

PREVENCIÓN DE CONDUCTAS ADICTIVAS

M^a Jesús Benlloch Sanchis

Adicciones

- Def OMS → **La adicción es un trastorno mental y del comportamiento**, reconocido en las clasificaciones internacionales como la **dependencia de sustancias o trastornos por uso de sustancias**, caracterizado por un deseo fuerte y a veces irresistible de consumir una sustancia, dificultad para controlar su uso, persistencia en el consumo pese a consecuencias dañinas, mayor tolerancia y, en ocasiones, un estado de abstinencia física.

Adicciones

- ❑ 📌 *Nota:* La OMS ya no utiliza tanto el término "adicción" en sus documentos técnicos actuales, y prefiere hablar de "**trastornos por consumo de sustancias**" o "**trastornos adictivos**", para evitar estigmatizar a las personas afectadas.

Definición

- **Adicción** es un trastorno del cerebro que implica el uso compulsivo de una sustancia (como drogas o alcohol) o la realización de una conducta (como el juego o el uso de internet), con una pérdida de control sobre ese comportamiento, y una fuerte tendencia a la recaída.

Características

- ❑ **Deseo intenso (craving):** una necesidad urgente de consumir la sustancia o realizar la conducta.
- ❑ **Pérdida de control:** incapacidad para limitar el uso o el tiempo dedicado.
- ❑ **Tolerancia:** necesidad de aumentar la dosis o la intensidad para lograr el mismo efecto.

Pepita 'Nuggets' Animación sobre los efectos de las drogas

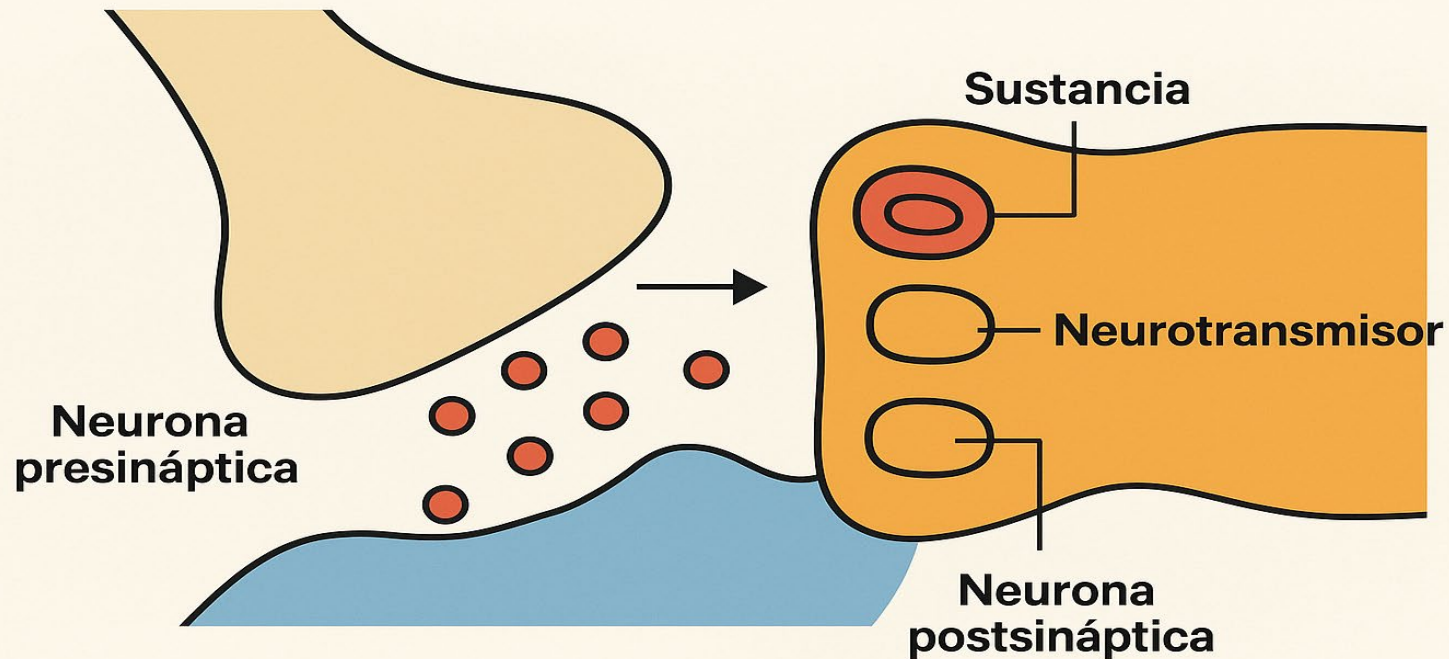
- ❑ **Síndrome de abstinencia:** síntomas físicos o emocionales al interrumpir el uso.
- ❑ **Consecuencias negativas:** impacto en la salud, relaciones, trabajo o estudios.

