

T. 14. DROGODEPENDENCIAS

1. TRASTORNOS POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

- Sustancias psicoactivas: ...con potencial para afectar a todas las esferas del individuo.
- Trastornos:
 - Por consumo:
 - Dependencia
 - Abuso
 - Inducidos por sustancias:
 - Intoxicación
 - Abstinencia
 - Delirium, demencia, T. psicóticos/del estado del ánimo/amnésico/sueño /ansiedad/disfunción sexual

2. TIPOS DE DROGAS

a) LEGALES: Nicotina, alcohol, xantinas (cafeína, teobromina y teofilina).

b) ILEGALES:

- cannabis: marihuana, hachís
- opiáceos: morfina, heroína, metadona, codeína
- coca: cocaína, crack
- alucinógenos: LSD-25
- inhalables o volátiles: bencina, acetona, tolueno, alcohol butílico
- drogas de diseño o de síntesis: meta/anfetaminas y similares (p.ej. éxtasis o MDMA o Droga del amor)
- PCP y similares

c) FÁRMACOS PSICOACTIVOS: sedantes, hipnóticos, ansiolíticos.

3. EPIDEMIOLOGÍA

- La que más mata: 1º el tabaco; 2ª el alcohol
- La que causa más problemas: el alcohol
- La que causa más alarma social: la heroína
- La más consumida: el alcohol
- La ilegal más consumida: 1º cannabis; 2ª cocaína (somos el 1^{er} país de la UE)

- En general, el consumo sigue aumentando [- riesgo percibido (alcohol, cannabis,

hipnosedantes) y + disponibilidad (cocaína y cannabis)]. Excepción: cierto descenso en éxtasis.

- Más en hombres, a excepción de los hipnosedantes y la nicotina entre 14 y los 18 años.

4. EJEMPLOS DE CLASIFICACIÓN

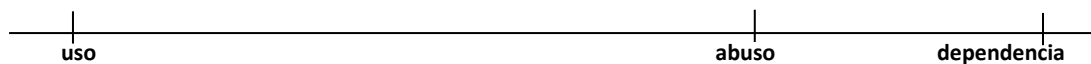
Por características comunes:

- Alcohol ≈ sedantes, ansiolíticos, hipnóticos.
- Alucinógenos ≈ fenciclidina (PCP) o arilciclohexilaminas de acción similar.
- Cocaína ≈ anfetaminas o simpaticomiméticos de acción similar.

Por efectos en el SNC:

- ESTIMULANTES: cocaína, anfetaminas, xantinas (cafeína, teobromina y teofilina) y nicotina.
- DEPRESORES: Alcohol, opiáceos, ansiolíticos e hipnosedantes.
- PERTURBACIÓN DE LA VISIÓN: marihuana y LSD.

5. ACLARANDO CONCEPTOS



USO: ...no acarrea consecuencias negativas; consumos esporádicos, dosis moderadas.

ABUSO: ... uso continuado a pesar de las consecuencias negativas

OMS: “uso excesivo, esporádico o persistente, no relacionado con una práctica médica aceptable”

- uso desaprobado
- uso peligroso: conducta de riesgo
- uso desadaptativo: daño en el funcionamiento social o ps.
- uso nocivo: la consume sabiendo que puede causar daño físico o EM

DSM-IV-TR: Patrón desadaptativo de consumo...deterioro o malestar clínicamente significativos:

1
12 meses

- ... incumplimiento de obligaciones
- ... en situaciones físicamente peligrosas
- ...problemas legales
- ...a pesar de los problemas sociales causados

DEPENDENCIA: ...uso excesivo con consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio periodo.

Las dos características principales de la dependencia son la tolerancia y la abstinencia.

CIE-10: Conj. de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas ... el consumo adquiere máxima importancia. Se manifiesta en el deseo, a veces insuperable, de ingerirlas.

3

12 meses

- deseo/compulsión
- ↓ cap. de control (comienzo, fin, cantidad)
- Síndrome de abstinencia
- Tolerancia
- Abandono de aficiones ; +tº para las drogas (obtener, ingerir, recuperar)
- Persistencia en el consumo a pesar de sus efectos.

