



Programa de educación para la salud

Módulo 2

Sustancias de Abuso

AUTORES:

Dra. P. Insúa, Dr. J. Grijalvo y Dra. M. Lledó para Osasun Ekintza.

Sumario

Objetivo General	5
Sesión 1ª: Conceptos Generales sobre Consumo y Abuso de sustancias. Farmacocinética y Farmacodinamia de las Sustancias de Abuso	7
Objetivos.....	9
Metodología Propuesta	10
Contenidos Teóricos a Trabajar	17
Sesión 2ª: Clasificación de las Sustancias de Abuso. Efectos y características de las Sustancias de Abuso. Estimulantes del Sistema Nervioso Central	31
Objetivos.....	33
Metodología Propuesta	34
Contenidos Teóricos a Trabajar	36
Sesión 3ª: Efectos y características de las Sustancias de Abuso (II): Sustancias Depresoras del Sistema Nervioso Central	45
Objetivos.....	47
Metodología Propuesta	48
Contenidos Teóricos a Trabajar	50
Sesión 4ª: Efectos y características de las sustancias de abuso (III): Alucinógenos. Conductas de riesgo asociadas al consumo	61
Objetivos.....	63
Metodología Propuesta	64
Contenidos Teóricos a Trabajar	67
Sesión 5ª: Motivación externa e interna frente al consumo de drogas	87
Objetivos.....	89
Metodología Propuesta	90
Contenidos Teóricos a Trabajar	102
Evaluación	117
Anexos	123
Bibliografía	125
Transparencias	127

Objetivo General

A través de la información aportada por el conductor y de la realización de las actividades propuestas, aumentar los conocimientos sobre los conceptos de consumo, abuso y dependencia, de las diferentes sustancias, sus vías de administración, sus efectos agudos y crónicos, y hacer hincapié en los riesgos asumidos con las diferentes conductas de consumo ofreciendo alternativas para reducir los riesgos y los daños asociados a estas. Asimismo, es objetivo de este Módulo, facilitar el paso de una motivación externa para el tratamiento (por ejemplo por sanción administrativa) a una motivación interna para el cambio.

Sesión 1^a

Conceptos Generales sobre
Consumo y Abuso de sustancias.
Farmacocinética y Farmacodinamia
de las Sustancias de Abuso

Objetivos

Objetivo general:

- Incrementar conocimientos en relación con el consumo, el abuso y la dependencia de sustancias y sobre el efecto de éstas en el organismo, en función de sus características y sus vías de administración.

Objetivos específicos:

- Clarificar conceptos en relación con el consumo, abuso y la dependencia de sustancias.
- Incrementar los conocimientos sobre los efectos de las drogas en función de la vía de administración de éstas.
- Aumentar los conocimientos sobre la acción de las diferentes drogas comprendiendo los conceptos de farmacocinética y farmacodinamia.

Metodología Propuesta

Presentación del grupo

Es necesario hacer al comienzo de la primera sesión, una presentación del grupo, cuyos integrantes estarán sentados en círculo. Se presentan tanto los asistentes (señalando su nombre y sus expectativas y objetivos al acudir a este Módulo) como el profesional que conduce el grupo, quien hará un resumen de los contenidos que se van a trabajar en todo el Módulo "Sustancias de Abuso" durante las 5 sesiones que lo componen.

El conductor del grupo explicará también el tiempo de que se dispone en cada sesión y que la metodología de trabajo será fundamentalmente dinámica con participación activa de los asistentes.

Se aconseja que esta presentación tenga una duración máxima de 15'.

Balance Decisional: “¿Consumo, Abuso o Dependo?”

Con esta dinámica se pretende que cada sujeto realice una autoevaluación confidencial sobre su relación de consumo-abuso-dependencia con la/s sustancia/s que quieran seleccionar de entre la/s que consumen, con el objetivo de aumentar su concienciación.

Se presenta a los integrantes del grupo la transparencia 1 con los ítems que señalan las conductas que definen el consumo, el abuso y la dependencia de sustancias.

El conductor les entrega una fotocopia de la Ficha Nº 1 que se adjunta en el Anexo y con la misma escala que se muestra en la Transparencia Nº 1, les pide que la rellenen por sí mismos, pensando en la/s sustancia/s que han consumido en los últimos 12 meses. Se pueden rellenas tantas fichas como sustancias hayan utilizado. Cuando han finalizado de completar la/s ficha/s, se enseña, usando como apoyo la Transparencia Nº 2, las claves para la corrección de la prueba y cómo obtener la conclusión para cada persona y para cada sustancia. Según sean los ítems marcados, la conclusión será "usa la sustancia", "abusa de la sustancia" o "depende de la sustancia".

Los resultados de cada test son confidenciales y no es necesario que los miembros del grupo los muestren a los demás, sino que se guardan para una reflexión personal. Asimismo, si los miembros del grupo quieren llevarse la corrección de la Escala, se les puede facilitar una fotocopia de la Ficha Nº 2 que se incluye en el Anexo.

Esta dinámica servirá de base para realizar una reflexión grupal con el objetivo de trabajar los conceptos de consumo, abuso y dependencia de las distintas sustancias y las consecuencias diferentes que existen a corto y largo plazo, según se usa, abusa o depende de una sustancia. Para esta dinámica, el conductor se apoyará en los aspectos teóricos de esta sesión.

Discusión Dirigida sobre el dibujo de la Figura Humana: “¿Qué órganos y sistemas tiene mi cuerpo?”

En esta dinámica se comienza a utilizar un juego, que llamaremos "Figura Humana", y que se utilizará con distintos objetivos en las sesiones del módulo. En esta sesión se pretende aproximar al grupo al funcionamiento del Sistema Nervioso y a su relación con el resto del organismo, lo que permitirá posteriormente entender tanto los efectos como los riesgos de las distintas sustancias.

Tras dibujar la figura humana perfilada se dibuja con un color distinto a aquél que se ha utilizado para dibujar el contorno un redondel en el interior de lo que correspondería a la cabeza con una prolongación lineal hacia abajo a imagen del cerebro y la médula espinal.

Posteriormente se pregunta por los diferentes órganos que componen los aparatos del organismo, que deberán ser dichos por el grupo y se apuntan en un panel aparte (o una cartulina pegada en la pared a modo de papel). Al acabar las aportaciones el conductor añade los órganos que falten y si es necesario se señalan y se comenta porqué no se han dicho y la importancia que tiene considerar todo el organismo en conjunto.

En el panel en el que se han escrito los distintos órganos se hace corresponder un dibujo o figura o símbolo a cada órgano escrito y se pide al grupo que los traslade a la figura humana dibujada; se señalan las diferencias por sexos y se incide en que para la mayoría de los riesgos por abuso de sustancias no existen diferencias inter-sexos. Durante todo el desarrollo de esta dinámica el conductor va aportando la información correcta que sea necesaria.

Por último se añaden al cerebro y a la médula dibujadas previamente, y con el mismo color, prolongaciones hasta cada uno de los órganos representados (a imagen de las inervaciones de los órganos). Superpuesto al Sistema Nervioso dibujado previamente, se dibujará un Sistema Circulatorio (pueden servir líneas rojas y azules que caminen junto al Sistema Nervioso).

Se hará mención a la relación que existe dentro del organismo de "todo con todo" y para "lo bueno y lo malo". Se deben introducir, aprovechando esta dinámica, los primeros conceptos sobre la prevención de riesgos y daños asociados al consumo y señalar que aunque el efecto de una droga se perciba a nivel psíquico, también tiene efectos y riesgos en cada uno de los órganos y aparatos del organismo.

Se conserva el dibujo para trabajar en sesiones posteriores.

Role Playing: “La transmisión de la información en el organismo”.

Escenificación didáctica sobre el cerebro, las neuronas, los neurotransmisores y sus funciones respectivas. Esta dinámica se realizará tras haber explicado la teoría sobre esas temáticas (con el apoyo de las Transparencias Nº 3 y 4).

En esta dinámica se comienza a utilizar un juego en el que participa todo el grupo, y que llamaremos "Efecto droga", que está inspirado en una conocida campaña contra las drogas, y que se utilizará con distintos objetivos en las sesiones del módulo. En esta sesión se pretende aproximar al grupo al funcionamiento de las neuronas, de los neurotransmisores y sus efectos-riesgos.

Se selecciona a un miembro que hace de consumidor de las sustancias con las que va a jugar el grupo. Dos voluntarios o más harán de neurotransmisores (su función/consigna será transmitir órdenes entre la neurona y los efectos) y otros dos harán de efecto de la sustancia (reproducen en el actor-consumidor, los efectos que produce la sustancia: por ejemplo, moverle una mano como si tuviera temblor, o producirle interferencias sensoriales de diferentes maneras, etc.). Otros voluntarios harán de neuronas.

El conductor selecciona una neurona y le da una consigna en relación con el efecto/s de la droga o drogas seleccionadas ("tienes que ordenar tranquilizar", "tienes que ordenar inquietar", "tienes que ordenar confundir", entendiéndose por "ordenar" idear un plan con el neurotransmisor que la neurona elija, para que aprovechándose del actor que hace de "efecto" generen una réplica de la situación de consumo en el actor-consumidor, en relación con la sustancia elegida). En caso de consumo de dos sustancias a la vez, intervienen dos actores-neuronas, dos actores-neurotransmisores y dos actores-efecto.

Sólo queda que el actor-consumidor, elija qué sustancia consume, en qué dosis, y por qué vía, para que el conductor (que es el que hace de cerebro, como luego se debe explicar) dicte las consignas oportunas y coordine y asesore a los diferentes actores para que cumplan con su actuación. El consumidor entre tanto irá intentando realizar distintas tareas que se le proponen, como por ejemplo escribir y/o leer en alto y/o

imaginar situaciones en las que se le exige participación activa (como explicar una dirección a algún viajante con el que se encuentra, etc.).

En esta dinámica, se pueden introducir, si lo desea el conductor, otros personajes en relación con las distintas relaciones que existen dentro del Sistema Nervioso y que estudia la farmacodinamia.

En esta sesión sería suficiente con transmitir el funcionamiento cerebral y neuronal y explicar su relación con el organismo como unidad, de cara a que los miembros del grupo dispongan de una base informativa para poder ir entendiendo a lo largo del Módulo, los efectos, daños y riesgos de las distintas sustancias.

Discusión Dirigida con el dibujo de la Figura Humana: “Mil leguas de viaje por el organismo. Una para todas, todas para una”

En esta dinámica se retoma la dinámica de la "Figura humana" que se utilizó en el segundo ejercicio. En esta sesión se pretende profundizar junto con el grupo que participa en el Módulo, en el funcionamiento de los diferentes Sistemas: Nervioso, Circulatorio, Digestivo, Metabólicos, Excretorios, Endocrinos, etc. y en el funcionamiento general del organismo global, lo que permitirá posteriormente entender los recorridos y los múltiples efectos (deseados, percibidos, adversos, reales) y sobre los riesgos letales de cada sustancia.

Tras retomar la figura humana dibujada previamente, se va a preguntar por los diferentes Sistemas que hay en el organismo con sus funciones correspondientes, que se irán diciendo desde el grupo en forma de ronda y se apuntarán en un panel aparte. Al acabar las aportaciones el conductor añadirá las que faltan (si es necesario se comenta porqué no se han dicho y de nuevo, en esta sesión, la importancia de considerar la relación de "todo con todo" en el organismo).

A continuación, se elige una sustancia y una vía de administración a modo de ejemplo. En el dibujo de la figura humana se va a añadir mediante pegatinas de color y pequeñas (también se pueden dibujar puntitos) el recorrido de la sustancia elegida, desde su punto de administración y absorción, hasta el punto de eliminación. Esto permite explicar y trabajar en el grupo lo que va ocurriendo en el organismo con la introducción de una sustancia.

Se recomienda incluir los múltiples efectos que tiene cada sustancia y los órganos del organismo implicados en su recorrido farmacocinético. Evidentemente, al finalizar esta dinámica, habrá puntitos de color en muchos sitios del organismo, todos aquellos por donde ha pasado la sustancia. Se puede usar como apoyo y para hacer un resumen, la Transparencia N° 5.

Tiene interés en esta sesión trabajar las vías de consumo, las dosis, las interacciones en el organismo y los daños asociados a las drogas en general. En las sesiones posteriores se irán trabajando los aspectos específicos de cada uno de los grupos de drogas.

Se volverá a hacer mención a la relación que existe dentro del organismo de "todo con todo" y para "lo bueno y lo malo". Este concepto es importante para evitar la tendencia natural que existe a compartimentar el organismo respecto al efecto de las drogas. Es fácil darse cuenta de que una droga afecta a nivel psíquico, pero no queda tan clara su efecto hepático, cardíaco, circulatorio, motor, etc.

Se conserva el dibujo para trabajar en sesiones posteriores.

Trabajo con Subgrupos y Discusión Dirigida: "Buenos y malos colocóns"

Se divide el grupo en subgrupos (dos o tres grupos más pequeños) y se les pide que trabajen juntos durante un rato para poder hacer posteriormente un relato breve en torno a la descripción de: un "buen viaje-colocón" y un "mal viaje-colocón" con una droga en caso de sólo dos subgrupos, o un "buen viaje-colocón", un "regular viaje-colocón" y un "mal viaje-colocón" en caso de tres subgrupos.

Con esta dinámica se pretende que la discusión dirigida que se realizará posteriormente (aprovechando los relatos de los diferentes sub-grupos) profundice en la relación que hay entre los diferentes efectos de las drogas en cada persona y las variables farmacocinéticas, farmacodinámicas y aquellas en relación con el entorno, resaltando la necesidad de estar informado, conocerlas y controlarlas, para poder minimizar la posibilidad de los efectos negativos de las distintas sustancias. Estos efectos negativos pueden aparecer tanto con el consumo, como con el abuso y/o la dependencia de las drogas.

Role Playing: "¿Tú te metes?, ¿Quién te mete?"

Escenificación didáctica sobre el efecto de las drogas. En esta dinámica se utiliza el juego que se ha llamado "Efecto Droga" y que ya se utilizó en la tercera dinámica propuesta para esta sesión para explicar la relación sustancia-cerebro-organismo.

Se pretende profundizar con el grupo en los efectos de las drogas a través de la visualización escénica del efecto.

Se selecciona a un miembro que hace de consumidor de las sustancias que servirán de base para la escenificación en el grupo. Dos o más voluntarios harán de efecto/s de la/s sustancia/s (reproducen en el actor-consumidor, los efectos que producen las diferentes sustancias). El conductor decide qué sustancia, qué vía, qué dosis etc. toma el consumidor y da las consignas pertinentes a los actores-efectos sobre cómo actuar. Estas consignas sólo las reciben los actores-efectos, no el consumidor; ya que en esta dramatización el consumidor no elige lo que toma, sólo siente sus efectos, como en muchas ocasiones ocurre.

El conductor entonces, explica a los diferentes actores los efectos concretos que tienen que hacerle sentir al consumidor, y que con toda probabilidad conocen bien porque son los efectos de las distintas sustancias. Por ejemplo, para hacer sentir el picor en distintas partes del cuerpo, puede utilizar una plumita con la cual roce al actor-consumidor; para hacerle sentir que le cae agüilla de la nariz o sudor del cuerpo, se puede usar una pistola de agua o un cuentagotas con el que se le echa agua. Otros efectos posibles son el temblor, para lo cual el actor-efecto puede sacudir físicamente al consumidor; la amplificación de los estímulos, para lo cual el actor-efecto puede hablarle fuerte al oído al consumidor; etc. El que hace de consumidor sólo siente y padece los efectos de lo que "le meten".

El conductor (que es el que hace de incitador) dicta las consignas oportunas a los diferentes actores-efectos para que cumplan con su actuación. El consumidor entre tanto irá realizando distintas tareas como por ejemplo escribir y/o leer en alto y/o imaginar situaciones en las que se le exige participación activa (como explicar una dirección a algún viandante con el que se encuentra, etc.).

Posteriormente, se realizará una reflexión en el grupo acerca de las impresiones que ha generado esta dinámica en los miembros, las posibles consecuencias que tienen los distintos efectos de las sustancias, y la interferencia que producen en la vida cotidiana que se tiende a minimizar. Se explicará también la relación dosis-efecto usando como apoyo la transparencia N° 6.

La dramatización de los efectos más específicos de cada grupo de sustancias de abuso se trabajan en sesiones posteriores.

NOTA: Todas las sesiones de este Módulo pueden trabajarse intercambiando información entre ellas, y las dinámicas que se proponen pueden ser utilizadas también indistintamente.

TRANSPARENCIA Nº 1

MÓDULO 2 Sustancias de Abuso Transparencia nº 1

TEST PARA DETECTAR USO, ABUSO Y/O DEPENDENCIA DE DISTINTAS SUSTANCIAS

En el consumo de drogas existen distintos niveles, en función de que se haga una utilización ocasional de alguna sustancia, una utilización continuada, o de que haya una necesidad de uso de la sustancia. Valora con esta prueba tu nivel de uso, abuso y/o dependencia para las distintas drogas. Contesta SI o NO para cada una de las siguientes afirmaciones y cada una de las distintas sustancias.

	Alcohol	Éxtasis	Heroina	Speed	Cocaína	Caféina	Tabaco	Cannabis	Alucinógs.	Tranquil.
1) Utilizo la sustancia en ciertas ocasiones (ej: fiestas, celebraciones, etc.)										
2) A pesar de conocer y/o usar la sustancia, paso largas temporadas (ej: meses, años, etc.) sin tomarla y/o sin pensar en ella										
3) Puedo pensar en dejar la sustancia para siempre y eso no me causa ningún problema										
4) Consumo la sustancia aunque me causa problemas en el trabajo o en los estudios										
5) Consumo sustancias aún cuando es físicamente peligroso (ej: conducir, trabajo con maquinaria, buceo, escalada, montañismo, etc.)										
6) Consumo la sustancia aún cuando he tenido o puedo tener problemas por su uso (peleas en la veindad, etc.)										
7) Consumo la sustancia aunque me causa problemas con mi familia, mis amigos, o mi pareja										
8) La dosis que tomo es mayor a medida que pasa el tiempo, o la misma dosis me causa menos efectos										
9) Si no consumo la sustancia mi organismo la echa en falta o tomo otra sustancia parecida para aliviarme										
10) Muchas veces tomo la sustancia en cantidades mayores de lo que inicialmente pretendía										
11) He hecho intentos, sin éxito, para controlar el consumo de la sustancia										
12) Empleo mucho tiempo en obtener y/o consumir la sustancia o en recuperarme de sus efectos										
13) He reducido de forma clara mis actividades sociales, laborales o recreativas por el uso de la sustancia										

TRANSPARENCIA Nº 2

MÓDULO 2 Sustancias de Abuso Transparencia nº 2

CORRECCIÓN DEL TEST PARA DETECTAR USO, ABUSO Y/O DEPENDENCIA DE LAS DISTINTAS SUSTANCIAS

Los criterios para distinguir entre uso, abuso y dependencia son los siguientes:

USO

- Debe haberse contestado a todo que NO o bien haber señalado alguna X en las afirmaciones 1, 2 ó 3.
- La interpretación es que la utilización de la sustancia elegida no causa problemas por el momento. No obstante, el mensaje sería no confiarse en el "control" de la sustancia que el individuo parece tener ya que a largo plazo no suele funcionar.

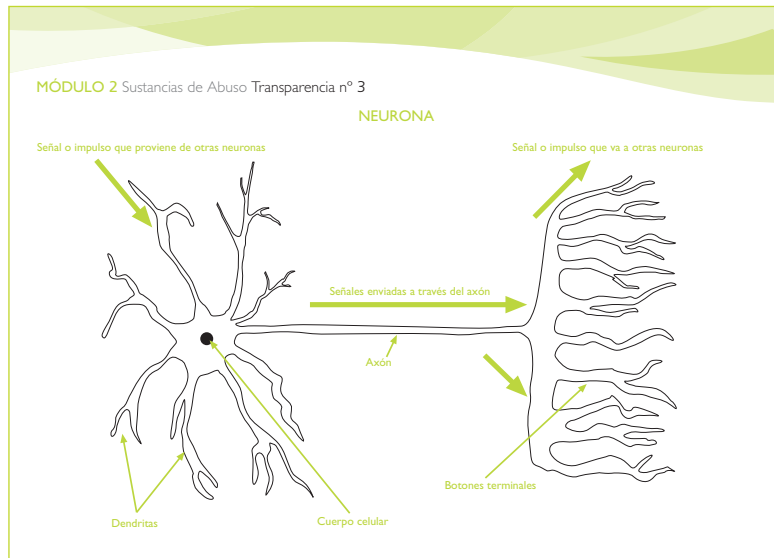
ABUSO

- Debe haberse contestado con un SI en cualquiera de las afirmaciones 4, 5, 6 ó 7, para cualquiera de las sustancias, y esas situaciones tienen que haber sucedido en los últimos 12 meses (o más).
- La interpretación es que la utilización de la sustancia está produciendo daños a nivel físico y/o psíquico, y que ése puede ser el camino para la dependencia.

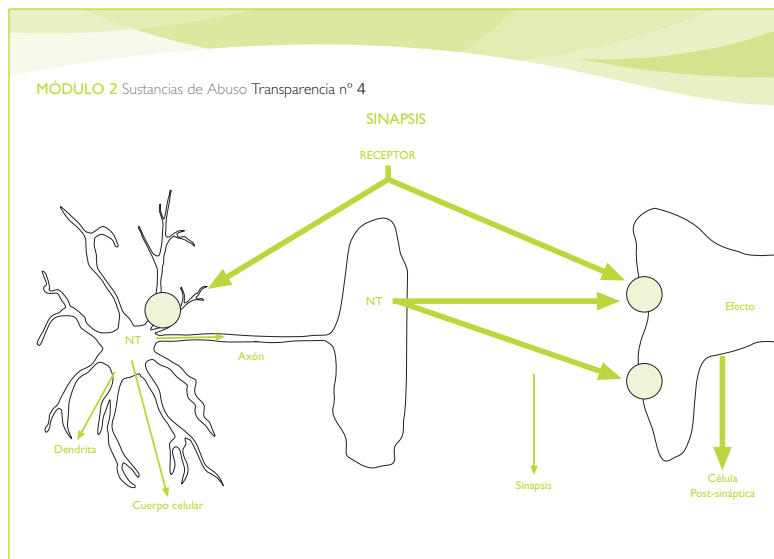
DEPENDENCIA

- Debe haberse respondido con un SI en tres o más de las afirmaciones 8, 9, 10, 11, 12, ó 13, para cualquiera de las sustancias.
- Si ese es el caso, la persona depende de la sustancia y necesita orientación profesional.
- La dependencia es la fase más grave del consumo. Implica tolerancia (necesitar más dosis para tener el mismo efecto) y abstinencia (molestias importantes cuando no se cesa el efecto de la sustancia que lleva a repetir el uso para evitarlas). Cualquier persona que marque con un SI los ítems 8 o 9 tiene dependencia física de esa sustancia en concreto y necesita orientación y/o tratamiento profesional.

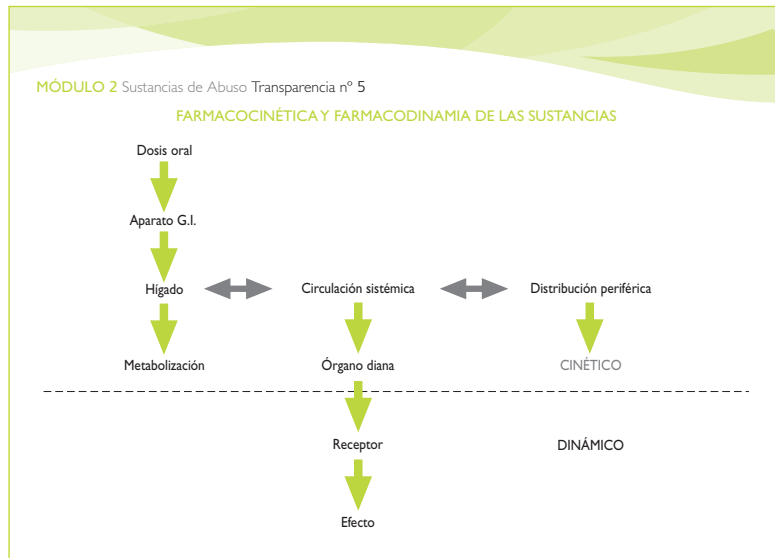
TRANSPARENCIA N° 3



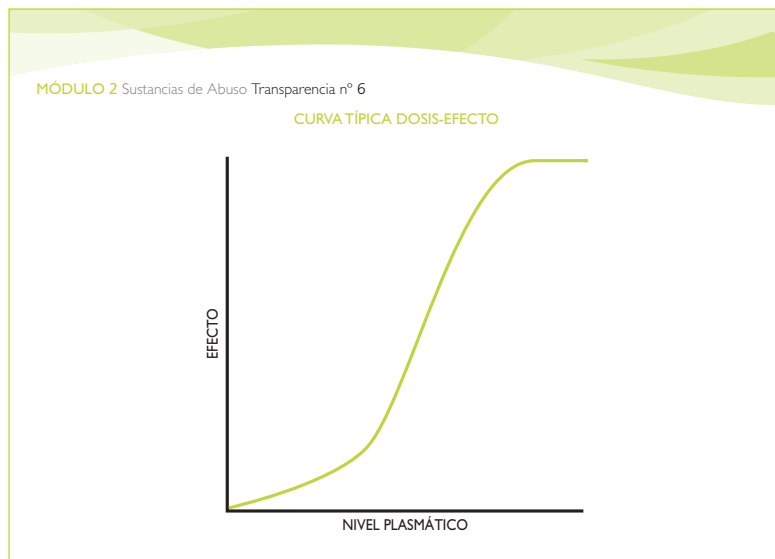
TRANSPARENCIA N° 4



TRANSPARENCIA N° 5



TRANSPARENCIA N° 6



Contenidos Teóricos a Trabajar

- **Definiciones importantes**
 - **Uso de sustancias**
 - **Abuso de sustancias**
 - **Dependencia de sustancias**
 - **Tolerancia**
 - **Abstinencia**

Definiciones importantes

En este apartado, se van a explicar las diferencias que existen en las definiciones de consumo, abuso y dependencia de sustancias, con sus implicaciones en la práctica adictiva. En los primeros Manuales Diagnósticos se hablaba de sustancias psicoactivas. Sin embargo el DSM-IV habla de "sustancias" eliminando el término "psicoactivo", para no verse limitado a aquellas sustancias que tienen como primer efecto la alteración del funcionamiento cerebral (p. ej.: la cocaína). El término "sustancia psicoactiva" no incluye compuestos capaces de interferir en la actividad cerebral normal (p.ej.: solventes orgánicos) que pueden ingerirse voluntaria o accidentalmente. Asimismo, en esta definición tampoco se hace una diferencia entre sustancias legales e ilegales. Por otro lado, es preferible hablar de sustancias y no de "drogas" ya que éstas implican una manipulación química que a veces (p.ej.: en el caso del opio) no se da. No obstante, en este Módulo, se hará un uso indistinto de ambos términos.

Uso de sustancias

Cuando se habla de uso de sustancias, se hace referencia a la utilización por parte del sujeto de alguna sustancia que tiene potencial de abuso, pero que, en un principio y en este momento, no le genera problemas. El uso de una sustancia podría ejemplificarse por tomar una copa de champagne en una fiesta, o fumarse un porro por la noche después del trabajo, o meterse una raya de cocaína después de la cena de Nochevieja con unos amigos.

Una persona que realiza estas conductas está usando las distintas sustancias y éstas no le ocasionan ningún problema. El uso siempre es puntual, no se repite (ni en ese día y en los días siguientes) y la persona puede permanecer luego meses sin probarla. La conoce, la emplea cuando desea, pero no la necesita y su utilización siempre es esporádica.

Abuso de sustancias

La característica esencial del abuso de alguna sustancia, es un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los siguientes síntomas (para que pueda ser diagnosticado como tal, el DSM-IV exige que todos estos síntomas se den durante un período de 12 meses):

- Consumo recurrente de sustancias que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o la casa.
- Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
- Existencia de problemas legales repetidos relacionados con la sustancia
- Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes, o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.

Dependencia de sustancias

La característica esencial de la dependencia consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el sujeto continúa consumiendo la sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración, que a menudo, lleva a:

- Tolerancia
- Abstinencia
- Ingestión compulsiva
- Craving (necesidad irresistible de consumo)

La dependencia se define como un grupo de 3 ó más de los siguientes síntomas en un mismo período de 12 meses:

- Tolerancia
 - Abstinencia
 - Patrón de consumo compulsivo
 - Intentos infructuosos de regular o abandonar el consumo
 - Empleo de mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia ó en la recuperación de los efectos de la sustancia
 - Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo
 - Se continúa consumiendo a pesar de la conciencia de los problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes asociados o causados por la sustancia
- La tolerancia, hace referencia a la necesidad de recurrir a cantidades cada vez mayores de la sustancia para alcanzar el mismo efecto deseado. También se evidencia tolerancia cuando existe una notable disminución de los efectos de la sustancia con su consumo continuado con las mismas dosis. Las personas que usan continuamente alguna sustancia pueden llegar a utilizar dosis que serían mortales para un sujeto que las prueba por primera vez (p. ej.: los sujetos que consumen grandes dosis de estimulantes pueden llegar a multiplicar por 10 la dosis que resultarían letales para una persona no adicta). Pero también en una persona adicta, y debido al aumento del umbral de tolerancia puede ocurrir que para lograr los efectos psicoactivos deseados se aumenten las dosis de la sustancia y se alcancen los niveles tóxicos e incluso letales, por ejemplo en los barbitúricos.
- Cuando hablamos de abstinencia, hablamos de un comportamiento desadaptativo, displacentero (que tiene concomitantes cognitivos o psicológicos y fisiológicos u orgánicos) que sucede cuando disminuye la concentración en la sangre de una sustancia en un sujeto que ha mantenido un consumo prolongado en grandes cantidades. Después de la aparición de los síntomas de la abstinencia, el sujeto repite el

consumo de la sustancia para paliar estos o eliminarlos. No todas las sustancias tienen asociado un síndrome de abstinencia identificable. Además, para muchos usuarios de sustancias los síntomas de la abstinencia van a estar relacionados con sus propias características de personalidad y con su historia de consumo de esa droga en concreto. Entre estos síntomas se incluyen síntomas psicológicos como síndromes ansiosos o depresivos (entre otros), que son los que muchas veces van a suponer recaídas en el consumo.

- Cuando hablamos de un patrón de consumo compulsivo (característico en la dependencia de sustancias) hablamos de que el sujeto toma la sustancia en cantidades mayores que las pretendidas, o durante un período de tiempo mayor que el que se había prefijado. Hay sustancias (como la cocaína) que por sus propios efectos inducen un patrón de consumo compulsivo en cada sesión de utilización.
- Cuando un sujeto presenta tolerancia y síntomas de abstinencia, hablamos casi con seguridad de una dependencia en ese sujeto, aunque bien es cierto que puede haber dependencia de sustancias, con un patrón de consumo compulsivo, sin signos físicos de tolerancia o abstinencia.
- Un término comúnmente utilizado es el de dependencia psicológica. Cuando se habla de dependencia psicológica (a pesar de tener este término varias definiciones) se hace referencia al estado emocional de deseo de consumo de una sustancia, bien por sus efectos positivos, bien para evitar los efectos displacenteros de su falta. Así, hablaríamos de los fuertes deseos de usar una sustancia para alterar un estado psicológico o escapar de o evitar una experiencia emocional displacentera.

- **Vía de administración de las Sustancias de Abuso**
 - **Oral-Digestiva**
 - **Inyección**
 - **Subcutánea**
 - **Intramuscular**
 - **Endovenosa**
 - **Inhalatoria**
 - **Intranasal**
 - **Sublingual**
 - **Transdérmica**

Vía de administración de las Sustancias de Abuso

Las vías de administración hacen referencia a cómo se toman las drogas. La absorción de las diferentes sustancias y, en consecuencia, el tiempo hasta la percepción de su efecto, está en función de las distintas vías de administración. La vía oral, por ejemplo va a exigir un primer paso hepático que retrasa y disminuye el efecto mientras que la endovenosa va a suponer una entrada directa de la sustancia en el torrente sanguíneo y su llegada al cerebro en unos pocos segundos.

Cuanto más eficiente es la vía de administración, mayor es el efecto y mayor la probabilidad de intoxicación. Este es un concepto importante de cara a trabajar con los usuarios el cambio de vía en la línea de reducir los riesgos asociados al consumo.

Oral

Es la vía que utiliza el aparato digestivo para introducir la sustancia en el organismo. Oralmente, las drogas se toman generalmente en forma de pastillas, cápsulas, polvo o líquido (las medicinas en general utilizan esta vía: aspirinas, jarabes para la tos, antibióticos, etc.). Cuando una sustancia se toma por vía oral, llega al estómago y se absorbe principalmente en el intestino delgado. El efecto de una sustancia varía según el estómago tenga o no comida en él (un ejemplo es el efecto del alcohol cuando se ha comido o cuando se bebe con el estómago vacío). Por esta vía la absorción de la droga en la sangre es más lenta que por otras vías, por eso no se sienten sus efectos inmediatamente, lo que no quiere decir que no se tenga la sustancia en el organismo y que no vaya a hacer efecto. Una vez en la sangre la sustancia pasa por el hígado hacia el cerebro. Como el hígado es el mayor filtro que tenemos en el cuerpo, sólo una fracción de la dosis ingerida va a llegar al cerebro, por lo tanto el efecto que hará la sustancia será menor por esta vía que por otras.

