

## TEMA 14.- DROGODEPENDENCIAS.

### 1.- INTRODUCCIÓN.

☞ El término genérico de trastornos por uso de sustancias psicoactivas se aplica a:

“todas aquellas sustancias que introducidas en el organismo afectan o alteran el estado de ánimo y la conducta, acarrean trastornos incapacitantes para el consumidor en la esfera personal, laboral, social, física y familiar, y padece síntomas y estados característicos como intoxicación, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia”.

Esta definición es equivalente a las de:

- Droga: “toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste
- Droga de abuso “cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración, que altera el humor, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral”.

☞ En nuestro mundo actual el fenómeno de las drogodependencias, término genérico utilizado para referirnos a todas aquellas drogas o sustancias con poder psicoactivo o psicotropo, tienen gran relevancia.

Cuando se habla de drogodependencia se habla de todo tipo de drogas:

- Legales: (tabaco, alcohol, cafeína).
- Illegales: (heroína, cocaína, hachís, éxtasis, etc.)
- Medicamentos (utilizados sin control médico y que producen dependencia): incluyen desde los tranquilizantes de los menores a los mayores, pasando por los hipnóticos, los barbitúricos, etc.

### 2.- LA HISTORIA DE LAS DROGODEPENDENCIAS.

☞ Dentro de las distintas drogas existentes hay varios grupos:

- La cannabis (cannabis sativa): conocida en China hace al menos 10.000 años y se utilizaba para el tratamiento de distintas enfermedades en ese país.

Descubrimientos arqueológicos indican que en Europa ya existía en el año 7.000 a.C.

Es actualmente la droga más consumida y en muchos casos la puerta de entrada a drogas de mayor poder adictivo como la heroína y la cocaína.

De La cannabis se saca:

- Marihuana: se fuman las hojas de la Cannabis.
- Hachís: se fuma la resina. Es más potente que las hojas .

- Opiáceos (todos los derivados del Opio):

El consumo del Opio está documentado en el año 4.000 a.C. en la ciudad sumeria de Uruk, en la Baja Mesopotamia y en el año 1.550 a.C. en Egipto se hacían hasta 500 remedios con el mismo.

Derivados del Opio:

- Morfina: (principal alcaloide del Opio). El nombre se le puso en honor al dios del sueño, Morfeo, dado que era capaz de provocar el sueño.

La morfina fue descubierta en 1.803 y tiene excelentes cualidades para aliviar el dolor y, en la actualidad, es una terapéutica habitual en cánceres terminales.

El control actual de la morfina hace que no sea una droga de abuso importante fuera de su administración terapéutica para el dolor.

- La heroína: Descubierta en 1874 por la farmacéutica Bayer. Cuando se comercializó, a finales del siglo XIX, se decía que era una sustancia cuyas cualidades no producían hábito, era fácil de usar y, era la única que tenía la facultad de curar con rapidez a los morfinómanos.

En los 10 años que estuvo comercializada su difusión fue enorme, llegando, incluso, a sustituir a la morfina en China.

- Metadona: Otro opiáceo, en este caso sintético, que se utiliza como sustitutivo de la heroína en muchos programas de tratamiento.

- Coca (erythroxylum coca):

Droga con profundo sentido cultural en distintos lugares del mundo.

Sus propiedades como impedir la aparición del cansancio, eliminar la sensación de hambre y perder la sensación de frío, actuar como anestésico, tenían a una enorme utilidad en muchas zonas donde el hombre vive a miles de metros de altitud sobre el nivel del mar.

La coca se puede tomar:

- Hojas de coca masticadas a nivel tradicional.
  - Cocaína: es la coca en su estado manufacturado (alcaloide de cocaína).
  - Crack: Subproducto que se toma fumado. Este es pasta base de coca amalgamada con bicarbonato sódico. Es la forma que resulta más barata, pero sus consecuencias en la salud son graves, rápida y mortales en muchos casos
- 
- El descubrimiento del LSD-25 por Hofmann y Stoll en 1938 tendrían una enorme importancia en la aparición de distintos movimientos culturales. En 1943 Hofmann lo ingirió por accidente y pudo apreciar sus propiedades como alucinógeno.
  - Los inhalables o sustancias volátiles, contenidos en algunos productos, se caracterizan por contener productos químicos como acetona, alcohol butílico, tolueno o bencina.
  - En la actualidad destacan las nuevas drogas de diseño o de síntesis. Estas son metanfetaminas y derivados de las mismas; esto es, para su fabricación se parte de las anfetaminas para producir metanfetaminas y a partir de ahí conseguir distintas sustancias. Estas drogas de diseño se pueden obtener fácilmente en el laboratorio a partir de la metanfetamina y otras sustancias. Entre estas, la más conocida es el éxtasis o MDMA.
  - Dentro de las drogas legales destaca el tabaco y el alcohol, junto con la cafeína y los distintos medicamentos con propiedades psicoactivas, como sedantes e hipnóticos:
- El tabaco es un producto originario de América. Se extrae de la planta *Nicotiana tabacum*, fumándose habitualmente en forma de cigarrillos; en menor grado en cigarros puros y pipa. También se puede tomar en forma de polvo esnifado, mascado, etc.

El nivel de dependencia que produce el tabaco es muy elevado, semejante al de las restantes drogas a pesar de estar legalizado junto con el alcohol.

El gran problema que acarrea el tabaco es la alta mortalidad que produce, debido básicamente a los alquitranes que van en la hoja del tabaco y otros compuestos que se producen en la combustión del papel que envuelva al tabaco.

- La cafeína, contenida en distintas sustancias, entre las que destaca el café, la teobromina presente en el chocolate y la teofilina presente en el té negro, son estimulantes menores que quitan el sueño, aumentan el estado de alerta y tienen discretos efectos sobre la presión arterial.

Estas sustancias se agrupan bajo el genérico nombre de xantinas. Se considera que producen niveles de dependencia modestos en comparación con las otras sustancias psicoactivas.