DSM- IV- TR: Patrón desadaptativo de consumo...deterioro o malestar clínicamente significativos:

3

12 meses

- Tolerancia
- Abstinencia
- ... en cantidades mayores o durante más tiempo del pretendido
- Deseo persistente o esfuerzos infructuosos por controlarla o dejarla
- Dedicación de mucho tiempo
- Reducción de otras actividades
- Persistencia en el consumo a pesar de ser consciente de...

DEPENDENCIA = Dependencia física + Dependencia psíquica o psicológica + Dependencia social

Abstinencia	Impulso psíquico a	cultura grupal
Tolerancia	buscar placer o evitar	
Neuroadaptación	malestar	

DEPENDENCIA CRUZADA: Capacidad de una droga para suprimir el S. de abstinencia de otra.

Metadona → a la abstinencia de heroína
Tranquilizantes → a la abstinencia alcohólica

En la base de la mayoría de los métodos de desintoxicación

POTENCIAL ADICTIVO DE UNA DROGA = su capacidad para producir dependencia.
¡¡Cafeína: nada.

CONDUCTA ADICTIVA: drogas, juego patológico, trabajo, deporte, sexo, comer, gastar, móvil, internet...

GOSSOP:

- Fuerte deseo (compulsión) a realizarla
- ↓ cap. de control (inicio, fin, cantidad) ----> ineficacia
- Malestar, angustia cuando la no realiza
- Persistencia a pesar de...

PEELE: La adicción es un estilo de vida.

TOLERANCIA: Estado de adaptación... disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o necesidad de dosis mayores y con más frecuencia para obtener el mismo efecto.

TOLERANCIA CRUZADA: Respuesta de tolerancia no solo a esa droga, sino también a otra/s.
Metadona/morfina — Heroína
Alcohol — Barbitúricos

VÍA DE ADMINISTRACIÓN: Influye en la peligrosidad y en su potencial adictivo: más adicción cuanto más rápida.

De las seis vías, la pulmonar es la más rápida (-10")

SINDROME DE ABSTINENCIA (SA): Conjunto de SS que aparece en una persona dependiente cuando deja bruscamente de consumir o la cantidad es insuficiente.

En opiáceos:

- SA agudo: inmediatamente después de interrumpir; Espectacular y poco peligroso (vs alcohol y barbitúricos: -espectacular y muy peligrosos)
- SA tardío: tras 4-12 días del SA ; a meses/años tras la abstinencia.
Alteraciones del S.N. Neurovegetativo, y de funciones psíquicas básicas.
- SA condicionado: sintomatología de SA agudo en una persona que ya no consume al ser expuesto a estímulos discriminativos.
Seguido de gran ansiedad y miedo; riesgo de recaída. También se conoce como "flashback"

INTOXICACIÓN: Estado transitorio que sigue a la ingestión de drogas y que se manifiesta a través de diversas alteraciones.

Características: hay desadaptación conductual y un cuadro específico para cada sustancia.

POLITOXICOMANÍA: Consumo de más de una droga (por escasez, para aumentar efectos, para el SA)

DSM-IV-TR: Diagnóstico múltiple de abuso de sustancias cuando:

- Mínimo de 3 sustancias (excepto cafeína y nicotina)
- Durante 1 año.
- No hay predominio de una.

TRASTORNO DUAL: Coexistencia de patología psíquica y de algún tipo de dependencia.

Explicación: la teoría de la automedicación.

6. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE DISTINTAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Diferenciar (DSM):

- T. por uso de sustancias psicoactivas: efectos conductuales desadaptativos.
- T. mentales orgánicos inducidos por sustancias psicoactivas: efectos directos (agudos o crónicos) de tales sustancias sobre el SNC.

En la práctica, lo frecuente es ver los dos.

6.1. NICOTINA

- No: abuso ni intoxicación.
- Sí: Dependencia y abstinencia
 - Alto poder adictivo. Semejante a la heroína o la cocaína. Si bien, no acarrea problemas en el área laboral, familiar o social.
 - Vida media de la nicotina: 30-120 minutos.
 - Síntomas más importantes del síndrome de abstinencia:
 - Insomnio.
 - Estado de ánimo disfórico o depresivo.
 - Irritación, frustración o ira.
 - Ansiedad.
 - Dificultad de concentración.
 - Inquietud.
 - Disminución del ritmo cardiaco.
 - Aumento del apetito y del peso.