Inyección

Tres de las vías más comunes de administración de drogas implican a la inyección. Cuando se van a utilizar por esta vía, típicamente las sustancias se disuelven en una solución antes de la inyección. Las tres formas

son subcutánea, intramuscular y endovenosa. Todas suponen peligro porque se traspasa la piel que protege al organismo de los microorganismos.

- **Subcutánea:** es la inyección debajo de la piel. Es la inyección más fácil de realizar. Es una vía relativamente lenta (aunque menos lenta que la oral) y con una tasa de absorción constante. Dos razones para no utilizar drogas por esta vía, son que muchas veces las drogas irritan los tejidos celulares y que las cantidades de solución a inyectarse no pueden ser muy grandes.
- **Intramuscular:** es la inyección en el músculo. Requiere una penetración más profunda que la subcutánea y está asociada a una tasa de absorción rápida. La tasa de absorción depende del flujo de sangre en el músculo en el que se inyecte y del tipo de solución que se inyecte. Muchas veces supone dolor en el punto de la inyección. Las drogas inyectadas a nivel intramuscular por una persona no entrenada tienen altos riesgos de enquistamiento, infección y daño de los tejidos.
- **Endovenosa:** es la inyección directamente en las venas, eliminando los problemas de retraso de absorción. Los efectos son inmediatos, por lo tanto es la administración ideal para las urgencias. Por otro lado, como los vasos son relativamente insensibles al dolor, es una vía que se utiliza para la inyección de sustancias irritantes que por otra vía serían dolorosas y que son rápidamente disueltas en la sangre. No obstante es la vía más asociada con complicaciones porque la droga llega muy rápido al órgano diana, pudiendo ocurrir sobredosis letales.

Inhalatoria

En esta vía la droga se absorbe por vía respiratoria a través de los alvéolos pulmonares alcanzando la circulación rápidamente (la nicotina de un cigarro hace su acción en unos 8 segundos tras la inhalación). En muchas ocasiones será el tabaco el vehículo de transporte de la sustancia activa (nicotina, cannabis, cocaína, heroína, etc.). En otras ocasiones las sustancias se inhalan sin mezclar con tabaco (fumar "chinos" por ejemplo).

Intranasal

Es la vía de administración de una droga en polvo por la nariz (p. ej.: heroína, cocaína, tabaco en polvo, etc.). La absorción ocurre en la mucosa de la nariz y en los senos. Cuando una droga es liposoluble esnifarla es una manera rápida y efectiva de absorberla, pero por esta vía, la droga es irritante y altera el flujo sanguíneo causando daños.

Sublingual

En esta vía, una tableta se introduce debajo de la lengua y se disuelve en la saliva. La droga se absorbe por la mucosa de la boca. Es una vía rápida y más eficiente que la oral al evitar el paso hepático previo al efecto (llega toda la sustancia al Sistema Nervioso Central sin ser metabolizada). También es preferida para drogas que irritan el estómago y que causan vómitos. Puede ser una vía para casi cualquier droga en forma de píldora, aunque no se utiliza mucho debido al desagradable sabor de muchas sustancias. La irritación y daños en los tejidos por el uso repetido de esta vía son similares a los de la vía intranasal u otras vías que utilizan las mucosas como sitio de absorción (vagina, recto, etc.)

Transdérmica

En esta vía la droga se absorbe a través de la piel (parches de nicotina, parches de hormonas, etc.). Puede usarse para evitar efectos gastrointestinales de algunas sustancias. Si la zona de utilización tiene un buen riego sanguíneo o la piel es porosa (axilas, por ejemplo), la absorción es más rápida y existe riesgo de intoxicación.

- **Farmacocinética y Farmacodinamia de las Sustancias de Abuso**
 - **Farmacocinética**
 - **Absorción**
 - **Distribución**
 - **Metabolización y Eliminación**
 - **Farmacodinamia**
 - **Drogas y Sistema Nervioso: transmisión neural**
 - **Curva dosis-efecto típica**
 - **Efectos colaterales y secundarios**
 - **Dosis efectiva y dosis letal**
- **Interacciones entre drogas**

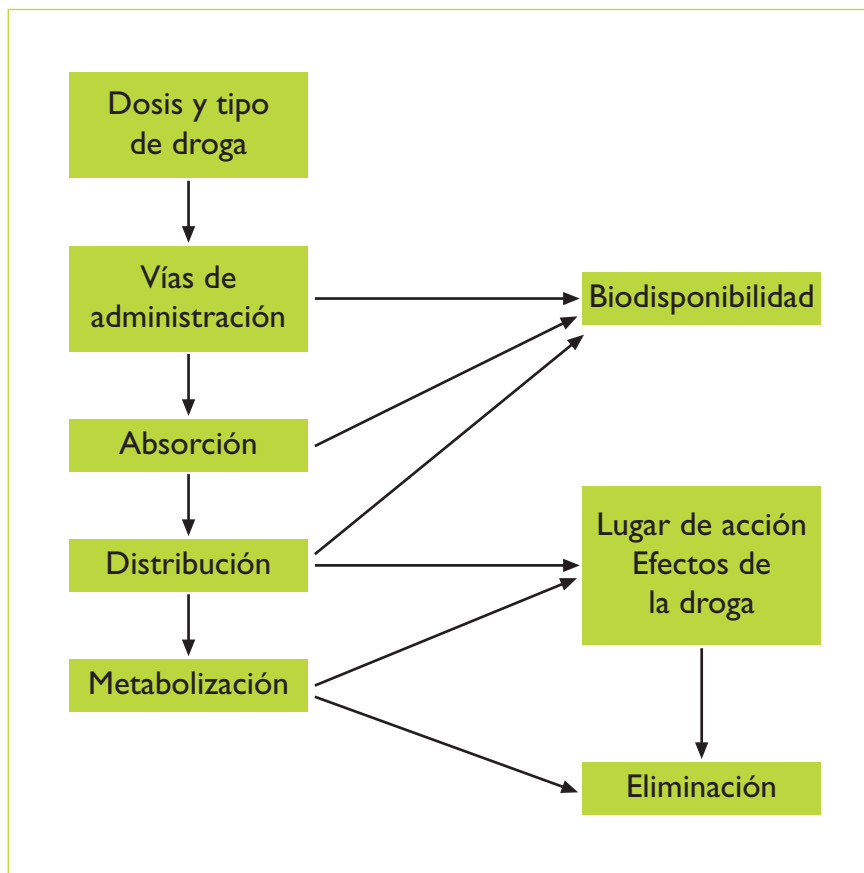
La farmacología estudia las características que tienen las diferentes sustancias y los efectos que se le suponen. Tanto en el efecto real de una sustancia como en el percibido, intervienen una serie de factores que están interrelacionados. La importancia o influencia mayor o menor de un factor va a depender de la relación con otros factores.

Cuando hablamos de la farmacología de una sustancia (o de una droga), tenemos que hablar de dos cuestiones principales: la farmacocinética y la farmacodinamia.

Farmacocinética

La farmacocinética, tiene que ver con la absorción, distribución, biotransformación y excreción de las distintas sustancias. La absorción y distribución, son esenciales para determinar qué cantidad de una determinada sustancia (independientemente de la administrada) va a llegar a sus sitios de acción y cuáles van a ser sus efectos. Además, una vez en el organismo la droga se distribuye y, posteriormente, debe ser metabolizada y eliminada o excretada, y esto se consigue por distintas vías, en distintas formas y en distintos tiempos para las distintas sustancias y estados del organismo (ver Cuadro N° 1).

CUADRO Nº 1: FARMACOCINÉTICA DE LAS SUSTANCIAS



Absorción

La absorción de una sustancia y los factores que la afectan, van a jugar un rol importante en la biodisponibilidad de una sustancia, que es la cantidad de la misma que llega a la circulación y provoca una determinada acción.

Todas las vías de administración (excepto la endovenosa), suponen que las drogas deben atravesar al menos una membrana del cuerpo para llegar al torrente sanguíneo. Las membranas están compuestas por lípidos, por lo que las drogas solubles en lípidos (heroína, benzodiazepinas) se absorben más rápidamente.

La forma en la que la droga se utilice influye en la absorción: drogas disueltas en agua se absorben más rápidamente que las sólidas. El flujo sanguíneo que haya en el punto de administración, también influye en la absorción, a mayor flujo sanguíneo, mayor rapidez.

Estas cuestiones nos recuerdan por qué la vía endovenosa es la más rápida y la más eficiente (y la más peligrosa), porque la droga entra directamente en contacto con la sangre (que va a ser su medio de transporte hacia el cerebro). Hay que tener en cuenta que al igual que la droga, un microorganismo, un trombo o una burbuja de aire también llegan rápida y directamente al cerebro con el riesgo de meningitis, trombosis, embolias, abscesos, etc.

Distribución

Es el proceso farmacocinético por el cual se produce el transporte de una droga desde su lugar de absorción hasta el órgano diana. La sangre distribuye las drogas por el cuerpo, así los sitios del cuerpo con más sangre van a tener más cantidad de sustancia y por lo tanto más efectos. Corazón, cerebro, riñones, hígado y los sistemas que reciben cantidades importantes de sangre son los más afectados.

Las drogas pueden disolverse libremente en el plasma, unirse a proteínas plasmáticas circulantes (especialmente albúmina) o disolverse dentro de las células sanguíneas. La fracción ligada a las proteínas plasmáticas es inactiva y puede ser considerada como depósito de la sustancia. Si la unión con las proteínas plasmáticas es muy fuerte, disminuye significativamente la cantidad de sustancia activa que llega al cerebro, porque sólo la fracción libre atraviesa la barrera hematoencefálica y provoca los efectos específicos.

Así, toda situación de hipoproteinemia y ciertos medicamentos con mucha afinidad por las proteínas plasmáticas (anticoagulantes orales, anticomiciales, antiinflamatorios) desplazan a las drogas y los psicofármacos, aumentando su fracción libre y por tanto, su efecto.

La distribución cerebral de una droga, está determinada por la barrera hematoencefálica, el flujo sanguíneo regional cerebral y la afinidad de la sustancia por sus receptores en el cerebro. El abundante flujo cerebral y la alta afinidad por los receptores facilitan la distribución, cuyo volumen variará según la edad, el sexo y diferentes estados de enfermedad.

Metabolización y eliminación

Las drogas pueden eliminarse del cuerpo directamente o bien ser primero metabolizadas en otros productos químicos que son los que se van a eliminar. Las encargadas de realizar estas transformaciones son las enzimas localizadas en los distintos órganos (por ejemplo, en el hígado las enzimas transaminasas). Cuando las drogas tienen que recorrer un "camino" hasta llegar al torrente sanguíneo, van sufriendo distintas transformaciones (produciendo metabolitos) en las cuáles se pierde un poco de la sustancia original, que se elimina en cada transformación.

Algunas drogas tienen metabolitos activos, lo que significa que también sus sustancias de degradación van tener un efecto (bien efectos colaterales no deseados, bien efectos psicoactivos deseados que se suman al efecto original).

La mayor parte de las drogas se elimina a través de los riñones que son nuestros órganos excretores por excelencia (de ahí la utilización de análisis de orina para detectar el consumo de sustancias) pero también a través de las heces, la bilis, la leche materna, los pulmones, y la transpiración.

Como se evidencia en el Cuadro N° 1, se tiene una cantidad de droga (dosis) que puede ser administrada por diferentes vías de administración. La droga se introduce en el organismo a través del lugar en el que fue administrada (absorción) para ser distribuida a los lugares en los que va a hacer su acción. La vía de administración y los factores bioquímicos van a influenciar la velocidad y la cantidad final de absorción de droga. Estos factores bioquímicos de la sustancia también van a afectar a la cantidad de droga que va a ser distribuida.

Una vez que ha llegado a sus lugares de acción la droga debe ser eliminada del organismo, por excreción directa o a través de sus metabolitos. El curso de eliminación de una droga va a estar en relación con su efecto en el tiempo.

Es importante señalar que una vez que se elimina la sustancia del cuerpo, no acaba el efecto subjetivo de la sustancia, ya que comienzan una serie de cambios físicos y psicológicos relacionados con la falta de esa sustancia en el organismo. Estos cambios son en general opuestos a los efectos de la sustancia (p. ej.: la heroína tranquiliza, su falta produce irritabilidad; la cocaína activa y euforiza, su falta produce letargia y depresión).

Farmacodinamia

La farmacodinamia, hace referencia a los efectos bioquímicos y fisiológicos de las drogas allí donde actúan (en sus mecanismos de acción), es decir, farmacodinamia es el estudio de la acción de las sustancias en el organismo.

Drogas y Sistema Nervioso: la transmisión neural

En general es difícil encontrar personas que abusen o dependan de una única sustancia. Más bien, el patrón de consumo de drogas occidental hace referencia a un policonsumo, en el que las personas utilizan más de una sustancia (cocaína, tabaco y alcohol; éxtasis, speed y alcohol; etc.) siendo, por lo general las sustancias legales (tabaco, alcohol, fármacos) las que están con mayor frecuencia asociadas al consumo de alguna otra sustancia ilegal.

A continuación se va a señalar cuál es el efecto de las drogas en el Sistema Nervioso, ya que esto va a explicar en cierta medida por qué las personas tienden a consumir y a abusar de las distintas sustancias.

Cada sentimiento, emoción o conducta que tienen los seres humanos, está basado (tiene su correspondiente traducción) en la actividad del cerebro. Una característica de todas las drogas que producen abuso y dependencia es que son capaces de actuar sobre las estructuras del Sistema Nervioso, y muchas de sus acciones ocurren a nivel cerebral.

El sistema nervioso está compuesto por células que se llaman neuronas que tienen la habilidad de comunicarse unas con otras a través de unas sustancias llamadas neurotransmisores. La neurona tiene un cuerpo celular con una serie de ramificaciones llamadas dendritas, y una estructura cilíndrica larga llamada axón. La principal función del axón es conducir el impulso nervioso y transmitir así la información entre una neurona y otra a través del espacio intersináptico que es el espacio que existe entre dos neuronas. Este axón va a finalizar en una serie de botones terminales que es donde se van a sintetizar los neurotransmisores. Estos neurotransmisores van a ser liberados en el espacio intersináptico y van a transmitir la información a la siguiente neurona. (ver Transparencia N° 3 en el apartado Metodología propuesta)

La transmisión interneural es un hecho electro-químico (eléctrico a lo largo del axón y químico en la sinapsis interneuronal), que abarca todo el Sistema Nervioso. Esto es importante porque nos sugiere que las drogas pueden interactuar a través del Sistema Nervioso a lo largo de todo el organismo ya que a todos los sitios llega el Sistema Nervioso.

A lo largo de las dendritas y del cuerpo celular, existen unas estructuras especiales denominadas receptores, que podemos ver como las "llaves" que van a permitir el "encendido" de la neurona. Para encender una neurona, estos receptores tienen que ser abiertos, y esto es lo que sucede cuando determinado neurotransmisor es liberado en el espacio intersináptico y entra en contacto con los receptores en la neurona post-sináptica. Podemos hacer un símil entre una llave y una cerradura. El neurotransmisor es la llave que abre el receptor que es la cerradura y así se transmite la información (la activación) a la siguiente neurona y posteriormente a los órganos diana (donde se provoca el efecto).

Los neurotransmisores producen dos tipos de efectos: en algunas sinapsis, excitan a la siguiente neurona facilitando el paso de la información. Esas sinapsis se llaman sinapsis excitatorias; Otras sinapsis, inhiben a la siguiente neurona, disminuyendo la transmisión de información. Esas sinapsis se llaman sinapsis inhibitorias.

Existen muchos tipos de neurotransmisores y muchos tipos de receptores para ellos, y hay que entender que el cerebro está codificado químicamente con diferentes vías que responden a los diferentes neurotransmisores químicos (ver Transparencia N° 4 en el apartado Metodología propuesta).

Hay distintas maneras en las que las drogas pueden interferir con la transmisión neural en el cerebro, o, lo que es lo mismo, con el intercambio de información en el cerebro. Por ejemplo, supongamos que la

estructura química de una droga es muy similar a la de un neurotransmisor que existe "naturalmente" en el cuerpo humano (endógeno), puede suceder que la molécula de la droga se "ligue" al receptor cerebral tal y como lo haría el neurotransmisor natural y estimular la neurona (es lo que sucede con la heroína y los receptores de las endorfinas, por ejemplo).

Los neurotransmisores se producen en la neurona a partir de unos precursores y deben ser transportados hacia los botones terminales del axón. Algunas drogas interfieren en esta producción y/o transporte. Además, los neurotransmisores son almacenados en vesículas que están localizadas en estos botones terminales. Algunas drogas interfieren con la capacidad de almacenaje de las vesículas.

Otra cuestión importante en el proceso de transmisión neural, es que los neurotransmisores, una vez liberados y habiendo cumplido su función, deben ser "desactivados" para que cese su actividad. Esta desactivación se produce de dos formas, bien es degradado por unas enzimas específicas, bien es recaptado hacia la neurona que lo liberó. Así, una droga puede alterar la transmisión cerebral actuando sobre estas enzimas o sobre el proceso de recaptación.

Por último, una droga puede actuar directamente sobre el receptor, algunas produciendo el mismo efecto que el neurotransmisor (y así decimos que son drogas agonistas), y otras impidiendo que el neurotransmisor (u otras sustancias) hagan su efecto sobre el receptor (y así decimos que son antagonistas).

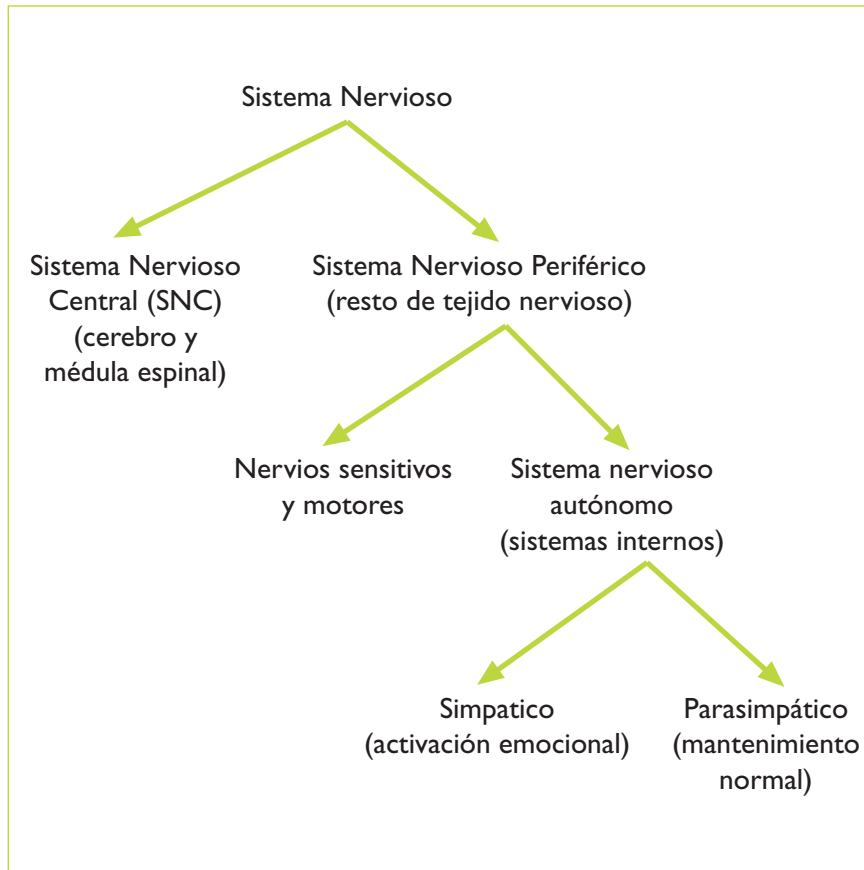
Resumiendo, las distintas drogas pueden actuar a los siguientes niveles en la transmisión neural:

- a) a nivel de la síntesis de un neurotransmisor (aumentándola o disminuyéndola)
- b) a nivel del transporte de un neurotransmisor desde la neurona a las vesículas terminales del axón
- c) a nivel del almacenamiento del neurotransmisor en las vesículas terminales del axón
- d) a nivel de la liberación prematura de un neurotransmisor en la sinapsis
- e) a nivel de la degradación de un neurotransmisor por las enzimas correspondientes
- f) a nivel de la recaptación del neurotransmisor hacia los terminales del axón
- g) activando un receptor tal y como lo haría un neurotransmisor (decimos que esa droga se comporta como agonista del neuroreceptor)
- h) bloqueando un receptor de tal manera que el neurotransmisor no pueda ligarse a él (decimos que esa droga se comporta como antagonista del neuroreceptor).

Hasta ahora, nos hemos focalizado en una parte microscópica del Sistema Nervioso, considerando cómo puede actuar una droga a nivel de una neurona en el cerebro (SNC).

Vamos a ver macroscópicamente el Sistema Nervioso. Su estructura básica se muestra a continuación (ver Cuadro N° 2):

CUADRO N° 2: ESTRUCTURA DEL SISTEMA NERVIOSO



Los nervios sensitivos se encargan de transmitir la información desde los órganos hacia el SNC. Los nervios motores se encargan de los movimientos voluntarios e involuntarios o reflejos y su transmisión se establece desde el SNC hacia los órganos diana distribuidos por el organismo.

El Sistema Nervioso Periférico incluye un sistema regulatorio muy importante (el sistema nervioso autónomo) que regula varias funciones del cuerpo automáticas (no conscientes) y que se divide en dos partes: el simpático y el parasimpático.

La rama simpática es responsable de las funciones fisiológicas de "alerta" y "ataque"; cuando se activa, aumenta el gasto cardíaco, la presión sanguínea, la respiración se acelera, se dilatan las pupilas, la boca se seca, se comienza a sudar y la sangre se desplaza de los órganos internos al cerebro y a los músculos, especialmente al miocardio (es una reacción normal que prepara al cuerpo para la lucha frente a una amenaza potencial). Es importante recordar estos efectos fisiológicos, porque algunas drogas que luego veremos producen los mismos efectos (y se llaman drogas "simpaticomiméticas": por ej.: cocaína, anfetaminas, LSD).

La rama parasimpática, en general hace de equilibrador de la reacción simpática y produce los efectos opuestos: reduce el gasto cardíaco y la tensión arterial, contracción pupilar, etc. Las drogas que actúan directamente sobre esta división del sistema nervioso, son altamente tóxicas (por ejemplo, gases como el Sarin, actúan produciendo un aumento de la actividad parasimpática y produce la muerte por depresión respiratoria o fallo cardiovascular).

El cerebro, por su parte es el órgano rector del Sistema Nervioso y tiene una estructura extremadamente compleja. Hemos visto someramente qué sucede en una sola neurona; consideremos que el cerebro contiene literalmente billones y billones de neuronas para imaginarnos su complejidad. Muchas de estas neuronas contactan con otras formando un entramado de neuronas y axones que son responsables de todas nuestras conductas inteligentes y de muchas de nuestras funciones vitales.

Nos interesa especialmente destacar un área del cerebro, que es el lugar donde van a actuar todas las drogas que son susceptibles de abuso por el ser humano y también por los animales. Este lugar se conoce como área de recompensa cerebral o centro del placer y es una zona de neuronas que se encuentra en la zona media del cerebro cerca del hipotálamo (que ejerce el control de las actividades viscerales, equilibrio hídrico, temperatura corporal, etc.), y tiene relaciones con otras estructuras cerebrales como el sistema límbico y el cortex. En el sistema límbico se encuentra la amígdala (relacionada con la agresión) y el hipocampo (relacionado con la memoria), y el cortex es responsable de todas nuestras conductas inteligentes (razonamiento, solución de problemas, pensamiento, lenguaje, etc.).

Por estas razones las drogas, que como hemos señalado afectan al cerebro y a todo el Sistema Nervioso, van a producir efectos en todos estos niveles: a nivel corporal, aumentando o enlenteciendo las funciones; a nivel cerebral, aumentando los niveles de agresividad, adormeciendo al sujeto, haciéndole vomitar o impidiendo que respire con riesgo de muerte.

Curva dosis-efecto típica

Esta curva dosis-efecto representa los efectos resultantes de tomar diferentes dosis de una droga.

La Transparencia N° 6, que se presentó en la Metodología propuesta para esta sesión, es una curva prototípica dosis-efecto. En el eje "X" está la dosis de la sustancia. En el eje "Y" el efecto de la misma. Generalmente, el efecto va de menos, a más. Como vemos, el efecto es una función de la dosis. A menor dosis, menor efecto y a mayor dosis, mayor efecto.

Siempre existe un límite, y de hecho en el gráfico hay un techo para el efecto máximo. Esto significa que aumentar la dosis más allá de ese nivel no va a producir más efectos no tóxicos.

Otra cuestión importante es que hay sustancias que tienen un efecto bifásico, es decir que el efecto se puede incrementar cuando se aumenta la dosis, pero si la dosis se sigue aumentando el efecto disminuye. (por ejemplo, sería el efecto del alcohol sobre el gasto cardíaco, al principio incrementar la dosis de alcohol incrementa este gasto, pero si se sigue aumentando la dosis de alcohol, el gasto cardíaco disminuye hasta la parada). (Ver transparencia N° 5 en el apartado Metodología propuesta)

Efectos colaterales y secundarios

Se denomina efecto colateral a aquel efecto producido con dosis normales de una sustancia, pero que no es buscado en el momento de su administración. El efecto secundario es el efecto no deseado de una sustancia como consecuencia de su acción farmacológica habitual.

Dosis efectiva y dosis letal

La dosis efectiva es la dosis a la cual un porcentaje determinado de personas muestran un efecto determinado y predecible para una determinada sustancia.

La dosis letal es la dosis de determinada sustancia que resulta mortal para la mayoría de las personas.

Cuando la dosis efectiva y la dosis letal están cercanas, hay muchos riesgos de muerte con esa sustancia, ya que para obtener el efecto deseado va a haber que estar cerca de la dosis letal. Cuando la diferencia entre ambas es grande, los riesgos son mucho menores.

Interacciones entre drogas

El consumo de más de una droga a la vez incrementa la complejidad tanto de los efectos como de los procesos que hemos visto, ya que ambas sustancias pueden interactuar. Dos sustancias interactúan porque los efectos de una de ellas modifican o alteran los de la otra.

Hay combinaciones que potencian el efecto de las sustancias por separado (drogas sinérgicas), no pudiendo decir exactamente que se suman los efectos, porque pueden multiplicarse, tanto en los efectos deseados como en los adversos y tóxicos.

Hay combinaciones que disminuyen los efectos de una de las sustancias que se combinan o de todas ellas (algunas drogas reducen el efecto de una sustancia cuando están presentes, por ejemplo, las anfetaminas reducen los efectos depresores del alcohol sobre el sistema nervioso central, sin embargo no reducen sus efectos sobre las habilidades motoras como conducir). Cuando se entra en el terreno de los efectos de las interacciones de las sustancias entre sí se entra en situaciones de impredecibilidad.

La interacción entre las distintas drogas es importante por varias razones; entre otras:

- a) en la práctica médica, obviamente porque la interacción puede ser beneficiosa o perjudicial para el individuo (a veces los efectos de una droga cancelan los de otra) (naloxona).
- b) en la utilización de sustancias no prescritas, la interacción puede ser causa bien de problemas como sobredosis (por ejemplo por combinar sustancias depresoras del sistema nervioso central como el alcohol y la heroína), bien del desarrollo de dependencia de dos sustancias distintas, lo que va a significar que el problema se duplica: la persona tiene que ser tratada de ambas adicciones.
- c) además, una persona puede utilizar sustancias del mismo tipo para aumentar los efectos (cocaína y anfetaminas) o puede utilizar sustancias de efectos opuestos para modificar los efectos de cada sustancia por separado (cocaína y alcohol) lo que va a dificultar tanto la discriminación de qué efectos deseados y adversos se deben a cada una, así como la recuperación de los distintos síndromes de abstinencia.

- **Características biológicas y psicológicas que influyen en el consumo de drogas**

Características biológicas y psicológicas que influyen en el consumo de drogas

Existen una serie de características biológicas y psicológicas que explican algunas de las diferencias en cómo reaccionan las personas a una dosis de una sustancia determinada.

Entre las características biológicas, se puede hacer referencia al sexo, al peso, a la edad y a la patología concomitante, entre otras.

Así, y con respecto al sexo, las mujeres sufren más los efectos de las drogas como resultado de su mayor porcentaje de grasa corporal frente al hombre. Esto va a determinar una mayor concentración de la sustancia -y, por tanto, un mayor efecto- y una eliminación más lenta.

En lo que hace referencia al peso, la concentración de una droga en la sangre depende de cuánta sangre y otros fluidos haya en el cuerpo ya que estos fluidos diluyen la droga absorbida. Una persona con más peso

tiene más fluidos corporales y por tanto la posibilidad de una mayor disolución de la sustancia en los mismos).

Con respecto a la edad hay que señalar que los niños son más sensibles a los efectos de las drogas, y la patología concomitante supondrá un mayor efecto tanto deseado como adverso (un organismo enfermo tiene menor capacidad para metabolizar las diferentes sustancias y mayor probabilidad de complicaciones).

En lo que hace referencia a las características psicológicas, se habla sobre todo de la "búsqueda de sensaciones" y la "personalidad adictiva". La "búsqueda de sensaciones" es una característica de personalidad que hace que el sujeto que la posee tenga la necesidad de experiencias complejas, variadas y novedosas, aunque para ello se exponga a riesgos físicos y/o sociales.

Algunos estudios han encontrado relación entre búsqueda de sensaciones, frecuencia de consumo de drogas y alcohol y la variedad de drogas usadas. Una explicación para estos hallazgos es que la búsqueda de sensaciones representa el alto grado de sensibilidad del individuo a los efectos placenteros de las drogas.

La propuesta de "personalidad adictiva" se refiere a la existencia de una estructura de personalidad común en las personas que utilizan sustancias. Sin embargo la investigación no apoya empíricamente este constructo.

Sin embargo sí es importante resaltar que existen factores de personalidad que influyen el grado de reducción de stress que el sujeto obtiene después de ingerir drogas y/o alcohol. Las expectativas, conocimientos, creencias y actitudes que tiene el ser humano sobre las drogas forman parte de la manera de funcionar del individuo y, por tanto, de su personalidad.

Estas variables no farmacológicas y que están en relación con la idiosincrasia del individuo, ejercen una poderosa influencia sobre la manera en que el sujeto experimenta la droga. Por eso va a ser fundamental para cambiar los comportamientos en relación con las drogas, trabajar con todas esas variables.

Sesión 2^a

Clasificación de las Sustancias de Abuso. Efectos y características de las Sustancias de Abuso.
Estimulantes del Sistema Nervioso Central

Objetivos

Objetivo general:

- Profundizar en el conocimiento de las diferentes drogas (legales e ilegales) que se utilizan en nuestro medio

Objetivos específicos:

- Establecer una clasificación de las diferentes drogas útil para los sujetos
- Incrementar los conocimientos sobre los estimulantes ilegales del SNC (cocaína y anfetaminas).
- Incrementar los conocimientos sobre los estimulantes legales del SNC (nicotina).

Metodología Propuesta

Brainstorming y Discusión dirigida "Sustancias de abuso: efectos y clasificación"

Se utilizan tres paneles en blanco pegados en la pared a modo de pizarras (por ejemplo tres cartulinas) una con el encabezamiento "Efectos", otra con el encabezamiento "Sustancias de abuso"; y la otra, en principio, se queda en blanco. En formato de ronda los miembros del grupo van diciendo distintas sustancias y efectos de éstas que se irán escribiendo en los paneles correspondientes (bien un voluntario, bien el conductor).

A continuación y nuevamente en formato de ronda, el conductor pide a los miembros del grupo que unan por medio de una flecha dibujada en otro color cada efecto con la sustancia o sustancias que lo producen (hay que tener en cuenta que en el Brainstorming anterior deberían salir todas las sustancias de las que se va a hablar en todo el Módulo y el mayor número de efectos posibles). Así, se dibujan flechas que unen las sustancias con sus correspondientes efectos.

El conductor escribirá en el tercer panel (que está en blanco al lado del que se titula "Sustancias de abuso") el título de "Clasificación" y escribirá a lo largo del panel los tres grupos de clasificación propuestos en los conceptos teóricos de esta sesión. Estos tres grupos son: "Depresoras", "Estimulantes" y "Alucinógenas". Pedirá nuevamente a los miembros del grupo que unan con flechas, cada sustancia con el grupo de clasificación que corresponda.

Así se verá que todas las sustancias se pueden clasificar en tres grupos y que si se mira al panel de "Efectos", también estos se corresponden con estos grupos de clasificación, es decir, las sustancias depresoras tienen un tipo de efectos, las sustancias estimulantes tienen otros efectos y las alucinógenas tienen otros.

