencian el incremento de la masa muscular, procurando mejorar el rendimiento deportivo. Se les conoce como anabólicos esteroides, esteroides andrógenos o esteroides anabólicos. Algunos de los efectos que provocan son: acné, piel grasosa, calvicie progresiva, atrofia testicular, crecimiento del clítoris, crecimiento de las tetillas en los varones, incremento del colesterol, aumento del riesgo de infarto, ictericia, urticaria, tumores en el hígado, inflamación prostática, daño en el feto y esterilidad en las mujeres, problemas en psicosexuales por reducción de la libido (en ambos sexos), comportamiento agresivo, dolores abdominales y óseos y cálculos vesiculares.

Estilo de vida. El estilo de vida es una forma de vivir basada en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características de cada persona, las interacciones sociales y las condiciones socio-económicas y ambientales en las que vive. Estos modelos de comportamiento están continuamente sometidos a

las hojas de coca contienen 14 alcaloides, sus componentes se descomponen con la saliva, siendo absorbidos por la mucosa de la boca, el estómago y el tracto intestinal.

Crack. Base libre de cocaína tratada con bicarbonato de sodio, para hacerla más fácilmente utilizable y vendible

Crash. Depresión que experimenta el adicto o adicta a la cocaína luego del efecto tóxico ocasionado por el agotamiento de las reservas de la dopamina en las células cerebrales. // Depresión que sobreviene por la pérdida de acción de los estimulantes en el organismo.

Craving. Término inglés que se usa para referirse al impulso imperioso, central en toda dependencia, de consumir una determinada sustancia con el deseo subjetivo de experimentar sus efectos. El craving supone una reacción aprendida, primero a partir de la experiencia gratificante del consumo (refuerzo positivo) y, más adelante, fruto de la necesidad para evitar el síndrome carencial (refuerzo negativo).

Crónico. Estado continuo o de larga duración de una alteración.

Delirio. Idea falsa que se mantiene a pesar de las demostraciones de su falsedad. Suele ser de corta duración.

Delirium tremens. Grave desorden físico y psicológico que suele presentarse en los alcohólicos. Se caracteriza por delirios, alucinaciones y estados de terror.

Dependencia. Intoxicación crónica originada por el uso prolongado de una SPA. Su supresión provoca desfavorables síntomas y signos, acompañados por un deseo irresistible de utilizarla. Hoy la dependencia (también llamada adicción, toxicomanía, drogodependencia, toxico dependencia, fármaco dependencia, etc.), implica la acción conjunta de: a) el hábito o habituación; b) La tolerancia, que es la adaptación biológica a determinada sustancia que obliga a la ingestión de dosis cada vez mayores para obtener el mismo efecto. La tolerancia es eminentemente

interpretación y prueba en distintas situaciones sociales, no siendo, por lo tanto, hijos. Los estilos de vida pueden ejercer un efecto profundo en la salud de una persona y en la de quienes la rodean. Si las actuaciones preventivas pretenden mejorar la salud y/o la calidad de vida, facilitando a los individuos cambiar sus estilos de vida, la acción preventiva debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener estos patrones de comportamiento. Es importante señalar que no existe un estilo de vida óptimo al que puedan adscribirse todas las personas. La cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno doméstico y laboral, harán más atractivas, factibles y adecuadas determinadas formas y condiciones de vida para cada persona.

Estimulantes. Categoría de clasificación en la que se ubican las sustancias que tienen como efecto el aumentar la actividad del sistema nervioso central.

Euforia. Sentimiento de bienestar y optimismo, generalmente acompañado de un incremento de la actividad motora.

Erythroxilum coca. Nombre científico del arbusto del cual se extrae la cocaína; existen muchas variedades, casi todas latinoamericanas.

Evaluación. Procedimiento o conjunto de procedimientos que permiten estimar el valor de un programa, intervención, acción o política. En general, señalar o apreciar el valor de una cosa. Proceso que intenta determinar de forma sistemática y objetiva la relevancia, eficacia, efectividad o impacto de determinadas actividades a la luz de sus objetivos.