En etapas medias de la vida, especialmente **entre los 40 y los 50 años**, acarrea, en un porcentaje importante de fumadores, graves problemas de salud (alta incidencia en cáncer del pulmón, enfisema, bronquitis crónica, problemas circulatorios...)

Otros datos:

- El tabaco provoca el 15% de las muertes anuales (1/7 muertes diarias).
- Consumo en España: 30%
- Casi el 100% de los adictos a la heroína y cocaína son fumadores de tabaco.
- Si se deja de golpe: 90% de recaídas.
- Tabla (pág. 382): no hay trastornos asociados (de los trastornos contemplados).

6.2.CAFEINA (es una XANTINA. Este concepto también incluye la teobromina (chocolate), teofilina (té))

- Se encuentra en distintos productos: café, té, chocolate, bebidas de cola, medicamentos.
- Tiene propiedades **estimulantes**.
- La vida media tras su ingestión oscila entre 3 y 7 horas.
- NO: abuso, dependencia, abstinencia.
- SÍ: Intoxicación.

La intoxicación por cafeína puede darse a partir de 250 mg (unas 2-3 tazas al día). Normalmente los síntomas de intoxicación surgen con más de 4-7 tazas de café o 7-9 tazas de té. Aunque dependerá de las características de cada persona, su nivel de tolerancia y la interacción de la cafeína con otras sustancias. Efectos:

- **Con más de 1000 mg. diarios (7-10 tazas diarias):** contracciones musculares, periodos de actividad incansable, agitación psicomotriz, habla y pensamientos confusos y arritmia cardiaca.
- Dosis más elevadas: ligeras perturbaciones sensoriales como silbidos en los oídos y destellos de luz.
- Dosis de **más de 10 g.:** crisis epilépticas de gran mal o incluso la muerte por fallo respiratorio.

Otros datos:

- Los problemas clínicos más importantes relacionados con el abuso (consumo prolongado) de la cafeína son la aparición de sintomatología semejante a la de los distintos trastornos de ansiedad y reacciones de pánico o ataques de pánico.
- Se considera que el cafeinismo afecta al 10% de la población, aunque generalmente se confunde con el trastorno de ansiedad generalizada o con otros trastornos de ansiedad.
- Puede exacerbar T. previos de ansiedad (precipitar ataques de pánico, incrementar la sintomatología agorafóbica...)
- Consumo normal de café: debajo de 600mg.
- Tabla: T. de ansiedad (I) y T. de sueño (I)

6.3. CANNABIS

Se consume principalmente la **resina de hachís** que tiene un mayor poder adictivo que la marihuana.

- NO: Abstinencia
 - o Aunque Sí dependencia cuando el consumo es diario o casi diario.
- En casos de abuso (consumo episódico): conducta desadaptativa (conducir bajo los efectos de la intoxicación).
- Los síntomas más característicos son: sensación de bienestar, relajación, euforia, adormecimiento y elevación de la actividad sexual. También letargo, anhedonia y problemas de atención y memoria.

Los efectos varían de modo importante en cada individuo. La subjetividad es a veces más importante que la cantidad.

Otros datos:

- **Droga de mayor consumo entre las ilegales.**
- Dado que produce menos efectos físicos que otras drogas, suele combinarse con alcohol o cocaína.
- **Camí:** su consumo contribuye al síndrome amotivacional y predispone al consumo de otras drogas.
- Tabla: delirium (I), T. psicóticos (I), T. de ansiedad (I).

6.4. OPIÁCEOS (Incluye: heroína, morfina, metadona, codeína...).

HEROÍNA:

- La heroína y la metadona tienen propiedades agonistas sobre los receptores opiáceos, mientras que la naloxona y la naltrexona las tienen antagonistas.
 - o La buprenorfina tiene propiedades mixtas.
- La heroína se administra fundamentalmente por vía intravenosa, aunque también puede ser fumada y esnifada. En los últimos años, se utiliza la vía fumada por los riesgos de contagio de enfermedades infecciosas.
- Su consumo regular provoca niveles altos de **tolerancia** y rápida **dependencia. Es muy adictiva.**

Los estudios realizados con morfinómanos indican:

- Elevación el estado de ánimo, sensación placentera de bienestar asociada a su consumo y analgésico.
- Produce un intenso estreñimiento y la característica miosis o constricción pupilar (I)
- También potente depresor de los centros respiratorios y la tos.
 - ¡¡Frecuentes muertes por sobredosis debido a la depresión respiratoria. En muchos casos la sobredosis se produce por la pureza de la heroína.