Una vez se hayan emparejado los efectos con las sustancias y éstas hayan sido clasificadas en los tres grupos propuestos, se realiza una Discusión dirigida orientada a clarificar que el comportamiento de una sustancia (entendiendo por comportamiento los efectos, la farmacodinamia, la farmacocinética, los efectos adversos, los riesgos, los daños, las interacciones, etc.) está en relación con el grupo de clasificación que le corresponda.

Escenificación "Estoy como una moto"

Esta dinámica propone un trabajo de escenificación con los estimulantes. Se dramatizan dos situaciones grupales controladas por el conductor que serán: a) una conversación entre los miembros del grupo en estado basal (normal) y b) una conversación entre los miembros del grupo introduciendo elementos que saturan los sentidos como puede ser abrir ventanas en un sitio ruidoso o en un medio urbano, poner música, radio y/o TV y a la vez subir y bajar el volumen o cambiar los canales, encender y apagar las luces, etc.

Posteriormente se fomenta una reflexión en torno a las diferencias percibidas por los miembros del grupo y se relaciona esta percepción con una hiper-estimulación del Sistema Nervioso. Se puede sugerir que los estimulantes hacen un efecto similar al provocado por el conductor y por el soporte multimedia con el que se pueda contar (instrumentos que metan ruido o provoquen distracción, la propia voz en grito del conductor, o los cuchicheos al oído, etc.).

Esta dinámica se complementa y continúa con la siguiente.

Discusión Dirigida sobre el Dibujo de la "Figura humana"

Se retoman los dibujos previos de la "Figura humana" o se realiza un nuevo dibujo si los anteriores están muy ocupados. Se elige para trabajar una sustancia estimulante (o todas las del grupo). El conductor marca el recorrido de la sustancia estimulante consumida haciendo mención a los efectos que los estimulantes tienen en los distintos órganos

El conductor irá marcando con una flecha el órgano sobre el que la sustancia hace efecto, y escribirá al lado el efecto que hace.

Se trabajarán los riesgos y los daños en la salud asociados a los estimulantes y se darán pautas para su prevención (ver Contenidos teóricos a trabajar).

El conductor decidirá si hacer el trabajo tomando a los estimulantes como grupo, o separando cada una de las sustancias estimulantes y trabajando por separado.

NOTA: Como se comentó en la sesión previa todas las sesiones de este Módulo pueden trabajarse intercambiando información entre ellas, y las dinámicas que se proponen pueden ser utilizadas también indistintamente. Es interesante relacionar los riesgos derivados del consumo y abuso de las diferentes sustancias cuando se utilizan conjuntamente; por esto se deben intentar conservar los dibujos de cara a visualizar la sumación de efectos

Contenidos Teóricos a Trabajar

- **Clasificación de las sustancias de abuso**
 - Por su origen
 - Por sus efectos
 - Por su uso terapéutico
 - Por su estructura química

Clasificación de las sustancias de abuso

Se ha señalado ya que la definición de droga es muy amplia. Para poder trabajar es necesario hacer una clasificación que permita compartir conceptos y criterios de investigación.

Hay muchos sistemas para clasificar las diferentes drogas:

- **Por su origen:** Un ejemplo sería separar las drogas que derivan de plantas (como los opiáceos). Opiáceos "puros" (no sintéticos) incluyen componentes como la morfina y la codeína. La heroína, por ejemplo, es semisintética y se llama así droga opioide.
- **Por sus efectos:** Por ejemplo, estimulantes, depresoras o psicodislépticas.
- **Por su uso terapéutico:** Por ejemplo, las anfetaminas podrían ser consideradas drogas supresoras del apetito y la morfina como una droga analgésica, independientemente de que se usen una por sus efectos estimulantes y la otra por sus efectos euforizantes.
- **Por su estructura química:** Por ejemplo, los barbitúricos (como el fenobarbital) son componentes sintéticos derivados de la estructura química del ácido barbitúrico.

Nosotros las vamos a clasificar por su mecanismo de acción y por los efectos que produce y así hablaremos de sustancias estimulantes del SNC; depresoras del SNC y alucinógenas.

Vamos a hablar de sustancias psicoactivas que son aquellas que afectan al humor, a los pensamientos y a las conductas y que son aquellas de las que se tiende a abusar y las que van a suponer problemas.

ESTIMULANTES MAYORES DEL SNC

- **COCAÍNA**
 - Historia
 - Formas de uso

- **ANFETAMINAS**
 - Historia
 - Formas de uso

COCAÍNA

Historia

La cocaína es un poderoso estimulante que se obtiene de las hojas de la planta *Erythroxylum Coca*. Durante siglos los nativos de los Andes han mascado las hojas de coca que estaban integradas en sus ritos sagrados y en sus medicinas. Asimismo y durante la conquista española se les alentaba a su consumo (e incluso se pagaba el trabajo del Inca con este producto) porque les permitía trabajar más y mejor.

A mediados del siglo XIX, químicos europeos aislaron el agente activo más potente de la planta, al que llamaron cocaína.

La extracción de la cocaína de la hoja de coca inauguró una nueva era de utilización de la sustancia, ya que esta nueva sustancia podría ser esnifada e inyectada, produciendo efectos mucho más potentes y llevando rápidamente a los mecanismos responsables de la adicción (tolerancia y abstinencia). Aunque a principios del siglo pasado fue prescrita principalmente como anestésico local y ampliamente utilizada en bebidas y formas energizantes las complicaciones que empezaron a aparecer (adicciones, episodios psicóticos, muerte por sobredosis), mostraron la otra cara de la cocaína y llevaron a su prohibición y a su consideración como droga peligrosa.

Sin embargo en los años 70 emerge su uso entre actores, actrices y deportistas que podían pagar sus altos precios, y es considerada el "champagne" de los estimulantes. Entonces era usada principalmente por vía nasal, en fiestas y a bajas dosis y eso contribuyó a crear una imagen de droga "de fiesta", "de "clase alta" e "inocua".

El aumento de la demanda llevó a un aumento de la oferta, a la disminución de los precios y a la aparición de adicciones severas con motivo del cambio en los patrones de uso. Aparece la práctica de fumar pasta de coca (basuco) y crack (baselibre) así como el uso endovenoso del clorhidrato de cocaína (el polvo blanco que también se puede esnifar).

Formas de consumo de la cocaína

Fumada: La cocaína fumada se absorbe muy rápidamente en los tejidos pulmonares produciendo un efecto muy potente, muy rápido y de corta duración con una bajada muy severa. Cuando la cocaína está en forma de sal, se quema a muy altas temperaturas, por eso para fumarla es necesario basificar el clorhidrato de cocaína, para obtener una sustancia llamada "baselibre"= el crack, que tiene un punto de fusión más bajo y que se puede calentar y fumar preservando la potencia de la cocaína.

Como es menos peligroso de producir que otros tipos de base libre (que necesitan éter) y fácilmente transportable, en los últimos años ha aumentado su oferta y ha comenzado en algunos países como USA más que en otros una verdadera oleada de consumo, de venta y de problemas relacionados con el crack.

Consumo intranasal: La administración intranasal de la cocaína es también muy frecuente. Por este sistema sus propiedades de absorción son similares a las de la administración oral, requiriendo entre 10 y 15 minutos para que comience la acción que alcanza su pico en los 30 minutos.

Consumo intravenoso: Con la inyección intravenosa, los efectos estimulantes se consiguen en 30 segundos. La cocaína se metaboliza relativamente rápido y sus efectos desaparecen entre los 20 y 80 minutos después de la administración. Se detecta en orina 2 o 3 días.

ANFETAMINAS

Historia

Las anfetaminas se sintetizan a finales del siglo XIX (anfetaminas, dextroanfetaminas y metanfetaminas).

Médicamente fueron utilizadas en los primeros años para descongestionar la nariz, para la obesidad, para la narcolepsia y para el tratamiento del déficit de atención (existiendo en este momento un debate importante sobre las ventajas y desventajas a corto y a largo plazo de esta indicación).

Estas sustancias tienen un alto potencial de abuso y fueron ampliamente utilizadas por los soldados en la II Guerra Mundial por su poder estimulante.

Formas de consumo de las anfetaminas

Pueden utilizarse de forma oral, intranasal y también intravenosa. Esta última vía lleva a un patrón de consumo y consecuencias muy similares a las de la cocaína, ya que mientras el efecto de la dosis intranasal comienza a los 10-15 minutos de la administración, el de la vía endovenosa requiere 30 segundos. A causa de esta subida tan importante que producen y la consecuente bajada, el usuario quiere repetir ese efecto y tiende a la repetición compulsiva de la inyección.

Suelen aparecer estados de psicosis francas con el consumo continuado o con el consumo puntual de altas dosis (por cualquiera de las tres vías) con menos casos de muerte por sobredosis que con la cocaína. Es común, sin embargo, la aparición de estados paranoicos que llevan a actos de violencia.

La vida media de las anfetaminas es mayor que la de la cocaína y sus efectos persisten de 4 a 12 horas. Se detecta en orina durante 2 o 3 días.

- Mecanismo de acción de los estimulantes
- Efectos agudos de los estimulantes a dosis bajas y moderadas
- Efectos agudos de los estimulantes a dosis altas
- Efectos del uso crónico de los estimulantes

Mecanismo de acción de los estimulantes

Las drogas estimulantes del SNC, como la cocaína (veremos luego las anfetaminas), afectan al cerebro, especialmente a nivel de los neurotransmisores dopamina, noradrenalina y serotonina, bloqueando la recaptación hacia la neurona presináptica y, como consecuencia, aumentando la cantidad de neurotransmisores en la sinapsis.

Esto produce a largo plazo una deplección de las monoaminas que va a ser la causa biológica de la depresión que sigue al consumo continuado de estimulantes (ya sea un "atacón" del día, o el consumo continuado a largo plazo).

Distintos estudios han demostrado que algunas alteraciones en el sistema dopaminérgico después del consumo crónico de estimulantes pueden mantenerse en el tiempo o, incluso, cronificarse.

Efectos agudos de los estimulantes a dosis bajas y moderadas

Los efectos de la cocaína y de las anfetaminas a dosis bajas y moderadas son prácticamente idénticos. Aunque los usuarios sostienen diferencias subjetivas entre los estimulantes, en estudios controlados de laboratorio no se discrimina entre los efectos de la cocaína, las anfetaminas y el metilfenidato.

Los estimulantes aumentan la actividad en la rama simpática del sistema nervioso autónomo: incrementan el gasto cardíaco, la tensión arterial, la frecuencia respiratoria y la sudoración. La sangre va hacia los músculos estriados y hacia el cerebro, se eleva la temperatura y las pupilas se dilatan. Ambas tienen efectos anorexígenos.

A nivel conductual producen una elevación del humor, un mayor gregarismo y aparente sociabilidad. Se incrementa la alerta y se produce insomnio.

Aumenta la ejecución de determinadas tareas que requieren esfuerzo físico (como correr y nadar), lo que puede explicar el abuso de anfetaminas y cocaína que se ha visto en muchos deportistas famosos (mitiga la sensación de cansancio, pero, por el contrario, disregula el organismo y anestesia los mecanismos defensivos y compensatorios del esfuerzo).

Los estimulantes aumentan también la resistencia a la fatiga y han sido también usados como ayudas para el estudio. Sin embargo, se ha comprobado que hay un aprendizaje dependiente del "estado" que se refleja en que lo aprendido se recuerda mejor cuando el individuo está en el mismo estado, mientras que si no, existe una dificultad en recuperar de la memoria lo aprendido. Asimismo se deteriora la ejecución en tareas de razonamiento complejo.

Otra noción falsa es que los estimulantes aumentan la ejecución sexual, cuando en realidad, si bien aumentan (en dosis bajas) el tiempo de erección en los hombres, disminuyen la lubricación en las mujeres, produciendo cierta anestesia que dificulta la consecución del orgasmo en los dos sexos.

Efectos agudos de los estimulantes a dosis altas

Todos los estimulantes utilizados a altas dosis pueden producir estados psicóticos (la cocaína, en cualquiera de sus formas, las anfetaminas y el metilfenidato) y esto ocurre porque producen aumento de la dopamina, neurotransmisor implicado en la génesis y etiopatogenia de la psicosis y de las alucinaciones, delirios y de las alteraciones mentales graves.

Siendo los delirios paranoides el síntoma más común, otros síntomas son las alucinaciones de diversos tipos. Estas alucinaciones se tratan con las mismas sustancias que se usan en el tratamiento de la esquizofrenia.

Un riesgo importante del consumo de altas dosis de estimulantes es la muerte por sobredosis. La dosis letal depende de muchos factores como son el estado físico y de salud de la persona que consume; la tolerancia que tenga a las distintas sustancias, etc.

La muerte puede producirse por diferentes razones como crisis comiciales, arritmias cardíacas con fibrilaciones, espasmos de arterias coronarias con infarto de miocardio, hemorragias cerebrales por el aumento de la tensión arterial, entre otras. Cada vez es más frecuente la aparición de complicaciones cardíacas en personas jóvenes en relación con el consumo de estas sustancias.

Efectos del consumo crónico de los estimulantes

Tolerancia: cuando los estimulantes se toman a largo plazo, se producen, además de las complicaciones por los efectos agudos, otros efectos específicos. Uno, como ya se ha señalado a nivel general, es la tolerancia.

Primero se produce la tolerancia aguda que es la búsqueda del mismo efecto obtenido tras la primera administración de la droga, que no se vuelve a repetir.

Pero además, se produce tolerancia a otros efectos estimulantes: al incremento de la temperatura del cuerpo, al incremento del gasto cardíaco y se ha relatado tolerancia inversa que sería el efecto máximo con muy poca dosis de la sustancia (y explicaría algunas muertes por sobredosis con muy poca cantidad de droga).

Dependencia: El síndrome de abstinencia de los estimulantes, si bien no amenaza la vida, existe y es muy desagradable. Incluye depresión, retraimiento social, deseos de consumir (craving), temblores y problemas del sueño

Con el síndrome de abstinencia de la cocaína se señalan dos fases:

- a) "crash" que ocurre primero y duraría entre 1 y 14 días e incluye un deseo intenso de consumir cocaína, alternancia de estados de extenuación y agitación y profunda depresión.
- b) La segunda fase se denomina "retirada" y en ella el adicto puede pasar entre 1 a 10 semanas con intentos de consumo, depresión moderada a severa y anhedonia.

La recuperación (o el comienzo de ésta) aparecería en una tercera fase, aunque los adictos a los estimulantes pueden estar meses y años experimentando intermitentes deseos de cocaína y/o anfetaminas. Cuando pasan por algún sitio concreto, ven a determinada gente o están en algunos lugares significativos, los deseos pueden volver a aparecer como resultado del condicionamiento al que fueron expuestos y que tiene su traducción en una serie de reacciones químicas con efectos físicos y psicológicos. Se necesita tiempo y el afrontamiento de personas y lugares "peligrosos" (que recuerden al escenario de consumo) para que la conducta de deseos de droga se extinga. Si bien, no todos los usuarios de estimulantes desarrollan dependencias tan severas, todos relatan dolor en el pecho, insomnio, fatiga crónica, depresión, importantes dolores de cabeza y sinusitis o rinitis.

ESTIMULANTES LEGALES DEL SNC

- **NICOTINA**
 - Historia
 - Farmacología
 - Farmacocinética
 - Tolerancia y dependencia

NICOTINA

Historia

La nicotina se obtiene naturalmente de la hoja del tabaco. La planta pertenece al género nicotina y tiene 60 especies, aunque sólo dos usadas para el consumo humano: nicotina rústica y nicotina tabacum. Los diferentes tipos de tabaco se obtienen a través de los distintos procesos de cultivo y procesamiento.

El tabaco se recoge verde y se deja secar antes de pasar a manufacturarse en las diferentes formas que lo conocemos (cigarrillos, cigarros, tabaco para liar, tabaco para pipa).

El tabaco tiene diferentes constituyentes, pero es la nicotina la que tiene la mayor acción farmacológica.

Fueron los españoles con el descubrimiento de América quienes trajeron el tabaco al continente europeo. Hacia mediados del siglo XVII su consumo se había extendido por Europa y se observaron los primeros indicios de que causaba adicción. Sin embargo hasta mediados del siglo XIX se aceptaba un valor terapéutico y medicinal de la planta del tabaco. Sin embargo, cuando se aísla la sustancia nicotina, empiezan a ser entendidos sus efectos tóxicos y adictivos.

Farmacología de la nicotina

La nicotina estimula los mismos receptores que son sensitivos a la acetilcolina y es, por tanto, una droga agonista colinérgica y estimula tanto el Sistema Nervioso Central como Autonómico.

Es llamada una droga "bifásica" porque a dosis bajas es estimulante, pero, a dosis altas, retarda la transmisión neural. Esta acción bifásica explica los efectos complejos que los humanos perciben cuando usan nicotina.

Farmacocinética de la nicotina

Se absorbe a través de la mayor parte de las membranas del cuerpo. Rápidamente a través de la mucosa oral y nasal, el tracto gastrointestinal y los pulmones.

La absorción depende tanto del lugar como de cómo es administrada la nicotina. Donde se absorbe mejor es en los pulmones; al fumar un cigarrillo, de hecho, fumadores de cigarros o de pipa que no tragan el humo, no reciben la misma dosis de nicotina que un fumador de cigarrillos (siempre comparando la misma cantidad de tabaco).

Una vez que se ha absorbido, es distribuida por la sangre hacia los sitios en los que va a hacer efecto (por ej.: cuando se fuma un cigarrillo, la nicotina llega al cerebro desde los pulmones en 7 segundos). Los niveles de nicotina en el cerebro se alcanzan muy rápidamente, y luego descienden, en la medida en que la sustancia se distribuye en otras partes del cuerpo. Sus efectos se observan rápidamente y tiene una vida media de 10-20 minutos. Ésta es la razón por la que muchos fumadores encienden un cigarrillo tan pronto han apagado otro.

Se metaboliza fundamentalmente por el hígado y se elimina primariamente por la orina.

Tolerancia y dependencia

La tolerancia a la nicotina se desarrolla rápidamente. Es experiencia conocida de los fumadores que sus primeros cigarrillos supusieron síntomas como palpitaciones, sudores, náuseas o vómitos que rápidamente dejaron de sentir. Estos son síntomas de un envenenamiento por nicotina.

De la misma manera, los efectos del primer cigarrillo del día no son los mismos que los efectos del vigésimo porque los fumadores metabolizan más rápido la nicotina que los no fumadores. Además entre fumar el primer cigarrillo y poder fumar un paquete o más al día pasan sólo unas pocas semanas.

No hay duda de que la gente desarrolla dependencia a la nicotina. La experiencia del síndrome de abstinencia (que aparece a las 24 horas de haber fumado el último cigarrillo) incluye: irritabilidad, ansiedad, dificultad de concentración, aumento del apetito, impaciencia, quejas somáticas e insomnio.

Una vez que se empieza a fumar hay muchas probabilidades de devenir dependiente de la nicotina (lo que no ocurre con otras drogas que se prueban y que se pueden fumar incluso durante un tiempo intermitentemente). Algunos estudios señalan que un 85% de las personas que prueban el tabaco, devienen dependientes de la nicotina.

- Efectos agudos de la nicotina
- Efectos del uso crónico de la nicotina

Efectos agudos de la nicotina

Como se ha señalado, los efectos agudos de la nicotina son complejos. A dosis “normales” (los que puede utilizar cualquier fumador cotidianamente) aparecerían efectos estimulantes como: incremento de la actividad conductual, estimulación del centro cerebral del vómito (que desaparece muy rápidamente con la tolerancia), estimula la secreción de la hormona antidiurética, reduce el tono muscular, aumenta la alerta, el aprendizaje y la memoria, incrementa el gasto cardíaco, la tensión arterial y las contracciones del corazón, dilata las arterias (si no tienen arteriosclerosis) para permitir la llegada de más oxígeno que demanda el corazón.

Así, se ve que la nicotina tienen un efecto estimulante del Sistema Nervioso Central, aunque no tan intenso como el de la cocaína o las anfetaminas.

El aumento de la alerta, del aprendizaje y de la memoria va a ser un potente refuerzo en los seres humanos y de hecho, la privación de nicotina en los fumadores tiende a resultar en un deterioro en la ejecución de tareas cognitivas que se revierte con la administración de nicotina, lo que mantiene el consumo del cigarrillo y dificulta su abandono.

Ya se ha señalado que aunque la nicotina sea un estimulante, los sujetos fumadores refieren un efectos calmante, que es importante y reforzador para continuar fumando. Una de las causas es la acción bifásica de la nicotina ya comentada y otra, evidentemente, es la asociación (condicionamiento) que hay entre afrontamiento exitoso del estrés mientras se fuma.

Otro efecto agudo es que disminuye el apetito e incrementa la cantidad de energía que el cuerpo utiliza. Por esta razón mucha gente señala que, al dejar de fumar engorda y esto les lleva muchas veces a volver a fumar.

Sin embargo, todos los estudios demuestran que, al dejar de fumar, si bien se engordan algunos kilos, a largo plazo, la media de estos kilos es tres.

Efectos del consumo crónico de la nicotina

El consumo crónico del tabaco está asociado con muchas y muy graves enfermedades. El daño a la salud lo causan los componentes del tabaco: alquitrán, nicotina y monóxido de carbono y el fumador está constantemente expuesto a los tres durante años. La mayor parte de las sustancias que producen cáncer se encuentran en el alquitrán, aunque la nicotina por sí misma también puede provocar ataques al corazón y cáncer. Cuando el humo se traga se absorbe un 20% de nicotina frente al 2.5%-5% que se absorbe cuando el humo queda en la boca.

Hay una serie de enfermedades ligadas al consumo crónico del tabaco, muchas de ellas mortales: enfermedad de las arterias coronarias, cáncer y enfermedades del aparato respiratorio. Los fumadores tienen el doble de probabilidades de desarrollar enfermedades cardiovasculares que los no fumadores. Al consumo crónico del tabaco se asocia el cáncer de laringe, de la cavidad oral, del esófago, del páncreas y del riñón, siendo el cigarrillo el causante de entre el 80-90% de las muertes por cáncer de pulmón.

Asimismo entre el 80-90% de las enfermedades obstructivas de los pulmones como el enfisema, es causado por el tabaco.

Estos riesgos disminuyen de manera importante si la persona deja de fumar y a los 10 años de haber dejado de fumar, el riesgo del sujeto es el mismo que el de un no fumador.

Los fumadores de cigarrillos y de pipa también sufren diferentes tipos de cáncer (especialmente de la cavidad oral) derivados del consumo del tabaco, aunque menos que los fumadores de cigarrillos.

También existe riesgo para los fumadores pasivos ya que expuestos al humo del tabaco también están expuestos a la nicotina, al monóxido de carbono y a otros agentes nocivos.

Se ha comprobado, incluso, que si una mujer embarazada está en ambientes de fumadores (aunque ella no fume) el feto está absorbiendo nicotina a través de la sangre de su madre.

Sesión 3^a

Efectos y características
de las Sustancias de Abuso (II):
Sustancias Depresoras
del Sistema Nervioso Central

Objetivos

Objetivo general:

- Incrementar los conocimientos sobre las características de las sustancias con efecto depresor

Objetivos específicos:

- Incrementar los conocimientos sobre las características del alcohol.
- Incrementar los conocimientos sobre las características de los ansiolíticos, sedantes e hipnóticos.
- Incrementar los conocimientos sobre las características de los opiáceos.

Metodología Propuesta

Clarificación de valores: "Beneficios y riesgos de las sustancias depresoras a corto y largo plazo"

Se trabajará con dos cartulinas pegadas en la pared, a modo de paneles. Inicialmente se trabaja con la primera, que será titulada por el conductor como "Efectos a corto plazo". El conductor preguntará a los miembros del grupo por los efectos a corto plazo de las sustancias depresoras (alcohol, sedantes y opiáceos). Se puede elegir trabajar por sustancias o tomando el grupo de "sustancias depresoras" como genérico. Los participantes en el Modulo contestarán en forma de ronda, y el conductor irá apuntando en la cartulina sus respuestas. Probablemente, se verá que la mayoría son efectos aparentemente buenos o positivos y reforzadores de la conducta de ingesta y que se corresponden con el efecto buscado y/o deseado.

Después, el conductor titulará el segundo panel con el encabezamiento "Efectos a largo plazo". Se explica el concepto "largo plazo" y se pedirán aportaciones al grupo para completar la segunda cartulina. Probablemente se verá que la mayoría son efectos negativos claros y con repercusiones serias para la salud.

El conductor irá clarificando con el grupo y escribiendo en una nueva cartulina, los efectos a corto y a largo plazo señalados anteriormente, pero graduándolos por gravedad. Puede pedir opinión al grupo y aportará la información correcta. Con este trabajo se reforzará la visión de que a más tiempo se consuma una sustancia, más grave es la dependencia de la misma, más riesgos se asumen con el consumo y se producen más daños en la salud.

Escenificación "Estoy tirado, tío!!!!"

Esta dinámica propone un trabajo de escenificación con las sustancia depresoras. Se dramatizan dos situaciones grupales controladas por el conductor que serán: a) una conversación entre los miembros del grupo en estado basal (normal) y b) una conversación entre los miembros del grupo introduciendo elementos que disminuyen los sentidos tales como tapones en los oídos, hablar con algo en la boca (no peligroso) o con la boca tapada con un pañuelo, o bajar la intensidad de la luz o ponerse gafas oscuras, andar con peso o con una mochila cargada en la espalda, etc.

Posteriormente se fomenta una reflexión en torno a las diferencia percibidas por los miembros del grupo y se relaciona esta percepción con una hipo-estimulación del Sistema Nervioso y Motor. Se puede sugerir que las sustancias depresoras hacen un efecto similar al provocado por el conductor y por el soporte multimedia con el que se pueda contar (tapones en los oídos, pañuelos, pesos, etc.). Esta dinámica se complementa y continúa con la siguiente.

Discusión dirigida y Dibujo de la "Figura humana": “Efectos de las sustancias depresoras”

Se retoman los dibujos previos de la "Figura humana" o se realiza un nuevo dibujo si los anteriores están muy ocupados. Se elige para trabajar una sustancia depresora (o todas las del grupo). El conductor marca el recorrido de la sustancia depresora consumida haciendo mención a los efectos que los depresores tienen en los distintos órganos

El conductor irá marcando con una flecha el órgano sobre el que la sustancia hace efecto, y escribirá al lado el efecto que hace.

Se trabajarán los riesgos y los daños en la salud asociados a los depresores y se darán pautas para su prevención (ver Contenidos teóricos a trabajar).

El conductor decidirá si hacer el trabajo tomando a los depresores como grupo, o separando cada una de las sustancias depresoras y trabajándolas por separado.

Contenidos Teóricos a Trabajar

- **ALCOHOL**
 - Historia
 - Farmacología
 - Farmacocinética
 - Mecanismos de acción

ALCOHOL

Historia

Los humanos han usado alcohol desde siempre. Las primeras bebidas fueron descubiertas sin intención por fermentación natural de frutas, principalmente. Algunos autores dicen que las primeras bebidas alcohólicas se elaboraron en Egipto hacia 5000-6000 A.C.

Las bebidas destiladas han sido las más recientes, pero aún así hay referencias de su existencia en China en el año 1000 A.C.. En Europa aparecen hacia el 800 A.C. A América, el alcohol es llevado por los europeos.

El alcohol, en las sociedades humanas, ha tenido dos roles fundamentales: uno, en ocasiones sociales importantes (bodas, nacimientos, bautizos), consumo que normalmente no ha ocasionado problemas, y otro, el consumo excesivo que se conoce desde siempre y que ha generado problemas graves en las diferentes sociedades.

Siempre ha existido una ambivalencia con respecto al consumo de alcohol (su consumo social aceptado y su consumo excesivo castigado).

Farmacología

Es un depresor del SNC. Altera la anatomía de las membranas celulares y como resultado reduce la eficiencia de la conducción neuronal, inhibiendo la transmisión. Investigaciones actuales han señalado que el alcohol actúa sobre receptores específicos GABA-benzodiacepínicos. Sin embargo establecer un único sitio de acción o un único mecanismo de los efectos del alcohol es difícil porque esta droga afecta a las membranas de las células, todos los sistemas neuroquímicos y todos los sistemas endocrinos.

Farmacocinética

El alcohol debe pasar del estómago al intestino delgado para que ocurra una absorción rápida, aunque también puede ser absorbido a través de los pulmones y a nivel subcutáneo. El alcohol, como las demás drogas, es absorbida de manera diferente por las diferentes personas, dependiendo de diferencias biológicas individuales y de factores situacionales.

Los mayores factores que influyen en la absorción son aquellos que influyen en el tránsito del alcohol por el estómago y el intestino. Así, beber comiendo retrasa la absorción del alcohol.

Otro factor es el ritmo de bebida, ya que un beber rápido determina una absorción rápida. Las bebidas con una alta concentración de alcohol (como el whisky) son absorbidas más rápidamente que las de baja concentración. Las bebidas carbonatadas son absorbidas más rápido que las no carbonatadas (lo que explica por qué puede tener mucho efecto una copa de champagne con el estómago vacío y poco efecto un vaso de vino con una comida).

Teniendo en cuenta estos factores, el tiempo entre dejar de beber y el pico de concentración del alcohol en la sangre, puede oscilar entre 30 a 90 minutos.

Mecanismos de acción

Distribución: Después de la absorción, la sangre lo distribuye por todos los tejidos del cuerpo. Como el alcohol se disuelve fácilmente en agua, la proporción de ésta en un tejido determina la concentración del alcohol en él. Como la sangre contiene, aproximadamente, un 70 % de agua, tiene una alta concentración de alcohol. Los músculos y los huesos tienen porcentajes de agua más pequeños y tienen así porcentajes más pequeños de alcohol.

El alcohol afecta primariamente al SNC. La concentración de alcohol en el cerebro es casi la misma que la de la sangre, por la cantidad de ésta que irriga el cerebro y porque el alcohol pasa libremente la barrera hematoencefálica. Como todos los seres humanos tienen la misma proporción de los distintos tejidos y de agua, es posible estimar la concentración de alcohol en el cuerpo a partir de su concentración en la sangre.

La concentración de alcohol en sangre es expresada en miligramos de alcohol por 100 mililitros de sangre (mg/ml). Concentraciones de 0.02%-0.03% se alcanzan 45-60 minutos después de consumir un vaso de vino o cerveza pequeño.

Diferentes factores que coexisten con las dosis de alcohol determinan qué concentración se alcanza. Así, por ejemplo, la gente con mucho peso va a tener menos concentración que la gente con poco peso y las mujeres más que los hombres (porque tienen más grasa corporal y menor cantidad de alcohol deshidrogenasa en sus estómagos que éstos).

Excreción: Más del 90% de alcohol absorbido es metabolizado en el organismo, principalmente en el hígado, aunque el estómago también juega su parte en el metabolismo del alcohol.

El pequeño porcentaje de alcohol que no es metabolizado es excretado en forma pura, a través de los riñones y los pulmones.

Es prácticamente imposible utilizar algún medio para acelerar la eliminación de alcohol del cuerpo, que no sea esperar a que el hígado haga su trabajo.

- Tolerancia y dependencia
- Efectos agudos del alcohol
 - Alcohol y conducción
 - Alcohol y agresividad
- Efectos del uso crónico del alcohol

Tolerancia y dependencia

Tolerancia: La tolerancia se halla íntimamente relacionada con la dependencia. En el caso del Alcohol, esta tolerancia es farmacodinámica y farmacocinética, es decir, por adaptación de los receptores celulares y por adaptación metabólica, y aumenta hasta un límite mortal (alrededor de los 5g./día).

Dependencia: Con el consumo abusivo crónico de alcohol, los individuos pueden desarrollar severa dependencia. Los síntomas de la abstinencia pueden ser clasificados en tres fases: la primera, que comienza a las pocas horas de haber dejado de beber, y que se caracteriza por temblores, sudoración, búsqueda de alcohol y puede incluir agitación, anorexia, dolores de cabeza, elevado gasto cardíaco, etc. La segunda fase, cuando se da, comienza a las 24 horas de haber dejado de beber, y los síntomas son especialmente crisis epilépticas de distinto grado; y la tercera fase, aparecería después de 30 horas aproximadamente de haber dejado de beber y es el Delirium Tremens, que cursa con agitación severa, confusión, desorientación, alucinaciones especialmente visuales, muy vívidas y alta temperatura corporal. Las alucinaciones son acompañadas de delirios, que pueden tener un alto potencial de violencia si no se utiliza medicación. La muerte puede sobrevenir durante el Delirium Tremens por la alta fiebre, por colapso cardiovascular o por severos traumatismos.

Después de 5 a 7 días de haber dejado de beber, cesa el síndrome de abstinencia, y los síntomas residuales son severa deshidratación y agotamiento físico.

Como se ve, en la abstinencia del alcohol puede aparecer un amplio abanico de síntomas de severidad variable, asociados al tiempo desde que ha cesado la ingesta de alcohol, aunque hay un cierto solapamiento entre algunos de ellos. Además, no todas las personas que son dependientes del alcohol tienen los mismos síntomas ni pasan por todas las fases. Es importante señalar que los síntomas de abstinencia pueden empezar con cierta concentración de alcohol en sangre (alrededor de 0.15%), no siendo necesario que ésta llegue a cero para que se desencadenen, y que es muy importante la valoración médica del síndrome de abstinencia del alcohol, ya que puede ser imprescindible la utilización de medicación.