### 3.- EPIDEMIOLOGÍA.

📄 El consumo de casi todas las drogas no ha dejado de crecer de año en año. Las conclusiones que se pueden destacar del último informe del Observatorio Español sobre Drogas (2005) son las siguientes:

- En cuanto al tabaco, un 35,1% de la población española entre 15 y 64 años fuman diariamente.
- Por lo que respecta al consumo de alcohol, se aprecia claramente que es la droga legal más consumida en España.
- El cannabis es la droga ilegal más consumida en España y la que se consume a una edad media más temprana.
- En cuanto al consumo de éxtasis parece que no está aumentando ni entre los estudiantes de ESO ni en la población general.
- Por lo que respecta al consumo de cocaína, aparece como la segunda droga ilegal más consumida (España país de la Unión Europea con mayor consumo).
- Por lo que respecta a la heroína y alucinógenos su consumo ha descendido en los últimos años, tanto en la población general como entre los estudiantes de Enseñanza Secundaria.
- El consumo de hipnosedantes sin receta médica ha aumentado en los últimos años entre la población normal.
- En los últimos años se aprecia un cierto aumento en la experimentación con inhalables volátiles, tanto en la población general, como en los jóvenes de 14 a 18 años.

- ☞ Por lo que respecta a las diferencias intersexuales, la prevalencia de consumo de drogas en
- Población general es bastante más elevada entre los hombre que entre las mujeres, sobretodo en el caso de sustancias ilegales, exceptuando los hipnosedantes sin receta.
  - En el caso de los estudiantes de Enseñanza Secundaria de 14 a 18 años, la prevalencia de consumo es claramente más elevada en las mujeres que en los
  - hombres.

#### 4.- CONCEPTOS BÁSICOS EN DROGODEPENDENCIAS.

##### 4.1.- CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS.

- ☞ Las drogas se han clasificado dependiendo de distintos criterios: origen, estructura química, acción farmacológica, por el medio sociocultural, etc. La clasificación depende del contexto.
- ☞ Las clasificaciones más aceptadas son las del CIE-10 y las del DSM-IV-TR (equivalentes entre sí)
- ☞ El DSM-IV-TR considera en el apartado de sustancias psicoactivas:
- Alcohol.
  - Anfetaminas o simpaticomiméticos de acción similar.
  - Cannabis.
  - Alucinógenos.
  - Inhalantes.
  - Opiáceos.
  - Fenciclina (PCP) o arilciclohexilaminas de acción similar.
  - Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.
  - Se considera también la nicotina como dependencia, sin abuso.

☞ Una de las clasificaciones más usadas sería:

- Depresores del SNC: Alcohol, sedantes, ansiolíticos e hipnóticos.
- Estimulantes del SNC: Cocaína, anfetaminas, cafeína, nicotina.
- Perturbadoras de la visión del mundo y de los objetos: Marihuana, LSD.

☞ Clasificación de drogas según Schukit (2000):

- Depresores del SNC: Alcohol, hipnóticos, drogas ansiolíticas.
- Estimulantes o simpaticomiméticos del SNC: Anfetaminas, metilfenidato, cocaína, productos para perder peso.
- Opioides: Heroína, morfina, metadona, y prescripciones analgésicas.
- Cannabinoides: Marihuana, haschis.
- Alucinógenos o psicodélicos: LSD, Mescalina, psilocibina.
- Drogas para contrarrestar otros efectos: Contienen: atropina, escopolamina, estimulantes menores, antihistamínicos, analgésicos menores.
- Otras: Fenciclidina (PCP).

☞ El DSM-IV-TR tiene un apartado para los trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de sustancias psicótropas. A su vez diferencia para cada una de las sustancias, y cara al diagnóstico, los siguientes trastornos:

- Intoxicación aguda
- Consumo perjudicial
- Síndrome de dependencia.
- Síndrome de abstinencia.
- Síndrome de abstinencia con delirium.
- Trastorno psicótico.
- Síndrome amnésico.

- Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.
- Otros trastornos mentales o del comportamiento.
- Trastorno mental o del comportamiento sin especificar.

#### 4.2- USO, ABUSO Y DEPENDENCIA.

☞ Los conceptos de uso, abuso y dependencia se utilizan habitualmente cuando nos referimos a las sustancias psicoactivas, aunque puede ser expandido a todas las conductas adictivas con algunas matizaciones.

- Uso: se entiende el consumo de una sustancia que no acarrea consecuencias negativas en el individuo.
- Abuso: se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas que ello acarrea para el individuo.
- Dependencia: se da cuando hay un uso excesivo de la sustancia que produce consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio período de tiempo.

☞ Para la OMS el abuso de drogas es definido como “un uso excesivo, esporádico o persistente, no relacionado con una práctica médica aceptable” recomendándose el manejo de los siguientes conceptos:

- Uso desaprobado: Uso de una droga que no es aprobado por la sociedad o un grupo dentro de una sociedad.
- Uso peligroso: Uso de una droga que probablemente producirá consecuencias nocivas para el usuario, ya sea de disfunción o daño.
- Uso desadaptativo: uso de una droga que implica daño en el funcionamiento social o psicológico.
- Uso nocivo: uso de una droga que se toma sabiendo que puede causar enfermedad mental o daño físico en el individuo.

☞ Suele indicarse que la diferencia entre uso y abuso en muchos casos es difícil de delimitar. En todo caso parece que lo más correcto es considerarlo un continuo.

- ☞ Por dependencia, denominado síndrome de dependencia en la última edición de la clasificación de las enfermedades CIE-10 se entiende “un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto.
- ☞ La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo, a menudo fuerte y a veces insuperable, de ingerir sustancias psicoactivas ilegales o legales, aun cuando hayan sido prescritas por un médico.
- ☞ La recaída en el consumo de una sustancia, después de un período de abstinencia, lleva a la instauración más rápida del resto de las características de la dependencia, de lo que sucede en individuos no dependientes”.
- ☞ Concretando más lo anterior, la CIE-10 apunta que sólo debe realizarse el diagnóstico si durante algún momento o de modo continuo, a lo largo de los últimos doce meses, han estado presentes tres o más de los siguientes síntomas:
  - Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
  - Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia, unas veces para controlar el comienzo del consumo, para poder terminarlo y otras para controlar la cantidad consumida.
  - Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia o de otra similar con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
  - Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.
  - Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
  - Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.
- ☞ Estos criterios sugieren la existencia de la dependencia física, la dependencia psicológica y la dependencia social, pero no como elementos separados, sino complementarios e interactuantes en un mismo sujeto.
- ☞ Tanto las clasificaciones CIE como otras han diferenciado siempre la dependencia física de la psíquica:



- Dependencia física se entiende “el estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico.
- Dependencia psíquica o psicológica se entiende la “situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen a administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar malestar”.
- El concepto de potencial adictivo de una droga es la propensión que tiene ésta de producir dependencia en aquellos que la usan.