Evolución del efecto:

- Primer consumo: náuseas, vómitos, disforia.
- Después viene “la luna de miel”: placer, euforia y reducción de la ansiedad.
- Y tras ella, se consume para encontrarse bien o evitar el síndrome de abstinencia.

Síntomas característicos de la **Intoxicación**:

- Miosis intensa (pupilas en punta de alfiler), junto con 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, estreñimiento pertinaz.
- Cuando la intoxicación es muy intensa se puede producir la sobredosis y con ella la muerte.

El **síndrome de abstinencia** aparece horas después de que toque la dosis, alcanza su punto álgido a los dos o tres días, y desaparece después de siete a diez días.

Los signos y síntomas del S.A. son semejantes a una gripe fuerte:

- Al principio: piloerección, sudoración, lacrimo, bostezos y rinorrea.
- Luego: diarrea, dolor generalizado en las articulaciones, incremento de la frecuencia respiratoria, vómitos, dilatación pupilar y pérdida de peso.

Otros datos:

- La heroína tiene efectos similares a la morfina, pero con 1 dosis 10 veces menor.
- En un período de tiempo no superior a 5 seg. después de inyectarse la heroína aparece *el flash* perdurando el efecto durante 6 horas.

6.5. COCAÍNA

- Comercializada como clorhidrato de cocaína.
- El modo más rápido de absorción de la cocaína es **fumada**: llega al cerebro en pocos segundos.
- **Speedball**: mezcla de heroína con cocaína. Peligroso porque ambas sustancias actúan sinérgicamente deprimiendo la función respiratoria.

Tipos de consumo:

- 1). **Consumo episódico**: fines de semana, fiestas, ante una sobrecarga de trabajo... A veces se "coloca" (=consumir esporádicamente pero dosis altas). En estos casos, la bajada puede ser intensa y en ocasiones puede producir S.A. que dura varios días.
- 2). **Consumo crónico**: diariamente en dosis moderadas o altas. Conforme transcurre en tiempo se produce **tolerancia** y esto exige ir incrementando la dosis. Al final, se consume para evitar el S.A.

Principales efectos (I): 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 como alcohol, hipnóticos o ansiolíticos para **tratar de aliviar los efectos negativos** de la intoxicación por cocaína.
- Efectos de la abstinencia: depresión, irritabilidad, anhedonia, falta de energía, aislamiento social, disfunción sexual, ideación paranoide, alteraciones de la atención y problemas de memoria.

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 (*craving*), depresión, trastorno de los patrones del sueño, hipersomnolencia e hiperalgesia.

- Se ha encontrado relación entre los trastornos afectivos y el abuso de cocaína, lo que sugiere el uso de la cocaína como forma de control del humor depresivo (hipótesis de la automedicación).
- Los síntomas de abstinencia no dejan ninguna secuela fisiológica, aunque los síntomas como disforia, falta de energía y anhedonia pueden durar de 1 –10 semanas.

Otros datos:

- **La cocaína produce un elevadísimo grado de dependencia psicológica y poca física.**
- Tabla: Delirium (I), T. Psicóticos (I), T. Ánimo (I/A), T. de Ansiedad (I/A), Disfunción sexual (I), T. del sueño (I/A).

6.6. ALUCINÓGENOS (Psikedélicos, psicodélicos o psicotomiméticos)

Existen catalogadas más de 100 especies de alucinógenas en el mundo vegetal. Destacan:

- **Psilocibina:** sustancia activa de algunos hongos alucinógenos.
- **Mescalina:** sustancia activa del peyote.
- **LSD-25.**

Los alucinógenos producen cambios en la percepción, el pensamiento y el estado de ánimo, sin producir confusión mental, pérdida de memoria o desorientación en el espacio y tiempo.

Las **alucinaciones se ven influidas por las expectativas del sujeto.**

- Se ingieren por **vía oral**.
- Su uso suele ser **episódico**.
- **La primera experiencia** con los alucinógenos resulta aversiva o negativa. Por lo que muchos no repiten.
- Cuando hay un **uso continuo** se desarrolla rápidamente la **tolerancia**. Pero **NO** hay **abstinencia**.
- La importancia de “un guía”.