Efectos agudos del alcohol:

El alcohol tiene varios efectos fisiológicos que ocurren, incluso, a dosis bajas. Por ejemplo, el alcohol inhibe la secreción de la hormona antidiurética, lo que causa un incremento de la diuresis, reduce la cantidad de grasa que se oxida en el cuerpo, por lo que a largo plazo, y cuando el alcohol se utiliza con una ingesta de comidas normal, aparece un exceso de peso.

Es un vasodilatador periférico, por lo que, si bien causa calor corporal y enrojecimiento, se produce una pérdida de calor del cuerpo.

Otro efecto agudo importante del alcohol es la interrupción del patrón de sueño. Incluso a bajas dosis suprime el sueño REM. También el alcohol tiene efectos agudos sobre los sentidos; la visión decrece en agudeza, y

el sabor y el olfato pierden capacidad, decrece la sensibilidad al dolor para una tasa de concentración de alcohol en sangre en el rango de 0,08%-0,10%, se enlentece el tiempo de reacción a partir de 0,10%; se deterioran las habilidades psicomotoras alrededor del 0,03%, mientras que a partir del 0,15% hay una clara anormalidad de las funciones motoras gruesas como estar de pié o caminar

También deteriora la memoria, siendo los efectos agudos sobre la memoria a largo plazo. Cuando la tasa de alcohol en sangre aumenta rápidamente pueden ocurrir episodios de "blackout", que son amnesias lacunares para eventos que suceden mientras se está bebiendo incluso aunque no haya pérdida de consciencia (algunas personas dicen "no me acuerdo de nada de lo que hice"). Se piensa que estos "blackouts" son el resultado de un fallo en la transmisión de la información de la memoria a corto plazo a la memoria a largo plazo.

La resaca (que todas las personas que han bebido conocen) se puede considerar como un síndrome de abstinencia leve. Empieza a aparecer entre las 4 y 12 horas después de que se alcance la mayor concentración en sangre de alcohol, y sus síntomas incluyen dolor de cabeza, náuseas, vómitos, gasto cardíaco incrementado, fatiga y sed. Además, aunque el nivel de concentración en sangre del alcohol sea cero, la resaca está en relación con una habilidad reducida para la realización de tareas complejas (como conducir).

Es importante recordar, al hablar de los efectos agudos del alcohol, su interacción sinérgica con otros depresores del SNC. Si bien la ingesta únicamente de alcohol tiene que ser muy extrema para ser causa de muerte por depresión del SNC, cuando se combina con otros depresores, esta dosis no necesita ser tan alta.

Y otra cuestión importante a tener en cuenta es que la ingesta de alcohol disminuye el efecto de ciertas medicaciones prescritas como son los antibióticos, los anticonvulsivantes, los anticoagulantes y los inhibidores de las monoaminooxidasas.

- **Alcohol y conducción:**

Los accidentes de tráfico suponen la causa de muerte principal para la gente joven. Aunque las estadísticas no son conclusivas, se sabe que el alcohol está presente en la mayoría de los accidentes mortales de tráfico. El argumento del alcohol como causa se basa en la relación estrecha que existe entre la concentración de alcohol en sangre y el riesgo de verse implicado en un accidente de tráfico. Con concentraciones de 0,02%-0,03% el riesgo de accidente es 1,4 veces mayor que cuando la tasa de alcohol en sangre, es cero. Con tasas de alcohol entre 0,05%-0,09%, este riesgo es 11,1 veces mayor. Con tasas de 0,10%-0,14% la probabilidad es 48 veces mayor, y con tasas de 0,15% y mayores, esta probabilidad aumenta hasta 380 veces

Las habilidades sensoriomotoras constituyen la mayor parte de la habilidad de conducir y muchos estudios han demostrado cómo afecta el alcohol a la ejecución de tareas que requieren habilidades psicomotoras y la integración de información sensorial.

Podemos decir que el alcohol, por tanto, es el factor primordial para el riesgo de verse implicado en un accidente de tráfico, aunque con el alcohol, también interactúan otros factores como el género y la edad. La juventud afecta no sólo porque los jóvenes tienen menos experiencia al volante, sino también porque llevan menos tiempo bebiendo y tienden a aumentar su concentración de alcohol en sangre en períodos cortos de tiempo (se busca un coloccón rápido bebiendo mucho en poco tiempo).

- **Alcohol y agresividad:**

Otro efecto importante del alcohol sobre la conducta, tiene que ver con la agresividad. Existe una co-ocurrencia entre violencia y alcohol, que hace pensar que la causa de dicha violencia, o el desencadenante de la misma, es el consumo de alcohol. Robos, asaltos con intimidación, violencia doméstica, problemas en lugares públicos, etc. son algunos de los efectos que tiene el consumo de alcohol sobre la conducta agresiva.

Una explicación posible es la teoría de la desinhibición, que sugeriría que el alcohol permite conductas que la sociedad normalmente inhibe. Sin embargo, experimentos controlados de laboratorio no parecen demostrar apoyo a esta teoría. Según éstos, no sería sólo la acción farmacológica desinhibidora del alcohol, lo que daría como resultado la agresividad, sino que el alcohol se combina con factores situacionales (como presión social y deseos de venganza en determinadas situaciones) que contribuyen a la agresión, siendo ambos necesarios para que ésta se dé.

Efectos del consumo crónico del alcohol

El consumo crónico del alcohol tiene muchos efectos fisiológicos y psicológicos. Todos estos efectos implican un aumento de las disfunciones, y algunos de ellos pueden ser fatales. Algunos son causados directamente por la toxicidad del alcohol (como los efectos sobre el hígado) y otros están indirectamente relacionados con el consumo de alcohol a largo plazo (por ejemplo, la enfermedad de Wernicke-Korsakoff, que implica desde un deterioro del funcionamiento cognitivo hasta la demencia, y que está causada por las deficiencias nutricionales y vitamínicas -sobre todo del complejo B que tienden a ocurrir en las personas que dependen del alcohol).

El consumo crónico de alcohol es difícil de definir, y muchos de sus efectos perjudiciales tardan años en hacerse visibles, además de que diferentes bebedores crónicos tienen diferente susceptibilidad al deterioro que produce esta droga.

Se sabe que el alcohol daña principalmente el hígado y el cerebro y que causa daños en muchos sistemas y a distintos niveles. Así, podemos considerar que el consumo crónico y abusivo de alcohol, produce los siguientes deterioros físicos:

- a) en el Sistema Nervioso Central: Deterioro específico y general del funcionamiento cognitivo
- b) en el hígado: daño que puede ir desde menor y reversible (con la abstinencia) hasta irreversible y a veces fatal por cirrosis o varices esofágicas
- c) a nivel cardiovascular: incrementa la mortalidad por enfermedad coronaria, e incrementa el riesgo para enfermedades cardiovasculares en general; produce también un debilitamiento del músculo cardíaco
- d) a nivel endocrino: afecta a la secreción general de hormonas
- e) a nivel del sistema inmune: incrementa la susceptibilidad a diversas enfermedades infecciosas
- f) a nivel gastrointestinal: causa gastritis y aumenta el riesgo de pancreatitis
- g) a nivel de la función reproductiva: causa daños permanentes en el feto (diferentes deformidades físicas y retraso mental)
- h) a nivel múltiple: incrementa el riesgo de contraer diferentes tipos de cáncer: oral, de la lengua, de la faringe, de la laringe, de esófago, de estómago, de hígado, de pulmón, de páncreas, de colon, de recto.

- **ANSIOLÍTICOS, SEDANTES E HIPNÓTICOS**
 - Historia
 - Benzodiacepinas
 - Tolerancia, dependencia y mal uso de las benzodiacepinas
 - Efectos adversos de las benzodiacepinas

ANSIOLÍTICOS, SEDANTES E HIPNÓTICOS

Otras drogas depresoras del SNC son los barbitúricos, las benzodiacepinas, otros sedantes no barbitúricos, y los anestésicos en general.

Estas drogas a menudo se clasifican de acuerdo con sus usos médicos comunes (ansiolíticos, sedantes e hipnóticos), aunque muchas veces, la misma droga utilizada de diferente manera o en diferentes dosis, cumple una función u otra.

Historia

Quizás la primera sustancia depresora del SNC que se utilizó (además del alcohol) fue el gas óxido nitroso (gas de la risa). Este gas, produce efectos característicos de una corta intoxicación (como una borrachera) y fue utilizado por dentistas y cirujanos (que hasta entonces carecían de anestésicos). Luego se usó el éter, también como anestésico general y ya en el siglo XIX se descubrieron otras drogas depresoras como el cloroformo, el hidrato de cloral, el paraldeído y los barbitúricos.

Los barbitúricos (diferentes productos con efectos muy similares) se utilizaron principalmente como anestésicos por la corta duración de su acción (2 a 4 horas de media) aunque rápidamente se extendió su uso como hipnóticos (por la inducción rápida al sueño que producían).

Sin embargo, el desarrollo de tolerancia (con el consiguiente aumento de la dosis para producir los mismos efectos llegando a alcanzar niveles tóxicos) que se producía con estos, comenzó a hacer evidentes los riesgos de depresión del SNC con efectos parecidos a los de la sobredosis de heroína (parada respiratoria y muerte). Por estas razones, su uso ha declinado en los últimos años.

Benzodiacepinas

Las benzodiacepinas se sintetizan a mediados de los años 50 y comienzan a sustituir a los barbitúricos al tener los mismos efectos sedantes, anticonvulsivantes y miorelajantes, pero mucha menor toxicidad. El primero fue el Librium (clordiacepóxido) y en seguida le siguió el Valium (diacepam).

Como drogas depresoras del SNC, tienen efectos parecidos a los del alcohol y los barbitúricos y presentan tolerancia cruzada con éstos, es decir, que cada una reduce los síntomas de la abstinencia de las otras o mitiga la dependencia. Además, sus efectos se potencian unos con otros, de ahí el peligro de combinar pastillas tranquilizantes, alcohol y algún otro depresor del SNC como pueden ser los opiáceos.

Cuando son tomadas por vía oral, se absorben lentamente y tienen una larga duración de su acción (aunque ésta varía entre diferentes productos con diferentes vidas medias, y por esto una tienden más a ser usadas como drogas de abuso que otras).

Las benzodiazepinas tienen diferentes usos terapéuticos, entre ellos los tratamientos contra la ansiedad y para inducir el sueño. También son recetadas como relajantes musculares y anticonvulsivantes. Algunas se utilizan incluso como anestésicos para procedimientos quirúrgicos. Y desde luego, se utilizan como drogas de elección en el tratamiento de los síntomas de abstinencia de la dependencia del alcohol (lo que genera muchas veces consumo de ambas sustancias, con los peligros que apuntábamos anteriormente de las sobredosis).

Tolerancia, dependencia y mal uso de las benzodiazepinas

El consumo continuado de benzodiazepinas produce el desarrollo de una tolerancia y tolerancia cruzada con otras drogas depresoras del SNC.

Existe controversia en cuanto a la frecuencia de síntomas de abstinencia al cesar el consumo de benzodiazepinas, ya que si bien los primeros estudios decían que estos síntomas se desarrollaban con el consumo de dosis altas y a largo plazo, recientes estudios han encontrado también síntomas de abstinencia en pacientes con dosis medio-altas y sólo un mes de tratamiento. Estos síntomas son similares a los asociados con la abstinencia del alcohol y de los barbitúricos, pudiendo no aparecer en una semana y luego, sin embargo, durar un mes. Los síntomas más frecuentes son insomnio, ansiedad, temblor, e incluso síntomas severos como son las crisis comiciales o, incluso, la muerte.

Si bien el consumo abusivo de benzodiazepinas es moderado en comparación con otras drogas depresoras del SNC, existe un abuso de las mismas e incluso una dependencia clara en muchas personas (algunos que también abusan de otras drogas, pero también en muchas personas que no utilizan otras sustancias ilegales). El abuso es mayor entre personas que han tenido problemas con el alcohol y entre sujetos en tratamiento psiquiátrico.

Cuando se utilizan abusivamente, se prefieren benzodiazepinas de vida media corta y rápido comienzo de su acción, como puede ser el flunitrazepam (Rohipnol), ya que sus efectos son más inmediatos e intensos que los de las de vida media larga y lento comienzo de su acción como el oxacepam. De hecho, son las benzodiazepinas de vida media corta las que tienen un mayor riesgo de dependencia..

Efectos adversos de las benzodiazepinas

Como en otras drogas depresoras, los efectos secundarios de las benzodiazepinas implican deterioro de las habilidades motoras. Estos efectos evidentemente, son mucho mayores y peligrosos cuando estas drogas se combinan con alcohol o con otras sustancias depresoras (heroína, metadona, etc.)

Recientemente se ha demostrado que las benzodiazepinas interfieren con el almacenamiento de la información, produciendo una amnesia anterógrada (es decir, la limitación en la capacidad de recordar la información nueva). Pueden producir amnesia de hechos recientes (conversaciones, actos delictivos, etc.) sobretodo cuando son combinadas con otras sustancias (alcohol, por ejemplo).

Ni las benzodiazepinas a altas dosis, ni el alcohol tomado durante largas temporadas pueden ser suprimidas de forma brusca sin terapia sustitutiva, por existir riesgo vital.

- **OPIACEOS**
 - Historia
 - Farmacocinética
 - Mecanismo de acción de los opiáceos
 - Efectos psicológicos y fisiológicos agudos de los opiáceos
 - Efectos crónicos de los opiáceos

OPIACEOS

Historia

El opio se obtiene de la planta *Papaver somniferum*. El consumo de esta sustancia es conocido desde hace más de 6000 años y hay evidencias de que era usada por las civilizaciones asirias y sumerias. Hace 3500, el Antiguo Egipto descubrió usos medicinales para los opiáceos que están documentados en diversos papiros y también hay evidencias de su uso medicinal como analgésico en Grecia y Roma.

El consumo del opio con fines recreacionales se extiende desde los pueblos islámicos de Oriente Medio. Así, los árabes llevan el opio a la India y a China durante el siglo XIX, donde se extiende la práctica de fumar la sustancia. Existen evidencias de problemas por dependencia a opiáceos en este país, desde el siglo XVIII; sin embargo, la sustancia no se conocía en Europa y América. Cuando es introducida, se hace principalmente en preparaciones medicinales (láudano) que se ingieren por vía oral (y no fumada como en China). Desarrollos en química permiten que en el año 1803 se consiga separar la morfina del opio siendo ésta 10 veces más potente que el opio crudo (la morfina es la sustancia más activa del opio). Hacia mediados de 1800 la morfina fue ampliamente disponible en el mercado y con el desarrollo de la jeringa hipodérmica, el consumo inyectado de la morfina empezó a ser un problema en América y Europa (la dependencia a la morfina fue corriente entre los soldados que lucharon en la Guerra Civil americana, porque se usaba corrientemente para combatir el dolor).

En 1874, el químico inglés Alder Wright publica estudios con un componente químico basado en una alteración de la morfina, la diacetilmorfina.

En el año 1898 el farmacólogo alemán Heinrich Dreser (quien también descubrió la aspirina) redescubre este componente, señala que es dos veces más potente que la morfina y lo llama heroína. La heroína se comienza a utilizar en los tratamientos para la tos y para el dolor.

Poco a poco, la aparición de problemas de dependencia entre los usuarios de opio, morfina y heroína, van llevando a la aplicación de leyes restrictivas con respecto a su consumo (una de estas leyes, es la famosa Harrison Act que controla la importación de opio y pone el consumo de los opiáceos en manos de la clase médica), leyes que, sin embargo, no consiguen frenar la utilización de estas sustancias y, al revés, abren las puertas a las mafias y al contrabando.

En nuestros días, la heroína se produce principalmente en el Sudeste asiático (Laos, Birmania, Tailandia), en Sudamérica y en el Sudoeste asiático (Afganistán y Pakistán). Existe un consumo ilegal prácticamente en todo el mundo.

Farmacocinética

Los opiáceos se introducen en el cuerpo de distintas maneras: a través de la mucosa nasal, inhalado a través de los pulmones, e inyectado bien a nivel endovenoso, intramuscular o subcutáneo.

Introducidos en el torrente sanguíneo, se distribuyen a través del cuerpo y traspasan la barrera hematoencefálica. La heroína, en el cerebro se transforma en morfina. Se metabolizan en el hígado y se excretan principalmente a través de los riñones. Esta excreción es rápida (casi el 90% el primer día), aunque su rastro en orina permanece entre dos y cuatro días.

Mecanismo de acción de los opiáceos

En el cerebro humano existe una clase de sustancias químicas, las endorfinas, que funcionan como neurotransmisores; y se sabe que los opiáceos activan el sistema endorfinico cerebral. Una idea compartida por distintos autores es que las endorfinas son parte de un sistema natural contra el dolor que posee el ser humano, lo que explicaría por qué en determinadas circunstancias un sujeto puede lesionarse y no sentir dolor (atletas en competición, soldados en una batalla, etc.). No obstante, la función de las endorfinas no está totalmente clara.

Efectos psicológicos y fisiológicos agudos de los opiáceos

Además de la analgesia, existen otros efectos agudos de los opiáceos, tales como la sensación de calor corporal, el prurito cutáneo, la sensación de paz interna, la reducción del arousal sexual, el deterioro de las relaciones sociales, etc.

A nivel fisiológico, sus efectos son parecidos a los de otras drogas depresoras del SNC, causando depresión respiratoria, disminución de la temperatura corporal, náuseas y vómitos, la miosis (o "pupila como cabeza de alfiler"), siendo ésta última uno de los indicadores de la sobredosis de opiáceos. No obstante, diferentes estudios han demostrado que en prácticamente todas las sobredosis que se atribuyen a la heroína o a la metadona, existe siempre el consumo paralelo de otras drogas depresoras del SNC, especialmente alcohol y sedantes (cuyos efectos, como ya se ha señalado, son sumatorios). Esta realidad hace necesaria reflexión con los usuarios de drogas de los efectos sumatorios e interacciones que produce la combinación de las distintas sustancias.

Efectos crónicos de los opiáceos

Con la ingesta crónica de opiáceos, se desarrolla tolerancia (disminuyen los efectos percibidos lo que lleva a una escalada en la dosis utilizada) y dependencia (es decir, se sufre un síndrome de abstinencia cuando cesa el efecto de la sustancia). Esto lleva a que la razón para consumir opiáceos varíe sustancialmente a medida que pasa el tiempo, ya que si bien al principio estas sustancias se toman para experimentar placer, pasan a tomarse para no experimentar el displacer de la abstinencia y esto refuerza el proceso adictivo pasando de ser la ingesta de la sustancia un refuerzo positivo, a ser un refuerzo negativo.

El síndrome de abstinencia asociado con la dependencia de opiáceos, puede aparecer incluso después de una o dos semanas utilizando heroína, morfina o metadona, y es más severo cuánto mayor es el tiempo de consumo y la dosis utilizada.

Los primeros síntomas aparecen entre 8 y 12 horas después de la última dosis e incluyen síntomas parecidos a los de un resfriado: rinitis, lagrimeo, sudoración, irritabilidad, temblor, etc. A medida que pasan las horas estos síntomas devienen más severos, incluyendo dilatación pupilar, anorexia y piloerección y alcanzan su máxima intensidad entre las 48 y 72 horas después de la última dosis. Estos síntomas ya incluyen elevación del gasto cardíaco y de la presión sanguínea, náuseas, diarreas y sudoración (que producen una peligrosa pérdida de fluidos) y dolor de huesos. Ésta suele ser la base para volver a utilizar la sustancia y que el círculo se repita.

La utilización de opiáceos (como la metadona) en dosis decrecientes permite la superación de este problema y el abandono del consumo sin sufrir los síntomas de la abstinencia.

No obstante, como la dependencia a una sustancia nunca es sólo física, a la hora de querer superar esa dependencia, hay que tener en cuenta todos los factores psicológicos y sociales que (igual que los físicos) determinan la adicción.

Sesión 4^a

Efectos y características
de las Sustancias de Abuso (III):
Alucinógenos. Conductas de
riesgo asociadas al consumo

Objetivos

Objetivo general:

- Profundizar en el conocimiento de las sustancias alucinógenas
- Promover actitudes de consumo de menos riesgo

Objetivos específicos:

- Incrementar los conocimientos sobre las características de las sustancias alucinógenas
- Aumentar los conocimientos y la conciencia sobre los riesgos que se asumen con las distintas conductas de consumo de drogas
- Ofrecer alternativas a las conductas de consumo de riesgo para posibilitar un consumo de menos riesgo

Metodología Propuesta

Réplica con matizaciones de las dinámicas de las sesiones anteriores: Clarificación de valores: "Beneficios y riesgos de las sustancias alucinógenas a corto y largo plazo"; Escenificación "Estoy alucinando, tío!!!!" y Discusión dirigida sobre el Dibujo de la "Figura humana": "Efectos de los alucinógenos"

Se pueden replicar las dinámicas propuestas para las sesiones anteriores, pero en este caso con ciertas matizaciones, debido a las características específicas de las sustancias alucinógenas, que hay que explicar al grupo.

En el caso de la dinámica Clarificación de valores: "Beneficios y riesgos de las sustancias alucinógenas a corto y largo plazo", se deberían trabajar aspectos positivos y negativos a corto plazo, que es donde frecuentemente aparecen los riesgos con estas sustancias. Es decir, con este grupo de sustancias, es muy importante también el "corto plazo", al poder aparecer alucinaciones y fenómenos psicóticos, entre otras alteraciones.

La dinámica de la escenificación con los alucinógenos no es recomendable de realizar, porque incluso cualquier dramatización de un efecto que altere la percepción hasta llegar a niveles de alucinación, entraña riesgos importantes. Esta situación puede ser mencionada por el conductor al grupo, que puede estar esperando también la escenificación con este grupo de sustancias.

Se puede aprovechar para que los miembros del grupo aporten relatos sobre cuadros de carácter psicótico que conozcan (por experiencia propia o ajena) tras consumo de estas drogas. El conductor complementará los relatos con sus aportaciones técnicas, clarificando mitos e ideas erróneas y resolviendo las dudas de los asistentes.

En la dinámica Discusión dirigida sobre el Dibujo de la "Figura humana"; se retoman todos los dibujos previos o se realiza uno nuevo y se replica el funcionamiento de la dinámica haciendo mención al efecto de la sustancia elegida en los diferentes órganos. En este caso, sería recomendable en lugar de trabajar los alucinógenos como grupo, trabajar con cada una de las distintas sustancias, porque va a ser muy diferente el efecto del cannabis, que el del éxtasis o el del LSD y es importante tener tiempo para reflexionar sobre cada uno de ellos.

La espina del pez: Riesgos y daños asociados al consumo de drogas"

Para trabajar los riesgos y daños asociados a las diferentes sustancias se proponen dos dinámicas con el mismo objetivo: relacionar sustancias, con daños/riesgos y con situaciones determinadas de consumo y proponer alternativas de consumo que reduzcan los riesgos. Esta dinámica debe de implicar a cada participante a nivel individual e invitarle a proseguir con el juego una vez finalizado el Módulo. El conductor dibuja en una cartulina pegada en la pared a modo de panel, dos peces ("Riesgos" y "Alternativas") con sus espinas similar al modelo que se muestra en las Transparencias N° 7 y 8.

Se invita a los participantes a elegir una situación de consumo concreta que va a servir para trabajar riesgos y alternativas con ambos peces. El conductor escribe esta conducta en la cabeza de ambos peces.

Se pide a los miembros del grupo que, en forma de ronda, digan los riesgos que conlleva esa conducta. El conductor va escribiendo cada riesgo en una espina del pez "Riesgos", hasta completar el mayor número de espinas posible. A continuación, se buscará con el grupo, las conductas alternativas a cada conducta de riesgo, y serán apuntadas por el conductor en las espinas del pez "Alternativas".

Estos paneles se podrán ir replicando para situaciones de consumo diferentes y para distintas sustancias y el trabajo a realizar se basará en los Contenidos teóricos que se aportan en el apartado correspondiente.

Esta dinámica pretende condensar el trabajo de todo el Módulo (ya que, además del consumo de las distintas sustancias, están los riesgos que se asumen con el consumo y siempre existe la posibilidad de reducirlos), sirve para recordar la primera dinámica de la sesión primera (la autoevaluación de su propio consumo) invitándoles a repetirla en privado, tantas veces como quieran saber su situación con una sustancia concreta; y sirve también para invitar al grupo a replicar en cartulinas pequeñas el juego de los peces para cada una de las conductas de consumo que realizan y que pueden entrañar riesgos y daños para su salud.

TRANSPARENCIA N° 7



TRANSPARENCIA N° 8



Contenidos Teóricos a Trabajar

EFFECTOS Y CARACTERÍSTICAS DE LOS ALUCINÓGENOS

- **CANNABIS**
 - Historia
 - Farmacocinética
 - Mecanismos de Acción
 - Tolerancia y dependencia
 - Uso médico y psicoterapéutico
 - Efectos fisiológicos agudos y crónicos
 - Efectos psicológicos

CANNABIS

Historia

La Cannabis sativa es la planta de la que se extraen las dos sustancias que más se utilizan en el mundo: la marihuana y el hachís. La marihuana son las hojas de la planta, mientras que el hachís está hecho con la resina que es producida por la planta para protegerse del sol y del calor y mantener su hidratación. Las plantas que crecen en climas cálidos producen cantidades mayores de resina, la cual tiene mayores efectos psicoactivos.

Parece que las primeras evidencias de consumo del Cannabis se remontan a la Edad de Piedra (hace más de 10.000 años), ya que se han encontrado cuencos hechos con fibras presumiblemente de Cannabis.

En China, 2800 años A.C. ya hay referencias de sus propiedades farmacológicas, y parece que su consumo se extendió desde China por Asia. Existen datos de su consumo por los árabes desde el siglo X y en Egipto desde el siglo XI. A América la llevan los españoles, en el siglo XVI. Su consumo como droga recreativa no se desarrolla hasta los años 60, con el desarrollo a gran escala del turismo. Actualmente, es la droga ilícita más frecuentemente utilizada.

Farmacocinética

El principio activo más importante del cannabis es el delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), aunque en la planta existen más de 400 componentes químicos.

La absorción del THC depende principalmente de su forma de consumo: la absorción más rápida y eficiente se produce cuando se utiliza fumado ya que se absorbe directamente a través de los pulmones y el comienzo de la acción del THC comienza en minutos. El pico de concentración plasmática se obtiene entre 30 y 60 minutos más tarde y sus efectos duran entre dos y cuatro horas.

Distintos factores influyen la cantidad de THC que se absorbe, entre ellos podemos citar la potencia del cannabis que se utilice, el tiempo que el humo permanece en los pulmones.

La ingestión por vía oral supone una absorción mucho más lenta (alrededor de una hora) y es relativamente ineficiente, ya que se absorbe en el tracto gastrointestinal y pasa por el hígado (donde comienza su metabolización) antes de llegar al cerebro. Se cree que la dosis necesaria para producir el mismo efecto que fumada es tres veces mayor cuando el THC se ingiere por vía oral.

Se excreta lentamente (entre varios días y una semana) a través de las heces y la orina, aunque algunos metabolitos del THC (algunos activos) pueden ser detectados en el cuerpo 30 días después de una única dosis.

Mecanismos de acción

Su acción psicotrópica primaria ocurre en el cerebro y es resultado del efecto de la droga en los neurotransmisores. Recientemente, un equipo de investigación (Devane et al., 1992) ha identificado un componente químico natural del cuerpo humano (la "anandamida") que se liga al mismo receptor cerebral al que se ligan los cannabinoides. Este compuesto va a ser usado para investigar cómo los receptores de cannabinoides afectan a funciones como la memoria, el movimiento, el dolor, el hambre, etc. que son afectados por el consumo de THC.

Tolerancia y dependencia

Si bien hay documentada tolerancia en animales, su evidencia en los humanos es menos clara, existiendo discrepancias sobre la misma entre los distintos autores. La dependencia física es inusual, aunque se han identificado síntomas de abstinencia en usuarios de muchas cantidades, que incluyen problemas del sueño, náuseas, irritabilidad y amotivación.

Uso médico y psicoterapéutico:

El Cannabis tiene una larga historia de uso médico y psicoterapéutico y actualmente es utilizado con este fin (aunque es objeto de controversia entre autores de distintos países, con distintas legislaciones sobre drogas) para el tratamiento del glaucoma (porque disminuye la presión ocular), para las náuseas y los vómitos asociados a la quimioterapia y radioterapia en pacientes con cáncer, para la caquexia en personas en situación terminal (por SIDA y/o por cáncer, especialmente), para la ansiedad y espasticidad en la esclerosis múltiple (THC-Navilone“)

Efectos fisiológicos agudos y crónicos

Aunque el THC puede producir diferentes efectos fisiológicos, estas acciones son distintas en los diferentes sujetos, no sólo en intensidad sino también en duración. En general los efectos físicos agudos, en una persona sana, no son importantes y tienen poca significación clínica. Los más señalables son los efectos cardiovasculares, como la inyección de la conjuntiva (resultado de la vasodilatación), el incremento del gasto cardíaco y levemente de la tensión arterial, pero no hay evidencia de que estos efectos causen un daño permanente en un sistema cardiovascular normal.

Otro efecto es el decremento de la actividad motora, con excepción de la conducta de habla y efectos en los estadios del sueño, con un decremento del sueño REM total alcanzado.

Con el consumo crónico, aparecen otros efectos, pero también son objeto de controversia entre autores. La investigación se ha centrado en los efectos del THC en los sistemas respiratorio, cardiovascular, inmune y reproductivo.

En el sistema respiratorio, se ve alterado el funcionamiento normal de los pulmones, pero este efecto revierte si se deja de fumar. Se sabe que los cigarrillos de marihuana contienen más alquitrán que los cigarrillos de tabaco y que los fumadores de marihuana hacen inhalaciones más profundas y largas que los fumadores de tabaco, y estas cuestiones podrían afectar a los pulmones. No obstante es difícil discernir si el efecto dañino es del THC y/o del tabaco que se utiliza conjuntamente.

A nivel cardiovascular, los efectos comentados en la sección anterior podrían presentar problemas en personas con alteraciones cardiovasculares, como funcionamiento cardíaco anormal o arterioesclerosis.

A nivel del sistema inmune, no se han encontrado daños con el consumo crónico de cannabis y aunque se piensa que puede actuar como inmunosupresor disminuyendo la resistencia de los sujetos a algunos virus y bacterias, esta cuestión es discutida.

A nivel del sistema reproductivo, el consumo crónico de THC está asociado con disminución de la calidad y la cantidad espermática en el varón y con la producción de ciclos menstruales sin ovulación en las mujeres. Otra cuestión son los posibles efectos teratogénicos que tenga el THC. Tampoco aquí hay acuerdo, ya que aunque se sabe que el THC atraviesa la barrera placentaria, no se han documentado malformaciones en hijos de madres fumadoras. Sin embargo su consumo sí está asociado con el nacimiento prematuro, el menor peso al nacer y un menor tamaño del niño.

Efectos psicológicos

Los efectos psicológicos se producen a nivel conductual, cognitivo y emocional.

A nivel conductual, aparecería un decremento generalizado en la actividad psicomotora (percibida como relajación y tranquilidad) y en algunos dominios de la ejecución psicomotora (coordinación motora, detección de señales y seguir con la vista un objeto en movimiento). Estos efectos (peligrosos cuando se asocian a situaciones de conducir vehículos a motor, por ejemplo) parecen estar relacionados con la dosis de tal manera que a mayor dosis, mayores efectos. La única excepción, como se ha comentado, es la conducta de habla, ya que el consumo de THC está relacionado con la presencia de un habla rápida, habla circunstancial e incluso con locuacidad.

A nivel cognitivo, se ha documentado un deterioro de la memoria a corto plazo y una percepción enlentecida del paso del tiempo. El deterioro de la memoria a corto plazo puede ocurrir incluso con la ingesta de dosis bajas de THC e incrementa rápidamente en la medida que se incrementa la complejidad de la tarea. Por su parte, la alteración de la percepción en el paso del tiempo hace que los minutos "parezcan horas" según algunos usuarios. También se han reportado efectos como "vuelo de las ideas", aumento de la creatividad, y sentimientos de desrealización y despersonalización en algunos usuarios, que son complicados cuando existe una comorbilidad previa con personalidades esquizoides o esquizotípicas o con trastornos psicóticos.

A nivel emocional, frecuentemente se citan cambios emocionales positivos (sentimientos de felicidad, de relajación, de euforia y de excitación) como motivos claves para fumar cannabis. Pueden ocurrir distintas alteraciones del humor, aunque no está claro en qué medida estas alteraciones son producidas por la sustancia, ya que son muchos los factores no farmacológicos que pueden influenciar directamente la experiencia subjetiva de la sustancia (factores sociales, individuales psicológicos, etc.).

También se han señalado efectos emocionales negativos, como ansiedad o crisis de angustia y disforia en aproximadamente un tercio de los usuarios de THC, y menos frecuentemente, pero también con efectos importantes, suspicacia e ideación paranoide.

