



## CAPITULO 14: DROGODEPENDENCIAS

### INTRODUCCIÓN

- Cuando se habla de drogas, hay que considerar:
  1. **Drogas legales**: tabaco y alcohol.
  2. **Drogas ilegales**: marihuana, heroína, cocaína, etc.
  3. **Fármacos psicoactivos**: opiáceos, benzodiazepinas.

⇒ El consumo de sustancias psicoactivas, afecta a casi la mitad de la población adulta.

### Consideraciones de la droga desde la presunta responsabilidad del sujeto toxicómano:

- *Un "vicio"*, producto de la debilidad de espíritu y susceptible de ser corregido.
- *Una "conducta antisocial"*, que debe castigada y controlada.
- *Un "estilo de vida" patológico*.
- *Un "proceso autodestructivo"* de tipo reactivo ante los factores estresantes.
- *Un "trastorno de personalidad"*.
- *Una "enfermedad exógena"* producida por la droga sobre estructuras y funciones cerebrales.
- *Una "enfermedad endógena"* resultante de una patología de origen genético o adquirida en el curso del desarrollo.

### HISTORIA DE LAS DROGODEPENDENCIAS

- El consumo de sustancias psicoactivas, ha estado presente en todas las culturas.
- **CANNABIS**: Planta cuyas hojas se pueden fumar (**marihuana**), fumar su resina (**haschis, chocolate, mierda, costo, goma**). El cigarrillo de haschis recibe el nombre de "**porro**" o "**canuto**". Se conocía en China hace 10000 años. Descubrimientos arqueológicos en Europa, indican que ya existía en el 7000 a.C.  
Es la **droga ilegal más consumida**.
- **OPIÁCEOS**: Derivados de opio.  
Su consumo está documentado en el año 4000 a.C en la Baja Mesopotamia, y en el 1500 a.C en Egipto.  
La **morfina**: principal alcaloide del opio. Los primeros morfinómano eran médicos.  
La **heroína**: Se comercializó durante 10 años, llegando a sustituir a la morfina en China.  
La **metadona**: Se utiliza como sustitutivo de la heroína en programas de tratamiento.
- **COCA**: Consumo en América del Sur en forma de hojas masticadas (La utilizaron los conquistadores españoles para el control de los indios).  
La **cocaína**: Se aísla a mediados del siglo pasado. A principios del s. XX se produjo una epidemia de cocaína en Europa.  
**Crack**: Derivado de la coca (cocaína del pobre).



## CAPITULO 14: DROGODEPENDENCIAS

- **LSD-25**: Alucinógeno descubierto en 1938. Movimiento "psicodélico" en EEUU en la década de los 50 y 60 (A mediados de los 60 fue prohibido).
- **INHALABLES O SUSTANCIAS VOLÁTILES**, contenidos en productos (laca de uñas, pegamentos), contienen productos químicos (acetona, alcohol, tolueno). Es otra droga de pobres de enorme relevancia en barrios marginales de Latinoamérica (apenas se consume en España).
- **NUEVAS DROGAS DE DISEÑO** o de síntesis: Metanfetaminas y derivados.  
Las más conocidas: El **éxtasis** o **NMDA**.

### DROGAS LEGALES:

- **TABACO**: originario de América. Su consumo se popularizó a partir de la II GM. Actualmente es una epidemia. Se fuma, fundamentalmente, en forma de cigarrillos. El nivel de dependencia es muy elevado, semejante al resto de drogas. Produce alta mortalidad, por los alquitranes de la hoja del tabaco y otros productos derivados de la combustión del papel. En pequeñas dosis, la nicotina estimula el SNC. A altas dosis bloquea la transmisión ganglionar.
- **CAFEÍNA**: contenida en distintas sustancias como el café. La teobromina (chocolate) y teofilina (té negro) son estimulantes menores. Quita el sueño, aumenta el estado de alerta y tiene discretos efectos sobre la presión arterial. Estas sustancias se agrupan bajo el nombre de xantinas. Un consumo elevado (más de 2-3 tazas de café al día) puede producir intoxicaciones, síndrome de abstinencia y confundir sus efectos con otros trastornos.
- Otras drogas legales son el alcohol y los distintos medicamentos con propiedades psicoactivas, como los sedantes e hipnóticos.