El **LSD-25** produce:

- **Efectos agudos:** mareos, debilidad, náuseas y visión borrosa. 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.
- **Efectos crónicos:** estados psicóticos prolongados, depresión, estado de ansiedad crónica y cambios crónicos de la personalidad.
 ¡¡ Algunos pueden seguir sufriendo sus efectos durante meses o años, especialmente T. perceptivos (=percibir con mayor intensidad colores y sabores) y flashback.

Los alucinógenos tienen a veces **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 presente el consumo de la sustancia.

Otros datos:

- Tabla: Delirium (I), T. Psicóticos (I), T. del ánimo (I), T. de ansiedad (I)

6.7. ANFETAMINAS o SIMPATOMIMÉTICOS DE ACCIÓN SIMILAR

Anfetaminas, dextroanfetaminas, metanfetaminas y las de estructura similar (como el metilfenidato) o que suprimen el apetito.

- Las anfetaminas son, como la cocaína, **estimulantes** del SNC.
- **Vía** de administración: oral, intravenosa o nasal (metanfetaminas).

Sus principales efectos son elevación del estado de ánimo, disminución de la sensación de fatiga y del apetito. Finalizados estos efectos estimulantes iniciales devienen la depresión y la fatiga.

Efectos conductuales más importantes: depresión, irritabilidad, anhedonia, disfunción social, ideación paranoide, alteraciones de la atención y problemas de memoria. En ocasiones, al igual que la cocaína, se incrementa la agresividad en el periodo de la intoxicación.

Para evitar los efectos negativos de la intoxicación, suelen consumir, abusar o depender del alcohol, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

La supresión súbita del consumo provoca la aparición de **signos contrarios** a la intoxicación: agotamiento, sueño excesivo, apetito voraz y depresión.

El **síndrome de abstinencia** cuando la dosis es alta, dura muchos días.

Otros datos:

- El consumo puede ser episódico o crónico y diario o casi diario. Se detiene cuando queda físicamente exhausto o no puede obtener más anfetaminas.
- Tabla: Delirium (I), T. psicóticos (I), T. del ánimo (I/A), T. de ansiedad (I), Disfunción sexual (I) y T. del sueño (I/A).

6.8. FENCICLIDINA (PCP o polvo de ángel) y ARILCICLOHEXILAMINAS DE ACCIÓN SIMILAR (p.ej. quetamina y tiofeno)

Se incluyen la fenciclidina (PCP) y aquellos compuestos que actúan de forma similar, la quetamina y tiofeno.

Principales efectos: distorsión de las imágenes, cambios en el estado de ánimo, alucinaciones, desorientación, mareo, taquicardia, sudoración e incremento del tono muscular.

- Propiedades euforizantes.
- Administración: vía oral, intravenosa, fumada e inhalada.
- El PCP o polvo de ángel se comenzó a utilizar como anestésico. En el 57 fue suspendido su uso por sus efectos secundarios (= estado mental similar al de los alucinógenos)
- Son **raras** las **dependencias**. Y **NO abstinencia**.
- Tablas: Delirium (I), T. psicóticos (I), T. del ánimo (I) y T. de ansiedad (I).

6.9. INHALANTES

El compuesto químico que produce los efectos psicoactivos **son los hidrocarburos alifáticos y aromáticos** que se encuentran en gasolina, pinturas y disolventes (como el tolueno y benceno). También en pegamentos y aerosoles.

- Es la droga de los pobres y de los marginados (también de los operarios). Su obtención es fácil y gratuita o de muy bajo coste.
- El consumo suele comenzar a una **edad muy joven**.
- Administración: inhalados por nariz o boca.
- La duración de sus **efectos es corta** (pocos minutos).

Los efectos psicoactivos:

- Inicialmente 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 estado 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 físicos y mentales más graves.

Problemas de tipo pulmonar, circulatorio, anemia, hepatitis, trastornos del desarrollo, neuropatías, etc. Las complicaciones renales y hepáticas son frecuentes.

Otros datos:

- Tabla: Demencia (persistencia), T. psicóticos (I), T. del ánimo (I), T. de ansiedad (I)

6.10. SEDANTES, HIPNÓTICOS O ANSIOLÍTICOS

Benzodiacepinas, barbitúricos y otras sustancias.