#### 4.3- ADICCIÓN Y CONDUCTA ADICTIVA.

- ☞ Donovan y Marlatt (1988) afirman, cuando hablan de la adicción que es “un patrón de conducta complejo, progresivo, que tiene componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y conductuales”.
- ☞ Gossop (1989) considera que en una adicción hay cuatro elementos esenciales:
  - Un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular.
  - Capacidad deteriorada para controlar la conducta.
  - Malestar y angustia emocional cuando la conducta es impedida o dejada de hacer.
  - Persistir con la conducta a pesar de la clara evidencia de que es quien produce los problemas.
- ☞ Lo que hace que una implicación no sea adictiva es el hecho de ser capaz de controlarla e introducirla y acomodarla en el resto de la propia vida.

#### 4.4- VÍAS DE AMINISTRACIÓN.

- ☞ Cobra gran importancia la vía de administración, ya que según sea una u otra, así va a ser más rápido el efecto a nivel fisiológico y con mayor o menor rapidez se producirá la intoxicación.
- ☞ Cuando las drogas se administran por vías que producen efectos placenteros inmediatos su potencial de adicción es más alto que cuando se utilizan por otras vías.

- ☞ También dependiendo de la vía de administración, el grado de peligrosidad de la sustancia varía.
- ☞ Hay seis vías de administración:
  - Oral, en forma de ingestión, mascado o sublingual;
  - Pulmonar, inhalada o fumada;
  - Nasal (esnifada);
  - Intravenosa; intramuscular o subcutánea.
  - Rectal.
- ☞ La vía pulmonar es la que permite que la sustancia llegue con mayor rapidez al cerebro, en menos de diez segundos en la mayoría de las sustancias psicoactivas.

#### 4.5- TOLERANCIA.

- ☞ Se entiende “el estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico”.
- ☞ Dentro de la tolerancia se diferencia a su vez:
  - Tolerancia cruzada que es “un fenómeno en el que se toma una droga y aparece tolerancia no sólo a esa droga, sino también a otra del mismo tipo o a veces de otro conexo”.
  - Fenómeno de la dependencia cruzada, el cual se refiere a la capacidad de una droga para suprimir el síndrome de abstinencia producido por otra.

#### 4.6- SÍNDROME DE ABSTINENCIA.

- ☞ Es el conjunto de síntomas y signos que aparecen en una persona dependiente de una sustancia psicoactiva cuando deja bruscamente de consumirla o la cantidad consumida es insuficiente.
- ☞ En el caso de los opiáceos se diferencia el síndrome de abstinencia agudo, el síndrome de abstinencia tardío y el síndrome de abstinencia condicionado:

- El síndrome de abstinencia agudo consiste en un conjunto de síntomas y signos orgánicos y psíquicos que aparecen inmediatamente después de interrumpir el consumo del opiáceo del que la persona es dependiente.
- El síndrome de abstinencia tardío aparece después del síndrome de abstinencia agudo; después de 4 a 12 días de la aparición del síndrome de abstinencia. Se caracteriza por un conjunto de desregulaciones del sistema nervioso neurovegetativo y de las funciones psíquicas básicas, que persisten durante un largo período de tiempo.
- El síndrome de abstinencia condicionado consiste en la aparición de la sintomatología típica de un síndrome de abstinencia agudo en un individuo que ya no consume, al ser reexpuesto a los estímulos ambientales que fueron condicionados, a través de un proceso de aprendizaje de tipo pavloviano, al consumo de la sustancia de la que era dependiente.

#### 4.7- INTOXICACIÓN.

- ☞ La CIE-10 define la intoxicación aguda como “un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicótropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas y psicológicas”.
- ☞ Lo que caracteriza a la intoxicación es la desadaptación conductual y un síndrome específico para cada sustancia psicoactiva.
- ☞ Los síntomas que se presentan con más frecuencia en la intoxicación son: los trastornos de la percepción, de la vigilia, de la atención, del pensamiento, de la capacidad de juicio, del control emocional y de la conducta psicomotora.

#### 4.8- POLITOXICOMANÍA.

- ☞ Por él nos referimos al abuso y dependencia que suelen darse en las personas que teniendo un diagnóstico principal de dependencia en una sustancia psicoactiva al mismo tiempo están consumiendo a otra.
- ☞ El DSM-IV-TR sugiere que se haga el diagnóstico cuando: durante como mínimo un año consuma 3 sustancias psicoactivas, excluyendo la nicotina y la cafeína, y cuando no predomina el consumo de una sustancia sobre otras.

#### 4.8- TRASTORNO DUAL.

- ☞ Es el nombre que recibe la coexistencia de patología psíquica y de algún tipo de dependencia.
- ☞ En este caso resulta muy difícil diferenciar un trastorno de otro, dado que es difícil diferenciar si el trastorno se debe al abuso de sustancias psicoactivas o era anterior a dicho abuso.

#### 5.- EL DIAGNÓSTICO D LA DEPENDENCIA Y ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

##### ☞ Criterios para la dependencia de sustancias

A. Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por 3 (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1 - tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

2 - Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)
- b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

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

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

- 5 - Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
- 6 - Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia
- 7 - Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

#### Criterios para el abuso de sustancias:

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

## 6.- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS DISTINTAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

☞ Distinción en el DSM-IV-TR entre las categorías:

- Trastornos por uso de sustancia psicoactivas (efectos conductuales desadaptativos asociados a su uso).
- Trastornos mentales orgánicos inducidos por sustancias psicoactivas (efectos directos agudos o crónicos sobre el SNC).