Tipos de adicciones

Sustancias	conductuales
Alcohol Nicotina Medicamentos recetados Drogas ilícitas	Compras compulsivas Uso de internet Ludopatía Comida (anorexia/bulimia) Ejercicio (borexia) Sexo (Ninfomanía y satiriasis; porno)

¿Cómo funcionan las sustancias/conductas en nuestro cerebro?

CÓMO FUNCIONAN LAS SUSTANCIAS PARA ENGAÑAR AL CEREBRO



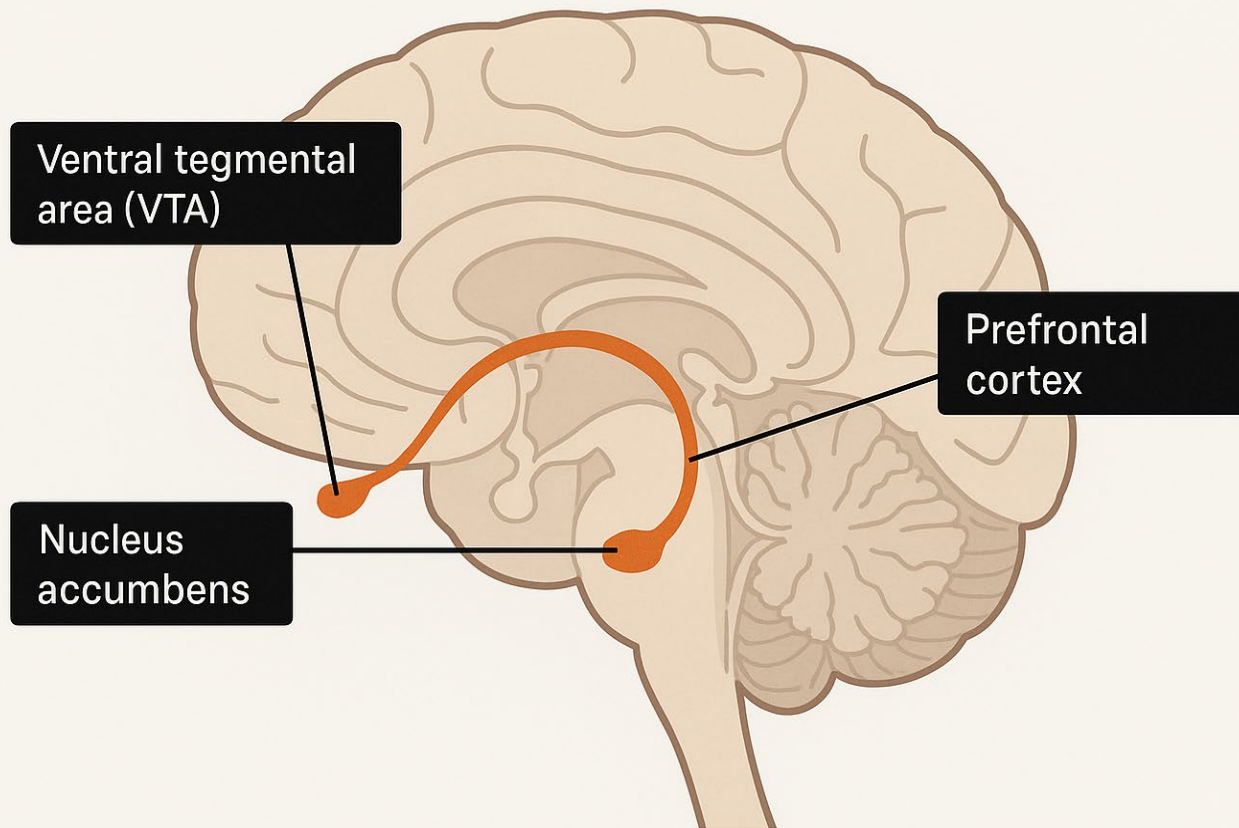
¿Cómo funcionan las sustancias /conductas entre nuestro cerebro?