Tomado de: Rubio Cebrián, 1995. Adaptado de: Hawe, Degeling y Hall, 1993; y CSAP, 2001a.??

Éxtasis. Químicamente, la fórmula del MDMA corresponde a 5-metoxi-3,4-metilenedioxianfetamina. Produce una alta y rápida dependencia física y psíquica. Se trafica en forma de cápsulas, polvo, tabletas o

supone la asunción de la responsabilidad que conlleva la maternidad/paternidad, el ejercicio de la autoridad, la guía y la educación, el marco del que surgen las normas de convivencia, etc.

- El subsistema fraterno lo conforman los hijos, y es el espacio donde experimentan la primera relación de iguales, con el aprendizaje que ello implica. Actualmente se deben considerar diversas formas de familia, entre las que se encuentran:
- Familias plurinucleares o extensas: en las que conviven varias generaciones y parientes de distinto grado, en el mismo hogar.
- Familias nucleares, en las que conviven exclusivamente padres e hijos.
- Familias de núcleo estricto: formadas por la unión de una pareja que no tiene descendencia. Incluye también a las personas mayores cuyos hijos ya se han independizado.
- Familias monoparentales: en las que convive un progenitor (padre o madre) y los hijos que dependen de este.
- Familias reconstituidas: se forman con la unión de progenitores que han formado otras familias previamente, las cuales se han roto por diversas causas. En ellas conviven los hijos de anteriores uniones.
- Familias de acogida: familias, generalmente nucleares o de núcleo estricto, que, con el apoyo de la administración pública, acogen temporalmente a niños que no pueden ser atendidos convenientemente por sus padres biológicos.
- Otras familias: ciertos grupos sociales, como las personas homosexuales, reivindican el derecho al reconocimiento de las relaciones de pareja estable, así como la equiparación de sus derechos con las parejas de distinto sexo.

Farmacocinética clínica. Una hipótesis fundamental de la farmacocinética clínica es que existe una relación entre la respuesta farmacológica o tóxica a un medicamento y la concentración medible del mismo (p.e. en sangre). La farmacocinética clínica tiene por objeto esclarecer la relación más cuantitativa entre dosis y efecto, y el marco de referencia en que es posible interpretar las cuantificaciones de las concentraciones de fármacos en los líquidos biológicos.

Farmacodinamia. Es el estudio de los efectos bioquímicos y fisiológicos de los fármacos y sus mecanismos de acción. El análisis de la acción medicamentosa busca definir las interacciones químicas o físicas entre el medicamento y la célula “blanco”, e identificar la sucesión o secuencia completa y amplitud de acciones de cada agente.

Farmacología. Conocimiento de la historia, origen, propiedades, físicas y químicas, asociaciones de los fármacos, efectos bioquímicos y fisiológicos, mecanismos de acción, absorción, distribución, biotransformación y excreción, así como también de los usos con fines terapéuticos o no de las SPAs.

Fenciclidina (PCP). Conocida como “polvo de ángel”, es una sustancia sintética con efectos depresores y alucinatorios. Es muy tóxica.

Flash back. Experiencia alucinatoria que aparece en forma recurrente, espontánea e involuntaria mucho tiempo después de haber ingerido una SPA. Es característico de la ingestión de LSD.

Hashish. Sustancia constituida por la resina pura, secreciones resinosas de las inflorescencias y hojas de la planta femenina de la marihuana. Se presenta formando tortas o bolas negras o marrones, luego de su secado y moldeado a mano por quienes resulten inmunes a la sustancia. Se fuma en pipa y es de seis a ocho veces más activo que el fumado de la marihuana y el bhag.

Heroína. Opiáceo con efectos sedantes y analgésicos.

pastillas, que se ingieren, inhalan o inyectan. Frecuentemente, suele mezclarse con cocaína, heroína o cualquier serie de anfetaminas: un cóctel mortal.

Factores subyacentes. Conductas, actitudes, condiciones o acontecimientos que causan, influyen o predisponen a un individuo a ofrecer resistencia al consumo de drogas o a implicarse en él.