- Tienen el potencial de producir síndromes de intoxicación y abstinencia.
- Una de las sustancias de mayor potencial de abuso y dependencia.
- Ingestión: 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 de 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.

Otros datos:

- Las benzodiacepinas se utilizan para el tratamiento de la ansiedad y **es el tipo de medicación psicoactiva más comúnmente recetada**. La más utilizada es el diazepam (valium).
- Su consumo se da básicamente en jóvenes, para incrementar (opiáceos) o disminuir (cocaína o anfetaminas) el efecto de otras drogas psicoactivas.

- Diferenciar la dependencia física “normal” de la dependencia “real” o síndrome de dependencia.
- Tabla: Delirium (I/A), demencia (persistencia), T. amnésicos (persistencia), T. psicóticos (I/A), T. ánimo (I/A), T. de ansiedad (A), Disfunción sexual (I) y T. del sueño (I/A).

7. TEORÍAS Y MODELOS

Hasta los años 80:

- **Modelo moral**

Sostenía que el adicto no era capaz de resistir la tentación por su pobre o baja moralidad.

- **Modelo médico**

Sostenían que la persona dependía de una sustancia química, debido a factores de predisposición biológicos o genéticos. P.ej.:

- Causas genéticas: alcoholismo.
- Metabólicos: obesidad.
- Noxa interna: heroína.

Sin embargo, los datos científicos no explican gran parte de las conductas adictivas.

Aunque ambos modelos son reduccionistas, la sociedad suele creer en ellos para explicar las conductas adictivas.

A partir de entonces:

1. El modelo de la automedicación (Casas)

Idea: una gran parte de 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.

Por tanto, en muchos de ellos, el intento repetido de “desengancharlos” es inútil, frustrante; contraproducente, cruel, peligroso para la salud pública.

La sustancia exógena, actuando repetidamente sobre determinadas estructuras orgánicas, desencadenan una serie de cambios moleculares y funcionales en el SNC que transforman a un individuo sano en un individuo dependiente. Pero la dependencia no se produce en todas las persona que ingieren la sustancia.

La hipótesis de la automedicación ayudaría a explicar el por qué unos van a hacerse dependientes y otros no.

Sugieren la existencia de tres tipos de adictos:

1. **Sin** trastornos psíquicos concomitantes y con un **buen** nivel socioeconómico y cultural.
 - Pueden llegar a tener un equilibrio estable con la dependencia (saben dónde está el límite), 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 por el malestar (S. abstinencia).

- No acuden nunca a tratamiento, ni a centros públicos ni privados.
- 2. **Sin** patología psíquica concomitante, pero con un **precario** nivel socioeconómico y cultural.
 - Precisan la sustancia para llevar una vida normal y suelen conseguirla a través de actos delictivos.
 - Cuando acuden a tratamiento lo hacen por motivos económicos o por apreciar un fuerte incremento de la tolerancia.
 - Si deja esta sustancia tiende a abusar de otras distintas.
- 3. **Con** trastornos psíquicos concomitantes.
 - Padecen previamente un trastorno de personalidad. La sustancia les ayuda inicialmente, pero luego les lleva a conductas 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.
 - Se da cuenta de la imposibilidad de dejarla, resultando impredecible su evolución.

Aunque esta hipótesis fue inicialmente planteada para los opiáceos y psicoestimulantes, es también aplicable al alcohol y a la nicotina.

Lo que viene a plantear esta hipótesis es que el consumo de drogas es una tentativa evasiva y equivocada de autoterapia: aunque el consumo equilibra a quien la utiliza, a largo plazo es contraproducente.

2. T^a del aprendizaje:

2.1. Condicionamiento clásico:

- **Wikler: Síndrome de la abstinencia condicionada.**

El síndrome de abstinencia condicionada implica que los episodios de abstinencia (RI) se habrían apareado con estímulos ambientales (EC). Esto implica que la presencia de estos estímulos o el hecho de pensar en ellos puede provocar una RC de abstinencia.

- **Siegel: Tolerancia conductual/farmacodinámica/disposicional**

- Tolerancia disposicional: capacidad del organismo para convertir la droga circulante por el torrente sanguíneo en compuestos inactivos que son excretados
- Tolerancia farmacológica: 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.
- Tolerancia conductual, a diferencia de las anteriores, no solo depende de la experiencia directa con la droga, sino también de la experiencia con las señales ambientales que están presentes en el momento de la autoadministración de la sustancia.