- **Otros alucinógenos: LSD, MDMA, FENCICLIDINA (PCP) y KETAMINA**
 - a) **Alucinógenos serotoninérgicos: LSD, mescalina, psilocibina**
 - Farmacocinética
 - Efectos agudos y crónicos del uso de alucinógenos serotoninérgicos
 - Efectos adversos
 - b) **Metanfetaminas (MDMA –éxtasis-, MDA –droga del amor-, DOM –STP-, MDE –Eva-)**
 - Efectos físicos y psíquicos agudos de las matanfetaminas+
 - Efectos crónicos de las metanfetaminas
 - c) **Anestésicos disociativos: Fenciclidina (PCP o “polvo de ángel”) y Ketamina (“K”, “Vitamina K”)**
 - Efectos del PCP
 - Efectos de la Ketamina

OTROS ALUCINÓGENOS: LSD, MDMA, FENCICLIDINA (PCP) y KETAMINA

Los alucinógenos se caracterizan por producir una alteración de la percepción. No obstante, no es éste el único efecto que estas sustancias producen, ya que ejercen profundos efectos en el humor, en los procesos de pensamiento, y en distintos procesos fisiológicos, alterando prácticamente todo el funcionamiento psicológico.

Existen más de 90 especies diferentes de plantas y muchos agentes sintéticos que pueden ser utilizados para producir estos efectos. Para simplificar este complejo grupo de drogas, vamos a dividirlos en tres subgrupos sobre la base de sus efectos y mecanismos de acción: a) alucinógenos serotoninérgicos (como el LSD, la mescalina y la psilocibina); b) metanfetaminas (como el MDMA o éxtasis) y c) anestésicos disociativos (como la fenciclidina o PCP y la ketamina).

a) Alucinógenos serotoninérgicos: LSD, mescalina, psilocibina

Estas sustancias producen sus efectos, alterando la función serotoninérgica en el cerebro. Estas sustancias eran ya conocidas y utilizadas por los pueblos indígenas de América Central y América del Sur especialmente en ceremonias religiosas, ritos de iniciación y otros rituales.

A pesar de su larga historia, estas sustancias no empezaron a usarse en Europa y en Estados Unidos, hasta el movimiento psicodélico de los años 60, que les dio publicidad y las rodeó de un halo de "modernidad" y "contracultura". Actores, músicos, escritores, pintores comenzaron a relatar sus experiencias con el LSD y su consumo dio lugar a muchos trabajos, investigaciones, novelas, películas, etc.

En los años 80 declinó su consumo (con el aumento del consumo de opiáceos y cocaína), pero últimamente se encuentra un incremento del consumo (por lo menos en Estados Unidos), aunque otros alucinógenos (como el MDMA o éxtasis) han aparecido como drogas recreativas de elección.

Farmacocinética

Los efectos de todos los alucinógenos que actúan a nivel serotoninérgico son parecidos. No obstante, las distintas sustancias difieren en potencia, duración de la acción y variables farmacocinéticas. El LSD es la droga más potente de esta clase (producen efectos dosis de 25 microgramos y las dosis que se venden en la calle oscilan entre lo 75 y los 250 microgramos). Una vez ingerido se absorbe rápidamente y sus efectos se notan entre los 45 y los 60 minutos después de la ingesta. Sus efectos duran entre 8 y 12 horas y se metaboliza y elimina rápidamente pasado ese tiempo.

La Psilocibina se ingiere oralmente, y es muy difícil saber la cantidad de droga que produce efectos, ya que los distintos hongos que la producen tienen diferentes cantidades de psilocibina. Generalmente, se utilizan entre 5 y 10 gramos de hongos que contienen entre 10 y 20 miligramos de psilocibina. Es 100 veces menos potente que el LSD. Su acción duran entre 4 y 6 horas y su utilización continuada produce tolerancia y tolerancia cruzada con sustancias de la misma familia.

La mescalina (que se obtiene del Peyote) también se ingiere oralmente, y en general se utilizan entre 5 y 20 "botones" (cada botón es un cactus cortado y dejado secar) que contienen entre 200 y 800 mg de mescalina, considerados una dosis efectiva. La mescalina es 3000 veces menos potente que el LSD. Su acción dura entre 8 y 12 horas.

Efectos agudos y crónicos del consumo de alucinógenos serotoninérgicos

Los efectos fisiológicos de estas sustancias, son generalmente similares a los de la cocaína y las anfetaminas, en el sentido de que son simpaticomiméticos (sus efectos incluyen dilatación pupilar, incremento en el gasto cardíaco y en la presión sanguínea, incremento en la temperatura corporal y en la sudoración).

Los efectos psicológicos son más difíciles de caracterizar, porque son extremadamente variables entre sujetos e incluso en un mismo individuo en diferentes momentos. Sin embargo, como todos los alucinógenos serotoninérgicos, produce profundos cambios en la percepción visual, existiendo todo tipo de sensaciones/alucinaciones visuales (incremento de la intensidad de colores, sonidos, imágenes, luces; percepción de movimientos de objetos estables como paredes o ventanas, etc.).

También se pueden alterar otras percepciones y ocurrir experiencias cognitivas con estados emocionales severamente displacenteros, llegando el sujeto incluso a mostrar un comportamiento claramente psicótico de pérdida de contacto con la realidad. Es lo que se conoce como "bad trip" o "mal viaje".

Efectos adversos

Existen discrepancias entre los distintos autores en cuanto a los efectos adversos de los alucinógenos serotoninérgicos.

Se señalan reacciones paranoides y ataques de pánico en algunos sujetos (los "malos viajes" que se han comentado) y un fenómeno asociado a los alucinógenos conocido como "flashbacks". El flashback es una re-experiencia del viaje alucinógeno que puede ocurrir meses o incluso años después de la ingesta de la droga y que generalmente implica distorsiones visuales como flashes de color e intromisiones en el campo de visión. Estos fenómenos a veces son desencadenados por el stress, la fatiga e incluso por el uso de cannabis. A veces las distorsiones visuales son constantes y esto puede reflejar una lesión permanente de neuronas serotoninérgicas.

El consumo de LSD también está relacionado con la aparición de problemas psiquiátricos a largo plazo, aunque no está claro si estos son causa o efecto. Además, los consumidores de alucinógenos también consumen otras drogas, con lo cual, la posibilidad de aislar los efectos adversos de unas y otras, se complica.

b) Metanfetaminas (MDMA -éxtasis-, MDA -droga del amor-, DOM -STP-, MDE -Eva-)

Estas sustancias también se conocen como drogas de diseño. De éstas, el éxtasis es la más utilizada y conocida. Estas drogas son a veces caracterizadas como alucinógenos serotoninérgicos y, de hecho, su estructura química se parece a la de la mescalina. Sin embargo, la diferencia más clara con éstas radica en que las metanfetaminas producen menos alucinaciones visuales (20%).

Estas sustancias aparecen en la calle alrededor de los años 60, y con el declive en la utilización de LSD comienza un aumento sistemático del consumo de MDMA, asociado al cambio en el tipo de ocio, que pasa de los "happening" alucinógenos de los 60 a los "raves" y "after hours" de los 80/90.

Efectos físicos y psíquicos agudos de las metanfetaminas

Los efectos del MDE, MDA y del MDMA suponen una euforia leve, asociada a una sensación de amplitud y falta de sentimientos defensivos (como cansancio, percepción de dolor, etc.). Estas sustancias son generalmente ingeridas por vía oral, pero también pueden utilizarse intranasalmente o por vía inyectada. Se absorben rápidamente y tienen una vida media de 6 a 8 horas.

A dosis efectivas (75-150 mg para el MDMA; 50-150 mg para el MDA; 1-2 mg para el MDE) producen claros efectos simpaticomiméticos, incluyendo aumento del gasto cardíaco, de la tensión arterial y dilatación pupilar. Otros efectos físicos son la tensión muscular, el bruxismo, la supresión del apetito y el insomnio.

Los efectos psíquicos son euforia, incremento de las emociones como calidez y confianza, del gregarismo, y de las habilidades de comunicación. No son comunes las alucinaciones, por lo menos a dosis habituales.

En cuanto a los efectos adversos, la hipertermia es el mayor peligro a corto plazo. Existen casos documentados de muerte con un único consumo de éxtasis. La explicación para este fenómeno radica en la inundación de serotonina (por deplección de las neuronas serotoninérgicas) que corto-circuita la capacidad del cuerpo para controlar su temperatura. Bailar, sudar y no beber agua aumenta el problema. Se producen entonces hipertermias hasta 42°/43° y a estas temperaturas la sangre empieza a coagularse. Se produce una coagulación intravascular diseminada, que lleva a una rabdomiolisis (ruptura muscular generalizada), a un fallo renal agudo, y, finalmente a la muerte.

Efectos crónicos del consumo de metanfetaminas

Se han documentado una serie de efectos con el consumo crónico de metanfetaminas, especialmente MDMA, que incluyen: pérdida de peso, astenia, ansiedad e irritabilidad, depresión, e incluso trastorno de pánico y psicosis paranoide.

Asimismo, existe controversia entre distintos autores, en cuanto a si el consumo crónico de MDMA produce cambios en la arquitectura cerebral a largo plazo. Algunos autores sostienen que forzando la liberación de serotonina se modifican las neuronas serotoninérgicas. Para esta afirmación se basan en que se han encontrado niveles inferiores de 5HT en animales expuestos crónicamente a la dosis de MDMA que tiene una pastilla de éxtasis.

c) Anestésicos disociativos: Fenciclidina (PCP o "polvo de ángel") y Ketamina ("K", "Vitamina K")

Estas sustancias fueron utilizadas alrededor de los años 50 como anestésicos para operaciones sencillas, por sus efectos disociativos, manteniendo la consciencia del sujeto pero impidiéndole sentir dolor. La fenciclidina dejó de usarse en humanos, a causa de algunos casos de hiperexcitabilidad, pero se sigue utilizando en el mundo de la veterinaria.

En los años 70 emerge su consumo como droga de recreo, consumiéndose en cigarrillos o fumándola directamente. Aunque puede consumirse por vía oral e inyectada, la vía inhalada es la más popular.

Su mecanismo de acción no es muy conocido, aunque parece que su principal efecto farmacodinámico es antagonizar el subtipo de receptores para el glutamato N-metil-D-aspartato (NMDA) impidiendo el flujo de iones. Activa las neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral que proyectan en el córtex y el sistema límbico.

El PCP se absorbe rápidamente después de fumarse o inyectarse. Mucho más lentamente se producen sus efectos cuando se toma oralmente. Esta sustancia permanece en el cuerpo sin metabolizarse durante más de dos días y un único consumo es detectable en orina varias semanas.

Efectos del PCP

A dosis moderadas (1-10 mg) produce sentimientos de euforia que se parecen a los de una intoxicación por alcohol. Existe descoordinación motora y el habla puede verse afectada y ser farfullante. El sujeto puede permanecer catatónico o hiperactivo y agresivo. Se da una sudoración profusa, aumenta el gasto cardíaco y la tensión arterial y aparece nistagmus. Los sujetos muchas veces señalan tener doble visión pero raramente alucinaciones visuales. Sin embargo sí se producen distorsiones táctiles. Estos efectos cesan generalmente hacia las 4/6 horas del consumo, pero varían entre sujetos y, dependiendo de las dosis pueden durar incluso semanas.

Dosis por encima de 20 mg, pueden producir crisis comiciales, coma y muerte por fallo respiratorio.

Hay casos documentados de psicosis tóxicas y entre el 50% y 80% de los sujetos que usan esta sustancia han señalado haber tenido "malos viajes" con ella. Además, el PCP precipita frecuentemente episodio psicóticos francos y depresiones de hasta más de un mes.

También se producen Flashbacks y existen casos documentados de Síndrome cerebral orgánico, caracterizado por: pensamiento embotado, disminución de los reflejos, pérdida de la memoria y depresión.

Efectos de la Ketamina

Son parecidos a los del PCP pero es menos potente, y, de hecho, sus efectos duran entre 30 y 60 minutos. Produce sensación de flotación, intensa euforia que se puede tornar en ansiedad, y una clara reducción de la respuesta al dolor. También aparece una conducta agresiva anormal (que puede ser autoinfligida) y existe una afectación del juicio con episodios de amnesia.

Existen variaciones individuales importantes en sus efectos, encontrando sujetos que, después de su utilización están francamente psicóticos, y otros que se encuentran como con una intoxicación etílica. Como en el caso de la fenciclidina, los efectos parecen ir en relación directa con la dosis.

CONDUCTAS DE RIESGO ASOCIADAS AL USO DE DROGAS

- **MODELO DE REDUCCIÓN DE RIESGOS**
 - Historia
 - Premisas Básicas
 - Objetivos

MODELOS DE REDUCCIÓN DE RIESGOS

Historia

Históricamente ha ido cambiando la manera de entender el consumo de sustancias en el mundo occidental. En un primer momento, el consumo de drogas se consideró un problema moral, y en base a esta conceptualización se pusieron en marcha políticas cuyo objetivo fue la penalización del consumo y la "guerra contra las drogas". Posteriormente, y frente a la evidencia del fracaso de este abordaje, se concibe la "adicción" a las drogas como una enfermedad y por tanto como un problema médico-sanitario, y aparecen los primeros tratamientos que se desarrollaron hasta finales de los años 80 basados fundamentalmente en el cese del consumo y la rehabilitación, dando gran importancia a la prevención.

Ambos planteamientos, si bien difieren en su manera de entender a la persona usuaria de drogas (un delincuente vs. un enfermo) están de acuerdo en que su objetivo final: reducir y eliminar el consumo de drogas y ambos insisten en la abstinencia total como único resultado aceptable. En base a esta manera de entender el consumo de drogas diseñan estrategias comunicativas (mensajes) y comportamentales (acciones) destinadas a conseguir su objetivo.

Por su parte, el concepto de "Reducción de Riesgos" se comienza a usar a finales de los años 80 como respuesta a la importancia que adquirieron los problemas asociados al consumo de drogas, especialmente la epidemia del Sida entre los usuarios de drogas inyectadas (UDIs).

Se pudo comprobar que los países y/o regiones de Europa que habían comenzado previamente a la epidemia del Sida con programas de reducción de riesgos, tenían un perfil muy diferente de infección por VIH entre sus UDIs que aquellos países o regiones en los que predominaban objetivos orientados a la abstinencia. Se pudo comprobar también, aunque sólo lo hizo quien lo quiso ver, que las iniciativas puestas en marcha en base a los modelos anteriores no habían logrado uno de sus objetivos fundamentales: mantener a los UDIs en tratamiento y conseguir que abandonen el consumo.

Así, el objetivo deja de ser únicamente la abstinencia en el consumo de sustancias (que ya no se plantea como condición sino como opción) y pasa a ser disminuir los riesgos y los daños asociados al consumo. La idea central es que "los riesgos y daños asociados al consumo son tanto o más importantes que la adicción a una sustancia per se" y que "el consumo de drogas no implica necesariamente la aparición de problemas"

Sin embargo este modelo no sólo implica un cambio en los objetivos planteados y por tanto en las estrategias a poner en marcha, sino que implica también (y previamente) un cambio en la filosofía que subyace a estas estrategias, es decir, exige un cambio en las creencias, las actitudes, los pensamientos y los discursos en relación con los PRRD.

Premisas Básicas

Algunas premisas básicas del Modelo de Reducción de Riesgos son:

- a) Aceptar que algunas personas continuarán consumiendo drogas, que no todos los consumidores de drogas están en condiciones de realizar un tratamiento de desintoxicación (porque no pueden o no quieren) y que muchos de los que consumen no se acercan ni contactan con los servicios sanitarios. Por tanto, hay que ampliar las intervenciones para usuarios de drogas que quieren seguir siéndolo.
- b) Los riesgos derivados del consumo de drogas dependen de diferentes factores: el tipo de droga consumida, la frecuencia y la cantidad, cómo se administra, las circunstancias físicas y sociales de este consumo, y las políticas sociales para reducirlo y no sólo del consumo de drogas "per se".
- c) Muchas veces, los problemas asociados al consumo de drogas, se deben más a los patrones de consumo que a los efectos de las drogas en sí mismas.
- d) Los daños asociados al consumo de drogas son multidimensionales. El receptor del daño puede ser el propio individuo, su contexto grupal próximo (familia, amigos, vecinos) o la comunidad en general, por tanto, las estrategias a poner en marcha para disminuir los daños deben tener en cuenta distintos niveles: individual, grupal, social y político.
- e) La reducción de riesgos no se plantea como una medida opuesta a la abstinencia, sino como complementaria y facilitadora de éste y de otros objetivos a medio y a largo plazo.
- f) Se promueve la competencia y responsabilidad de los propios consumidores de drogas, potenciando su formación como agentes de salud.

Objetivos

Los objetivos principales de las estrategias de reducción de riesgos, serían:

- a) disminuir la morbimortalidad
- b) disminuir la transmisión de la infección por VIH, VHB y VHC desde, entre y hacia los usuarios de drogas
- c) incrementar la toma de conciencia de los usuarios de drogas sobre los riesgos y daños asociados a su consumo (sobredosis, accidentes, comorbilidad psiquiátrica, etc.)
- d) disminuir los riesgos y daños asociados al consumo de drogas, así como las conductas sexuales de riesgo entre los consumidores de drogas
- e) aumentar la calidad de vida de los usuarios de drogas
- f) favorecer la accesibilidad de los usuarios a la red asistencial y a la comunidad de servicios
- g) incrementar la retención en los tratamientos

- **SITUACIONES ASOCIADAS CON LA ASUNCIÓN DE RIESGOS**
 - Riesgos asociados al lugar donde se consume
 - Riesgos asociados a la cantidad que consumes
 - Riesgos asociados al estado físico y psicológico en el que te encuentras antes de consumir
 - Riesgos asociados a la forma de poder conseguir las sustancias
 - Riesgos asociados a la forma de preparar las sustancias para su consumo
 - Riesgos asociados a las mezclas de sustancias
 - Riesgos asociados con no tomar precauciones después del consumo

SITUACIONES ASOCIADAS CON LA ASUNCIÓN DE RIESGOS

Algunos riesgos tienen que ver con las características propias de las sustancias, pero a éstos se suman los que están relacionados con las conductas que implica el consumir y las situaciones de consumo. A la hora de diseñar una intervención en este modelo de trabajo, hay que trabajar con las situaciones que generan riesgos y con las conductas con las que estos riesgos se asumen, ya que son las situaciones y las conductas las que se pueden modificar.

Así, los riesgos en el consumo de drogas, están asociados con:

- I. el lugar dónde se consume
- II. la cantidad que se consume
- III. el estado físico y psicológico en el que se encuentra la persona antes de consumir drogas
- IV. la forma de poder conseguir las distintas sustancias
- V. las formas de prepararlas para consumirlas
- VI. las mezclas que se realizan
- VII. el no tomar precauciones después del consumo

En el siguiente apartado se mencionan cuáles son las conductas concretas que están asociadas a cada una de las situaciones de riesgo, y también qué riesgos implica cada conducta. Asimismo, se señalarán las alternativas que tiene el sujeto para disminuir esos riesgos, sin dejar el consumo.

Si bien podemos estar de acuerdo en que siempre la mejor opción es no consumir drogas, sabemos que hay personas que o no quieren, o no pueden dejar de consumirlas, y los profesionales tienen que ser capaces de plantear alternativas de salud aún en los casos en que la persona elija seguir consumiendo drogas.

Es importante tener en cuenta esta situación, porque si se exige a los usuarios de drogas que dejen el consumo en un momento en que no están preparados para ello, lo que se obtiene, es la pérdida de confianza en el equipo y probablemente el abandono de la relación terapéutica por parte del sujeto. Aumenta así la sensación de ineffectividad en el usuario y en el profesional

En el Módulo 1: Salud-Enfermedad, se trabajaba específicamente la importancia de aumentar la motivación y concienciación del sujeto, estrechar la relación profesional-cliente y potenciar la adhesión y el correcto cumplimiento de los tratamientos (farmacológicos y no-farmacológicos). La única manera de conseguir esto es estando en contacto con el sujeto, por lo que se hace indispensable el acercamiento, la flexibilidad y el abandono de criterios abstencionistas exclusivos.

Teniendo en cuenta lo anterior, en este apartado se hará hincapié en la disminución de los riesgos asociados al consumo de drogas con el objetivo de minimizar los daños en la salud del individuo.

Se señalan distintas conductas de consumo y se presentan para cada una de ellas los riesgos asociados y las alternativas a estos riesgos. Las conductas, los riesgos y las alternativas propuestas, pueden, y es deseable, que sean ampliadas por los miembros del grupo y los profesionales conductores.

I. Riesgos asociados al lugar dónde se consume

- **Conducta de Riesgo**

Consumir en lugares solitarios (parkings, monte, playa, garaje, etc.) o en lugares desconocidos

- *Riesgos asociados*

- Tener dificultad para conducir y problemas para volver a casa
- Tener dificultad para responder ante situaciones inesperadas
- Perderse
- No disponer de la ayuda necesaria si sucede algún contratiempo
- Los lugares desconocidos pueden fomentar la confusión y distorsión de la realidad que producen algunas drogas (los alucinógenos por ejemplo)

- *Alternativas para la Reducción de Riesgos*

- Cuenta a tus amigos lo que vas a consumir y dónde vas a hacerlo
- Evita conducir
- No consumas drogas nuevas, ni cantidades a las que no estás habituado
- Lleva un teléfono móvil con batería y con dinero para llamadas, lleva un número de teléfono de urgencias a mano
- Evita perderte del grupo. Pacta lugares y horas de encuentro
- Negocia con tus amigos que uno del grupo no consuma nada

- **Conducta de Riesgo**

Consumir estando en determinados lugares y a unas horas en las que no hay autobuses, trenes, taxis, etc.

- *Riesgos asociados*

- No saber cómo volver a casa
- Meterse en un coche conducido por alguien que va bebido o drogado
- Conducir bajo los efectos de alcohol y/o drogas
- Sufrir accidentes de coches

- *Alternativas para la Reducción de Riesgos*

- Prevé la vuelta a casa
- Pide que un taxi te espere a cierta hora

- Negocia con tus amigos que uno del grupo no beba ni consuma drogas
- Pide a alguien que te vaya a buscar
- Organízate para quedarte a dormir allí

II. Riesgos asociados a la cantidad que consumes

• Conducta de Riesgo

Consumir mucha cantidad de droga en poco tiempo o durante muchos días seguidos, empezar a consumir en seguida o muy pronto cuando sales de fiesta

– Riesgos asociados

- Experimentar descontrol y angustia
- Sobredosis
- Intoxicarse con riesgo vital
- Desarrollar tolerancia y dependencia
- Complicaciones y agravamiento de problemas físicos o psíquicos. Tener distorsiones en la percepción
- Impedirte estar al 100% en los días de trabajo y en las actividades que quieras realizar
- Tener problemas en casa y con los amigos: peleas, reducir tu círculo de amistades a personas consumidoras de drogas, etcétera
- Deteriorar tu alimentación y tu estilo de vida
- Pedir dinero prestado, gastarte lo que no tienes y robar

– Alternativas para la Reducción de Riesgos

- Márcate un límite de dinero: tiempo y cantidad de dinero
- No mezcles drogas
- Cuenta a alguien lo que vas a tomar o has tomado (puede ser necesario su testimonio si te ocurre algo)
- Intercala momentos de no consumo
- No te olvides de comer al menos tres veces al día
- Procura no quedarte solo
- Evita los desplazamientos
- No vayas a trabajar seguido, deja un tiempo para poder descansar.
- Recuerda que cada sustancia dura un tiempo determinado en el cuerpo (hasta que se elimina del mismo) aunque no te dure "la subida". No sigas consumiendo hasta última hora.
- Procura empezar a consumir más tarde
- Consume cantidades muy pequeñas
- Evita lugares dónde sabes que va a haber mucha droga

• Conducta de Riesgo

Consumir para reducir los efectos negativos de la droga cuando ésta te falta o evitar el bajón

– Riesgos asociados

- Desarrollar tolerancia y dependencia a varias sustancias
- La interacción entre varias sustancias puede tener efectos impredecibles
- Reducir la capacidad de atención y reflejos

– Alternativas para la Reducción de Riesgos

- Acude a un equipo especializado en adicciones
- Tómate un tiempo de descanso sin consumir. Si no puedes, es una clara señal de que necesitas la ayuda de un experto

- Evita consumir hasta el último momento antes de volver a casa
- Empieza a reducir tu consumo progresivamente, así el bajón será menos desagradable
- **Conducta de Riesgo**
Dejar una temporada de consumir y volver al consumo con la misma dosis que anteriormente
 - *Riesgos asociados o intoxicación grave*
 - Sobredosis (por haber disminuido la tolerancia que tenías antes)
 - Tener desorientación y confusión
 - Volver a desarrollar dependencia (lo que implica que vuelves a desarrollar la tolerancia y los síntomas de abstinencia)
 - *Alternativas para la Reducción de Riesgos*
 - Empezar nuevamente por cantidades muy pequeñas
 - No te quedes solo para consumir
 - No consumas en lugares aislados
 - Lleva un teléfono a mano, con batería y dinero para llamadas
- **Conducta de Riesgo**
Consumir la misma cantidad que un amigo a pesar de ser físicamente diferentes (no tener en cuenta las características del peso, tamaño, género, edad, etc)
 - *Riesgos asociados*
 - Aumentar los efectos: a menor peso, la misma cantidad de droga produce mayor efecto
 - Desarrollar dependencia física (lo que implica desarrollar tolerancia y síntomas de abstinencia)
 - Intoxicarse
 - Tener desorientación y confusión
 - *Alternativas para la Reducción de Riesgos*
 - No te dejes presionar por los demás
 - Toma tus propias decisiones
 - Recibe y comprueba por ti mismo la información que necesitas sobre las drogas
 - Si eres pequeño de tamaño y/o mujer y/o eres muy joven necesitas consumir una cantidad menor
 - Ten en cuenta la cantidad a la que estás habituado. Ésa es tu dosis. No la aumentes de golpe.

III. Riesgos asociados al estado físico y psicológico en el que te encuentras antes de consumir

- **Conducta de Riesgo**
Consumir cuando te sientes triste
 - *Riesgos asociados*
 - Agravar el problema que tenías y ver las cosas mucho peor
 - Debilitar el control de las inhibiciones sociales y personales y aumentar los impulsos agresivos
 - Desarrollar dependencia física (lo que implica desarrollar tolerancia y síntomas de abstinencia)
 - Buscar repetidamente los efectos de la droga para reducir los sentimientos de tristeza si no resuelves ésta antes.
 - *Alternativas para la Reducción de Riesgos*
 - Evita consumir cuando estás mal anímicamente. Te pondrás peor con el bajón.

- No consumas estando solo
- Habla con alguien sobre tu tristeza
- Busca otras soluciones para tu tristeza que sean más eficaces a largo plazo
- Busca ayuda psicológica
- **Conducta de Riesgo**
Consumir cuando estás embarazada
 - *Riesgos asociados*
 - Todas las sustancias afectan al feto a través de la sangre de la madre
 - Riesgo de malformaciones en el feto si consumes drogas en el primer tercio del embarazo
 - Descuido personal y muchas veces, mala alimentación
 - Las drogas afectan al feto de forma parecida a como afectan a los adultos
 - Nacimiento prematuro y con bajo peso del bebé al nacer
 - *Alternativas para la Reducción de Riesgos*
 - Evita consumir estando embarazada
 - Si has consumido durante todo el embarazo, el bebé va a necesitar cuidados médicos para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia a las drogas
 - Vas a necesitar un seguimiento médico más estricto
 - No le ocultes a tu médico que estás consumiendo drogas, aunque éstas no te parezcan peligrosas (tabaco, cafeína, hachís, etc.)
 - Si no puedes reducir el consumo, acude a un equipo especializado en adicciones
- **Conducta de Riesgo**
Consumir cuando tienes o has tenido problemas psiquiátricos
 - *Riesgos asociados*
 - Agravar los antecedentes previos
 - Riesgo a tender hacia la automedicación y a provocar mayores descuidos con la medicación.
 - Aumentar la probabilidad de dependencia
 - Producir interacciones indeseables con la medicación de efectos impredecibles
 - Tener conductas de descontrol, dificultad para controlar tus actos
 - *Alternativas para la Reducción de Riesgos*
 - Evita el consumo de drogas
 - Cuéntale a tu psiquiatra lo que consumes
 - Haz revisiones médicas más regulares
 - Informa a tus amigos de tus problemas para que estén informados de tus posibles reacciones y puedan informar al médico en caso de que sea necesario
- **Conducta de Riesgo**
Consumir tomando cualquier tipo de medicación
 - *Riesgos asociados*
 - Reaccionar de una forma para la cual no estás preparado
 - Reducir o potenciar el efecto de la medicación que estés tomando
 - Potenciar los efectos secundarios de tu medicación habitual

- *Alternativas para la Reducción de Riesgos*
 - Evita tomar drogas
 - Cuéntale a tu médico lo que consumes
 - Informa a tus amigos de la medicación que tomas
 - Haz revisiones médicas más regulares

IV. Riesgos asociados a la forma de poder conseguir las sustancias:

- **Conducta de Riesgo**

Trapichear para conseguir drogas y robar en casa o en la calle

- *Riesgos asociados*
 - Tener problemas legales, incluso de cárcel
 - Engancharse a disponer de dinero fácil
 - Hacer del "trapicheo" y del robo, una forma de vida y tener dificultades para salir del círculo
 - Consumir más y desarrollar una mayor dependencia a las drogas (lo que implica desarrollar tolerancia y síntomas de abstinencia)
 - Entrar en una escalada de mentiras para tapar tus conductas
- *Alternativas para la Reducción de Riesgos*
 - Márcate un límite de días, tiempo, dinero y cantidad de droga que vas a consumir
 - Haz un análisis realista de tus posibilidades económicas y no te salgas de él
 - Busca actividades que no te exijan drogarte
 - Busca amigos que no piensen en drogas todo el tiempo
 - No te acostumbres al dinero que no tienes
 - Atrévete a pedir ayuda a quien te la pueda dar

- **Conducta de Riesgo**

Gastar más dinero del que tienes, vender tus cosas y pedir prestado

- *Riesgos asociados*

Hacer cosas que no quieres hacer para recuperar el dinero que debes: robar, trapichear, etc.