Familia. La evolución que ha sufrido la familia en los últimos años ha dado lugar a una amplia variedad de situaciones difíciles de encuadrar en una definición única. Por ejemplo, el CSAP la define como “padres (o personas que hacen el papel de padres) e hijos que están relacionados entre sí por lazos biológicos o de atribución de tutoría, formalmente (legalmente) o informalmente, que se implican juntos y de forma activa en la vida familiar (compartiendo una red social, recursos materiales y emocionales y fuentes de apoyo)”. Naturalmente, junto a las familias compuestas por padres e hijos hay que considerar otras situaciones (convivencia con otros familiares, familias monoparentales, familias sin descendencia, etc.). La familia tiene una función clave en la socialización del individuo y contribuye especialmente a su desarrollo social, emocional y cognitivo. Es el primer grupo social del que forma parte y, como en cualquier núcleo social, sus miembros interactúan entre sí con arreglo a reglas de relación, roles y funciones que van cambiando a lo largo de la vida de ese grupo, y en relación con la influencia de otros grupos sociales más amplios.

El sistema familiar desempeña sus funciones a través de subsistemas, es decir, pequeños grupos dentro del grupo familiar:

- El subsistema conyugal lo constituyen la pareja de adultos que fundan la familia y que asumen funciones complementarias, buscando la acomodación mutua. El modo de relación y estilo de comunicación dentro de los subsistemas va a ser el modelo y el patrón de comportamiento en otros subsistemas.
- El subsistema parental se forma a partir de la llegada del primer hijo, hombre o mujer, y convierte a la pareja en un nuevo subsistema. Ello

GHB (gammahidrobutirato). SPA de diseño, desarrollada en 1989 como anestésico local en los EE. UU.; al poco tiempo de uso médico fue retirada del arsenal de la medicina debido a que sus efectos colaterales resultaban imprevisibles, pues los usuarios ingresaban en un sueño comatoso, tenían ataques epilépticos, importantes daños cerebrales, hasta llegar en algunos casos a la muerte.

Incidencia. Estudio de los casos nuevos de una perturbación dada, dentro de un determinado período de tiempo.

Inhalantes. Sustancias sintéticas, cuyo efecto más corriente provocado por su consumo puede ser un comportamiento de ebriedad asociado a conductas antisociales. Debido a la amplia gama de productos, son diversas las técnicas que se emplean para inhalar los vapores. La más corriente es inhalar o aspirar directamente. Para aumentar los efectos de los gases, al aumentar su concentración, los pegamentos y sustancias similares se inhalan desde una bolsa de plástico, en la que se vierten. La boca de la bolsa se coloca frente a la cara y se respiran los vapores hasta alcanzar la intoxicación. En lo que se refiere a los efectos, los consumidores se intoxican con disolventes más rápidamente que con alcohol, porque la sustancia entra en el flujo sanguíneo desde los pulmones en vez del estómago. Generalmente se produce un comportamiento aturdido e inestable, mirada vacía, habla confusa y perturbaciones visuales. Algunos experimentan alucinaciones. Pueden responder con un comportamiento agresivo y la realización de actos temerarios y raros. El uso prolongado puede causar "sarpullido de inhalador" permanente alrededor de la nariz y la boca, conjuntivitis, daños en los riñones, el hígado y, en casos extremos, daños cerebrales. En nuestro medio las sustancias inhalables de abuso son: terokal, thinner, pinturas, esmaltes, gasolina, keronese.

Intervención temprana. Estrategia que combina la detección temprana de consumos de riesgo o perjudiciales y el tratamiento de los implicados. El tratamiento es ofertado o proporcionado antes de que sea demandado por la persona que se halla en situación de riesgo, y en muchos casos antes de que esta sea consciente de que su consumo de drogas ha podido

anfetamina. Muy usado por los adictos de SPAs por vía oral o intravenosa. Produce gran dependencia psíquica.

Metabolismo. Conjunto de reacciones químicas que efectúan constantemente las células de los seres vivos, con el fin de sintetizar sustancias complejas a partir de otras más simples o degradar aquellas para obtener estas.