- 1° La neurona presináptica libera neurotransmisores, estos viajan por el espacio sináptico y se conectan de nuevo con la siguiente neurona. Transmiten mensajes: placer, miedo...
- 2° Las sustancias o conductas imitan a los neurotransmisores o hacen que se liberen en exceso. De hecho, en el caso de las sustancias se meten en el lugar del neurotransmisor. La VTA se activa y empieza a liberar dopamina.
- De esta forma se engaña al cerebro porque la sustancia activa los receptores como si fuera un mensaje natural pero luego lo hace con un carácter más fuerte o con la necesidad de hacerlo más seguido.

- 3° Se genera una sensación de placer o recompensar. Liberando “excesiva” dopamina (núcleo accumbens).
- 4° El cerebro se acostumbra al estímulo. La corteza prefrontal se debilita y pierde el control. Pierde la tolerancia (necesita más para sentir lo mismo) reduce la dopamina natural porque la recibe del exterior. Sin la sustancia llega la abstinencia, ansiedad o depresión.
- 5° Aparece la adicción → la persona pierde el control. Busca repetir la experiencia aunque le cause daño. El cerebro se reprograma para dar prioridad a la sustancia o conducta. Incluso por encima de necesidades vitales.

Partes del cerebro: viaje de la dopamina

MESOLIMBIC DOPAMINERGIC SYSTEM



¿Cómo funcionan las drogas?

- Así Cambia tu CEREBRO cuando Consumes DROGAS @drogopedia | E35
- **iojo!** Drogopedia: Mezclas y Riesgos - Guía Interactiva

Tipos de drogas



Clasificación de las drogas

Según los efectos que generan en nuestro sistema nervioso central, las drogas se pueden clasificar en los siguientes grupos:

- Estimulantes. Alucinógenas. Depresoras.

ESTIMULANTES	DEPRESORAS	ALUCINÓGENAS
Aceleran el funcionamiento habitual del cerebro, provocando un estado de activación que puede ir desde una mayor dificultad para dormir, hasta estados de hiperactividad	Enlentecen el funcionamiento cerebral provocando acciones que van desde la desinhibición hasta el coma, en un proceso progresivo de adormecimiento cerebral	Alteran el funcionamiento del del cerebro dando lugar a distorsiones perceptivas o alucinógenas
Mayores: • Anfetaminas • Cocaína Menores: • Nicotina • Cafeína	• Alcohol • Ansiolíticos • Opiáceos • Hipnóticos • Solventes	• Hongos psilocibes • LSD • Floripón • Derivados del cannabis