☞ El uso patológico de todo tipo de sustancias psicoactivas, es clasificado como dependencia o como diagnóstico residual de abuso de sustancias psicoactivas

### 6.1.- NICOTINA

☞ La dependencia de la nicotina se produce por:

- El humo fumado de los cigarrillos y pipas aspirados por vía pulmonar.
- Las sales básicas de los puros absorbidas por los plexos venosos sublinguales.
- Por el tabaco en polvo aspirado por la nariz.

☞ Síntomas más importantes del síndrome de abstinencia:

- Necesidad de nicotina.
- Irritación, frustración o ira.
- Ansiedad.
- Dificultad de concentración.
- Inquietud.
- Disminución del ritmo cardiaco.
- Aumento del apetito y del peso.

- ☞ No acarrea problemas en el área laboral, sin embargo, entre los 40 y 50 años, acarrea graves problemas de salud (13% de muertes anuales): alta incidencia de cáncer de pulmón, enfisema, bronquitis crónica, problemas circulatorios, etc.
- ☞ El 100% de los adictos a la heroína y cocaína, son fumadores.

## 6.2.- CAFEÍNA

- ☞ Se encuentra en distintos productos: café, té, chocolate, bebidas de cola.
- ☞ Tiene propiedades estimulantes.
- ☞ Su vida media oscila entre 3 y 7 horas.
- ☞ Una taza de café contiene de 100-150 mg de cafeína.
- ☞ La intoxicación por cafeína puede darse a partir de 250 mg (2-3 tazas). Con más de 1000 mg diarios (7-10 tazas) pueden producirse: Contracciones musculares, Actividad incansable, Agitación psicomotriz, Habla y pensamientos confusos y arritmia cardiaca. A éste cuadro se le denomina cafeinismo, que afecta al 10% de la población y se confunde con el trastorno de ansiedad generalizada.
- ☞ Dosis de más de 10000 mg pueden provocar crisis epilépticas de gran mal y muerte por fallo respiratorio.
- ☞ Se considera que un consumo normal está por debajo de 600 mg diarios.
- ☞ Se tiende a incluir la cafeína bajo el grupo de las xantinas (teobromina, teofilina y chocolate).
- ☞ La cafeína puede exacerbar trastornos de ansiedad previos y precipitar ataques de pánico, incrementar la sintomatología agorafóbica, etc.

## 6.3.- CANNABIS

- ☞ Sobre esta droga existe la creencia arraigada de que no produce dependencia o de que producirla es muy baja.
- ☞ Por ello, mucha gente la consume periódicamente y en las encuestas epidemiológicas aparece como la droga de mayor consumo entre las ilegales.
- ☞ La dependencia suele producirse cuando el consumo es diario o casi diario; en casos de abuso, la persona la toma episódicamente, pero manifiesta una conducta desadaptativa evidente.

- ☞ Dado que produce menos efectos físicos y manifiestos que otras drogas, suele combinarse con su consumo, desde el principio o conforme transcurre el tiempo, con alcohol o cocaína.
- ☞ Los síntomas positivos más característicos que produce el cannabis son: sensación de bienestar, relajación, euforia, adormecimiento y elevación de la actividad sexual, aunque los efectos subjetivos varían de modo importante en cada individuo, siendo a veces más importantes que la cantidad de sustancia consumida.
- ☞ A continuación siguen otros efectos, como letargo, anhedonia y problemas de atención y memoria, entre otros muchos descritos y estudiados.
- ☞ En todos los informes sobre el cannabis se concluye que su consumo puede producir graves riesgos para la salud, al tiempo que su consumo es importante y no se ha erradicado la creencia de que no produce efectos nocivos su consumo.

#### 6.4.- OPIÁCEOS.

- ☞ Aquí nos centraremos básicamente en la heroína.
- ☞ Esta se administra fundamentalmente por vía intravenosa, siendo también posible fumarla o esnifarla. Aunque hasta hace unos años la vía intravenosa era casi predominante, en los últimos años se va dando una paulatina aparición de la vía fumada como alternativa a la intravenosa por los riesgos de contagio de distintas infecciones por compartir agujas y, especialmente, por el sida.
- ☞ El consumo regular de heroína provoca niveles considerablemente altos de tolerancia.
- ☞ No suele ser la primera droga de consumo. Una vez que se establece un patrón de dependencia o abuso de opiáceos, la búsqueda de la droga centra la vida del individuo.
- ☞ Los estudios realizados con morfinómanos indican una elevación del estado de ánimo y una sensación placentera de bienestar asociada a su consumo. Al mismo tiempo que es un analgésico eficaz, también es un potente depresor de los centros respiratorios y la tos.
- ☞ Produce un intenso estreñimiento y la característica miosis o constricción pupilar.
- ☞ La heroína tiene efectos similares a la morfina excepto que con un dosis diez veces menor se obtienen efectos comparables. Ambas sustancias son muy adictivas, se desarrolla rápidamente tolerancia y dependencia.
- ☞ Algunos autores llegan a afirmar que una simple dosis de morfina pueden producir dependencia física y, en ciertas circunstancias, también psicológica, aunque en este último caso es básica la posibilidad de la autoadministración.