### EPIDEMIOLOGÍA

En España, las sustancias psicoactivas más consumidas fueron el alcohol (76.6%), y el tabaco (47.8%)

De las drogas ilegales, la más consumida fue el cannabis, seguida de la cocaína y el éxtasis (11.3%, 2.7% y 1.4% respectivamente). El resto de drogas están mucho menos extendidas. Alucinógenos 0.6% y heroína 0.1%. Los hipnosedantes sin receta 3.1%

### CONCEPTOS BÁSICOS EN DROGODEPENDENCIAS

#### A. 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.*



## CAPITULO 14: DROGODEPENDENCIAS

- *Anfetaminas* o simpaticomiméticos de acción similar.
- *Cannabis*.
- *Alucinógenos*.
- *Inhalantes*.
- *Opiáceos*.
- *Fenciclidina (PCP)* o arilciclohexilaminas de acción similar.
- *Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos*.

Se considera también la *nicotina* como **dependencia, sin abuso**. El abuso de nicotina no se observa en ausencia de dependencia.

– Las anteriores sustancias pueden agruparse en tres tipos, dado que las sustancias de cada tipo tienen características en común: 1) alcohol y sedantes, ansiolíticos o hipnóticos; 2) alucinógenos y fenciclidina (PCP) o arilciclohexilaminas de acción similar; y 3) cocaína y anfetaminas o simpaticomiméticos de acción similar.

- **Clasificación muy usada:**

1. **Depresores** del SNC ⇒ *Alcohol, sedantes, ansiolíticos e hipnóticos*.
2. **Estimulantes** del SNC ⇒ *Cocaína, anfetaminas, cafeína, nicotina*.
3. **Perturbadoras de la visión del mundo y de los objetos** ⇒ *Marihuana, LSD*.

- **Síndromes mentales orgánicos asociados a distintas sustancias psicoactivas:** tabla 14.4

- El DSM-IV-TR y el CIE-10, tienen un apartado (F10 a F19) para los **trastornos mentales y del comportamiento** debido al consumo de drogas psicótropas.

- **Schuckit, clasifica las drogas en 8 apartados:** TABLA 14.5

1. **Depresores del SNC:** Alcohol, hipnóticos, drogas ansiolíticas.
2. **Estimulantes o simpaticomiméticos del SNC:** Anfetaminas, metilfenidato, cocaína, productos para perder peso.
3. **Opioides:** Heroína, morfina, metadona, y prescripciones analgésicas.
4. **Cannabinoides:** Marihuana, haschis.
5. **Alucinógenos o psicodélicos:** LSD, Mescalina, psilocibina.
6. **Drogas para contrarrestar otros efectos:** Contienen: atropina, escopolamina, estimulantes menores, antihistamínicos, analgésicos menores.
7. **Otras:** PCP.
8. **Solventes.**

### B. USO, ABUSO Y DEPENDENCIA

**Uso** ⇒ *Consumo de una sustancia que no acarrea consecuencias negativas en el individuo* (uso esporádico o dosis moderada).

**Abuso** ⇒ *Uso continuado a pesar de las consecuencias negativas que ello acarrea al individuo*.



## CAPITULO 14: DROGODEPENDENCIAS

**Dependencia** ⇒ *Uso excesivo de la sustancia que produce consecuencias negativas significativas, a lo largo de un periodo largo de tiempo.*

- La **OMS** define el **abuso** de drogas como: "**Uso excesivo, esporádico o persistente, no relacionado con una práctica médica aceptable**".

Recomienda el manejo de los siguientes **conceptos**:

- Uso desaprobado**: Uso de una droga que no es aprobado por la sociedad.
- Uso peligroso**: Uso de una droga que probablemente producirá consecuencias nocivas para el usuario (disfunción o daño). Concepto similar al de *conducta de riesgo*.
- 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.

La diferencia entre uso y abuso es difícil de delimitar. Lo más correcto es considerarlo como un continuo.

- La **CIE-10 (OMS)** define **dependencia o síndrome de dependencia**: "*Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de drogas, adquiere máxima prioridad para el individuo*".

Sólo debe hacerse el diagnóstico si, durante los últimos 12 meses, han estado presentes 3 o más de los siguientes **criterios**:

- Deseo intenso de consumir una sustancia.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia.
- Síntomas somáticos de **síndrome de abstinencia** cuando cesa o se reduce el consumo.
- Tolerancia** (se requiere un aumento progresivo de la dosis para conseguir los efectos que se producían con dosis más bajas).
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión, a causa del consumo de la sustancia.
- Persistencia del consumo, a pesar de sus consecuencias perjudiciales.

Estos criterios sugieren que **la dependencia física** (tolerancia, neuroadaptación y abstinencia), **psicológica** (aprendizaje y características personales) y **social** (grupo de afinidad, cultura de grupo o medio ambiente), **son elementos complementarios e interactuantes**.