Metadona. Hipnoanalgésico sintético, como propoxifeno. Es un heptanona sintético, cuyas acciones si bien menos intensas son similares a las de la morfina. Su forma (clorhidrato) es un poderoso analgésico, pero solo tiene una cuarta parte de las acciones sedativas de la morfina, y la euforia que produce es mínima. También produce menos depresión respiratoria, menor efecto espasmo gónico sobre la musculatura lisa y mayor efecto sobre el reflejo tusígeno. En ciertos grupos de pacientes heroínomanos se utiliza como terapia de sustitución en la fase de la abstinencia.

Morfina. Principal componente activo del opio; se emplea médicamente como analgésico y sedante. Analgésico e hipnótico poderoso que provoca una tiránica dependencia psicofísica. Se incorpora al organismo por vía parenteral, vehiculizándose por la sangre hasta su metabolización en el hígado. Con 0.20 gr es letal.

Motivación intrínseca. La definición plantea que gran parte de la actividad humana se realiza por el placer que supone o por el interés que su ejecución conlleva.

Narcótico. Categoría que incluye el opio, sus derivados (opiáceos: morfina, heroína, codeína) y los opioides (productos sintéticos de estructura química muy similar a la de los opiáceos, empleados como sustitutos (ej. metadona) o como anestésicos (fentanil y sus derivados).

Neurona. La mayor parte de las neuronas tienen un axón o cilindro que emite señales hacia células blanco, interconectado de manera funcional. Otras ramificaciones, denominadas dendritas, se extienden desde el

cuerpo de la célula nerviosa para recibir contactos sinápticos de otras neuronas; estas dendritas pueden ramificarse en patrones extremadamente complejos. Las neuronas manifiestan las características citológicas de las células secretoras muy activas. Las neuronas se clasifican de muchas maneras diferentes según su función (sensorial, motora o interneuronal).

Neurotransmisión. Los impulsos nerviosos desencadenan reacciones en músculos liso, cardíaco y estriado, glándulas exocrinas y neuronas postsinápticas, mediante la liberación de neurotransmisores químicos específicos.

Opiáceos. Alcaloides derivados del opio, como la morfina y la codeína, y productos semisintéticos como la heroína.

Paranoia. Condición caracterizada por ideas persecutorias, de referencia (el sujeto piensa que todo lo que ocurre en su entorno se refiere a él) y agresividad.

Pasta básica de cocaína (PBC). También conocida como bazuco, pitillo o pasta base; sulfato base de cocaína, que además contiene ecgonina, otros alcaloides de la coca, ácido benzoico, alcohol de madera, kerosene, acetona, ácido sulfúrico y bases alcalinas. Esta puede ser de color crema o marrón, según la proporción de cocaína y otros constituyentes vegetales o químicos que se utilizan para su estirado. La vía de administración es por aspiración, se fuma mezclada preferentemente con tabaco y, secundariamente, con marihuana.

PCP. (Ver: Fenciclidina).

Prevalencia. Número total de casos de una entidad patológica o de una perturbación, existente en un sitio y en un momento dado.

Psicofármaco o medicamento. Toda preparación o producto farmacéutico empleado para la prevención, diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o estado patológico, o para modificar sistemas fisiológicos en beneficio de la persona o animal a quien se le suministre.

causarle problemas. Se dirige particularmente a individuos que no han desarrollado dependencia física o mayores complicaciones de carácter psicosocial. La intervención temprana es una estrategia pro activa, la cual es iniciada más por el profesional de la salud que por el paciente.

El primer estadio consiste en un procedimiento sistemático de detección temprana. Hay varias estrategias: preguntas de rutina acerca del uso de alcohol, tabaco y otras drogas en la historia clínica, y el uso de tests de detección, por ejemplo en consultas de atención primaria. También se incluyen preguntas suplementarias para confirmar el diagnóstico. El tratamiento, que es el segundo componente, es generalmente breve y se realiza en servicios de atención primaria, durando una media de 5 a 30 minutos, aunque puede ser más largo en otro tipo de recurso asistencial.