 - Perder tus cosas y estar triste
 - Perder cosas importantes que tienes que volver a comprar
 - Recibir una paliza o represión hacia ti o tu familia
 - Perder amigos
- *Alternativas para la Reducción de Riesgos*

Haz un cálculo de tus posibilidades y no te pases del límite que te has fijado

 - Si estás en un lío, busca ayuda de la familia o de alguien de confianza que realmente te vaya a ayudar
 - Si estás arruinado, cuéntaselo a alguien que te pueda ayudar

- **Conducta de Riesgo**

Vender sexo para drogarte

- *Riesgos asociados*
 - Contagiarse de alguna enfermedad de transmisión sexual (Sida, hepatitis, gonorrea, herpes, condilomas, etc.)
 - Mentir a tu familia sobre tus actividades
 - No tener nunca dinero suficiente y entrar en una espiral de prostitución

- Consumir más y desarrollar una mayor dependencia física de las drogas (lo que implica desarrollar tolerancia y síntomas de abstinencia)
- Tener problemas de autoestima. Perjudicar la relación contigo mismo y/o con tus amigos y familiares.
- *Alternativas para la Reducción de Riesgos*
 - Haz sexo seguro. Usa siempre preservativo
 - Habla con algún profesional sobre tu conducta de prostitución y la vivencia que tienes de ti mismo/a
 - Piensa en controlar tu consumo de drogas para evitar más trabajo que el que sea estrictamente necesario
 - Probablemente necesites un programa de deshabituación ya que tu consumo exige de ti muchos esfuerzos y te supone un coste muy alto

V. Riesgos asociados a la forma de preparar las sustancias para su consumo:

• Conducta de Riesgo

Inhalar

- *Riesgos asociados*

- Tener infecciones debido a las impurezas de la droga
- Tener problemas en el tabique nasal (sequedad, irritación, hemorragias, necrosis)
- Tener problemas respiratorios que pueden evolucionar a la parada respiratoria o cardiorespiratoria

- *Alternativas para la Reducción de Riesgos*

- Nunca compartir material
- Límpiase la nariz después del consumo. Aspira agua tibia o agua con sal
- Enjuágate también la boca
- Dejar descansar la nariz con momentos de no consumo para no incidir en la irritación
- Evita inhalar con una bolsa dentro de la cabeza impregnada de pegamento

• Conducta de Riesgo

Inyectarse y compartir material para inyectarse

- *Riesgos asociados*

- Aumentar las infecciones ya que las drogas se introducen directamente en el sistema sanguíneo, arrastrando bacterias, impurezas y adulterantes.
- Tener mayor probabilidad de sobredosis
- No tener posibilidad de parar el consumo cuando el efecto ya es suficiente
- Producirse abscesos, coagulaciones, úlceras de piel y dañarse las venas
- Contagiarse de VIH, hepatitis, etc
- Endocarditis

- *Alternativas para la Reducción de Riesgos*

- Consigue siempre la jeringa nueva antes que la droga
- Prueba la sustancia primero, sobre todo si has cambiado de camello
- Tritura bien la sustancia antes de diluirla
- Usa un limón nuevo y siempre recién cortado. Mejor aún ácido cítrico o ascórbico
- Usa siempre agua bidestilada y limpia
- No utilices botellas de agua estéril ya abiertas
- Usa individualmente el recipiente

- Utiliza siempre un filtro nuevo/limpio. No lo chupes para darle forma. La saliva tiene bacterias
- Lleva toallitas de alcohol encima y úsalas antes (para limpiar la piel) y después de inyectarte
- Nunca compartas jeringuillas, ni la prestes, ni cojas la de otra persona
- No te hagas más de un pico con una jeringuilla
- Evita zonas peligrosas: cuello, abdomen, ingles, etc...
- No satures zonas de punción. Busca otras venas
- No inyectarse grandes cantidades de una vez
- Inyéctate siempre en sentido del torrente circulatorio
- Afloja el torniquete antes de inyectarte la sustancia

VI. Riesgos asociados a las mezclas de sustancias:

• Conducta de Riesgo

Consumir diferentes drogas a la vez

– *Riesgos asociados*

- No poder predecir sus efectos
- Sobredosis
- Desarrollar una mayor dependencia a distintas drogas (lo que implica desarrollar tolerancia y síntomas de abstinencia para cada una de ellas)

– *Alternativas para la Reducción de Riesgos*

- No mezcles distintas drogas
- Distancia los consumos entre ellas
- Consume cantidades pequeñas
- No te inyectes
- No conduzcas
- Consulta a un equipo especialista en drogodependencias

• Conducta de Riesgo

Mezclar drogas estimulantes (éxtasis, speed, cocaína) y depresoras del SNC (tranquilizantes, heroína, alcohol)

– *Riesgos asociados*

- No poder predecir los efectos
- Desarrollar una mayor dependencia a distintas drogas (lo que implica desarrollar tolerancia y síntomas de abstinencia para cada una de ellas)
- Sobredosis
- Creer que el alcohol no te ha afectado (lo notas menos) y conducir

– *Alternativas para la Reducción de Riesgos*

- No mezcles drogas
- Distancia los consumos entre ellas
- Consume cantidades pequeñas
- No te inyectes
- No conduzcas
- Consulta a un equipo especialista en drogodependencias

- **Conducta de Riesgo**

Mezclar drogas depresoras del SNC (tranquilizantes, heroína, alcohol)

– *Riesgos asociados*

- Provocar sobredosis por drogas que individualmente deprimen el sistema nervioso (alcohol, opiáceos, tranquilizantes) cuyos efectos se suman si son tomadas todas juntas
- Provocar sobredosis ya que las drogas permanecen efectivas por diferentes periodos de tiempo y no tienen por que ser tomadas a la vez para que el riesgo se produzca

– *Alternativas para la Reducción de Riesgos*

- No mezcles drogas
- Distancia los consumos entre ellas
- Consume cantidades pequeñas
- No te inyectes
- No conduzcas
- Consulta a un equipo especialista en drogodependencias

- **Conducta de Riesgo**

Mezclar drogas estimulantes (éxtasis, speed, cocaína)

– *Riesgos asociados*

- Provocar sobredosis, ataques de pánico, paranoias, etc.
- Aumentar la tolerancia y la dependencia a distintas drogas
- Producir hemorragias cerebrales
- Provocar infarto de miocardio o infartos cerebrales

– *Alternativas para la Reducción de Riesgos*

- No mezcles drogas
- Distancia los consumos entre ellas
- Consume cantidades pequeñas
- No te inyectes
- No conduzcas
- Consulta a un equipo especialista en drogodependencias

VII. Riesgos asociados con no tomar precauciones después del consumo:

- **Conducta de Riesgo**

Trabajar después del consumo de cualquier sustancia

– *Riesgos asociados*

- Reducir el control motor, el tiempo de reacción y la habilidad para mantener la atención; disminución de la capacidad de trabajar con maquinaria; subirte a andamios, tejados, cruzar carreteras, etc., puede ser peligroso
- Afectar a la vida de otros por tu ineficacia, sobre todo si tu trabajo exige responsabilidad en seguridad
- Tener problemas para aprender y retener la información nueva
- Perder destrezas físicas

– *Alternativas para la Reducción de Riesgos*

- Programa un tiempo de descanso antes de empezar a trabajar
- No hagas trabajos peligrosos que te pueden poner en riesgo
- Habla con un médico para reducir tus niveles de consumo si esta situación se te repite continuamente

- **Conducta de Riesgo**

Conducir después del consumo

– *Riesgos asociados*

- Verse afectada tu percepción y tu tiempo de reacción y no poder reaccionar si tienes una emergencia al volante
- Quedarte sin el carnet de conducir
- Tener que pagar multas importantes
- Matarte o matar a alguien
- Arruinarte
- Quedarte inválido o con lesiones graves si tienes un accidente

– *Alternativas para la Reducción de Riesgos*

- Utiliza los transportes públicos
- Planea la vuelta a casa desde el día anterior
- Negocia que alguien del grupo no consuma y esté fresco para la vuelta
- No conduzcas después de consumir sustancias

- **Conducta de Riesgo**

No comer suficientemente

– *Riesgos asociados*

- Estreñimiento, hipotensión, calambres, mareos, lipotimias, anorexia
- Anemia
- Faltar la fuerza física para responder ante situaciones cotidianas
- Sufrir los efectos de la desnutrición a largo plazo

– *Alternativas para la Reducción de Riesgos*

- Come antes de ir de fiesta.
- Come si vas a estar mucho tiempo de fiesta.
- Come cuando vuelves a casa
- Hazte revisiones medicas si ves que no te alimentas suficientemente bien o has bajado mucho de peso últimamente

- **Conducta de Riesgo**

Descuidar tu higiene personal

– *Riesgos asociados*

- Irte abandonando poco a poco
- Negligencia en la higiene dental y corporal. Problemas dentales importantes
- Mal olor, mal aliento
- A largo plazo, gran deterioro irreversible

– *Alternativas para la Reducción de Riesgos*

- No descuides tu higiene personal entre semana. Dúchate a diario.
- Asegúrate momentos de la semana para cuidados personales
- Haz ejercicio físico o practica deporte habitualmente. Camina mucho
- Aséate y lávate los dientes
- Lávate la ropa

Sesión 5^a

Motivación externa e interna
frente al consumo de drogas

Objetivos

Objetivo general:

- Utilizar las situaciones de presión desde el exterior (como las sanciones administrativas por consumo, los juicios pendientes, etc.) como oportunidad para analizar la relación del individuo con las drogas y fomentar el paso de la motivación externa y de imposición al tratamiento a la motivación interna para el cambio.

Objetivos específicos:

- Analizar la relación de la persona con el consumo de drogas y su capacidad de respuesta frente a éste.
- Distinguir diferentes momentos personales de relación con las drogas.
- Reconocer las estrategias para pasar de un momento de relación a otro, en el continuo que va desde un consumo abusivo a través de un control cada vez mayor del mismo, hasta el mantenimiento de la abstinencia.
- Distinguir entre motivación interna y personal de cambio frente a la motivación externa y por coacción para hacer un tratamiento.
- Reconocer los riesgos judiciales y penales, así como las sanciones administrativas, asociados al consumo de drogas, al tráfico y posesión de las mismas.

Metodología Propuesta

Ronda introductoria: “¿Cuál es el día de mi cumpleaños?”

Se pide a las personas del grupo que escriban en una cartulina, el día y el mes en el que nacieron. Una vez escritos, el conductor les pide que se vuelvan a situar dentro del grupo en función de la fecha de nacimiento, empezando el 1 de enero por la izquierda y acabando el 12 de diciembre por la derecha del conductor del grupo.

Una vez reubicados todos los integrantes del grupo, tienen que decir su edad, de forma que se compruebe que se ha realizado bien el ejercicio.

Esta dinámica permite tener cerca a alguien que tiene algo en común con la persona (la fecha del cumpleaños), y permite la agrupación de los miembros del grupo de manera novedosa, rompiendo alianzas problemáticas que se hayan podido realizar en sesiones previas y permitiendo que todos los integrantes del grupo empiecen la sesión partiendo de las mismas condiciones.

Test personal: “Mi momento de relación con el consumo de alcohol y otras drogas”

Con esta dinámica se pretende que cada sujeto realice una autoevaluación confidencial sobre su relación con el consumo de alcohol y otras drogas, en función de la intención que tenga con respecto a éstas y de las acciones que haya emprendido durante los últimos meses. El objetivo es saber cuál es su motivación frente al consumo de alcohol y otras drogas.

Se presenta a los integrantes del grupo la Ficha Nº 4 con los ítems que señalan las actitudes que definen su posición frente al consumo y en contraposición a éste, frente a la abstinencia.

El conductor les entrega una fotocopia de esta Ficha Nº 4 que se adjunta en el Anexo y les pide que la rellenen por sí mismos, pensando en la/s sustancia/s que han consumido en los últimos 6 meses.

Se debe rellenar únicamente una ficha aunque se consuman distintas drogas, ya que se entiende que el posicionamiento que se va a analizar es el actual frente al consumo de alcohol y otras drogas, frente al estilo de vida que lo relaciona y frente a la abstinencia.

Cuando todos han finalizado de completar la ficha, se corrige e interpreta, usando como apoyo la Transparencia Nº 9, donde aparecen las claves para la corrección de la prueba y cómo obtener la conclusión para cada persona y para cada sustancia. Según sean los ítems marcados, la conclusión será "no he pensado nunca en dejar las drogas" (relacionado con el estadio precontemplativo del modelo transteórico del cambio); "pienso que algún día dejaré las drogas" (relacionado con el estadio contemplativo del modelo transteórico del cambio); "estoy dejando las drogas" (relacionado con el estadio de preparación y acción del modelo transteórico del cambio) o "mantengo la abstinencia frente a las drogas" (relacionado con el estadio de mantenimiento del modelo transteórico del cambio).

Los resultados de cada test son confidenciales y no es necesario que los miembros del grupo los muestren a los demás, sino que se guardan para una reflexión personal. Asimismo, si los miembros del grupo quieren llevarse la corrección de la Escala, se les puede facilitar una fotocopia tanto de la Ficha Nº 4 como de la Transparencia Nº 9. Este test se podrá repetir, con unos meses de distancia, tantas veces como la persona quiera, con el objetivo de comprobar su evolución en relación al consumo de alcohol y otras drogas.

Esta dinámica servirá de base para realizar una reflexión grupal con el objetivo de trabajar los conceptos en relación con la motivación, el cambio y el posicionamiento frente al consumo y la abstinencia de las drogas. Para esta dinámica, el conductor se apoyará en los contenidos teóricos tratados en esta sesión.

Reflexión personal: ¿Cuál es mi situación personal con respecto al consumo de drogas?

La dinámica que se presenta puede ser de utilidad para cualquier persona que consume alcohol y otras drogas, ya que le va facilitar la toma de conciencia sobre su situación personal y relacional.

No obstante, está especialmente diseñada para aquellas personas que realizan un consumo activo y no han pensado en el cambio y para las que están pensando en cambiar pero no se han decidido a actuar (precontemplativos y contemplativos).

Se reparte a cada persona del grupo la Ficha N° 5. Esta ficha presenta un cuadrado dividido en 4 cuadrantes y se pide que en el centro del papel se coloque el nombre propio de cada persona.

Se pide a cada miembro del grupo que en el cuadrante superior derecho escriba cualidades que cree que tiene y que le hacen ser mejor persona. A su vez, se puede sugerir que señale en qué le ayudan estas cualidades a ser mejor persona.

En el cuadrante inferior derecho se le pide que escriba aquellas cosas, personas y situaciones de su vida que merecen la pena; personas y situaciones que le ayudan a desarrollar las cualidades que tiene; etc.

En el cuadrante superior izquierdo, se le pide que señale las cosas que cambiaría de sí mismo, bien porque no le ayudan a ser feliz, bien porque van a ser un obstáculo para conseguir los objetivos que se ha propuesto.

En el cuadrante inferior izquierdo, se le pide que ponga aquellas cosas, personas y situaciones, de su alrededor que cambiaría, ya que no le ayudan a ser feliz.

Una vez completada la ficha por cada uno de los miembros del grupo, el conductor modera una puesta en común en la que cada uno va comentando lo que ha escrito. En esta puesta en común, se invita también a comentar las cualidades que han puesto las demás personas, las cualidades que se aprecian de los demás y por qué.

El objetivo de esta dinámica es ayudar a la persona a reconocerse, a reconocer sus cualidades y sus limitaciones y a introducir la idea de cambio y la necesidad de ir evolucionando, a través del conocimiento real y consciente de uno mismo.

Las personas que se quieran llevar una fotocopia de la Ficha N° 5 para casa, lo podrán hacer, para debatir en familia o con los amigos los contenidos de la misma.

Discusión dirigida sobre la capacidad de pedir ayuda

Primera parte introductoria: “¿Cómo me siento haciendo y recibiendo regalos?”

En esta dinámica se comienza a utilizar un juego que se llamará "Hacer regalos", y que tiene un significado especial entre las personas que no han pensado en dejar el alcohol u otras drogas o que no han comenzado a tomar decisiones concretas para dejar el consumo. En esta sesión se pretende que estas personas aprendan a recibir las opiniones y las valoraciones que los demás hacen sobre su consumo de drogas. Se busca aproximar al grupo al entorno que le rodea, haciendo un ejercicio de acercamiento a los demás y de agradecimiento por el interés mostrado, independientemente de que luego se haga caso o no de lo que se sugiere, se utilice o no el regalo que se va a recibir, etc.

Tras cortar un trozo de papel en blanco, se piensa en una persona del grupo y se piensa en un regalo que le pueda gustar. Se escribe este regalo en el papel y se guarda. Así con todas aquellas personas a las que se les quiera hacer un regalo. Es importante insistir en que el regalo tiene que gustarle a la persona que lo recibe, ya que para eso es un regalo. Por ejemplo: "A Juan, un fin de semana en la playa".

Cuando todo el grupo haya finalizado de escribir los regalos, el conductor del grupo recoge todos los papeles y los empieza a repartir en función de sus destinatarios. Cada uno tiene que recibir sus regalos y dar las gracias, sin hacer más comentarios. Posteriormente, cada persona va a decir qué regalos ha recibido y el conductor irá escribiendo la lista de regalos en una pizarra o en una cartulina pegada en la pared a modo de papel.

Posteriormente se abre un turno de comentarios y cada uno puede hablar de los regalos que ha hecho y de cómo se siente por los recibidos.

Si una persona no tuviera regalos, habría que preguntar al grupo el porqué, y ella misma debería hablar acerca de cómo se siente por este hecho.

Al acabar las aportaciones el conductor agradece al grupo el trabajo que ha realizado.

Se hará mención a la relación que existe, en ocasiones, entre el consumo y la dificultad para oír lo que el entorno opina respecto a dicho consumo. Se comentará que, aunque las opiniones de los demás puedan influir en la decisión sobre el consumo, la última palabra la tiene la propia persona.

Se hace referencia al concepto de motivación externa, la cual está relacionada con la presión que ejerce el exterior para introducir cambios en el propio consumo de alcohol y otras drogas. Esta presión frecuentemente suele ser la ejercida por la familia, que ve difícil mantener la situación; por los amigos, que se van alejando; etc. También la sanción administrativa ejerce una presión cumpliendo la función de ofrecer un momento de reflexión respecto al consumo de alcohol y otras drogas que se está realizando y respecto a los pasos que hay que dar hacia el control y la abstinencia.

Se recomienda hacer hincapié en la actitud de escucha y abierta, ante lo que se da con buena voluntad, y sin otro objetivo que el de ayudar.

Segunda parte: Brainstorming y Discusión dirigida: "El tratamiento como ayuda"

En esta segunda parte de la dinámica, se hará una introducción a los tratamientos o ayudas educativas, sanitarias, sociales, psicológicas, etc., que existen. Se presentará el tratamiento como una forma de ayuda, que está a disposición del individuo, al que se debe acceder libremente y ante el que se tienen unos derechos y unas obligaciones.

En un primer momento se realizará una "tormenta de ideas" entre todos los miembros del grupo que va a ser coordinada por el conductor. Así, se pide al grupo que plantee todas las ideas que se les ocurran sobre los distintos tipos de programas de tratamiento que existen para el uso de drogas. Cuando se habla de programas de tratamiento, se hace referencia a todas las actividades organizadas que se realizan: Programas de Metadona, Centros de día, Talleres ocupacionales, Psicoterapia, etc. El listado puede ser muy grande, y el conductor del grupo se debería centrar en aquellos programas más directamente relacionados con el consumo de drogas.

Una vez que se han verbalizado distintas ideas y que el conductor las ha ido escribiendo en una pizarra, divide al grupo en subgrupos de 3 o 4 personas y reparte una copia de la Ficha Nº 6. Pide a cada subgrupo que, usando como apoyo todo lo dicho y apuntado durante el brainstorming, haga el esfuerzo de describir los programas de Tratamiento farmacológico, Tratamiento ambulatorio en centros de atención especializados, Comunidad terapéutica, Centro de noche, Centro de día de media y baja exigencia, Pisos de acogida, Pisos de reinserción, Centros de tiempo libre y Centros ocupacionales. Pide asimismo que piensen sobre los objetivos que tiene cada uno de estos programas de tratamiento y las formas de acceso a cada uno de ellos.

A continuación, el conductor del grupo siguiendo la modalidad de ronda, pedirá al portavoz de cada subgrupo que cuente al resto las respuestas de su subgrupo. Se aceptarán todas las opiniones y posteriormente se iniciará un debate en el cual el conductor, usando como apoyo la Transparencia N° 10 dará información sobre los distintos tipos de tratamiento basándose en los contenidos teóricos de esta sesión. Se pueden repartir fotocopias de la Transparencia N° 10 y se aprovechará la discusión dirigida para facilitar toda la información que se requiera y aclarar todas las dudas que surjan sobre el tema.

Balance de decisiones: “Proyección a futuro del Balance de Ventajas y Desventajas”.

La dinámica que se presenta es una herramienta muy útil para cualquier persona, independientemente del momento de relación que tenga con el consumo de alcohol y otras drogas. Sin embargo, está especialmente indicada para las personas que han decidido cambiar algún día o que están en ello (contemplativos y en fase de acción).

Esta dinámica consiste en valorar una situación concreta y en hacer una proyección de la valoración en el futuro, de forma personalizada. La dinámica consta de tres partes: en la primera se hace un balance de las ventajas y desventajas que tiene una conducta concreta en diferentes momentos; en la segunda parte, se valoran las ventajas y desventajas de esa conducta en el momento actual, y en la tercera parte, se hace un esfuerzo de relación con la situación personal del individuo.

Primera parte

Cada una de las personas del grupo tiene que pensar en la conducta de consumo que realiza (consumo de alcohol, hachís, anfetaminas, cocaína, etc.). También se podría aplicar a la conducta motivo de la sanción administrativa (tráfico de hachís o de otras drogas, posesión de drogas, etc.).

Una vez identificada la conducta problema o motivo de sanción sobre el que se va a trabajar, se propone a cada una de las personas del grupo que piense en las ventajas y desventajas que la misma tiene, para cada uno de ellos, en el momento actual. Se les pide que piensen, por lo menos, en total en 9 ventajas y desventajas. Es importante que el número sea impar, ya que generalmente este balance está desequilibrado. Se presenta al grupo una copia de la Ficha N° 7, como modelo. Con lápices de colores, debe rellenar de verde el círculo que considera ventaja y de rojo el círculo que considera desventaja.

Una vez completada esta parte, se le pide a cada persona que piense en la misma situación, y que repita el mismo ejercicio, pero reflexionando en cómo pueden haber evolucionado estas ventajas y desventajas dentro de un año. Se presenta al grupo la Ficha N° 8, como modelo. Se le vuelve a pedir que rellene de verde el círculo que considera ventaja y de rojo el círculo que considera desventaja en ese nuevo momento.

Se repite el mismo ejercicio, esta vez haciendo una prospección a 3 años vista, completando la Ficha N° 9. De nuevo, con lápices de colores, debe rellenar de verde el círculo que considera ventaja y de rojo el círculo que considera desventaja.

Los tiempos que se vayan a marcar para hacer el ejercicio (momento actual, 1 año y 3 años) se pueden variar y elegir en función de la edad de las personas que compongan el grupo y en función de otros objetivos del conductor.

Se pide a las personas del grupo que comenten como ven la evolución de su conducta problema u objeto de sanción y se recogen las evoluciones más significativas tanto positivas como negativas.

El objetivo en este trabajo, será el de ayudar a madurar y pensar sobre la conducta problema o motivo de sanción, a través del análisis de las consecuencias a largo plazo de una situación. A la vez, se rompe con el concepto de “lo inmediato”, a través del balance de las ventajas y desventajas que tiene la situación que se

está viviendo. Es un ejercicio de imaginación sobre cómo puede evolucionar la situación que se está viviendo en el futuro y un ejercicio para debatir las posibles proyecciones de la situación de cara al futuro.

Segunda parte

Se pedirá a las personas del grupo que trabajen con la tabla de ventajas y desventajas, del consumo de drogas y de la abstinencia, en el momento actual que se presenta en la Ficha N° 10. Esta tabla, se llama "Balance de Decisiones" y para realizar el trabajo propuesto, se entrega a cada persona una copia de la Ficha N° 10, que tiene que rellenar.

Este ejercicio sirve para aclarar la intención con respecto al consumo de drogas, en el momento actual.

Una vez rellenada la tabla, hay que puntuar del 1 al 4, cada una de las ventajas y desventajas que se han descrito, en función de la importancia que tengan para uno, siendo el 1 "ninguna importancia", el 2 "alguna importancia", el 3 "bastante importancia" y el 4 "mucho importancia".

Una vez realizado el ejercicio, el conductor presenta la Transparencia N° 11, con los cuatro resultados posibles del ejercicio:

- 1) El cuadrante de "Desventajas de consumir drogas" es el que tiene la puntuación más alta;
- 2) El cuadrante de "Desventajas de no consumir drogas" es el que tiene la puntuación más alta;
- 3) El cuadrante de "Ventajas de consumir drogas" es el que tiene la puntuación más alta;
- 4) El cuadrante de "Ventajas de no consumir drogas" es el que tiene la puntuación más alta.

Se podrá facilitar una fotocopia de esta transparencia a todas las personas del grupo que lo soliciten.

Esta dinámica es importante para analizar si hay alguna situación familiar, judicial, económica, etc., que está forzando a realizar un tratamiento que no es el que mejor se adecuaría a la situación de la persona, con el objetivo de buscar alternativas y respuestas. Son los tratamientos los que se deben adaptar a las personas y no viceversa y para cada caso concreto existe un tipo de intervención especializada, por lo que es importante que el consumidor de drogas esté informado.

Tercera parte

Dentro de esta misma dinámica, se pide a las personas del grupo que seleccionen al menos 2 ventajas y 2 desventajas del momento actual de la conducta de consumo y que rellenen la tabla que se presenta en la Ficha N° 11.

El objetivo es relacionar las ventajas y desventajas de una conducta, con su situación personal. En el caso de que al grupo no se le ocurran ejemplos, se pueden usar los siguientes: "evadirme y divertirme" como ventaja del consumo, y "genera adicción" y "problemas con la familia" como desventajas del mismo, siempre y cuando se asocien a vivencias personales.

Esta dinámica se completa con los contenidos teóricos a trabajar en esta sesión, en los que se señalan los momentos de cambio personal en relación con las drogas y los diferentes itinerarios que puede seguir el consumo de drogas: a) abandono del consumo, b) pasar de un uso, a un abuso y a una dependencia de distintas drogas, c) consumo de otras sustancias, o d) realizar otras conductas adictivas.

Los resultados de esta tercera parte de la dinámica se pueden relacionar con los de la primera parte, ya que las personas que "no han pensado en cambiar", tendrán más dificultades a la hora de realizar una proyección a futuro, las personas que han pensado que "algún día lo van a dejar" verán más consecuencias negativas de la conducta a largo plazo. Las personas que "están cambiando la conducta", señalarán, en el momento actual, más consecuencias negativas que las anteriores y menos que las personas que "ya han cambiado".

Sopa de letras: “Cuáles son las situaciones que ponen en riesgo mi propósito de cambio”

Se presenta el concepto de “situación de riesgo” como cuestión a tener en cuenta para cualquier persona que esté pensando en modificar una conducta. Estas situaciones de riesgo son aquellas que cuestionan o hacen perder el control de la persona sobre esa conducta. Es decir, cualquier persona que se proponga un cambio, ha de tener en cuenta estas situaciones, para hacerles frente y para anticipar respuestas de afrontamiento que contrarresten su capacidad de ponerse en riesgo.

Como ejemplo para trabajar se ha seleccionado como conducta que se quiere cambiar, una conducta que implica sanción administrativa: “traficar con drogas”. El juego consiste en solucionar una “sopa de letras”. Se ha elegido una sopa de letras como juego para identificar las situaciones que ponen en riesgo los cambios que uno se propone, ya que para identificar estas situaciones, hay que utilizar la memoria y la creatividad. La memoria es importante porque seguramente, se han vivido situaciones de riesgo en el pasado y la creatividad, porque el ejercicio consiste en anticiparlas e imaginarlas en grupo, con el objetivo de pensar en posibles respuestas y alternativas ante ellas.

El conductor va a pedir al grupo que se junten en subgrupos de tres personas y va a repartir a cada uno una copia de la Ficha N° 12, que consiste en una “sopa de letras” con tres situaciones que ponen en riesgo la decisión de “dejar de traficar”.

Son tres situaciones que hacen difícil la decisión de “dejar el tráfico de drogas”, es decir, el conductor pone al grupo en la situación de querer dejar de traficar y le hace pensar sobre tres situaciones que pondrían en riesgo esta decisión.

Las tres situaciones que aparecen en esta sopa de letras son: a) tener deudas que pagar, b) estar el tráfico de drogas asociado al estilo de vida, y c) seguir consumiendo.

Una vez localizadas estas tres situaciones que ponen en riesgo la decisión de dejar de traficar, se le da al grupo un tiempo para que identifique otras y para que busque para cada una de ellas, diferentes alternativas. Es decir, si el traficar ha formado parte del estilo de vida de la persona durante los últimos años, tendrá que pensar en trabajar, estudiar, ir a grupos de terapia, cambiar de amigos, etc. Si tiene deudas y estas son un motivo para traficar, las alternativas serían pedir ayuda a la familia, etc. Si la situación que le puede hacer volver a traficar es que sigue consumiendo, las alternativas irían desde dejar de consumir hasta pedir ayuda médica, etc.

Una vez realizada esta parte de la dinámica, se pide al grupo que se junte en subgrupos de 3 o 4 personas y que elijan otra conducta susceptible de cambio, es decir, cualquier conducta relacionada con el consumo de droga que quieran analizar: “consumir drogas”, “hacer un consumo higiénico”, “no intercambiar jeringuillas”, etc. La finalidad sería identificar las situaciones que pueden poner en riesgo el cambio elegido. Se les pide que creen su propia sopa de letras. Posteriormente se intercambia las sopas de letras entre los distintos subgrupos y se pone en común los trabajos de cada uno de ellos.

Así, el grupo habrá analizado diferentes conductas susceptibles de cambio y las situaciones que lo ponen en riesgo y lo hacen más difícil.

El conductor va a escribir en una pizarra o en una cartulina pegada en la pared a modo de pizarra, las distintas conductas susceptibles de cambio que se han planteado, las situaciones que ponen en riesgo este cambio y las alternativas que las personas han encontrado para superar los riesgos.

Brainstorming y Test sobre “Principales motivaciones para dejar el consumo de alcohol y otras drogas”

El estudio de las motivaciones para dejar el consumo de alcohol y drogas va a confrontar a la persona con los objetivos de futuro que tiene.

Las motivaciones, de forma básica, se pueden diferenciar entre motivaciones externas y por coacción, y motivaciones internas de cambio.

Las personas que no se han planteado abandonar el consumo de alcohol y otras drogas en un futuro inmediato, se suelen encontrar con diferentes situaciones que les obligan y presionan hacia la abstinencia. Las presiones más generales son las judiciales y las familiares.

Por otro lado, las motivaciones para el cambio más comunes suelen ser la necesidad de normalización, la culpabilidad por el consumo, la distorsión con la imagen de futuro que uno tiene, etc., pudiendo haber muchas otras.

En primer lugar, se pide a las personas que forman el grupo que realicen una “tormenta de ideas” sobre todas las motivaciones que puedan llevar a una persona a iniciar un tratamiento, independientemente del momento de relación con las drogas en el que se encuentre.

Estas motivaciones se recogen, completando la espina de un pez que aparece en la Ficha Nº 13. En la cabeza del mismo, se indica el objetivo de la dinámica: “motivos para hacer un tratamiento” y en las espinas del pez, se recogen las situaciones personales, familiares, sociales, judiciales, de salud, etc., que las personas del grupo comenten como motivos.

Una vez realizada esta parte de la dinámica, se pide que coloreen de azul aquellos motivos señalados que tengan que ver con la voluntariedad y la decisión personal de dejar las drogas, y que pinten de rojo las situaciones que tengan relación con la coacción y la presión externa para realizar un tratamiento.

Se plantea una discusión dirigida en la que el conductor debe orientar al grupo a pensar cómo una motivación externa puede dar lugar a una motivación interna de cambio. La situación que propicia la coacción o la presión judicial o familiar, puede provocar en la persona una experiencia positiva de abstinencia y una expectativa de eficacia y de resultados positiva.

Posteriormente, el conductor entrega a las personas del grupo una copia del cuestionario sobre motivaciones para el tratamiento y para el cambio, que se recoge en la Ficha Nº 14. Este test permite que las personas analicen su posición actual frente al tratamiento que realizan, o frente a un posible tratamiento en un futuro cercano.

Se pide a cada persona que conteste al cuestionario que se le entrega, valorando cada una de las afirmaciones que aparecen como verdaderas o falsas. Posteriormente, se facilita la interpretación del mismo, siguiendo la Transparencia Nº 12, y explicando cuáles son los criterios para distinguir la motivación externa de la interna.

Brainstorming y subgrupos: Visualización de futuro a través de un pensamiento positivo: “Juego de relaciones”

Las personas que han decidido afrontar el cambio en su consumo de alcohol u otras drogas y están realizando acciones concretas dirigidas a conseguirlo y mantenerlo, necesitan tener una expectativa de resultado que les guíe. Conseguir metas y objetivos concretos a corto y medio plazo, va a ser fundamental. Los objetivos a largo plazo van a ser más creíbles si se van consolidando y consiguiendo otros más cercanos.

El conductor pide al grupo que entre todos hagan una “tormenta de ideas” y señalen dieciséis palabras, que puedan definir sus deseos, esperanzas e ilusiones de futuro. Tienen que ser palabras que hablen sobre los logros que quieren o esperan conseguir, sobre cómo se ven en un futuro a medio o largo plazo.

El tiempo de proyección a futuro se delimitará en función de la edad de los participantes. Si hay personas de todas las edades se establecerá un tiempo medio de diez años. Si hay personas menores de 18 años o mayores de 35, el tiempo se acortará un poco y se les pedirá que imaginen el futuro dentro de cinco años. En todo caso, se les pide que imaginen el futuro de forma positiva, en término de logros, es decir, aquel futuro que pueda motivar a la acción y a la toma de responsabilidades.

Posteriormente, se les pide que en subgrupos de 3-4 personas relacionen las palabras recogidas. En primer lugar, deberán buscar la manera de relacionarlas de forma que se consigan 6 parejas. Después, tienen que lograr cuatro grupos de cuatro palabras. Luego dos grupos de 8 palabras y en último termino, buscar lo que relaciona a todas las palabras.

A continuación un portavoz de cada subgrupo comentará las relaciones que ha encontrado su grupo sobre las distintas palabras, de cara a la puesta en común entre todos, y el conductor moderará el debate que surja, valorando expectativas de futuro positivas pero realistas.

Test de conocimientos: “¿Qué dice la ley?”

Los motivos judiciales y de sanción administrativa son motivos que frecuentemente empujan a la persona al primer contacto con los servicios sociales, con los servicios sanitarios y en ocasiones, es la oportunidad que tiene la familia para enterarse de la existencia de un problema de consumo de alcohol y otras drogas en uno de sus miembros.

Es importante que las personas que están cumpliendo una sanción administrativa sepan lo que dicen las leyes y, concretamente, lo es objeto de sanción, incluso penal.

El ejercicio consiste en confrontar a la persona con los conocimientos que tiene sobre este tema, con el objeto de que aclare términos y corrija lo que no sea correcto. Se le pide a cada una de las personas del grupo, que de forma individual, conteste al test que aparece en la Ficha Nº 15, sobre la legislación española en materia de drogas, sobre el consumo, tenencia y tráfico.

Una vez contestado el test, se presenta la Transparencia Nº 13, en la cual aparecen los resultados. El conductor hará un repaso por las respuestas dadas por cada uno de los miembros del grupo, y una vez que todos hayan corregido el test y sepan los fallos que tienen, les dará la interpretación correspondiente a cada uno en función de los fallos que hayan cometido.

La interpretación del test es la siguiente:

Si has tenido menos de tres fallos:

Tienes un conocimiento muy grande sobre la jurisprudencia española en materia de droga. Puede ser que te interese el estudio de las leyes, el derecho, etc. También puede ser que te hayas metido en “líos” y que esto te haya obligado o motivado para conocer lo que dicen las leyes. Lo importante es que utilices tus conocimientos para valorar lo peligroso que puede ser la posesión y el tráfico de drogas y que lo que sabes te disuada de esta conducta.