- Shuckit** diferencia entre:
  - Dependencia física**: "*Estado de adaptación (tolerancia) que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga* (síndrome de abstinencia), constituidos por signos psíquicos y físicos peculiares".
  - Dependencia psíquica o psicológica**: "Situación en la que existe un *sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga*, para producir placer o evitar malestar".

- Potencial adictivo de una droga**: **Propensión que tiene la droga de producir dependencia a aquellos que la usan** (el tabaco tiene alto poder adictivo).

Históricamente, la denominación de adicción, ha sido sustituida por dependencia.



## CAPITULO 14: DROGODEPENDENCIAS

Aparece un término nuevo: **Conductas adictivas: Conductas patológicas, produciendo dependencia tanto con la intervención de sustancias químicas como sin la presencia de ellas.**

### C. ADICCIÓN Y CONDUCTA ADICTIVA

- **Gossop:** En una adicción hay **4 elementos esenciales:**
  1. Un **fuerte deseo o sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular** (especialmente cuando no hay oportunidad).
  2. **Capacidad deteriorada para controlar la conducta.**
  3. **Malestar y angustia emocional cuando la conducta es impedida** o dejada de hacer.
  4. **Persistir de la conducta** a pesar de la evidencia de que es quien produce los problemas.
- **Peele:** La adicción es un estilo de vida.
- **Adicciones negativas:** Juzgadas como perjudiciales para el individuo y la sociedad (gasto compulsivo, comer compulsivo).  
**Adicciones positivas:** Juzgadas como positivas al menos para un grupo determinado y por tiempo determinado (trabajo compulsivo).

### D. VÍA DE ADMINISTRACIÓN

Cuando las drogas se administran por vías que producen efectos placenteros inmediatos, su potencial de adicción es más alto.

**6 vías de administración:**

1. **Oral.**
2. **Pulmonar** inhalada y/o fumada. *Es la que permite que la sustancia llegue con mayor rapidez la cerebro (<10 seg).*
3. **Nasal** (esnifada).
4. **Intravenosa.**
5. **Intramuscular o subcutánea.**
6. **Rectal.**

### E. TOLERANCIA

**Tolerancia:** "Estado de adaptación caracterizado por la **disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga** o por la **necesidad de una mayor dosis para provocar el mismo grado de efecto farmacológico**".

**Tolerancia cruzada:** "Fenómeno en el que se toma una droga y, aparece tolerancia, no solo a esa droga, sino también a otra del mismo tipo (la heroína produce tolerancia cruzada a la morfina).

La tolerancia está muy relacionada con la dependencia.

**Dependencia cruzada:** "Capacidad de una droga para suprimir el síndrome de abstinencia producido por otra (la metadona puede suprimir el de la heroína, los tranquilizantes, la alcohólica).



## CAPITULO 14: DROGODEPENDENCIAS

Es la base de la mayoría de los *métodos de desintoxicación*.

### F. SÍNDROME DE ABSTINENCIA

**Síndrome de abstinencia:** "Conjunto de síntomas y signos que aparecen en una persona dependiente de una sustancia psicoactiva cuando deja bruscamente de consumirla o cuando la cantidad consumida es insuficiente".

**En el caso de los opiáceos se diferencia:**

- **Síndrome de abstinencia agudo:** Síntomas y signos orgánicos y psíquicos que aparecen **inmediatamente después de interrumpir el consumo**. Espectacular pero poco peligroso (en alcohol y barbitúricos son muy peligrosos).
- **Síndrome de abstinencia tardío:** Después de 4-12 días de la aparición del síndrome agudo. Disregulaciones en el sistema neurovegetativo y de las funciones psíquicas básicas, que persisten durante un largo periodo de tiempo (meses o años), después de conseguirse la abstinencia ⇒ Acarrea múltiples problemas al sujeto.
- **Síndrome de abstinencia condicionado** ó *flashback*: Aparición de la sintomatología de un síndrome de abstinencia agudo **en un individuo que ya no consume, al ser reexpuesto a los estímulos ambientales que fueron condicionados al consumo** de la sustancia de la que era dependiente. Riesgo de volver a consumir.

### F. INTOXICACIÓN

**La CIE-10 define la intoxicación aguda:** "Estado transitorio consecutivo a la ingestión de sustancias psicotropas 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 o respuestas fisiológicas o psicológicas".