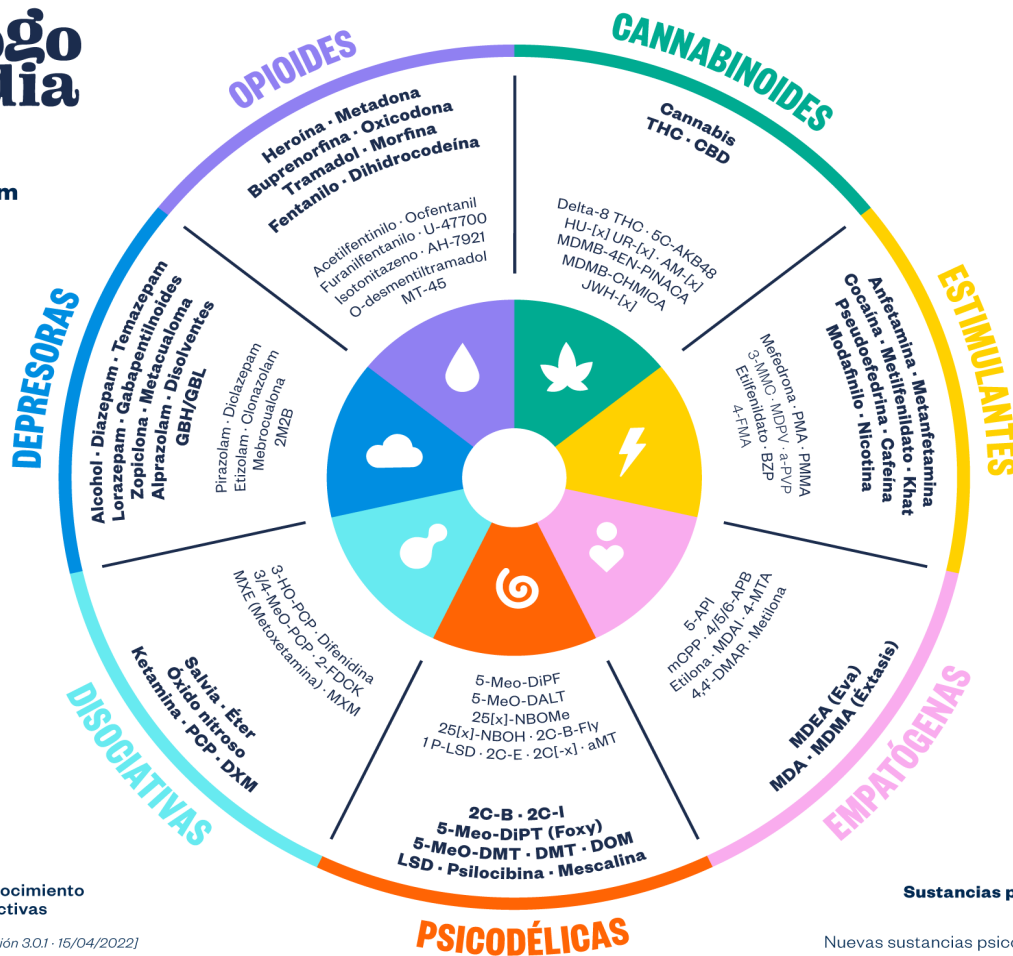
Las drogas son sustancias que modifican el normal funcionamiento del sistema nervioso y crean adicción. Actualmente, el consumo de drogas es considerado un problema importante de salud en la población. Sin embargo no todas las drogas son iguales ni producen los mismos efectos.