Ketamina. Droga anestésica, quirúrgica, sintética, alucinógena, sólida, blanca, cristalina y soluble en agua, en donde forma una solución clara e incolora con un pH levemente ácido. Su composición química ha sido identificada como clorhidrato de dl-2-(o-clorofenil)-2 (metilamino) ciclohexanona. Sus propiedades farmacológicas básicas son: catalepsia, con pérdida de los reflejos ortostáticos, pero conservando la conciencia. El paciente conversa con coherencia y bajo sus efectos se ve imposibilitado de mentir; analgesia, que se produce a los pocos segundos de haber sido inyectada por vía intramuscular o endovenosa; anestesia, por vía endovenosa a los 30 segundos pasa al medio interno (lo que demuestra su extraordinaria velocidad de difusión a través de las membranas vasculares), teniendo una vida media biológica en el plasma de dos horas aproximadamente.

LSD. (Ver: alucinógenos)

Marihuana. Preparación de las hojas y tallos de la planta cannabis sativa; su componente activo es llamado delta-9-tetrahidrocanabinol, o THC en abreviatura; produce efectos sedantes, estimulantes y a veces alucinatorios. Por esta variedad de efectos se le suele clasificar aparte.

Metanfetamina. Clorhidrato de metanfetamina, agente simpático mimético que ejerce sobre el SNC efectos estimulantes mayores que la

Psicosis. Estado psicopatológico caracterizado por una alteración severa del funcionamiento intelectual y emocional, con modificación del campo de la conciencia y ruptura con la realidad.

Potenciación. Interacción de un fármaco con otro, lo cual aumenta su efecto. // Acción combinada de dos sustancias que resulta mayor que la suma de los efectos de cada una.

Receptores NMDA. Son complejos proteicos formados por diferentes combinaciones de varias subunidades (denominadas NMDAR1 y NMDAR 2D). Los receptores NMDA, además de ser muy abundantes en el sistema nervioso, están implicados en numerosas funciones, algunas de ellas tan importantes para el buen funcionamiento del cerebro, el aprendizaje y la memoria, mientras que en otras ocasiones están implicados en mecanismos de muerte neuronal o en enfermedades como la epilepsia.

Sensibilización. Con estimulantes, como la cocaína o las anfetaminas, pueden ocurrir tolerancia invertida o sensibilización. Se trata de un incremento en la reacción originado por la repetición de la misma dosis del estimulante. La sensibilización es el resultado de una desviación hacia la izquierda de la curva de dosis-respuesta.

Síndrome alcohólico fetal. Es el trastorno que resulta de exponer el feto al alcohol. La presencia de alcohol inhibe el crecimiento intrauterino y el desarrollo postnatal, siendo una importante causa de retraso mental. La microcefalia, las malformaciones craneofaciales y los defectos en las extremidades y el corazón, son afecciones frecuentes en estos niños. También se ha asociado este síndrome a una estatura menor en la edad adulta y el desarrollo de conductas desadaptativas. El riesgo de que una mujer alcohólica tenga un hijo con este síndrome es superior al 35 %. Aunque se desconoce cuál es el mecanismo preciso por el que el feto queda afectado, los daños parecen ser el resultado de la exposición uterina al etanol o a sus metabolitos. El alcohol también puede producir desequilibrios hormonales e incrementar así el riesgo de anormalidades.

Síndrome amotivacional. Conjunto de características asociadas con el uso de sustancias psicoactivas, incluyendo apatía, pérdida de eficacia,

Los efectos de mediano y largo plazo que provoca el abuso y la dependencia nicotínica son: tos, cansancio muscular, piernas doloridas, sensación de sequedad en la boca, dolor de cabeza, falta de memoria, embotamiento, lucidez disminuida, cabello y cutis marchitos, arritmia respiratoria, taquicardia, temblor, hormigueo en los dedos, menor poder visual e insuficiencia sexual; todo debido a la toxicidad y a la mala circulación provocada por la nicotina.

Tolerancia. Es la disminución de la respuesta que se obtiene por la ingestión de una sustancia psicoactiva. Esto implica que, para obtener un efecto deseado, es necesario incrementar progresivamente las dosis.

Toxicidad. Grado en que una sustancia tiene potencial para causar efectos tóxicos o perniciosos. Casi todas las drogas y muchas otras sustancias (p.e. algunas comidas comunes) tienen toxicidad a cierto nivel de ingesta.