Si has tenido entre cuatro y 10 fallos:

Tienes un conocimiento medio sobre la jurisprudencia española en materia de droga. Quizás nunca te haya hecho falta saber más, cosa positiva, o bien porque la posesión y el tráfico de drogas no han formado parte de tu estilo de vida o bien porque nunca has tenido problemas con la justicia. En el caso de haber poseído drogas o haber traficado, el conocer lo que dice las leyes te podía haber disuadido de lo peligroso que puede ser, de los riesgos que asumes y de las consecuencias que se derivan de ello.

Si has tenido más de once fallos:

Tienes poco conocimiento sobre la jurisprudencia española en materia de drogas y como consecuencia no tienes muy claro qué es lo que uno se juega llevando o consumiendo drogas en lugares públicos.

La discusión posterior de los resultados del test, probablemente dé lugar a diferentes preguntas que servirán al conductor para profundizar en el tema introduciendo los contenidos teóricos correspondientes.

A pesar de que ésta no es una cuestión que esté muy clara, ya que la ley deja al Juez un espacio amplio para interpretar y juzgar cada caso, aplicando atenuantes, etc., en esta dinámica se aportan los datos más objetivos que un consumidor de drogas o un traficante debe tener en cuenta.

_Preguntas y finalización del Módulo

Todos los módulos deben cerrarse con un espacio de reflexión entre los asistentes sobre los temas tratados, la propia participación y sensación en el grupo y el aprendizaje recibido.

Es importante dejar que las personas verbalicen estas cuestiones y que se cree un clima propicio para: a) invitarles a participar en los siguientes módulos y b) pasar el cuestionario de auto-evaluación.

TRANSPARENCIA N° 9

MÓDULO 2 Sustancias de Abuso Transparencia n° 9

CORRECCIÓN DE LA ESCALA PARA EL MOMENTO DE RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

Los criterios para distinguir entre uso, abuso y dependencia son los siguientes:

NO HE PENSADO NUNCA EN DEJAR LAS DROGAS

- Se ha contestado afirmativamente a los ítems 1 y 2.
- No se piensa seriamente en dejar las drogas.
- No hay conciencia de que la conducta adictiva y el estilo de vida sean un problema.
- No se ve la alternativa.
- Hay poca o nula información acerca de su adicción.
- Hay una resistencia activa a ser informado.
- Se responde ante coacciones externas.

PIENSO QUE ALGUN DÍA DEJARÉ LAS DROGAS

- Se ha contestado afirmativamente a los ítems 3, 4, 5 y 11.
- Se toma conciencia de problema y hay esfuerzo por comprender la adicción, sus causas, sus consecuencias y su posible tratamiento.
- Hay necesidad de hablar de ello.
- Se establecen los pros y los contra de la conducta adictiva y lo que supondría cambiarla.
- La persona considera cambiar su conducta en los próximos meses.

ESTOY DEJANDO LAS DROGAS

- Se ha contestado afirmativamente a los ítems 7, 8, 9, 10, 12, 14.
- Hay una preparación para la acción.
- Se toma la decisión de modificar la conducta adictiva de manera inmediata.
- Se realizan pequeños cambios conductuales, aunque no cumplan los criterios de abstinencia total.
- Posteriormente, se produce abiertamente la modificación de la conducta-problema.
- Se cambia la conducta o sus condiciones, con ayuda o sin, de un terapeuta.
- Implica cambios manifiestos, tiempo y energía.
- Los esfuerzos son observables y significativos.
- Todavía se requiere mucho esfuerzo para poder considerar el cambio consolidado.

ESTOY MANTENIENDO LA ABSTINENCIA y EL CAMBIO

- Se ha contestado afirmativamente a los ítems 6 y 13.
- Hay un esfuerzo por prevenir la recaída.
- Hay un esfuerzo por consolidar los cambios conseguidos.
- Hay miedo tanto a la recaída como al cambio.
- Se estabiliza el cambio de conducta sin recaídas durante más de seis meses.

TRANSPARENCIA N° 10A

MÓDULO 2 Sustancias de Abuso Transparencia n° 10A

EL TRATAMIENTO COMO AYUDA. CARACTERÍSTICAS DE LOS DISTINTOS TIPOS DE TRATAMIENTO (I)

Tratamiento farmacológico

- Permite realizar una desintoxicación.
- Posibilita el tratamiento de problemas psicológicos y de los estados de ansiedad y depresión.
- Para acceder a él hay que acudir al médico psiquiatra.
- Generalmente, se combina con otras intervenciones psicoterapéuticas.
- Entre los fármacos más utilizados están la Metadona, la Naltrexona, los tranquilizantes, los ansiolíticos, los antidepresivos, etc.

Tratamiento ambulatorio en centros de atención especializada

- Este tratamiento permite mantener el contacto permanente con el exterior. Permite continuar y o iniciar diferentes actividades.
- Se realiza en los CADs. Las consultas pueden realizarse con médicos, psicólogos, DUEs, trabajadores sociales, etc.
- Generalmente, es donde se prescribe el tratamiento farmacológico y se suele coordinar con otros programas de carácter más educativo y psicoterapéutico.
- Las entrevistas pueden ser individuales o en pareja o en familia; las psicoterapias pueden ser individuales, de pareja, de familia o de grupo.
- También se organizan desintoxicaciones, programas de mantenimiento con sustitutivos (p. ej. Metadona), y otros programas de reducción de riesgos asociados al consumo de drogas.
- La forma de acceso es a través del médico de Atención Primaria.
- Pueden derivar a otro servicio (p. ej. a una Comunidad Terapéutica).

Programas de reducción de riesgos

- Estos programas permiten aumentar el control y la planificación de las conductas asociadas al consumo de drogas y a las conductas sexuales.
- Están indicados cuando el objetivo es disminuir los riesgos asociados a las conductas de consumo y a las conductas sexuales (VIH/SIDA y Hepatitis, embarazos no deseados), etc.
- Existen distintas modalidades de intervención diseñadas para cubrir distintos objetivos: Programas de Mantenimiento con agonistas opiáceos, Programas de Consumo de Menos Riesgo, Programas de Intercambio de Jeringuillas, Talleres de detección y actuación frente a la sobredosis, Salas de Inyección Higiénica, Programas de Sexo Más Seguro.
- Estos diferentes Programas pueden ser llevados a cabo en distintos tipos de recursos.
- En general, no existe un deseo claro de dejar el consumo en los usuarios de estos programas.

TRANSPARENCIA N° 10B

MÓDULO 2 Sustancias de Abuso Transparencia n° 10B

EL TRATAMIENTO COMO AYUDA. CARACTERÍSTICAS DE LOS DISTINTOS TIPOS DE TRATAMIENTO (II)

Comunidad Terapéutica

- Las comunidades terapéuticas son programas en régimen de internado e integradas dentro de una cadena terapéutica más amplia que, generalmente, empieza y termina en los centros especializados.
- Realiza un programa intensivo, con el objetivo de organizar el estilo de vida, así como aprender un funcionamiento normativo y mejorar las relaciones personales y las habilidades de comunicación.
- Marcan un horario estricto desde primera hora de la mañana hasta la noche, que incluye tanto la psicoterapia como la realización de actividades ocupacionales, deporte, etc.
- No todos los programas residenciales son comunidades terapéuticas.

Centros de noche

- Son locales abiertos durante la noche, lo que no quiere decir que tengan acceso a cualquier hora.
- Están atendidos por profesionales de las drogodependencias, como trabajadores sociales, educadores sociales, DUEs y a veces, médicos, psicólogos, etc.
- Están diseñados para personas que no tienen apoyo familiar o que carecen de vivienda propia o alquilada.
- Los centros de noche ofrecen un lugar para dormir, algo para cenar y desayunar y una atención sanitaria básica (curas, primeros auxilios, etc).
- Generalmente son lugares donde no se permite el consumo, pero sí el acceso a las personas que están consumiendo.

Centros de día

- Son centros que ofrecen Programas que permiten la organización diaria mediante actividades educativas y psicoterapéuticas.
- Combinan actividades formativas y prelaborales con terapias individuales, familiares o de grupo, y la prevención de las recaídas.
- Tienen como objetivo la reconstrucción de la persona, fundamentalmente a nivel social y judicial.
- Generalmente, trabajan en colaboración con los servicios médicos y psicológicos de los Centros especializados.
- En los centros de media exigencia, se suele pedir el compromiso de no consumo de ninguna sustancia no prescrita por un médico; en los de baja exigencia, se permite el acceso aunque se esté bajo los efectos de sustancias psicoactivas, aunque no se permite consumir en ellos.

Pisos de acogida y de apoyo al tratamiento

- Acogen a personas dependientes de las drogas y que no tienen apoyo familiar.
- Es aconsejable para personas que no tienen una organización externa para afrontar los primeros momentos del proceso de recuperación.
- Tiene que haber unas condiciones de salud mínimas. En ocasiones, es necesario haber realizado previamente una desintoxicación.
- Generalmente están coordinados con los servicios de salud.
- En ocasiones es necesario tener informes de derivación médicos, sociales, judiciales, etc. para poder acceder a los pisos.
- El tiempo de estancia dependerá del plan de tratamiento previsto.

TRANSPARENCIA N° 10C

MÓDULO 2 Sustancias de Abuso Transparencia n° 10C

EL TRATAMIENTO COMO AYUDA. CARACTERÍSTICAS DE LOS DISTINTOS TIPOS DE TRATAMIENTO (III)

Pisos de reinserción

- Son importantes cuando se requiere de una organización externa para organizar el momento de inserción social y laboral y cuando se dan en la persona las condiciones mínimas para la convivencia en grupo.
- Se accede a estos después de un periodo de abstinencia de sustancias de un mínimo de seis meses. Se piden controles de orina.
- Durante la estancia en los pisos de reinserción, la persona se enfrenta sobre todo a la posibilidad de la recaída en el consumo de drogas.
- Los mismos residentes son los responsables de la limpieza, de la comida, de las compras, etc., es decir, de la gestión del piso.
- Un educador realiza tutorías de seguimiento en función de unos objetivos previamente establecidos. El tiempo de estancia se suele fijar desde el principio.
- El consumo de drogas y el uso de la violencia física o verbal suelen ser motivos de expulsión.

Centros de tiempo libre

- Están diseñados para personas que necesitan reiniciar relaciones personales y afectivas con personas no relacionadas con el consumo de drogas.
- Ofrecen actividades relacionadas con la diversión y el ocio.
- Programan actividades dentro de sus locales, y suelen ofrecer salidas y excursiones en grupo.
- Suelen estar abiertos por las tardes y los fines de semana.
- Fundamentalmente van dirigidos a personas que se mantienen estables dentro de un tratamiento.

Centros ocupacionales

- Estos centros generalmente están dirigidos a personas que se permanecen estables en el tratamiento de su drogodependencia y que mantienen una mínima organización personal y psicológica.
- Se recomiendan cuando se busca una actividad para ocupar el tiempo de forma constructiva y educativa, en ocasiones, con la finalidad de adquirir las capacidades laborales básicas que posteriormente, permitan acceder a cursos pre laborales.
- Organizan diferentes actividades relacionadas con las manualidades, con el bricolaje, etc.
- Tienen unos horarios determinados y prefijados que deben cumplirse.

TRANSPARENCIA N° 11

MÓDULO 2 Sustancias de Abuso Transparencia n° 11

BALANCE DE DECISIONES EN EL MOMENTO ACTUAL

Interpretación de las puntuaciones

- 1) **El cuadrante de desventajas de consumir drogas es el que tiene la puntuación más alta**
 - Estás cerca de tomar la decisión de cambiar.
 - En el caso de que ya lo hayas hecho, esa puntuación más alta está relacionada con el mantenimiento del cambio logrado.
- 2) **El cuadrante de desventajas de no consumir drogas es el que tiene la puntuación más alta**
 - En este momento todavía no se te ha planteado dejar de consumir, ya que hacerlo supone más desventajas que ventajas.
 - Es importante reducir los riesgos asociados al consumo.
- 3) **El cuadrante de ventajas de consumir drogas es el que tiene la puntuación más alta**
 - Probablemente continúes consumiendo y por ello, insistimos en la necesidad de reducir los riesgos asociados al consumo.
- 4) **El cuadrante de ventajas de no consumir drogas es el que tiene la puntuación más alta**
 - Probablemente ya hayas dejado el consumo de drogas y tengas que mantener este cambio o te estás preparando para hacerlo.
 - Es importante saber que puedes necesitar ayuda. Si es así, pídelo.

TRANSPARENCIA Nº 12

MÓDULO 2 Sustancias de Abuso Transparencia nº 12

CORRECCIÓN DE LA ESCALA PARA DISTINGUIR LA MOTIVACIÓN EXTERNA DE LA MOTIVACIÓN INTERNA

MOTIVACIÓN EXTERNA

- Se corresponde con los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11.
- Está relacionada con la motivación por privación y falta de disponibilidad o por coacción o presión externa.
- Provoca el acercamiento a los tratamientos pero no necesariamente implica cambio.
- En ocasiones es el primer paso para plantearse un cambio.
- Los tratamientos aumentan la autoeficacia de las personas y mejoran su motivación interna.
- Manera de resolver la confrontación o la tensión existente entre la persona, el entorno familiar, social, laboral, judicial, etc., y el consumo.

MOTIVACIÓN INTERNA y MOTIVACIÓN HACIA EL CAMBIO

- Se corresponde con los ítems 12, 13, 14 y 15.
- Permite el avance hacia el control de la abstinencia.
- Esta relacionada con la satisfacción por la abstinencia y con la insatisfacción por el consumo.
- Provoca un cambio en la valoración de la sustancia y el estilo de vida que conlleva el consumo.
- La motivación para el cambio está determinada por la autoeficacia y la expectativa de resultado.
- La autoeficacia se refiere a la percepción de la persona de control sobre una conducta.
- La autoeficacia tiene que ser adecuada a la realidad.
- Hay procedimientos que aumentan la autoeficacia. El más eficaz sería ser capaz de conseguir hacer algo que se desea.
- La expectativa de resultado se refiere a la percepción sobre los efectos de la conducta.

TRANSPARENCIA Nº 13

MÓDULO 2 Sustancias de Abuso Transparencia nº 13

CORRECCIÓN DEL TEST DE CONOCIMIENTOS: ¿QUÉ DICE LA LEY?

1. Dar drogas a un amigo no es traficar	F
2. Llevar drogas encima no significa trafico de drogas	F
3. Cambiar una droga por otra a un amigo, sin dinero por medio se considera trafico de drogas	V
4. Las sanciones pueden ser de tipo penal y de tipo administrativo	V
5. El consumo está sancionado por la ley penal	F
6. La sanción administrativa es cuando se consume en lugares públicos y por llevar drogas encima	V
7. La sanción administrativa se puede aplicar aunque la cantidad de droga que se lleve encima no sea para consumo personal	F
8. Cultivar marihuana supone sanción administrativa	F
9. La pena por trafico de sustancias como la cocaína, anfetamina, heroína, puede llegar hasta los 23 años y la multa hasta los 100 millones de pesetas	V
10. La pena por trafico de sustancias como el hachís, puede llegar hasta los 17 años y la multa hasta los 50 millones	V
11. Los drogodependientes no van a prisión e ingresan en programas de tratamiento	F
12. A partir de 100 gramos de hachís se considera tráfico	F
13. A partir de 50 gramos de cocaína se considera tráfico	F
14. 5-6 pastillas son consideradas para uso personal	F
15. La policía te puede detener o llevar a comisaría, sin orden del juez	V

Contenidos Teóricos a Trabajar

- **El tratamiento como ayuda**
 - Tratamiento farmacológico
 - Tratamiento ambulatorio en centros de atención especializados
 - Programas de reducción de riesgos
 - Comunidad terapéutica
 - Centros de noche
 - Centros de día
 - Pisos de acogida y de apoyo al tratamiento
 - Pisos de reinserción
 - Centros de tiempo libre
 - Centros ocupacionales

El tratamiento como ayuda

La idea del tratamiento como ayuda que se ofrece a la persona, se plantea como contraposición a la idea del tratamiento como castigo, que surge de la sanción administrativa que “condena” a tratamiento.

En el marco del tratamiento como ayuda, se hace hincapié en la libertad del individuo para acceder a él, y en los derechos y obligaciones que posee cuando acepta un compromiso asistencial.

Existen distintos tratamientos que se pueden implementar en diferentes recursos (por ejemplo: un tratamiento psicofarmacológico se puede implementar en un CAD, en una Comunidad Terapéutica, en un Centro de Día, etc. siempre que haya un médico que lo prescriba y haga el seguimiento del mismo).

Por su parte, algunos recursos son tan específicos en cuanto al tipo de objetivos que tienen y las actividades que realizan para lograrlos, que muchas veces son considerados tratamientos, aunque siendo precisos deberían ser considerados recursos (por ejemplo: el tipo de tratamiento que se realiza en una Comunidad Terapéutica es muy diferente del tipo de tratamiento que se realiza en un CAD, y los deberes del paciente que se decide por este tipo de tratamiento para con el mismo, también son distintos).

Cuando hablamos del “tratamiento como ayuda”, incluimos ambos conceptos porque están íntimamente relacionados. Es importante que los usuarios de drogas que van a comprometerse con un determinado tipo de tratamiento conozcan sus objetivos, características y los derechos y deberes que asimismo, tienen.

Entre los diferentes tipos de tratamiento que se ofrecen a una persona que abusa o depende de sustancias, están:

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico permite realizar una desintoxicación y el tratamiento de los problemas asociados al consumo de drogas: problemas psíquicos previos o posteriores al consumo, estados de ansiedad, depresión, dificultades para dormir, etc.

Para acceder a él hay que acudir al médico. Es el encargado del control de la medicación y de informarte sobre los efectos de ésta. No hay que dejarse llevar por la información que se recibe de los amigos

Generalmente, se combina con otras intervenciones psicoterapéuticas.

Entre los fármacos más utilizados están la Metadona, la Naltrexona, los ansiolíticos, los antidepresivos, etc. Siempre es el médico el encargado de prescribir y controlar un tratamiento farmacológico.

Tratamiento ambulatorio en centros de atención especializada

Este tratamiento permite mantener el contacto permanente con el exterior, ya que permite volver a casa a dormir y continuar o iniciar actividades diarias de diferente tipo.

El tratamiento se realiza en los Centros de Atención a las Drogodependencias. Las consultas pueden realizarse con médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, etc. en función de las necesidades de cada persona. Las consultas pueden ser diarias, semanales, quincenales, mensuales, etc., con un tiempo medio de duración de 15 a 30 minutos.

Algunos centros especializados disponen de programas de apoyo fuera del propio centro.

Generalmente, en los centros especializados es donde se prescribe el tratamiento farmacológico y se suele coordinar con otros programas de carácter más educativo y psicoterapéutico (centros de día, pisos de reinserción, etc).

Los tipos de actividades que se realizan en los centros especializados son las entrevistas de acogida, las psiquiátricas, las psicoterapias y otras intervenciones médicas, psicológicas y sociales.

Las entrevistas que se realizan tienen una finalidad diagnóstica, de tratamiento, de seguimiento de la evolución del tratamiento, o pueden ser intervenciones en momentos de crisis. Las entrevistas pueden ser individuales, en pareja o en familia y las intervenciones pueden ser individuales, de pareja, de familia o de grupo. En los Centros especializados también se realizan desintoxicaciones, tratamientos psiquiátricos, programas de mantenimientos con sustitutivos (por ejemplo, Metadona), y otros programas de reducción de riesgos asociados al consumo de drogas.

Programas de reducción de riesgos

Como se ha señalado ampliamente en la Sesión Nº 5, estos Programas permiten aumentar el control y la planificación de las conductas asociadas al consumo de drogas y a las conductas sexuales. Así, están especialmente indicados cuando el objetivo es disminuir los riesgos asociados a las conductas de consumo y a las conductas sexuales (VIH/SIDA y Hepatitis, embarazos no deseados), etc.

Existen distintas modalidades de intervención: Programas para abusadores y/o dependientes del alcohol, Programas de Mantenimiento con agonistas opiáceos, Programas de Consumo de Menos Riesgo, Programas de Intercambio de Jeringuillas, Talleres de Consumo de Menos Riesgo Talleres de detección y actuación frente a la sobredosis, Salas de Inyección Higiénica, Programas de Sexo Más Seguro. Cada modalidad de programa está indicada para cubrir distintos objetivos. No siempre son excluyentes entre sí, pudiendo una persona beneficiarse de varios programas.

Evidentemente, estos programas pueden ser implementados en diferentes recursos. Así, no hay contraindicaciones técnicas para que coexistan en un mismo dispositivo, un Programa de Mantenimiento con Metadona, un Programa de Intercambio de Jeringuillas y un Taller de Sexo Más Seguro. Los objetivos de los Programas son distintos y una misma persona puede beneficiarse de varios de ellos. No hay que confundir este tipo de Programas con diferentes programas de tratamiento que tienen el mismo objetivo. La duplicidad de recursos siempre es contraproducente.

En general, en los usuarios de estos programas no existe un deseo claro de dejar el consumo de drogas.

Comunidad Terapéutica

Está diseñada para realizar un programa intensivo, con el objetivo de reorganizar el estilo de vida, aprender un funcionamiento normativo y mejorar las relaciones personales y las habilidades de comunicación en un medio libre de drogas, ya que en estos centros no se permite el consumo de ninguna sustancia que no sea prescrita por un médico. También ayuda a controlar el deseo de consumo, ya que facilita el control externo no proporcionado por la familia, amigos, etc.

Las Comunidades Terapéuticas son recursos en régimen de internado e integradas dentro de una cadena terapéutica más amplia que, generalmente, empieza y termina en los Centros especializados.

Marcan un horario desde primera hora de la mañana hasta la noche, que incluye tanto la terapia psicológica como la realización de actividades ocupacionales, deporte, etc. Generalmente hay reuniones que implican a todos los residentes, en las cuales se habla del funcionamiento general, permitiendo descubrir lo más y menos positivo que cada uno aporta a la convivencia.

No todas las Comunidades están homologadas, esto quiere decir que no todos los programas residenciales son Comunidades Terapéuticas. Existen algunos centros residenciales que suelen estar dirigidos y organizados por ex consumidores. No tienen un programa delimitado y basan su tratamiento en el trabajo físico y la ocupación diaria en diferentes actividades.

Centros de noche

Están diseñados para personas que no tienen apoyo familiar o que carecen de vivienda propia o alquilada. Algunas personas acuden porque han sido expulsadas de su casa o porque no se dispone de recursos económicos suficientes para alquilar una vivienda o pagar una pensión.

Los Centros de noche, como su nombre indica, son locales abiertos durante la noche, lo que no quiere decir que se puede acceder a ellos a cualquier hora.

Están atendidos por profesionales de las drogodependencias, como trabajadores sociales, educadores sociales, enfermeros/as y en algunas ocasiones, médicos, psicólogos, etc.

Los centros de noche ofrecen un lugar para dormir, algo para cenar y desayunar y una atención sanitaria básica (curas, primeros auxilios, etc).

Generalmente son lugares dónde no se permite el consumo, pero sí el acceso a las personas que están consumiendo.

Centros de día

Son centros para personas que buscan un programa que permita la organización tanto de las mañanas como de las tardes mediante actividades educativas y psicoterapéuticas.

Son programas fundamentalmente educativos y ocupacionales. Normalmente los centros de día tienen una programación de mañana y/o de tarde, con un servicio de comedor dentro de sus locales. Combinan actividades formativas y prelaborales como carpintería, bricolaje, manualidades, informática, con terapias individuales, familiares o de grupo, y con programas de prevención de recaídas.

Tienen como objetivo la reestructuración de la persona, a diferentes niveles:

En el ámbito social, se ayuda a la persona a tramitar aquellos papeles o ayudas que le puedan servir para organizar un nuevo estilo de vida.

En el ámbito judicial, se acompaña a la persona durante el proceso que permite legalizar su situación, etc.

Generalmente, los centros de día trabajan en colaboración y en red con los servicios médicos y psicológicos de los Centros especializados, de forma que se realiza una acción integral sobre el consumidor de drogas.

En los centros de media exigencia, se suele pedir el compromiso de no consumo de ninguna sustancia no prescrita por un médico.

En los centros de baja exigencia, se permite el acceso a los mismos aunque se esté bajo los efectos de sustancias psicoactivas, aunque no se permite consumir en ellos.

Pisos de acogida y de apoyo al tratamiento

Acogen a personas dependientes de las drogas que no tienen apoyo familiar. Es aconsejable para personas que tienen un deseo de consumo tan fuerte que no se pueden controlar y que no tienen una organización externa para coordinar y regular los primeros momentos del proceso de recuperación.

Es importante mantener una disposición favorable a la convivencia con otras personas dependientes y a la convivencia en un piso. Tiene que haber unas condiciones de salud mínimas. En ocasiones, es necesario haber realizado previamente una desintoxicación.

Generalmente están coordinados con los servicios de salud, los cuales se responsabilizan del seguimiento médico, psiquiátrico y psicológico. En ocasiones es necesario tener informes de derivación médicos, sociales, judiciales, etc. para poder acceder a los pisos. Por ello, es importante no saltarse ningún paso y acudir primero a los Servicios Sociales de Base y al Centro de Salud de la zona.

En los informes de derivación se pide información general sobre los datos sociodemográficos, la situación personal, familiar, judicial, económica y la situación médica y psicoterapéutica.

Los pisos de acogida tienen como objetivo la reestructuración de la persona, a diferentes niveles:

En el ámbito social, se ayuda a la persona a tramitar aquellos papeles o ayudas que le puedan servir para organizar un nuevo estilo de vida.

En el ámbito médico, los profesionales que trabajan en los pisos de acogida supervisan las consultas médicas, el seguimiento adecuado de los tratamientos, etc.

En el ámbito judicial, se acompaña a la persona durante el proceso que permite legalizar su situación, etc.

En definitiva ofrecen la estructura necesaria para garantizar la estabilidad del inicio del proceso de recuperación. Suelen tener normas concretas y muy delimitadas y en ocasiones, piden firmar un contrato de compromiso antes del ingreso.

El tiempo de estancia dependerá del plan de tratamiento previsto.

Pisos de reinserción

Son importantes cuando se organiza un tratamiento fuera del ámbito y del apoyo familiar, cuando se requiere de una organización externa para planificar el momento de inserción social y laboral, cuando existe un proyecto mínimo de inserción social y laboral con posibilidades de realización en un plazo medio, y cuando se dan en la persona las condiciones mínimas para la convivencia en grupo, tanto mentales como físicas.

Son lugares que permiten la organización del proceso de reinserción social y laboral. Se accede a éstos después de un periodo de abstinencia de sustancias no prescritas por un médico, de un mínimo de seis meses. Durante el periodo de estancia en los pisos de reinserción, la persona se enfrenta sobre todo a la posibilidad de la recaída en el consumo de drogas. La búsqueda de una formación adecuada o de un empleo y la necesidad de conectar con personas no relacionadas con el mundo de la droga, se convierten en dos de los objetivos principales de quienes acuden a los pisos de reinserción. Estos son importantes factores de protección frente a las recaídas.

En ocasiones, hay que comprometerse al pago de una parte de los gastos de los pisos, como forma de responsabilizarse de este proceso. Un educador realiza tutorías de seguimiento en función de unos objetivos previamente establecidos. Los mismos residentes son los responsables de la limpieza, de la comida, de las compras, etc., es decir, de la gestión del piso.

Generalmente se piden controles de orina para garantizar la abstinencia y se exige mantener el contacto con los centros de salud y con los médicos o psicólogos de referencia.

El consumo de drogas y el uso de la violencia física o verbal suelen ser motivos de expulsión. El tiempo de estancia se suele fijar desde el principio, de forma que cada uno sepa cuánto tiempo va a permanecer en el piso y se facilite la organización futura. En algunas ocasiones, se permite el acceso al piso a amistades, parejas, etc.

Centros de tiempo libre

Estos centros están diseñados para personas que necesitan reiniciar relaciones personales y afectivas con personas no relacionadas con el consumo de drogas.

Ofrecen actividades relacionadas con la diversión y el ocio. Programan actividades dentro de sus locales, como actuaciones de teatro, mimo, conexiones a Internet, un lugar de encuentro para jugar a cartas, etc. A su vez, suelen ofrecer salidas y excursiones en grupo, organizadas por el propio Centro o en colaboración con otras Asociaciones. Suelen estar abiertos por las tardes y los fines de semana. Algunos se organizan para personas consumidoras de drogas, pero fundamentalmente van dirigidos a personas que se mantienen estables dentro de un tratamiento, a personas en programas libres de drogas o en Programas de Mantenimiento con Metadona.

Centros ocupacionales

Se recomiendan cuando se busca una actividad para ocupar el tiempo de forma constructiva y educativa, en ocasiones, con la finalidad de adquirir las capacidades laborales básicas que posteriormente, permitan acceder a cursos pre-laborales.

Organizan diferentes actividades relacionadas con las manualidades, con el bricolaje, etc.

Tienen unos horarios determinados y prefijados que deben cumplirse. No obstante se adaptan a las necesidades de las personas que se encuentran realizando un tratamiento para su drogodependencia, siendo flexibles con éstos y permitiendo las salidas que haya que realizar al médico, al psicólogo, al juzgado, al trabajador social, etc. Estos centros generalmente están dirigidos a personas que se permanecen estables en el tratamiento de su drogodependencia y que mantienen una mínima organización personal y psicológica.

- Estrategias para evolucionar en los diferentes momentos de cambio conductual:
 - Momentos de relación con el alcohol y otras drogas
 - Estrategias del cambio conductual
 - Balance decisonal
 - Situaciones de riesgo ante el propósito de cambio
- La motivación interna y personal hacia el cambio frente a la motivación externa y por coacción hacia el tratamiento
- La jurisprudencia española frente al consumo de drogas y la tenencia y tráfico de las mismas

Σ

En este apartado se van a explicar las estrategias para evolucionar hacia el cambio conductual, desde el consumo abusivo de alcohol y otras drogas hasta el mantenimiento de la abstinencia, así como la definición de motivación; relacionando estos conceptos con lo que dice la jurisprudencia española frente al consumo de drogas y la tenencia y tráfico de las mismas.

Estrategias para evolucionar en los distintos momentos de cambio conductual

Momentos de relación con el alcohol y otras drogas

Numerosos estudios sobre el proceso de relación con la drogas, hablan de diferentes momentos, estadios o fases por las que pasarían las personas, desde un consumo abusivo hasta que se plantean y mantienen la abstinencia frente al alcohol y otras drogas. La labor, tanto de los sanitarios como de los agentes de prevención, consiste en facilitar a la persona el paso por estas fases, de forma que se aumente el control sobre la sustancia y se tome conciencia sobre la relación que se establece con la misma y los riesgos que ello comporta.

La teoría más extendida, en relación a los momentos de cambio en drogodependencias, es aquella que distingue entre una fase precontemplativa ("no he pensado nunca en dejar el alcohol u otras drogas"), una fase contemplativa ("pienso que algún día dejaré el alcohol u otras drogas"), una fase de preparación ("voy a intentar dejar el alcohol u otras drogas"), una fase de acción (estoy dejando el alcohol u otras drogas") y una fase de mantenimiento de la abstinencia ("mantengo la abstinencia frente al consumo de alcohol u otras drogas")¹.

¹ Durante un tiempo se suprimió la fase de preparación, que se había incluido inicialmente en el modelo. Sin embargo, los análisis estadísticos aportaban como dato confirmatorio la existencia de un estadio de preparación. En este módulo, se distinguen ambas fases teóricamente pero se refuerzan los aspectos comunes a ambas y en ocasiones, se explican juntas.

Esta teoría del cambio ha sido muy importante para explicar la relación de los consumidores de alcohol y otras drogas con éstas en general y con los servicios de tratamiento, en particular. Los drogodependientes se caracterizan por las continuas alternancias de periodos de consumo y abstinencia en sus historias de consumo, resaltando el hecho de que la mayoría de los individuos no progresan linealmente a través de los estadios del cambio (ver Figura 1).

En el estadio PRECONTEMPLATIVO, las personas, que cumplen los criterios diagnósticos de dependencia de sustancias, no piensan seriamente en dejar las drogas, ya que no son conscientes de que la conducta adictiva y el estilo de vida asociado sean un problema, a pesar de que haya datos objetivos que así lo indiquen. No pueden ver el problema, por lo tanto difícilmente pueden reconocer la necesidad de un tratamiento o de buscar alternativas a su consumo. Generalmente, tienen poca información acerca de su adicción o muestran una resistencia activa a ser informados. Otros, sin embargo, mantienen un consumo de manera ideológica, resaltando sus favores y minimizando sus consecuencias secundarias.

En la mayoría de las ocasiones, si introducen pequeños cambios, estos responden a coacciones externas, pero una vez que las circunstancias coercitivas desaparecen, se vuelve al comportamiento anterior. En definitiva, no hay una intención decidida de cambiar la conducta.