**Criterios para el diagnóstico de intoxicación según el DSM-IV-TR:** tabla 14.6

### H. POLITOXICOMANÍA ó poliadicción o uso de múltiples sustancias

- El consumidor de heroína o cannabis, también consume sedantes, hipnóticos, ansiolíticos.
- En la actualidad, el fenómeno es normal cuando el consumo principal es una droga ilegal (heroína), por escasear la droga, para contrarrestar los síntomas del síndrome de abstinencia o para incrementar los efectos de la misma. En la práctica, el DSM-IV-TR sugiere que se haga el diagnóstico múltiple cuando dura un periodo de 12 meses como mínimo el sujeto consuma tres sustancias, excepto nicotina y cafeína y cuando no predomina una sustancia sobre otra.

### I. TRASTORNO DUAL

- **Coexistencia de patología psíquica y de algún tipo de dependencia.**
- Difícil de diferenciar si el trastorno se debe al abuso de sustancias psicoactivas o era anterior a dicho abuso.
- Teoría de la automedicación.

**EL DIAGNÓSTICO DE LA DEPENDENCIA Y ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**



## CAPITULO 14: DROGODEPENDENCIAS

- **DSM-IV-TR** ⇒ Criterio más utilizado.

Para realizar el diagnóstico de dependencia de sustancias psicoactivas la persona tiene que cumplir, al menos, tres de los criterios de la tabla 14.7. Lo que caracteriza a este trastorno es un grupo de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el sujeto ha perdido el control sobre el uso de la sustancia.

Las dos características principales de la dependencia son: [Los síntomas de tolerancia y de abstinencia](#).

**Tiene otra categoría para el abuso:** caso en los que hay un uso desadaptativo, pero que no llega a cumplir los criterios diagnósticos de dependencia.

**Criterios para el diagnóstico de abuso:** según DSM-IV-TR: tabla 14.8

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS DISTINTAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

La categoría de trastornos por uso de sustancias psicoactivas se ocupa de los síntomas y cambios conductuales de inadaptación asociados al uso más o menos regular de sustancias psicoactivas. El DSM-IV-TR afirma que estos cambios son indeseables en todas las culturas

- **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.

#### A. 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.



## CAPITULO 14: DROGODEPENDENCIAS

- Disminución del ritmo cardíaco.
- 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.*

### B. 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 cardíaca*. 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.

### C. CANNABIS

- Se consume principalmente la **resina de haschis**, que tiene un **mayor poder adictivo** que la marihuana.
- Existe la creencia de que no produce dependencia o es muy baja, por lo que se consume periódicamente. Sin embargo, la **dependencia** se produce cuando el consumo es diario o casi diario.
- Dado que produce menos efectos físicos que otras drogas, *suele combinarse con alcohol o cocaína*.
- **Síntomas positivos:** *sensación de bienestar, relajación, euforia, adormecimiento y elevación de la actividad sexual*.  
**Otros efectos:** *letargo, anhedonia y problemas de atención y memoria*.

**Camí:** Su consumo produce el "**síndrome amotivacional**", que predispone al consumo de otras drogas.





## CAPITULO 14: DROGODEPENDENCIAS

### D. OPIÁCEOS

- La **heroína y la metadona** tienen **propiedades agonistas** sobre los receptores opiáceos, mientras que la **naloxona y la naltrexona**, las tienen **antagonistas**.
- La heroína se administra fundamentalmente por vía IV. En los últimos años, se utiliza la vía fumada por los riesgos de contagio de enfermedades infecciosas (Sida).
- El consumo regular provoca niveles altos de **tolerancia**.
- El patrón de **dependencia y abuso** se da rápidamente.
- **Efectos:** elevación del estado de ánimo y sensación de bienestar placentera.  
**Otros:** Analgésico eficaz, **depresor respiratorio**, produce **estreñimiento y miosis**.  
Son los efectos similares a la morfina pero con dosis 10 veces menores.  
Frecuentes muertes por sobredosis debido a la depresión respiratoria.  
5 segundos después de inyectarse la heroína aparece el "**flash**", perdurando el efecto durante 6 horas.
- El primer consumo produce **nauseas, vómitos y disforia**. Luego, le siguen los síntomas buscados como placer, euforia y reducción de la ansiedad (**fase de luna de miel**), y, en la siguiente fase, se consume **para encontrarse bien o para evitar el síndrome de abstinencia**.
- **Intoxicación:** Miosis muy intensa, euforia, apatía, irritabilidad o disforia, **retardo psicomotor, somnolencia, lenguaje farfullante, reducción de la atención y deterioro de la capacidad de juicio**. Otros síntomas: bradicardia, hipotensión, hipotermia y analgesia.  
Si es muy intensa, se puede producir sobredosis y muerte.
- El **síndrome de abstinencia** aparece varias horas después de que al individuo le toque la dosis. Punto álgido a los 2-3 días. Desaparece a los 7-10 días.  
**Síntomas:** Semejantes a los de una gripe fuerte: **piloerección, sudoración, lacrimo, bostezos y rinorrea** al principio; diarrea, dolor articular, incremento de la frecuencia respiratoria, vómitos, dilatación pupilar y pérdida de peso.