Toda sustancia que ingerida, inhalada o absorbida, inyectada o desarrollada dentro del cuerpo es capaz, por sus propiedades físicas o químicas, de provocar alteraciones orgánicas y funcionales de distinta gravedad, e incluso la muerte.

Uso de drogas. Contacto esporádico con la droga; el consumidor circunstancial está en condiciones de abandonarla cuando lo desee. Tanto la libertad de acción como de elección estarán condicionadas por el tipo de drogas y por la personalidad del consumidor.

Uso compulsivo de la droga. (Ver: dependencia).

Vías de administración. Modos a través de los cuales se introducen las drogas en el organismo. Pueden ser: 1. Oral: la más antigua y fácil, utilizada por el paciente. Con todo, dependerá del funcionamiento del tracto gastrointestinal y de sus variaciones fisiológicas (acción enzimática, pH, ecología de la flora) que pueden modificar sustancialmente la velocidad de absorción; 2. Rectal: puede utilizarse para tratamiento local o general (vómitos, inconsciencia, lactancia); 3. Parental: tiene la ventaja de una acción rápida y de su más exacta dosificación. Como contrapartida,

está la necesidad de personal experimentado y legalmente autorizado. Comprende: a. Intravenosa: directa o en soluciones, por goteo; b. Subcutánea: más simple y para efectos prolongados, c. Intramuscular: permite la absorción rápida (vehículo acuoso); lenta (vehículo oleoso) y aun de “depósito” (inyección “depot”); d. Otras vías *inyectables*: inyecciones intraperitoneal, intrapleurales, intraarticulares, intraarteriales, intrarraquídeas, que responden a indicaciones particulares, 4). Tópica, para tratamiento de afecciones de la piel, en forma local; 5. Otras vías no inyectables: la vía inhalatoria constituye una excelente superficie de absorción rápida (aerosoles). Otras vías de aplicación local son: uretral, intravesical o vaginal (óvulos, pomadas, soluciones).

reducción de la capacidad para llevar a cabo planes complejos o a largo plazo, baja tolerancia a la frustración, problemas de concentración y dificultad para seguir rutinas. Aunque su existencia es controvertida, se ha descrito principalmente en conexión con el uso de cannabis y podría simplemente reflejar síntomas de intoxicación crónica de esta sustancia. Los síntomas también podrían ser un reflejo de la personalidad, las actitudes o la etapa de desarrollo de los usuarios.

Síndrome de abstinencia. Conjunto de signos y síntomas, por lo general desagradables para el adicto o adicta, que brotan como consecuencia de la interrupción del consumo exagerado de una sustancia.

Sustancia psicoactiva. Nombre propuesto para reemplazar términos confusos como “drogas”, “fármacos”, “estupefacientes”, etc. Se refiere a todas aquellas sustancias, sean de origen natural o sintético, que ejercen una acción sobre el sistema nervioso central y tienen la capacidad de modificar su funcionamiento, aumentando o disminuyendo su nivel, a la vez alteran el campo de la conciencia y la bioquímica cerebral

Tabaco. Planta solanácea originaria del Golfo de México. En lo que se refiere a su composición química, el tabaco, al arder, se forman unos cuatro mil compuestos. El humo puede separarse en una fase gaseosa y en otra sólida o particulada. La composición aspirada por el fumador depende de la que tenga el propio tabaco, la densidad de su empaque, la longitud de la columna de tabaco, las características del papel y del filtro, la temperatura a la cual se quema el tabaco y la velocidad impresa. Vale decir, la inhalación rápida del humo eleva la temperatura del extremo ardiente y cambia el tamaño de las partículas así como la composición de la fase gaseosa y de la particulada. Estos cambios, a su vez, pueden alterar lo que queda atrapado en el filtro. Cuando se carboniza el cigarrillo queda una zona de cenizas y otra de incandescencia donde la toxicidad es baja. A medida que la combustión avanza hacia la mitad del cigarrillo, también la nocividad es intermedia; legando a la proximidad de la boca de la boca del fumador aumenta dicha toxicidad. Entre los componentes de la fase particulada se citan la nicotina, el agua y el alquitrán (hidrocarburos aromáticos poli cíclicos, que son agentes cancerígenos comprobados).