- ☞ Las muertes por sobredosis son relativamente frecuentes debido a depresión respiratoria.
- ☞ En un tiempo no mayor de cinco segundos después de inyectarse heroína aparece el flash, perdurando el efecto seis horas aproximadamente.
- ☞ Las adulterantes más comunes de la heroína son los polvos de talco y el almidón.
- ☞ El primer consumo produce náuseas, vómitos y disforia; luego le siguen los síntomas buscados en la heroína, como placer, euforia y reducción de la ansiedad, conocidos como la fase de luna de miel. En la siguiente fase se consume sólo con el objetivo de encontrarse bien y evitar el síndrome de abstinencia.
- ☞ La intoxicación tiene síntomas muy característicos, como una miosis muy intensa junto a otros como euforia, apatía, irritabilidad o disforia, retardo psicomotor, somnolencia, lenguaje farfullante, reducción de la atención y deterioro de la capacidad de juicio.
- ☞ Otros síntomas asociados son bradicardia, hipotensión, hipotermia, analgesia y en muchas ocasiones un estreñimiento pertinaz. Cuando la intoxicación es muy intensa se puede producir la sobredosis, que en muchos casos produce la muerte.
- ☞ El síndrome de abstinencia aparece varias horas después de que al individuo le toca la dosis, alcanza su punto álgido a los dos o tres días. Los signos y síntomas más importantes, semejantes a una gripe fuerte son: piloerección, sudoración, lacrimo, bostezos y rinorrea, al principio; luego, diarrea, dolor generalizado en las articulaciones, incremento de la frecuencia respiratoria, vómitos, dilatación pupilar y pérdida de peso.

## 6.5.- COCAÍNA.

- ☞ En el consumo de cocaína se distinguen dos tipos claramente diferenciados:
  - Consumo episódico: el consumo se hace en fines de semana, fiestas, ante una sobrecarga de trabajo, etc. A veces se produce el “colocarse”, consistente en consumir esporádicamente pero a dosis altas. Cuando esto ocurre, la bajada suele ser intensa y en ocasiones producir un síndrome de abstinencia que dura varios días.
  - Consumo crónico, diario o casi diario: éste se da diariamente o casi diariamente, en dosis moderadas o altas, a lo largo de todo el día o a unas horas determinadas. Conforme transcurre el tiempo se da el fenómeno de tolerancia, lo que exige ir incrementando la dosis.
- ☞ Los principales efectos de la cocaína son euforia, grandiosidad, estado de alerta, agitación psicomotriz, junto a otros como peleas y deterioro de la capacidad de juicio, de la actividad laboral y social.

- ☞ Cuando se deja de consumir cocaína se produce un intenso crash (síndrome de abstinencia), caracterizado por disforia, dolores gastrointestinales y otras sensaciones desagradables, como querencia, depresión, trastorno de los patrones del sueño, hipersomnolencia e hiperalgesia.
- ☞ Distintos estudios han encontrado relación entre trastornos afectivos y abuso de cocaína, lo que sugeriría un uso de la misma para controlar el humor depresivo.
- ☞ Los síntomas de abstinencia no dejan ninguna secuela fisiológica, aunque los síntomas como disforia, falta de energía y anhedonia pueden durar de una a diez semanas. Ello facilita la recaída ante el recuerdo de los efectos eufóricos que produce la cocaína.

## 6.6.- ALUCINÓGENOS.

- ☞ Los alucinógenos también se les conoce con el nombre de psikedélicos o psicodélicos y psicotomiméticos.
- ☞ Los alucinógenos producen cambios en la percepción, el pensamiento y el estado de ánimo sin producir confusión mental, pérdida de la memoria o desorientación en el espacio y el tiempo.
- ☞ Las alucinaciones que producen estas sustancias se ven influidas de modo importante por las expectativas del sujeto.
- ☞ La primera experiencia con los alucinógenos resulta negativa o aversiva, lo que facilita que muchas personas después de la primera prueba no realicen otras, aunque hay personas a las que les divierte la experiencia y continúan con su uso.
- ☞ Se ingieren por vía oral y alteran las funciones cognitivas y perceptivas del sujeto de modo importante, por lo que su uso suele ser episódico.
- ☞ Cuando hay un uso continuo se desarrolla rápidamente tolerancia.
- ☞ La realidad indica que sus consumidores, sean dependientes o no de otras sustancias psicoactivas, lo usan mayoritariamente de forma esporádica.
- ☞ La ingestión de LSD-25 produce:
  - Efectos agudos: mareos, debilidad, náuseas y visión borrosa. Pero también alteraciones de las formas y colores, dificultad para enfocar objetos y agudización del sentido del oído. Puede igualmente producir alteraciones del estado de ánimo, dificultad para expresar los pensamientos, despersonalización y alucinaciones visuales.
  - Los efectos crónicos incluyen estados psicóticos prolongados, depresión, estados de ansiedad crónica y cambios crónicos de la personalidad.

- ☞ Los alucinógenos tienen con frecuencia reacciones adversas, como reacción aguda de pánico, alucinaciones desagradables, miedo por las sensaciones experimentadas, estados psicóticos, flashbacks o volver a revivir posteriormente lo que experimentó durante la intoxicación pero sin estar ahora presente el consumo de la sustancia. Los flashbacks pueden ser recurrentes y mantenerse mucho tiempo, incluso años.

## 6.7.- ANFETAMINAS O SIMPATICOMIMÉTICOS DE ACCIÓN SIMILAR

- ☞ En este grupo se incluyen las anfetaminas, las dextroanfetaminas y las metanfetaminas, así como aquellas que tienen una estructura similar a las anfetaminas o que suprimen el apetito.
- ☞ Su vía de administración es oral o intravenosa y algunas, como las metanfetaminas, también se pueden inhalar por vía nasal.
- ☞ Las anfetaminas son estimulantes del SNC.
- ☞ Descubiertas en los años treinta se utilizaron inicialmente como descongestivo nasal. Sus efectos euforizantes produjeron pronto los primeros casos de abuso.
- ☞ Sus principales efectos son: elevación del estado de ánimo, disminución de la sensación de fatiga y del apetito. Finalizados los efectos estimulantes iniciales surge la depresión y la fatiga.
- ☞ La supresión súbita del consumo provoca la aparición de signos contrarios a la intoxicación: agotamiento, sueño excesivo, apetito voraz y depresión.
- ☞ Muchas personas dependientes de las anfetaminas tienen como antecedente el uso de esa sustancia y otras para suprimir el apetito o controlar el peso.
- ☞ El consumo de anfetaminas en personas con abuso o dependencia de las mismas puede ser:
  - Episódico: hay un alto consumo episódico por varios días sin consumir
  - Crónico y diario o casi diario. el consumo puede ser alto o bajo, pero a diario o casi a diario
- ☞ El consumo se detiene cuando queda físicamente exhausto o no puede obtener más anfetaminas.
- ☞ El síndrome de abstinencia de las anfetaminas cuando la dosis es alta dura muchos días. Para evitar los efectos negativos de la intoxicación por anfetaminas también suelen consumir, abusar o depender del alcohol, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos para aliviar los efectos desagradables de la intoxicación por anfetaminas.