### E. COCAÍNA

- Comercializada como **clorhidrato de cocaína**.  
Otro preparado: El **speedball**: mezcla de heroína con cocaína (ambas solubles). Es peligroso porque actúan sinérgicamente deprimiendo la función respiratoria.
- **Dos tipos de consumo:**
  1. **Consumo episódico:** Fines de semana, fiestas, ante una sobrecarga de trabajo. "**Colocarse**": Consumir esporádicamente pero dosis altas ⇒ La bajada puede ser intensa y **en ocasiones puede producir síndrome de abstinencia** que dura varios días.
  2. **Consumo crónico** ⇒ Diariamente en dosis moderadas o altas. **Conforme transcurre en tiempo se produce tolerancia** (exige ir incrementando la dosis).
- **Principales efectos:** Euforia, grandiosidad, estado de alerta, agitación psicomotriz, peleas, deterioro de la capacidad de juicio, de la actividad laboral y social.
- El consumidor de cocaína **suele consumir otras drogas con abuso o dependencia, para aliviar los efectos negativos de la intoxicación** por cocaína: depresión, irritabilidad, anhedonia, falta de energía, aislamiento social, disfunción sexual, ideación paranoide y problemas de memoria.
- **Síndrome de abstinencia o crash:** disforia, dolores gastrointestinales, querencia, depresión, trastorno de los patrones de sueño, hipersomnolencia e hiperalgesia.



## CAPITULO 14: DROGODEPENDENCIAS

- Relación entre trastornos afectivos y abuso de cocaína: uso para controlar el humor depresivo ⇒ hipótesis de la automedicación.
- La cocaína produce un **elevado grado de dependencia psicológica y poca dependencia física**.

### F. ALUCINÓGENOS O PSICODÉLICOS

- **Psilocibina, mescalina, LSD-25.**
- **Efectos: Cambios en la percepción (alucinaciones), el pensamiento y el estado de ánimo**, sin producir confusión mental, pérdida de memoria o desorientación temporo-espacial. La primera experiencia resulta aversiva o negativa.
- Se ingieren por **vía oral**.
- Su uso suele ser episódico. Cuando hay un uso continuo se desarrolla **tolerancia**.
- **Efectos agudos del LSD-25:** mareos, debilidad, náuseas, visión borrosa, alteraciones de formas y colores, y agudización del sentido del oído. Alteración del estado de ánimo, dificultad para expresar los pensamientos, despersonalización y alucinaciones visuales.  
**Efectos crónicos del LSD-25:** Estados psicóticos prolongados, depresión, estado de ansiedad crónica y cambios crónicos de personalidad.
- Los alucinógenos tienen, a veces, **reacciones adversas:** **reacción aguda de pánico, alucinaciones desagradables, miedo por las sensaciones experimentadas, estados psicóticos. Flashbacks.**

### G. ANFETAMINAS O SIMPATICOMIMÉTICOS DE ACCIÓN SIMILAR

- Anfetaminas, dextroanfetaminas y metanfetaminas.
- Vía de administración **oral, IV ó nasal**.
- **Efectos: estimulantes del SNC**, similares a los de la cocaína (inicialmente fue utilizado como descongestivo nasal): **elevación del estado de ánimo, disminución de la sensación de fatiga y del apetito**. Posteriormente, surge la **depresión y la fatiga**.  
**La supresión súbita produce los signos contrarios** a la intoxicación: agotamiento, sueño excesivo, apetito voraz y depresión.
- El **consumo** puede ser **episódico o crónico y diario o casi diario**. Se detiene cuando queda físicamente exhausto o no puede obtener más anfetaminas.
- El **síndrome de abstinencia** cuando la dosis es alta, **dura muchos días**.
- Para evitar los efectos negativos de la intoxicación, **suelen consumir, abusar o depender del alcohol, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos**.
- **Efectos conductuales más importantes:** **depresión, irritabilidad, anhedonia, disfunción social, ideación paranoide, alteraciones de la atención y problemas de memoria**. En ocasiones, se incrementa la **agresividad** en el periodo de la intoxicación.

### H. DEPENDENCIA DE FENCICLINA (PCP) Y ARILCICLOHEXILAMINAS DE ACCIÓN SIMILAR

- **PCP, quetamina y tiofeno.**
- **Vía oral, IV, fumada e inhalada.**
- Se comenzó a utilizar como anestésico pero se suprimió por producir **efectos mentales similares a los de los alucinógenos**.