BIBLIOGRAFÍA

Alfonso, M.; Ibáñez, P. (1987). *Drogas y toxicomanías*. Madrid: Narcea.

American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Álvarez, F.J. y Del Río, M.C. (2001). *Farmacología del alcohol*. En G. Rubio y J. Santo-Domingo (coord). *Curso de especialización en alcoholismo*. Unidad 2. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

Barberá, A. (1982). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe.

Camí, J. (2000). *Las sustancias. Farmacología*. En Grupo Igia (Coord). *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias*. Madrid: Ayuntamiento de Barcelona y Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

Castanyer, O. (1996). *La asertividad. Expresión de una sana autoestima*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

CEPS. (2002). *Glosario de términos del cuestionario Idea-Prevención*. En línea: <http://www.ideaprevencion.org/docs/glosario.doc> (29.11.2002).

CSAP. (2001). *Finding the balance: Program Fidelity and Adaptation in Substance Abuse Prevention: a State-of-the Art Review*. SAMHSA: Rockville.

CSAP. (2002). *Achieving outcomes: A practitioner's guide to effective prevention*. Chapter I: Determine prevention needs and assets. SAMHSA: Rockville.

Consejería de Salud y Servicios Sociales. Dirección General de Salud y

research-based guide. Rockville: NIDA.

NIDA. 1997b. *Drug abuse prevention: What works*. Rockville: NIDA.

Nieda, J. (1992). *Transversales. Educación para la Salud. Educación sexual*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.

Observatorio Español sobre Drogas. 1999. *Informe nº 2*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

OMS. (1999). *Promoción de la Salud. Glosario*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Reeve, J. (1994). *Motivación y emoción*. Madrid: McGraw-Hill.

Reina, F. (1988). *Alcoholismos diferenciales*. En P.A. Soler Insa, F. Freixa, F. Reina y cols. *Trastorno por dependencia del alcohol*. Madrid: Laboratorios Delagrangue.

Shaffer, D. (2002). *Desarrollo social de la personalidad (4ªed)*. Madrid: Thomson.

Stahl, S.M. (1998). *Psicofarmacología esencial. Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas*. Barcelona: Ariel.

UNDCP. (2000). *Demand Reduction. A glossary of terms*. New York:

United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention.

Vander Zanden, J.W. (1995). *Manual de Psicología social*. Barcelona: Paidós.

WHO. (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. Geneva: World Health Organization.

Desarrollo Sanitario. Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones.

Escobar, R. (1999). Diccionario de drogas peligrosas. Sustancias peligrosas: composición, orígenes y efectos. Politoxicomanía y mezclas clandestinas internacionales. Jergas regionales del delito, del tráfico y de la adicción. Ed. Universidad. Buenos Aires.

Gordon, RS. (1983). An operational classification of disease prevention. Public Health Report, 98(2): 107-109.

Graña, J.L. (1994). Conductas Adictivas. Teoría, Evaluación y Tratamiento. Madrid: Debate.

Hoffman, L., Paris, S. y Hall, E. (1995). Psicología del desarrollo hoy. Madrid: McGraw-Hill.

Kaplan, H.I., Sadock, B.J. y Grebb, J.A. (1996). Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Koob, G.F., Sanna PP, y Bloom F.E. (1998). Neuroscience of Addiction. Neuron. 21: 467-476

Labrador, F., Cruzado, J.A. y Muñoz, M. (1987). Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Ediciones Pirámide.

Litter, M. 1976. Compendio de farmacología. Barcelona: El Ateneo.

Luengo, M. A., Romero, E., Gómez, J. A., Lence, M. (1999). La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa. Madrid: Ministerio del Interior.

McKay, M. y Fanning, P. (1991). Autoestima. Evaluación y mejora. Barcelona: Martínez Roca.

NIDA. (1995). Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: Aspectos metodológicos. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud.

NIDA. (1997^a). Preventing drug use among children and adolescents. A