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 se produce una RC compensatoria.

Si la RC compensatoria interactúa con los efectos incondicionados de la droga, el resultado será una debilitación progresiva de dichos efectos a medida que las RC vayan creciendo. Esta atenuación de los efectos de la droga se denomina: tolerancia condicionada.

- **O'Brien: Respuestas condicionadas similares o el efecto placebo de las drogas.**

Se ha observado que algunas personas 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 aparecen inmediatamente después de una autoadministración y no en los momentos anteriores a la inyección.

2.2. Condicionamiento operante: reforzadores positivos y negativos

- Permite explicar la conducta y especialmente la de autoadministración de drogas.
- Ha explicado el hecho de que la probabilidad de ocurrencia de una conducta está determinada por sus consecuencias.
- La droga es un potente reforzador.
- Los opiáceos pueden funcionar eficazmente como:
 - **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 no había síndrome de abstinencia.
 - **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 al aliviar el estado de aversividad (síndrome de abstinencia).

2.3. Condicionamiento clásico y operante: encadenamiento

- Gran importancia a los sucesos ambientales en que ocurre la conducta: sucesos ambientales significativos pueden funcionar como El 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 en la secuencia.

3. T^a del aprendizaje social (Bandura, Schippers)

- En la actualidad se acude a esta teoría para explicar el consumo de drogas. Al integrar el condicionamiento clásico, operante y vicario, permite explicar el inicio, el mantenimiento y el abandono del consumo de drogas, siendo especialmente indicado para explicar el inicio.
- Los supuestos de la teoría del aprendizaje social acerca de las conductas adictivas son:
 - 1). La conducta adictiva está mediada por las cogniciones (creencias sobre los efectos de la conducta de consumo)
 - 2). Estas cogniciones están acumuladas a través de la interacción social y a través de las experiencias con los efectos farmacológicos directos e interpersonales indirectos de la conducta de consumo, por el otro.
 - 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.
 - 4). 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.
 - 5). La recuperación depende del desarrollo de habilidades de afrontamiento alternativas.
- En la fase de adquisición tienen gran importancia los modelos y las habilidades de afrontamiento de que disponga la persona: relaciones familiares, fracaso escolar, presión social, habilidades, disponibilidad de la droga...

Una vez iniciado el consumo, las variables que lo mantienen son distintas, p.ej., la necesidad de incrementar el estado afectivo. Por otro lado, utilizar el consumo como una estrategia de afrontamiento ante los problemas cotidianos o relacionados con el estrés, junto a la carencia de un control personal adecuado, facilitan el mantenimiento de la conducta.

También es frecuente el **fenómeno de escalada**; esto es, antes de un consumo de drogas ilegales se ha dado previamente un consumo de drogas legales, luego marihuana para pasar a opiáceos o a otras drogas.

El individuo se plantea dejarla cuando es consciente de que la droga le hace daño o afecta áreas importantes de su vida o le suceda algún evento vital (muerte de un amigo por sobredosis).

El apoyo social y la necesidad de realizar cambios en su estilo de vida facilitan el mantenimiento de la abstinencia.

4. El modelo social: Peele

Peele ha propuesto 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 caracteriza por ser dependiente (no por la sustancia, sino por el impulso de depender) y por su pasividad, siendo esta la esencia de la adicción.

La adicción suele comenzar para escapar del dolor, sea físico o emocional, proporcionando alivio del mismo. Como fuera de la adicción se experimenta 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.

- Presta especial atención al alcohol, al que une con la masculinidad y el poder: el alcohol deja a un lado las inhibiciones y ansiedades e incrementa el valor.
- 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 clave es que la persona sea capaz de controlarla e introducirla y acomodarla 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.
- La adicción es un problema de la persona, no de la droga.
- Las características que tiene una adicción son cuatro:
 - 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 habitualmente se llega para eliminar el dolor 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. Tener la capacidad de escoger libremente por uno mismo.
- 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. Implicaría sustituir una adicción negativa por una adicción positiva que permitiría que el individuo consiga su autonomía y pueda desarrollarse libremente por sí mismo.