Durante el estadio CONTEMPLATIVO, las personas han empezado a pensar en el cambio pero sin un compromiso firme y con dificultades para pasar de los deseos a la acción. Se toma conciencia de qué el consumo de drogas es un problema y se empieza a cuestionar la necesidad de cambiar. Se esfuerzan en comprender la adicción, sus causas, sus consecuencias y su posible tratamiento, manifestando una necesidad de hablar de ello.

Preguntan por los tipos de tratamiento que existen, por los resultados de los mismos, por las condiciones de acceso, etc. Establecen los pros y los contra, las ventajas y las desventajas que supone el mantenimiento de la conducta adictiva y lo que supondría cambiarla. Se sostiene que una persona puede estar en este estadio si considera cambiar su conducta en los próximos meses.

El estadio de PREPARACIÓN es un estadio en el que las personas se encuentran preparadas para realizar pequeñas acciones dirigidas al cambio. Se combinan criterios intencionales y conductuales, es decir, se expresa el deseo de cambio a la vez que se experimenta con él. Por un lado, se toma la decisión de modificar la conducta adictiva de manera inmediata en un periodo de tiempo cercano, y por otro, se realizan pequeños cambios conductuales, aunque no cumplan los criterios de abstinencia total.

Las resoluciones para abandonar las conductas adictivas pueden clasificarse en tres categorías principales. La primera sería la detención del uso sin haber tomado una resolución firme (se abandona el consumo pero no hay compromiso de mantenimiento). La segunda sería la resolución de cambio desarrollada racionalmente que se define explícitamente y se efectúa de forma activa (se justifica razonadamente y se actúa) La tercera sería la decisión de abandono de la conducta surgida de una crisis u otro acontecimiento drástico (las circunstancias fuerzan a un cambio porque exigen una nueva organización).

Durante el estadio de ACCIÓN, se produce abiertamente la modificación de la conducta. Se producen cambios tanto sobre la conducta como sobre las condiciones que la mantienen o el estilo de vida que la rodea. Estos cambios se pueden producir con o sin ayuda de un terapeuta. Implica cambios manifiestos, visibles, estables y objetivos, lo cual requiere que la persona dedique un tiempo y bastante energía para conseguirlos. Durante esta fase los esfuerzos son observables y significativos, y la modificación de la conducta se realiza de acuerdo con un criterio previamente establecido, con una intencionalidad.

Muchas veces se confunde esta fase con el verdadero cambio, pero esta confusión omitiría y restaría importancia a todos los pasos previos para el cambio y a todos los esfuerzos para mantenerlos. Una confusión de este estilo puede dar lugar a considerar el cambio adquirido cuando todavía se requiere mucho esfuerzo para poderlo considerar como consolidado.

Durante el estadio de MANTENIMIENTO, las personas se esfuerzan por consolidar los cambios conseguidos en la etapa anterior y tienen muy en cuenta las posibles recaídas o retrocesos a la conducta primitiva. Las recaídas ocurren cuando fallan las estrategias de estabilización y mantenimiento de la abstinencia, y cuando no hay respuestas de afrontamiento adecuadas ante las situaciones que la ponen en cuestión. También es importante tener en cuenta las dificultades que pueda originar el cambio, ya que algunos individuos adoptan posiciones rígidas y estereotipadas que no permiten ni la modificación ni el cuestionamiento, produciendo un cambio inestable y frágil. La marca distintiva de este estadio es la estabilización del cambio de conducta sin recaídas durante más de seis meses.

Es importante considerar la posibilidad de una recaída desde el principio y saber que las personas que las sufren pueden regresar a una fase anterior de su momento de cambio. Algunos autores señalan que aproximadamente el 15% de las personas que recaen vuelven a la etapa de precontemplación; el resto retrocede a la fase de contemplación y de preparación. Los primeros experimentan sentimientos de culpa, vergüenza y pérdida de autoestima, se desmoralizan con facilidad y evitan pensar en el cambio de conducta. La mayoría, sin embargo, vuelven a avanzar, aprendiendo de sus errores y tomando nuevamente el camino de la acción.

Existe la duda sobre la existencia de una fase de finalización o si una persona, por el contrario, permanece de por vida en la fase de mantenimiento. Es difícil responder a esta cuestión, sobre todo si hay que extrapolar los datos recogidos con una sustancia a otra. Algunos de los criterios de definición de esta fase final serían el deseo nulo de volver a consumir y la confianza o seguridad (autoeficacia) de no volver a consumir la sustancia, en un 100%.

FIGURA N° 1



Estrategias del cambio conductual

Las personas responderán de manera diferente a diversas intervenciones terapéuticas en función del estadio del cambio en el que se encuentren. Utilizar la misma estrategia para todos puede resultar una postura ingenua y supone un despilfarro de recursos. Los mismos programas o intervenciones educativas, sanitarias y psicoterapéuticas que pueden ser eficaces para personas que se encuentren en la fase de acción pueden demostrarse inútiles o poco eficaces para los que todavía se hallen en las fases precontemplativa o contemplativa.

Los PRECONTEMPLADORES asimilan menos información sobre sus problemas y dedican menos tiempo y energía al análisis y a la valoración de sí mismos y experimentan menos reacciones emocionales ante los aspectos negativos de los problemas que los afectan. Son los que muestran más resistencia a la intervención psicoterapéutica y a los mensajes de los profesionales de la salud. La intervención que se propone para este grupo es la de aumentar la toma de conciencia de la persona sobre su problemática de adicción.

Según sean los diferentes tipos de adictos, desde las distintas teorías de intervención psicoterapéutica se proponen distintas intervenciones:

- a) Para los “reacios” que no quieren considerar su problema, se recomienda devolver un feedback objetivo dentro de una relación terapéutica empática.
- b) Para los “rebeldes” con un estilo de vida asociado a la dependencia muy arraigado y con dificultades para aceptar indicaciones externas, se pueden presentar diferentes opciones de manera que se de posibilidad de elección o se pueden realizar intervenciones paradójicas.
- c) Para los “resignados” que evidencian falta de energía ante repetidas experiencias de fracaso en el intento de cambiar, se propone analizar detenidamente las barreras en el planteamiento del cambio y motivar para aumentar la autoeficacia.
- d) Para los “racionalizadores”, que encuentran razones para continuar consumiendo, se plantea utilizar la estrategia de la escucha activa, evitando confrontaciones que refuercen su posición.

Las personas en la fase CONTEMPLATIVA empiezan a mostrarse receptivas a estrategias que favorecen la toma de conciencia, a las observaciones de los demás, a las confrontaciones y a las interpretaciones que se realicen sobre su conducta. Esta etapa se caracteriza porque la persona se mueve dentro de la ambivalencia, mostrando pensamientos, sentimientos y conductas contradictorias. La ambivalencia puede resolverse mediante la firma de un contrato pactado por ambas partes, con un compromiso común. El objetivo último de la intervención dentro de esta fase es el conseguir la determinación de iniciar cambios concretos y reales, incluso un programa de intervención terapéutica. Va a ser importante la conducta de autorregulación que se realice y que permita a la persona situarse entre la abstinencia y el consumo de alcohol y otras drogas.

La intervención se debe dirigir a facilitar información objetiva sobre las consecuencias de la adicción y del consumo de alcohol y otras drogas en su vida. Es importante que esta información se pueda relacionar con cuestiones y situaciones personales, ya que contribuirá tanto al aumento de la expectativa de eficacia como al aumento de la expectativa de resultado, variables que definen la motivación.

Los principios que hay que tener en cuenta son aquellos en los que se basa la entrevista motivacional: a) escucha empática y reflexiva; b) manifestar conflictos entre la conducta y los deseos de una nueva forma de vida; c) evitar confrontaciones; d) generar alternativas de cambio personalizadas; e) reforzar los sentimientos de autoeficacia y cualquier cambio relacionado con el objetivo que se propone conseguir.

La metodología a aplicar para conseguir estos objetivos, se basa en: a) realizar preguntas abiertas; b) mantener una escucha reflexiva; c) realizar afirmaciones y dar pautas para la reflexión y de comportamiento; d) resumir las sesiones de manera concreta y reconocible, para afianzar el aprendizaje de los contenidos; e) reforzar afirmaciones de automotivación dirigidas al cambio conductual, hacia la abstinencia y el cambio estable en el estilo de vida que la define.

Las personas que se encuentran en la fase de PREPARACIÓN incrementan las valoraciones y cogniciones relacionadas con el cambio conductual. Se empiezan a ver en ellas conductas objetivas dirigidas al control de la conducta, a través del empleo de técnicas de contracondicionamiento y control de estímulos, es decir, a través de la evitación de situaciones que ponen en riesgo la abstinencia y de la incorporación de nuevas situaciones que refuercen el cambio. El control de estímulos va a permitir empezar a reducir y controlar, de forma limitada, la práctica de los comportamientos de riesgo asociados al consumo de drogas. Esta fase implica compromiso con el cambio, pero éste no es automático y exige esfuerzo y dedicación.

Las señales que preparación para el cambio son las siguientes:

- a) Disminución de la resistencia al cambio y a las intervenciones terapéuticas;
- b) Menor número de preguntas sobre la conducta problema, objeto de cambio;
- c) Resolución de la ambivalencia, de la contradicción entre dejar el consumo y mantener la abstinencia, gracias a la cual la persona se encuentra más relajada y tranquila porque ya ha tomado una resolución de cambio;
- d) Afirmaciones de automotivación hacia el cambio;
- e) Aumento del número de preguntas sobre el cambio;
- f) Visualización realista y positiva sobre su futuro;
- g) Experimentación de ciertas acciones dirigidas al cambio conductual.

El Balance Decisional

Esta técnica consiste en considerar los pros y los contras de la conducta objeto de cambio; si se trabaja en drogodependencia, se trataría de la conducta adictiva.

A través de esta técnica, se analizan los componentes motivacionales y cognitivos, implicados en todo proceso de toma de decisiones relacionado con un posible cambio conductual.

El Balance Decisional reconoce el juicio que una persona emite respecto a su propia capacidad de realizar una determinada conducta necesaria para alcanzar unos resultados determinados. Hace referencia a la percepción del individuo sobre su capacidad de afrontar una situación prospectiva difícil de manejar.

Es una manera de poder analizar las distorsiones cognitivas que se presentan ante la decisión de cambio y el objetivo de tratamiento. Las distorsiones que frecuentemente aparecen son el pensamiento de indefensión y desesperanza para afrontar el cambio y los pensamientos dicotómicos ("nunca voy a poder dejar de consumir", "siempre voy a ser un adicto", "Todo me sale mal", "Nada me sale bien").

A la hora de hacer un Balance Decisional, las personas en la fase PRECONTEMPLATIVA van encontrar más ventajas en el consumo y desventajas en el no consumo, que desventajas en el consumo y ventajas en el no consumo.

Las personas en la fase CONTEMPLATIVA van a encontrar más ventajas en el consumo y ventajas en el no consumo, que desventajas en el consumo y desventajas en el no consumo.

Las personas en la fase de PREPARACIÓN Y ACCIÓN van a encontrar más ventajas en el no consumo y desventajas en el no consumo, que en las otras situaciones.

En las fases de preparación y acción, se utiliza la técnica del Balance Decisional, para analizar y situar los intentos de cambio anteriores y las recaídas, de manera que las experiencias pasadas se interpreten como fases dentro del proceso de cambio global.

Las personas en la fase de MANTENIMIENTO van a encontrar más ventajas en el no consumo y desventajas en el consumo.

Situaciones de riesgo ante el propósito de cambio

El aprendizaje de estrategias de afrontamiento y las decisiones en relación con el cambio, influyen para superar la situación concreta y para modificar las actitudes de la persona respecto al consumo de alcohol u otras drogas. Al afrontar correctamente las situaciones de alto riesgo, la persona consumidora de alcohol u otras drogas desarrolla y potencia un repertorio de recursos que puede utilizar en ocasiones futuras.

La motivación interna y personal hacia el cambio frente a la motivación externa y por coacción hacia el tratamiento

La motivación que tiene la persona para el cambio conductual se corresponde con la relación que mantiene con el consumo de drogas y con el estadio o fase de cambio conductual en que se encuentra. Trabajar las variables que están en la base de la motivación, va a permitir ayudar a la persona a moverse dentro del continuo que va desde un consumo abusivo a un control cada vez mayor de la conducta de consumo.

El estudio de la motivación para el cambio en las adicciones permite distinguir entre la motivación por privación o falta de disponibilidad; la motivación por coacción externa y la motivación por incentivos.

La motivación por privación o falta de disponibilidad es la que lleva a las personas a tratamiento o al planteamiento de cambio, por falta de acceso a la sustancia, por falta de medios para conseguirla, etc.

La motivación por coacción externa es aquella que obliga a la persona a tomar una decisión que por sí misma no hubiera tomado. Las coacciones externas pueden ser las presiones judiciales, las sanciones administrativas, la amenaza de la familia de ser expulsado de casa, de recibir alguna sanción, la amenaza de ser expulsado del trabajo, etc.

La motivación por incentivos es aquella que está basada en el incentivo que supone valorar las ventajas de la abstinencia y en la satisfacción que produce la misma.

Otros autores distinguen entre la motivación para el cambio y la motivación para el tratamiento. La primera haría referencia a la necesidad personal de introducir cambios en el estilo de vida que consoliden el control sobre el consumo de drogas y permitan el mantenimiento de la abstinencia. La segunda hace referencia a la necesidad de hacer un tratamiento, como manera de resolver la confrontación o la tensión existente entre la persona, el entorno familiar, social, laboral, judicial, etc., y el consumo.

La motivación para el cambio está determinada por la autoeficacia y la expectativa de resultado.

La autoeficacia se refiere a la percepción de control que tiene la persona sobre una conducta concreta. La autoeficacia deriva de la actuación previa del sujeto: si ésta es positiva, la autoconfianza es alta; si es negativa, la autoconfianza disminuye.

La autoeficacia tiene que ser adecuada a la realidad. Una alta autoeficacia cuando todavía no se ejerce control sobre la conducta implica:

- a) que se está subestimando la dificultad de la tarea;
- b) una ilusión de control;
- c) una negación del problema o una menor disposición a invertir todo el esfuerzo y la energía necesaria para solucionar el problema.

Los procedimientos para aumentar la autoeficacia son:

- a) la experiencia vicaria o el aprendizaje por observación;
- b) la persuasión verbal o inducir en el sujeto la creencia de que posee la capacidad suficiente para realizar aquello que desea;
- c) la mejora del estado fisiológico, en la medida en que el individuo basa parte de la información que maneja sobre su autoeficacia en su estado fisiológico;
- d) la propia experiencia, desde el momento en que los éxitos obtenidos aumentan la percepción de eficacia personal.

Las estrategias para aumentar la autoeficacia son:

- a) identificar situaciones de alto riesgo: concretar y objetivar el problema; es decir, cuando aparece el deseo de consumo, analizar en que circunstancias lo hace;
- b) adquirir respuestas alternativas al consumo de drogas y afrontar las tensiones y deseos personales sin éstas;
- c) la interpretación cognitiva adecuada de los resultados del tratamiento y las capacidades de la persona;
- d) elaborar un perfil individual que refleje el nivel de autoconfianza a través de las diferentes situaciones de riesgo;
- e) establecer una jerarquía de situaciones en función de su nivel de dificultad, comenzando con situaciones que entrañen menos riesgo y terminando con las situaciones más conflictivas;
- f) planificar tareas o actividades;
- g) realizar repetidas evaluaciones a lo largo del tratamiento.

La autoeficacia va a influir sobre el esfuerzo dedicado, los pensamientos, las reacciones emocionales, las elecciones realizadas y la conducta ejecutada.

Sin embargo, el consumidor de alcohol u otras drogas cree en su capacidad para afrontar situaciones de alto riesgo, aunque esto no quiere decir que quiera ni sepa hacerlo. Para que quiera resistir y superar las tentaciones, es preciso que desee abandonar definitivamente las drogas. Tiene que anticipar más consecuencias positivas que negativas del hecho de estar abstinentes. La visión de un futuro poco atractivo disuade en muchas ocasiones de afrontar adecuadamente el problema e incita y favorece la vuelta al consumo.

A su vez, para que el trabajo con la teoría de la autoeficacia sea válido, es necesario un funcionamiento neurofisiológico adecuado. Para que la creencia en sus propias capacidades sea realista, la persona tiene que disponer objetivamente de sus capacidades: voluntad, reflexión, control. El nerviosismo y la agitación harán que el deseo de droga se sitúe a un nivel más fisiológico que cognitivo.

La expectativa de resultado se refiere a la percepción que tiene una persona sobre los efectos de su conducta. Así, si tiene unas expectativas negativas de resultado, existe una probabilidad mayor de no ejercer control sobre la conducta de consumo, ya que no se espera tener éxito; la consecuencia puede ser que se elijan alternativas de afrontamiento menos eficaces.

Estas expectativas están influidas por creencias sociales y culturales, por la autoestima del individuo, por factores ambientales y por el condicionamiento del deseo.

La jurisprudencia española frente al consumo de drogas y la tenencia y tráfico de las mismas

El actual modelo prohibicionista, imperante a nivel internacional, viene configurado por la Convención de Viena de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas de 20 de diciembre de 1988. La idea que subyace a toda esta legislación es la convicción de que la única forma de luchar contra las drogas ilegales es la represión penal.

En esta Convención se propone criminalizar todos los comportamientos relacionados con el tráfico y consumo de drogas, incluidos la posesión, la adquisición o el cultivo para el consumo personal. España, como Estado Parte de la Convención, ha acogido plenamente estas directrices.

La regulación del tráfico de drogas que ofrece el Código Penal de 1995 procede de la reforma realizada sobre el Código penal anterior y está en total sintonía con la Convención. Así, por ejemplo, en el artículo 368 castiga a:

“los que ejecuten actos de cultivo, elaboración o tráfico o, de cualquier otro modo, promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de sustancias tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, o las posean con estos fines”.

Así, cualquier conducta que tienda a acercar la droga a eventuales consumidores, encaja en el artículo 368, sin diferenciar entre actividades mercantiles o no.

También se castiga la posesión de droga “con aquellos fines”. Con esta expresión se hace referencia a que es punible la posesión que tenga como fin el cultivo, la elaboración, el tráfico o el favorecer, facilitar o promocionar el consumo ilegal.

Sin embargo, la legislación española es más moderada dentro de la opción represiva, en dos aspectos en los que se separa de la propuesta de las Naciones Unidas. Por un lado, mantiene la distinción entre drogas susceptibles de causar grave daño a la salud (heroína, cocaína, LSD, anfetaminas) y las que no (marihuana, hachís); y, por otro lado, no da el paso demandado por la Convención de castigar las conductas orientadas al consumo personal.

Así, sólo se considera delictiva y susceptible de castigo penal a la posesión de droga con finalidad de tráfico.

Sin embargo, aunque el consumo personal no se castiga penalmente, sí se sanciona administrativamente. La Ley Orgánica de Protección de Seguridad Ciudadana de 21 de febrero de 1992 ha puesto fin a la ausencia de toda previsión sancionadora de la tenencia y el consumo de drogas, al considerar infracciones graves contra la seguridad ciudadana, las siguientes conductas:

- a) el consumo de drogas en lugares públicos, vías, establecimientos o transportes públicos (art. 25.1).
- b) la tenencia ilícita de esas sustancias aunque no estuvieran destinadas al tráfico (art. 25.1).
- c) la tolerancia del consumo ilegal o el tráfico de las drogas en lugares o establecimientos públicos o la falta de diligencia en orden a impedirlos por parte de los propietarios, administradores o encargados de los mismos (art.23.i).

Estas conductas están sancionadas con multas pueden llegar hasta los cinco millones de pesetas; la retirada de armas y de las licencias o permisos correspondientes; la suspensión del permiso de conducir vehículos de motor hasta tres meses; y la correspondiente incautación de los instrumentos y efectos para manipular las drogas, y las drogas mismas. Esta sanción se podría suspender si la persona se somete a un tratamiento de deshabituación.

La jurisprudencia española ha elaborado un sistema de indicios a partir de los cuáles afirma que la posesión es o no para consumo personal. Los criterios básicos utilizados son los siguientes:

- a) La cantidad de sustancia aprehendida. El criterio es flexible, haciéndose depender de otros factores como la clase de droga, su pureza, el grado de adicción del sujeto, etc.

Para diferenciar la tenencia para consumo propio de la posesión punible, la jurisprudencia habla de 50 gramos de hachís o lo necesario para el consumo de entre 3 y 5 días a razón de unos 8 gramos por día, 5 gramos de heroína, 7,5 gramos de cocaína, 30 gramos de anfetaminas, 117 dosis de LSD, sin existir siquiera unanimidad relativa.

- b) Acreditación del carácter de adicto o, al menos, de consumidor. La jurisprudencia exige para que la droga pueda ser considerada para el consumo personal que el poseedor sea adicto, por lo menos consumidor habitual, rara vez alude al consumidor ocasional.
- c) Tenencia de dinero en cuantía superior a sus ingresos.
- d) La tenencia de utensilios o materiales para el elaboración o el tráfico, como balanzas de precisión, bolsitas, sustancias para cortar la droga, etc.
- e) La variedad de sustancias poseídas determina también el ánimo de tráfico.

Asimismo, el Código Penal español establece dos niveles de agravación acumulativos: el artículo 369 establece el primer nivel de agravación y el artículo 370 las agravaciones de segundo nivel. Llamen la atención dos agravaciones que afectan a la seguridad jurídica:

- a) cuando la cantidad de droga sea de notoria importancia. El Tribunal Supremo la determina a partir de las 500: heroína 300 gramos, cocaína 750 gramos, marihuana 10 kilos, hachís 2,5 kilos.
- b) la extrema gravedad de la conducta que alude a cantidades o calidades de la droga o al uso de elementos que evidencia una especial destreza en su manipulación y manejo.

El artículo 368 castiga con una pena de prisión de 3 a 9 años y multa de tres veces el valor de la droga incautada si se tratase de sustancias que causan grave daño a la salud; y prisión de 1 a 3 años y multa de dos veces el valor de la droga, en los demás casos. En caso de que concurra una de las circunstancias previstas en el artículo 369 la pena a imponer será la superior en grado, lo que supone en el caso de las drogas que causan grave daño a la salud, una pena de 9 años a 13 años y seis meses y multa de cuatro veces el valor de la droga incautada. Si concudiesen las agravantes del art. 370, se impondrá la pena superior en grado a la anterior, es decir, una pena de entre 13 años y seis meses hasta 20 años y tres meses, y una multa de seis veces el valor de la droga incautada.

En definitiva, si bien la posesión y el consumo de drogas para uso personal y lúdico no está autorizada, no hay un régimen sancionador que lo regule. Únicamente está penalizado el tráfico de drogas, y el consumo y posesión de drogas está sancionado administrativamente, cuando se realiza en lugares públicos. El concepto de público hace referencia a cualquier espacio que sea de uso público, como bares, autobuses, discotecas, trenes, etc.

Así, únicamente la tenencia ilícita en lugares públicos es la que, en último término, queda sancionada. La posesión de drogas en lugares privados no tiene establecido régimen sancionador y se consideran actos personales.

Es importante señalar que existe una legislación especial, penal y administrativa, que castiga el consumo y tenencia de drogas, siempre que éste ponga en riesgo la disciplina inherente a determinados contextos, por ejemplo, militares, prisiones, etc. Un caso en el que la tenencia de drogas es castigada penalmente, es el de los militares.

También es objeto de castigo penal el consumo cuando se está realizando un servicio o actividad que se ve obstaculizada. Así, se castiga penalmente el consumo que realicen conductores de aviones, controladores de tráfico aéreo, militares, etc.

A su vez, la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial, prevé como infracción muy grave conducir bajo los efectos de las drogas, ya que por un lado, el tráfico es una actividad que entraña riesgo de pérdidas de vidas humanas y por otro, el estar bajo el efecto de las drogas supone una disminución de la atención y de los reflejos necesarios para dicha actividad.

El conducir vehículos a motor o ciclomotores bajo el efecto de las drogas, tiene una pena de arresto de ocho a doce fines de semana o multa de tres a ocho meses y, en cualquier caso, la privación del derecho a conducir por un tiempo superior a uno y hasta cuatro años.

Evaluación

Post-test/Evaluación

Este cuestionario de autoevaluación para las personas que han acudido al Módulo (para posibilitar la realización de una evaluación de resultados) consta de diez preguntas con posibilidad de respuesta "Verdadero" o "Falso", que versan sobre los temas trabajados en éste. Hacer una evaluación de este tipo, es una opción que tienen los conductores y que les servirá para ir recogiendo datos sobre los grupos realizados y sobre el aprendizaje de los asistentes (para lo cual van a necesitar pasar el mismo cuestionario antes de comenzar a trabajar en el Módulo, el día de la primera sesión y el último día al finalizar el módulo), o simplemente para demostrarles a las personas que pueden responder a cuestiones que antes no sabían. Entonces puede elegir entre pasarles las diez preguntas, o escoger las primeras 3 a 5, en función de la capacidad mostrada por el grupo durante las distintas sesiones y contestarlas conjuntamente el día de la última sesión.

Es importante que esta auto-evaluación sirva de refuerzo, nunca de castigo, por lo que si el conductor opina que las personas no tienen el nivel intelectual necesario para responder al cuestionario, es mejor que no la utilice y realice simplemente una evaluación, menos sistemática o exhaustiva.

Asimismo, se incluye una pequeña escala de satisfacción con el Módulo realizado (para posibilitar la realización de una evaluación de implementación), que puede ser contestada por todas las personas, ya que es el "control de calidad" del Módulo. Al conductor le va a ayudar a modificar aquellas cosas que puedan no ser acertadas y que son susceptibles de mejora, y a las personas les servirá para reflexionar sobre lo vivido y para dar su opinión sobre ello.

a) Cuestionario sobre "Conocimientos adquiridos"
para la evaluación de resultados del Módulo II

- 1) Las drogas producen sus efectos en el cerebro al que llegan a través de la sangre V F
- 2) Las drogas llegan a todos los órganos del cuerpo, pero no producen daños V F
- 3) Todas las vías de administración de las diferentes drogas producen los mismos problemas y daños en la salud V F
- 4) Cuanta más dosis me meta, mejores y más potentes serán los efectos que note V F
- 5) Los efectos de la cocaína y de las anfetaminas son parecidos, producen aumento de energía y sus riesgos son los infartos y los derrames cerebrales V F
- 6) El mayor peligro de las sustancias depresoras (alcohol, heroína, metadona, codeína) es el paro respiratorio V F
- 7) El consumo de diferentes sustancias del mismo tipo a la vez (depresoras, estimulantes o alucinógenas) hace que se sumen sus efectos, favoreciendo la aparición de una sobredosis V F
- 8) Los riesgos que se asumen tomando drogas son todos iguales y no se pueden evitar V F
- 9) Las llamadas "drogas de diseño" también suponen peligros para la salud, incluso, muchas veces, a corto plazo V F
- 10) Cualquier conducta que disminuya los riesgos que asumo cuando consumo drogas, es una conducta que debo potenciar V F

Corrección del Cuestionario de "Conocimientos adquiridos" para la evaluación de resultados del Módulo II

- 1) Las drogas producen sus efectos en el cerebro al que llegan a través de la sangreV
- 2) Las drogas llegan a todos los órganos del cuerpo, pero no producen dañosF
- 3) Todas las vías de administración de las diferentes drogas producen los mismos problemas y daños en la saludF
- 4) Cuanta más dosis me meta, mejores y más potentes serán los efectos que noteF
- 5) Los efectos de la cocaína y de las anfetaminas son parecidos, producen aumento de energía y sus riesgos son los infartos y los derrames cerebralesV
- 6) El mayor peligro de las sustancias depresoras (alcohol, heroína, metadona, codeína) es el paro respiratorioV
- 7) El consumo de diferentes sustancias del mismo tipo a la vez (depresoras, estimulantes o alucinógenas) hace que se sumen sus efectos, favoreciendo la aparición de una sobredosisV
- 8) Los riesgos que se asumen tomando drogas son todos iguales y no se pueden evitarF
- 9) Las llamadas "drogas de diseño" también suponen peligros para la salud, incluso, muchas veces, a corto plazo.....V
- 10) Cualquier conducta que disminuya los riesgos que asumo cuando consumo drogas, es una conducta que debo potenciarV

b) Cuestionario para la evaluación de implementación del Módulo II

Responde a las siguientes cuestiones, según tu opinión:

	NADA	UN POCO	MUCHO
Valora si ha sido éste tu momento personal idóneo para hacer este Módulo			
Valora el interés que han tenido para ti los temas tratados			
Valora la adecuación del local para este tipo de actividad			
Valora si las personas que han dirigido este Módulo han demostrado un claro conocimiento de los temas tratados			
Valora si el modo utilizado para explicar los temas te ha parecido adecuado			
Valora si las personas que han dirigido el Módulo han sido accesibles para el grupo			
Valora si te has sentido integrado/a con el resto de las personas que han formado el grupo			
Valora en qué medida el Módulo te sirve para realizar cambios hacia conductas de salud			
Valora tu nivel de satisfacción general con el Módulo			
Valora en qué medida consideras interesante que se realicen habitualmente este tipo de Módulos en los centros de atención a las drogodependencias			

Anexos

Fichas

1. Ficha N° 1: Instrucciones de la Escala para detectar Uso, Abuso y/o Dependencia de las distintas drogas
2. Ficha N° 2: Escala para detectar Uso, Abuso y/o Dependencia de las distintas drogas
3. Ficha N° 3: Corrección de la Escala para detectar Uso, Abuso y/o Dependencia de las distintas drogas
4. Ficha N° 4: Momento de relación con el consumo de alcohol y otras drogas
5. Ficha N° 5: ¿Cuál es mi situación personal con respecto al consumo de drogas?
6. Ficha N° 6: El tratamiento como ayuda
7. Ficha N° 7: Ventajas y desventajas de la conducta problema u objeto de sanción en el momento actual
8. Ficha N° 8: Ventajas y desventajas de la conducta problema u objeto de sanción dentro de 1 año
9. Ficha N° 9: Ventajas y desventajas de la conducta problema u objeto de sanción dentro de tres años
10. Ficha N° 10: Balance de Decisiones en el momento actual (I)
11. Ficha N° 11: Balance de Decisiones en el momento actual (II)
12. Ficha N° 12: ¿Cuáles son las situaciones que ponen en riesgo mi propósito de cambio?
13. Ficha N° 13: Principales motivaciones para dejar el consumo de alcohol y otras drogas (I)
14. Ficha N° 14: Principales motivaciones para dejar el consumo de alcohol y otras drogas (II)
15. Ficha N° 15: Test de conocimientos: ¿Qué dice la ley?

Figuras

1. Figura N° 1: Gráfico de Estadios de Cambio de Prochaska y DiClemente.

Bibliografía

- Fischman, M.W. y Johanson, C.E. (1996). Cocaine. En C.R. Schuster y M.J. Kuhar (Eds.), *Pharmacological aspects of drug dependence: Toward an integrated neurobehavioral approach* (pp. 159-196). Berlon: Springer.
- Julien, R.M. (1996). *A primer of drug action* (7ª ed.). New York: W.H. Freeman y Co.
- Kaplan, H. y Sadock, B. (1993). *Manual de Farmacoterapia en Psiquiatría*. Buenos Aires: Waberly Hispánica S.A.
- Little, K. Y., Patel, U.N., Clark, T.B. y Butts, J.D. (1996). Alteration of brain dopamine and serotonin levels in cocaine users: A preliminary report. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1216-1218.
- Maisto, S.A., Galoizio M. y Connors G.J. (1999). *Drug use and Abuse*. New York: Harcourt College Publishers.
- *Manual de Orientación Legal para Profesionales que Intervienen en Drogodependencias* (2003). Madrid: Asociación Carpe Diem.
- Schuckit, M.A. (1995). *Drug and alcohol abuse: A clinical guide to diagnosis and treatment*. New York: Plenum.
- The Lancet. (1993). Controlling the weed in public (Editorial). *The Lancet*, 341, 525-526.
- Williams, N. (1996). How the ancient Egyptians brewed beer. *Science*, 273, 432.

Transparencias

1. Transparencia N° 1. Test para detectar uso, abuso y/o dependencia de distintas sustancias.
2. Transparencia N° 2. Correcciones del test para detectar uso, abuso y/o dependencia de distintas sustancias.
3. Transparencia N° 3. Neurona.
4. Transparencia N° 4. Sinapsis.
5. Transparencia N° 5. Farmacocinética y farmacodinamia de las sustancias.
6. Transparencia N° 6. Curva Típica Dosis-Efecto.
7. Transparencia N° 7. Riesgos y Daños asociados al consumo de drogas.
8. Transparencia N° 8. Alternativas a los Riesgos y Daños asociados al consumo de drogas.
9. Transparencia N° 9. Corrección de la escala para el momento de relación con el consumo de alcohol y otras drogas (3 transparencias)
10. Transparencia N° 10. El tratamiento como ayuda. Características de los distintos tipos de tratamiento (6 transparencias)
11. Transparencia N° 11. Balance de Decisiones en el momento actual (I). Interpretación de las puntuaciones
12. Transparencia N° 12. Corrección de la escala para distinguir la motivación externa de la motivación interna
13. Transparencia N° 13. Corrección del test de conocimientos ¿Qué dice la ley?