- ☞ Algunos de los efectos conductuales más importantes que producen las anfetaminas son depresión, irritabilidad, anhedonia, falta de energía, aislamiento social y, en otros casos, disfunción social, ideación paranoide, alteraciones de la atención y problemas de memoria.
- ☞ En ocasiones, tanto con cocaína como con anfetaminas, se incrementa la agresividad del consumidor en el período de intoxicación.

#### **6.8.- DEPENDENCIA DE FENCICLICIDINA (PCP) Y ARILCICLOHEXILAMINAS DE ACCIÓN SIMILAR.**

- ☞ Dentro de este grupo de sustancias psicoactivas se incluyen la fenciclidina (PCP) y aquellos compuestos que actúan de forma similar como son la quetamina (ketalar) y el tiofeno, que es análogo a la PCP.
- ☞ Estas sustancias admiten la vía oral, intravenosa, fumada e inhalada.
- ☞ En la calle, a la PCP se le conoce con el nombre de “polvo de ángel”. Se comenzó a utilizar como anestésico en 1957 y fue suspendido su uso por los efectos secundarios, ya que producía un estado mental similar al de los alucinógenos.
- ☞ Se utiliza de mezcla con otras sustancias y su uso suele ser a altas dosis y de forma esporádica.
- ☞ Es raro encontrar personas con una clara dependencia a esta sustancia que, por otro lado, se usa por sus propiedades euforizantes.
- ☞ Sus principales efectos son distorsión de las imágenes, cambios en el estado de ánimo, alucinaciones, desorientación, mareo, taquicardia, sudoración e incremento del tono muscular.

#### **6.9.- INHALANTES.**

- ☞ El compuesto químico que produce efectos psicoactivos son los hidrocarburos alifáticos y aromáticos que se encuentran básicamente en la gasolina, pinturas y disolventes. Existen muchos otros productos que se pueden inhalar dado que compuestos como éteres, cetonas y glicoles son comunes en múltiples productos comercializados. En sustancias como pegamentos, disolventes y aerosoles pueden encontrarse estos productos fácilmente.
- ☞ Es la droga de los pobres y de los marginados. Su obtención es fácil y gratuita o de muy bajo coste.

- ☞ Se consume introduciendo la sustancia en un plástico e inhalando sus gases o impregnando con la sustancia un paño y luego aspirar los vapores del mismo por la nariz.
- ☞ La duración de sus efectos es corta.
- ☞ El consumo de estas sustancias suele comenzar a una edad muy joven. Los efectos producidos por cada inhalación duran sólo unos pocos minutos, aunque pueden realizarse múltiples inhalaciones para conseguir efectos de horas.
- ☞ Los efectos psicoactivos iniciales son similares a la intoxicación alcohólica buscando sus usuarios el rush para conseguir de modo rápido un sentimiento de euforia que puede estar asociado con una sensación de flotar y desaparición de las inhibiciones.
- ☞ Este estadio inicial de excitación va seguido de otro de sedación, pudiendo frecuentemente aparecer otro final de irritabilidad. Posteriormente, aparecen síntomas físicos como dolor de cabeza y trastornos gastrointestinales.
- ☞ Si el consumo de inhalantes persiste a lo largo del tiempo surgen problemas más graves del tipo pulmonar o circulatorio, anemia, hepatitis, trastornos del desarrollo, neuropatías, etc.

#### 6.10.- INHALANTES.

- ☞ El grupo de fármacos incluidos en los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos es amplio y de una enorme utilización por parte de la población, tanto a nivel médico como de automedicados.
- ☞ Dentro de los hipnóticos, también a veces denominados “píldoras para dormir”, por ser éste su uso más habitual, se incluyen las benzodiazepinas, los barbitúricos y otras sustancias.
- ☞ Las benzodiazepinas también se utilizan para el tratamiento de la ansiedad y son el tipo de medicación psicoactiva más comúnmente prescrita.
- ☞ A pesar de que hay enormes variaciones de unas a otras sustancias, todas tienen el potencial de producir síndromes de intoxicación y abstinencia.
- ☞ Son unas de las sustancias de mayor potencial de abuso y dependencia en la actualidad, especialmente fuera del control médico.
- ☞ La ingestión de estas sustancias suele hacerse por vía oral. El caso más frecuente de dependencia o abuso es después de una prescripción médica para el tratamiento de la ansiedad o del insomnio, cuando la persona incrementa la dosis y la frecuencia del consumo.

☞ El fenómeno de la tolerancia aparece y tiene que entrar en una escalada de incremento de la dosis o frecuencia del consumo para conseguir el mismo efecto del principio. Suele diferenciarse:

- Dependencia física “normal” que ocurre en muchos casos, dado que de suspenderse la medicación se produciría síndrome de abstinencia,
- Dependencia “real” o síndrome de dependencia, que ocurre cuando la persona, como sucede con las otras sustancias psicoactivas, tiene una intensa preocupación por la búsqueda y consumo de la sustancia y ello le altera el rendimiento y la esfera laboral, familiar y social.

## 7.- TEORÍAS Y MODELOS EXPLICATIVOS DE LAS DROGODEPENDENCIAS.

### 7.1.- MODELO MORAL Y MODELO BIOLÓGICO.

☞ Hasta hace relativamente poco tiempo, la explicación de las conductas adictivas se fundamentaba en el modelo moral y en el modelo biológico. Esto implicaba que las conductas adictivas, o algunas de ellas, al no considerarlas en conjunto, sino separadamente a cada una de ellas, dependían de una sustancia química.