## CAPITULO 14: DROGODEPENDENCIAS

- Se utiliza en dosis altas y de forma episódica.
- **Principales efectos:** *distorsión de las imágenes, cambios en el estado de ánimo, alucinaciones, desorientación, mareo, taquicardia, sudoración e incremento del tono muscular.*

### I. INHALANTES

- El compuesto químico que produce los efectos psicoactivos son los **hidrocarburos alifáticos y aromáticos**, en gasolinas, disolventes, pegamentos, etc.
- Los **efectos** duran sólo unos pocos minutos.  
**Iniciales:** *Similares a la intoxicación alcohólica*, buscando el *rush*, para conseguir de modo rápido un sentimiento de *euforia y desaparición de las inhibiciones*.  
**Posteriormente:** *Sedación, dolor de cabeza y trastornos gastrointestinales*.  
**Si el consumo persiste:** *problemas graves pulmonares y circulatorios, anemia, hepatitis, trastornos del desarrollo, neuropatías*, etc. Complicaciones renales y hepáticas.

### J. SEDANTES, HIPNÓTICOS O ANSIOLÍTICOS

- **Benzodiacepinas, barbitúricos y otras sustancias.**
- Los receptores de benzodiacepinas son parte del complejo GABA.
- Las benzodiacepinas se utilizan para el **tratamiento de la ansiedad** y es el tipo de medicación psicoactiva más comúnmente recetada.
- Son una de las sustancias con mayor potencial de **abuso y dependencia**.
- **Consumo:** Se da básicamente en jóvenes, para **incrementar** (opiáceos) o **disminuir** (cocaína o anfetaminas) el efecto de otras drogas psicoactivas.
- **Vía oral.**
- Fenómeno de **tolerancia**.

## TEORÍAS Y MODELOS EXPLICATIVOS DE LAS DROGODEPENDENCIAS

### A. MODELO MORAL Y MODELO BIOLÓGICO

- Fueron los primeros en utilizarse, hasta la década de los 80.
- Para el **modelo biológico**, **la persona dependía de una sustancia química**, debido a **factores de predisposición biológicos o genéticos**.  
Dentro del modelo biológico se han propuesto explicaciones basadas en:
  - Causas genéticas (alcoholismo).
  - Metabólicos (obesidad).
  - "Noxa" interna para explicar la dependencia de la heroína.Sin embargo, los datos científicos, no explican gran parte de las conductas adictivas.
- El **modelo moral** afirma que **el adicto no es capaz de resistir la tentación por su pobre o baja moralidad**.
- Aunque ambos modelos son **reduccionistas**, la sociedad suele creer en ellos para explicar las conductas adictivas.



## CAPITULO 14: DROGODEPENDENCIAS

### B. HIPÓTESIS DE LA AUTOMEDICACIÓN

- **Los pacientes** que desarrollan trastornos por abuso de drogas, lo hacen porque **sufren trastornos endógenos** con sustrato biológico que, directa o indirectamente, le aboca al **consumo de sustancias psicoactivas como forma de autotratamiento**.
- **El intento repetido y fallido de orientarlos a la abstinencia, se puede clasificar como:**
  1. **Inútil:** Porque la mayoría de las *drogas tienen una mayor rapidez de acción y generan menos efectos indeseables que los fármacos* utilizados en la actualidad.
  2. **Contraproducente:** Porque necesitando consumir y *estando esas sustancias sujetas a la oferta ilegal* que impide conocer la pureza y calidad el individuo se encuentra *abocado a complicaciones infecciosas*.
  3. **Cruel:** Porque se permite que *el autotratamiento que busca le aboque a conductas delictivas y a una posible muerte* por sobredosificación o SIDA.
  4. **Frustrante** para los equipos terapéuticos: Porque suelen tener *recaídas muy frecuentes*.
  5. **Peligroso para la salud pública:** La persistencia en el consumo ilegal y las recaídas compulsivas favorecen el *uso de material inyectable compartido, y por tanto la extensión del contagio por el VIH*.
- Esta hipótesis **se fundamenta** en el **descubrimiento de los receptores opiáceos en el SNC** ⇒ Sugiere que **cualquier sustancia, produce algún efecto en el SNC que implica interactuar con estructuras específicas** ⇒ *La sustancia exógena (heroína, cocaína), actuando repetidamente sobre determinadas estructuras orgánicas, desencadenan una serie de cambios moleculares y funcionales en el SNC, que transforman a un individuo "sano" en "dependiente" (la dependencia no se produce en todas las personas que ingieren la sustancia).*
- **Casas y cols.** sugieren la existencia de **tres tipos de adictos:**
  1. **Pacientes sin trastornos psíquicos concomitantes y con un nivel socioeconómico y cultural medio-alto**, que sabrían donde está el límite y ello les permitiría mantener el equilibrio. Pueden dejar la sustancia pero *vuelven a consumirla por el malestar que les provoca el síndrome de abstinencia*.
  2. **Pacientes sin patología psíquica concomitante pero con un precario nivel socioeconómico y cultural**, que *precisan la sustancia para llevar una vida normal* y suelen conseguirla a través de actos delictivos. No tienen motivación para abandonarla.
  3. **Pacientes con trastornos psíquicos concomitantes** (padecen previamente un trastorno de personalidad). La sustancia les ayuda inicialmente, pero luego les lleva a conductas anárquicas y desestructuradas. Suelen ser obligados a desintoxicarse, recae posteriormente y entra en un círculo vicioso. Al tiempo que se dan cuenta de su imposibilidad para abandonar la sustancia y pueden incrementar los sentimientos autodestructivos siendo impredecible su evolución a largo plazo.
- Aunque ésta hipótesis fue inicialmente planteada para los opiáceos y psicoestimulantes, es aplicable al alcohol.