- El modelo moral, basando en la moralidad cristiana, afirma que el adicto no es capaz de resistir la tentación por su pobre o baja moralidad, siendo considerado como un inmoral, vicioso, despreciable, etc.
- El modelo biológico Para el modelo biológico la persona dependía de una sustancia química siendo tal dependencia causada por su dependencia física de la sustancia debido a factores de predisposición biológicos y genéticos. Se han propuesto explicaciones basadas en causas genéticas, como ocurre en el alcoholismo; cambios metabólicos para explicar la obesidad; una “noxa” interna para explicar la dependencia de la heroína; etc. Sin embargo, los datos científicos no explican ni la mitad de las conductas adictivas.

### 7.2.- HIPÓTESIS DE LA AUTOMEDICACIÓN.

☞ Sostiene que de los pacientes que desarrollan trastornos por abuso de drogas, una gran parte lo hace porque sufre trastornos endógenos con sustrato biológico que, directa o indirectamente, le aboca al consumo de sustancias psicoactivas como forma de autotratamiento.

☞ El intento repetido de orientarlos a la abstinencia, después de varias tentativas fallidas de desintoxicación, se puede calificar desde este punto de vista como:

- Inútil: porque la mayoría de las “drogas” tienen, por desgracia, una mayor rapidez de acción y generan menos efectos indeseables que los psicofármacos utilizados en la actualidad.
- Contraproducente: porque necesitando consumir y estando estas sustancias sujetas a la oferta ilegal que impide conocer su calidad y pureza, el individuo adicto se encuentra continuamente abocado a complicaciones infecciosas y tóxicas que debilitan su salud.
- Cruel: para el propio paciente, pues se permite que el autotratamiento que busca para una enfermedad que padece le aboque a conductas delictivas y a una posible muerte por sobredosificación o, actualmente, por sida.
- Frustrante: para los equipos terapéuticos, pues estos pacientes tienden a presentar recaídas muy frecuentes, independientemente de cuál sea el tipo y calidad de los abordajes terapéuticos instaurados.
- Peligroso: para la salud pública, por cuanto la persistencia en el consumo ilegal y las recaídas compulsivas favorecen, incluso en pacientes con un alto nivel intelectual y cultural, el uso de material inyectable compartido y, por tanto, la extensión del contagio por el VIH.

☞ Casas y sus colaboradores (1992) sugieren la existencia de tres tipos de adictos a la luz de esta hipótesis:

- Serían aquellos pacientes sin trastornos psíquicos concomitantes y con un nivel socioeconómico y cultural medioalto. Estos pueden llegar a tener un equilibrio estable con la dependencia, pudiendo mantener una vida familiar y social estable, incluso laboral, aunque gastando una gran cantidad de dinero para mantener su adicción. Pueden dejar la sustancia, pero vuelven inmediatamente a consumirla por el malestar que les provoca. Estas personas son las que no acuden nunca a tratamiento, ni a centros públicos ni privados.
- Está constituido por aquellos pacientes sin patología psíquica concomitante, pero con un precario nivel socioeconómico y cultural. En este caso, precisan la sustancia para llevar una vida normal y suelen conseguirla a través de actos delictivos. No tienen ninguna motivación para abandonar la sustancia y cuando acuden a tratamiento lo hacen por motivos económicos o por apreciar un fuerte incremento de la tolerancia.
- Los pacientes con trastornos psíquicos concomitantes. Padecen previamente un trastorno de personalidad. La sustancia les ayuda inicialmente, pero luego les lleva a conductas totalmente anárquicas y desestructuradas. Suele ser llevado u obligado a desintoxicarse, recae posteriormente, y entra en un círculo vicioso donde es sumamente difícil que abandone la sustancia.

☞ Lo que viene a plantear esta hipótesis es que el consumo de drogas es una tentativa evasiva y equivocada de autoterapia.

☞ Existen datos a favor y en contra de esta hipótesis.

▪ A favor:

- Utilización de sustancias psicoactivas, denominadas actualmente drogas, como armas terapéuticas en la etapa histórica previa a los psicofármacos.
- Las drogas y determinados psicofármacos poseen, mecanismos de acción similares.
- Uso de drogas, como las anfetaminas, para predecir la respuesta de algunos medicamentos utilizados en psiquiatría.
- Descripción de casos clínicos.

▪ En contra:

- Variabilidad del efecto de las drogas en función de:
  - ❖ Patrón de conducta.
  - ❖ Tiempo de consumo.
  - ❖ Estado clínico basal.
- Dificultad para diferenciar entre trastornos primarios y drogoinducidos.

☞ Se ha encontrado evidencia de esta hipótesis, parcialmente, en pacientes esquizofrénicos y en personas con trastornos de personalidad, entre otros, aunque su delimitación es la mayoría de las veces difícil.

### 7.3.- TEORÍA DEL APRENDIZAJE.

☞ El modelo de aprendizaje explica la conducta como un fenómeno de adquisición que sigue unas leyes, las del condicionamiento clásico, operante y aprendizaje social. Sin embargo, se han propuesto explicaciones a partir de cada uno de los distintos paradigmas de aprendizaje.



### 7.3.1.-• Condicionamiento clásico

- ☞ La observación por parte de Wikler (1965) de que aquellos individuos que habían sido adictos a los opiáceos a veces mostraban señales de un síndrome de abstinencia (meses más tarde de haberse administrado la última dosis) como lagrimeo, bostezos y rinorrea, le llevó a plantear un proceso de condicionamiento, que él denominó con el nombre de síndrome de abstinencia condicionada. Esto implicaba que los episodios de abstinencia se habrían apareado con estímulos ambientales. Esto implica que la presencia de estos estímulos o el hecho de pensar en ellos puede provocar una respuesta condicionada de abstinencia.
- ☞ Varios estudios han demostrado que en el desarrollo de la tolerancia a las drogas, distintos estímulos ambientales influyen en la aparición de la tolerancia. Este tipo de tolerancia se denomina conductual, diferenciándola de la disposicional (capacidad del organismo para convertir la droga circulante por el torrente sanguíneo en compuestos inactivos que son excretados) y de la farmacodinámica (cambios que se producen dentro de los sistemas afectados, de manera que una misma cantidad de droga que alcanza sus sitios de acción produce un efecto menor por la existencia de un mecanismo de contraadaptación en el SNC).
- ☞ El desarrollo de la misma, tal como describe Graña (1994), es el siguiente: cuando una droga (EI) se administra, su efecto (RI) va precedido de la estimulación ambiental en que se realiza la administración (EC). Si la RC que elicitada la estimulación ambiental es de signo opuesto al efecto de la droga (EI), entonces se produce una respuesta condicionada compensatoria.
- ☞ Otro fenómeno que se ha observado es el de las respuestas condicionadas similares, se ha observado que algunos sujetos dependientes de la heroína manifiestan efectos subjetivos y fisiológicos similares a los de la heroína cuando se les inyecta en su lugar una solución salina. Generalmente estos efectos, similares a los de los opiáceos, aparecen inmediatamente después de una autoadministración y no en los momentos anteriores a la inyección. Este fenómeno ha sido ampliamente estudiado dentro del efecto placebo (1985) y más recientemente empieza a conocerse con el nombre de efecto placebo de las drogas.