## CAPITULO 14: DROGODEPENDENCIAS

- 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 la hipótesis**: Se ha encontrado **evidencia parcial en pacientes esquizofrénicos y en personas con trastornos de la personalidad**.
- De confirmarse la hipótesis, tendría repercusiones para la actual discusión sobre la legalización de las drogas.

### C. TEORÍA DEL APRENDIZAJE

Este modelo explica la **conducta** como un **fenómeno de adquisición que sigue las leyes de**:

- **Condicionamiento Clásico** (CC)
- **Condicionamiento Operante** (CO)
- **Aprendizaje social**

#### 1. Condicionamiento Clásico

- **Wikler**, observó que, individuos que habían sido adictos a la heroína, a veces mostraban señales de un síndrome de abstinencia, al que denominó **Síndrome de abstinencia condicionada** ⇒ **Los episodios de abstinencia** (RI) se habrían apareado con **estímulos ambientales** (ECs), por lo que la presencia de éstos o pensar en ellos provocaría una **RC 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** ⇒ **TOLERANCIA CONDUCTUAL** (no sólo depende de la experiencia directa con la droga, sino también de la experiencia con las señales ambientales presentes en el momento de la autoadministración).

Se diferencia de la **Tolerancia disposicional** → *capacidad del organismo para convertir la droga circulante en compuestos inactivos que son excretados*.

También se diferencia de la **Tolerancia farmacodinámica** → La misma cantidad de droga produce un efecto menor a causa de un mecanismo de contraadaptación en el SNC.

**DESARROLLO DE TOLERANCIA CONDUCTUAL (Graña)**: 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 elicit la estimulación ambiental, es de signo opuesto al efecto de la droga (EI), se produce una **RC compensatoria**.
- Si éstas **RC compensatorias** interactúan con los efectos incondicionados de la droga, el resultado será una debilitación progresiva de dichos efectos a medida que las RCs vayan creciendo ⇒ **Tolerancia condicionada**.
- Otro fenómeno: **RCs similares** → efectos subjetivos y fisiológicos similares a los de la heroína que manifiestan algunos adictos cuando se les inyecta en su lugar una solución salina. Aparecen inmediatamente después de una autoadministración (no antes). Este fenómeno ha sido estudiado dentro del **efecto placebo de las drogas**. Se asume que *los efectos similares a la droga o "efectos placebo" han sido condicionados en el pasado mediante la exposición a las drogas bajo circunstancias similares*.

#### 2. Condicionamiento operante



## CAPITULO 14: DROGODEPENDENCIAS

- **Permite explicar la conducta y especialmente la de autoadministración de drogas**, y ha explicado el hecho de que la *probabilidad de ocurrencia de una conducta está determinada por sus consecuencias*.
- **Los opiáceos pueden funcionar eficazmente como:**
  1. **Reforzadores positivos:** distintos estudios han mostrado cómo las drogas son potentes reforzadores positivos. En estos estudios se proporciona morfina en pequeñas dosis con lo que no hay dependencia física dado que había síndrome de abstinencia.
  2. **Reforzadores negativos:** se relaciona con la náusea, típico componente aversivo de la conducta de autoadministración. Este componente aversivo *desaparece con la continua administración de opiáceos*, manifestándose de nuevo todas las características de reforzador positivo una vez establecida la dependencia física.  
Por tanto *la conducta de consumo, es reforzada negativamente e incrementa su probabilidad de ocurrencia no por el estado que genera en el organismo, sino para aliviar el estado de aversividad* (síndrome de abstinencia).

- **Estudio de la interacción del CC – CO.**

En éste tienen gran **relevancia los sucesos ambientales en que ocurre la conducta**: Si éstos son significativos, pueden funcionar como Els que se asocian a otros estímulos ambientales por medio del CC. En el consumo de los opiáceos existen muchos reforzamientos condicionados asociados a la búsqueda, posesión o consumo de la droga.

En general, *un estímulo que está asociado con una conducta determinada en una cadena de respuesta, puede llegar a funcionar como un reforzador condicionado para aquellas conductas que le preceden y como un estímulo discriminativo para la siguiente conducta*.

### 3. La teoría del aprendizaje social

- En la actualidad se acude a la **Teoría de BANDURA** para explicar el consumo de drogas: **Integra el CC, el CO y el Condicionamiento vicario**. *Permite explicar el inicio (en especial), el mantenimiento y el abandono del consumo de drogas*.

Los **SUPUESTOS** en los que se basa son:

1. **La conducta adictiva está mediada por las cogniciones**, compuestas de *expectativas que son creencias sobre los efectos de la conducta de consumo*.
2. **Estas cogniciones están acumuladas a través de la interacción social** en el desarrollo, y, **a través de experiencias con los efectos farmacológicos directos e interpersonales indirectos** de la conducta de consumo
3. **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**.



## CAPITULO 14: DROGODEPENDENCIAS

4. **Los hábitos de consumo se desarrollan:** 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*.
5. La recuperación depende del desarrollo de habilidades de afrontamiento alternativas.
  - **En la fase de adquisición**, tienen gran importancia los **modelos y habilidades de afrontamiento de que disponga la persona** (relaciones familiares, fracaso escolar, habilidades competencia social, disponibilidad droga).
  - **Una vez iniciado el consumo**, las variables que lo mantienen son la **necesidad de incrementar el estado afectivo positivo**.  
También es frecuente el **fenómeno de “escalada”** (primero drogas legales, luego marihuana, después opiáceos...) y utilizar el **consumo como estrategia de afrontamiento ante los problemas cotidianos** o relacionados con el estrés, junto a la carencia de un control personal adecuado.
  - **El individuo se plantea el abandono, cuando se hace consciente de que la droga le hace daño, le afecta a áreas importantes de su vida o se le cruza algún evento vital.**
  - **Para el mantenimiento de la abstinencia** necesitará **apoyo social, y la necesidad de cambio de estilo de vida.**

### 4. El modelo social

- **PEELE: Papel de 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 su propia experiencia adictiva y como responde, tanto a nivel fisiológico, emocional o conductual a la misma** ⇒ **En la adicción influyen:**
  - El modo de enfrentarse al mundo.
  - El modo de verse a sí mismo.Este modo de enfrentarse al mundo viene **determinado por las experiencias pasadas, la personalidad y el entorno social.**
- Las drogas y las conductas que producen adicción se convertirían en *“muletillas” para afrontar mejor la vida* ante situaciones de estrés, ansiedad, dolor, depresión.  
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.
- 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 una sustancia o conductas unas personas se harán adictas y otras no en función de su personalidad, la situación y las motivaciones.**  
El **factor clave** para no convertirse cualquier conducta en adictiva es que la persona sea **capaz de controlarla e introducirla 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 tal como es.



---

CAPITULO 14: DROGODEPENDENCIAS

---

- **Características de una adicción (Peele):**
  1. *Es un continuo.*
  2. *Desvirtúa las otras implicaciones que una persona posee, limitando todos los ámbitos de la vida.*
  3. *No es una experiencia placentera y a ella se llega para eliminar el dolor, sea físico o emocional.*
  4. Es la *incapacidad de escoger el no hacer algo.*
- Según este planteamiento superar la adicción es muy difícil. Al considerar la adicción como un problema existencial, **el tratamiento requiere adquirir nuevos patrones de conducta y reestructurar la personalidad existente**. La curación se daría cuando el individuo, deje atrás su adicción, no dependa de ella y establezca un nuevo modo de relacionarse consigo mismo y con el mundo.

De modo curioso, **Peele** plantea que también **el tratamiento de la adicción puede llegar a convertirse en una adicción en sí misma**: El nuevo poder externo, el terapeuta o el grupo de terapia, pueden tener las mismas características que la conducta adictiva. Lo que se pretende es sustituir una adicción negativa por una adicción positiva que permitirá que el individuo consiga su autonomía y pueda desarrollarse libremente por sí mismo.