### 7.3.2.-• Condicionamiento operante

- ☞ El condicionamiento operante permite explicar la conducta y especialmente la de autoadministración de drogas.
- ☞ Cualquier evento estimular que incremente la probabilidad de una conducta operante se denomina estímulo reforzante o reforzador. La droga es un potente reforzador. Un evento estimular que precede y establece la ocasión para la emisión de una respuesta que va seguida de reforzamiento se denomina estímulo discriminativo.

- ☞ Igualmente reseñable es el fructífero campo de estudio de la interacción del condicionamiento clásico e instrumental. En éste tienen gran relevancia los sucesos ambientales en que ocurre la conducta. Así, sucesos ambientales significativos pueden funcionar como estímulos incondicionados que se asocian a otros estímulos ambientales por medio del condicionamiento clásico.
- ☞ En el consumo de opiáceos existen muchos reforzamientos condicionados asociados a la búsqueda, posesión o consumo de la droga.

### 7.3.3.-• Teoría del condicionamiento social.

- ☞ En la actualidad suele acudir a la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1986) para explicar el consumo de drogas. Al integrar tanto el condicionamiento clásico, operante y vicario, permite explicar tanto el inicio como el mantenimiento y abandono del consumo de drogas, aunque es especialmente indicada para explicar el inicio del consumo.
- ☞ Los supuestos de la teoría del aprendizaje social acerca de las conductas adictivas son:
  - La conducta adictiva está mediada por las cogniciones, compuestas de expectativas que son creencias sobre los efectos de la conducta de consumo.
  - Estas cogniciones están acumuladas a través de la interacción social en el curso del desarrollo, por una parte, y a través de las experiencias con los efectos farmacológicos directos e interpersonales indirectos de la conducta de consumo, por el otro.
  - Los determinantes principales de la conducta de consumo son los significados funcionales unidos a la conducta de consumo en combinación con la eficacia esperada de conductas alternativas.
  - Los hábitos de consumo se desarrollan, en el sentido que cada episodio de consumo puede contribuir posteriormente a la formación del hábito por el incremento del estrés y por limitar las opciones de conductas alternativas.
  - La recuperación depende del desarrollo de habilidades de afrontamiento alternativas.

### 7.3.4.-• El modelo social

- ☞ Stanton Peele (1985) ha propuesto un modelo para explicar la conducta adictiva, basado en el papel que tienen las adicciones en nuestro estilo de vida, sosteniendo que no es la sustancia o la conducta la que produce la adicción, sino el modo como

la persona interpreta esa experiencia y como responde, tanto a nivel fisiológico, emocional y conductual, a la misma. El modo de enfrentarse al mundo y el modo que tiene de verse a sí mismo influyen de manera clave en la experiencia adictiva.

- ☞ El adicto se caracterizaría por ser dependiente, no por la sustancia, sino por el impulso de depender y por su pasividad, siendo ésta la esencia de la adicción. Así, la adicción se destaca por su efecto instantáneo y porque se consigue de modo seguro el efecto esperado. Además, la adicción es la excusa para no esforzarse ni para adaptarse a su entorno ni a la vida. La adicción serviría para conseguir lo que desean, dada su incapacidad de ser felices sin ella y de encontrarse descontentos consigo mismo. La droga o la conducta adictiva permiten “desconectar” del mundo aunque sólo sea parcialmente.
- ☞ La adicción suele comenzar para escapar del dolor, sea físico o emocional, proporcionando alivio del mismo. Como fuera de la adicción se espera de la ansiedad y culpa, el individuo se hará adicto porque en su adicción se encontrará más a gusto y mejor.
- ☞ Para Peele nuestra cultura favorece las adicciones al tener como valores centrales el logro y el éxito individual. Al ser difícil conseguirlo, el refugiarse en la adicción es un modo de ver la vida del lado opuesto.
- ☞ Ante la sustancia o conducta unas personas se harán adictas y otras no en función de su personalidad, la situación y las motivaciones. El factor que para Peele es clave, para no convertirse cualquier conducta en adictiva, es que la persona sea capaz de controlarla e introducirla y acomodarla en su funcionamiento vital, en su vida. Ello exige diferenciar lo bueno de lo perjudicial y tener en la vida modos de satisfacción distintos a las conductas adictivas y aceptarse uno mismo tal como es.
- ☞ Claramente, la adicción sería un problema de la persona y no de la droga consumida.
- ☞ Las características que para Peele (1985) tiene una adicción son cuatro:
  - Es un continuo.
  - Desvirtúa las otras implicaciones que una persona posee, limitando todos los ámbitos de la vida.
  - No es una experiencia placentera y a ella habitualmente se llega para eliminar el dolor, sea físico o emocional.
  - Es la incapacidad de escoger el no hacer algo.
- ☞ Según este planteamiento, superar la adicción es difícil. Al considerar a la adicción como un problema existencial, el tratamiento exige adquirir nuevos patrones de conducta y reestructurar la personalidad existente, tareas nada fáciles. La curación se daría cuando el individuo, sea cual sea el tratamiento que siga, deje atrás su adicción, no dependa de ella y establezca un nuevo modo de relacionarse consigo mismo y con el mundo.