Tipos de drogas



Más info en:
ladrogopedia.com

@drogopedia



LA
rueda
DE LAS DROGAS

Un nuevo modelo de conocimiento
sobre sustancias psicoactivas

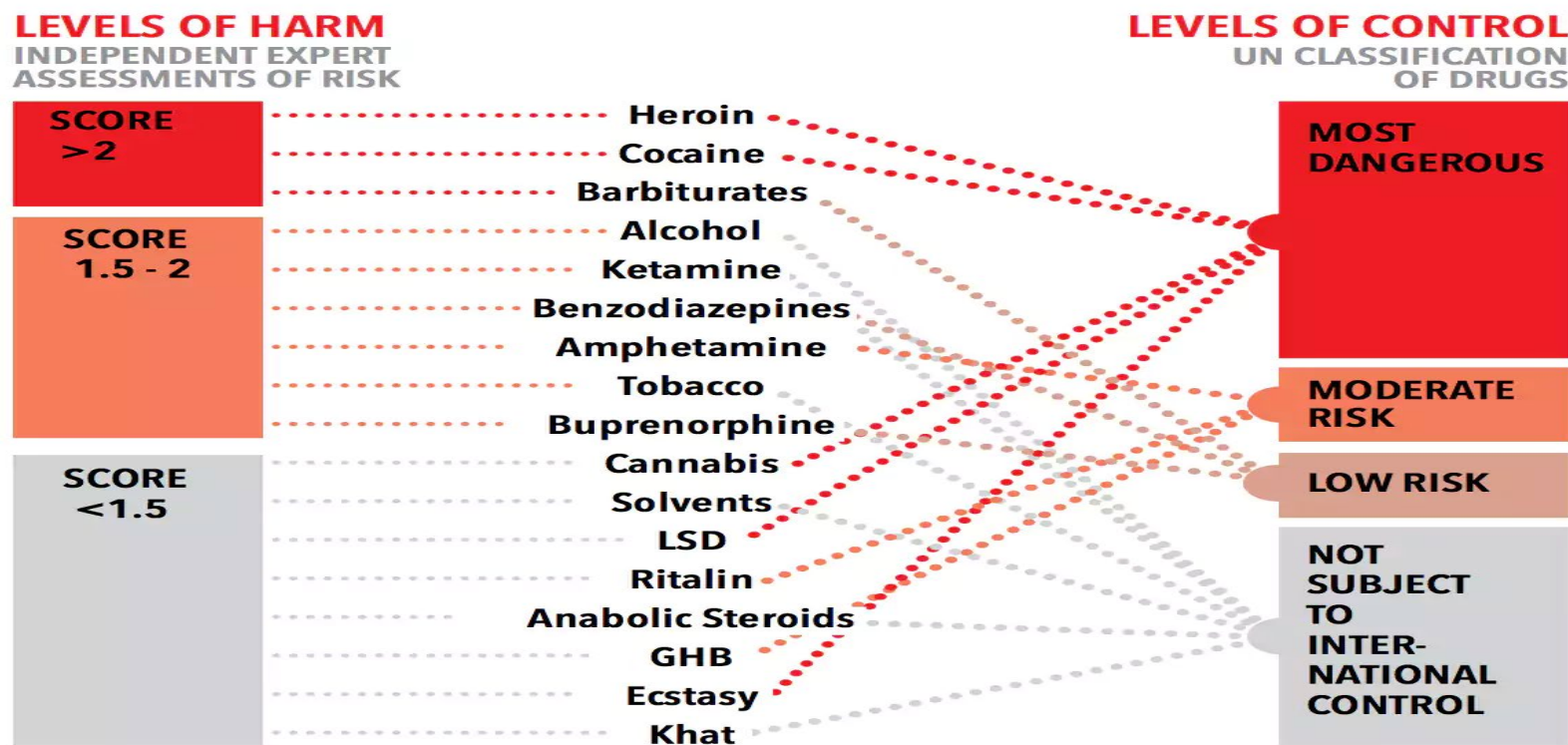
[NSP/drogas establecidas · Versión 3.0.1 · 15/04/2022]

Anillo Exterior:
Sustancias psicoactivas establecidas

Anillo Interior:
Nuevas sustancias psicoactivas establecidas (NSP)

Correlación: Tipos de drogas por nivel de peligrosidad (harms) y nivel de control (legal/ilegal)

FIGURE 1: CLASSIFICATION OF DRUGS – LEVELS OF HARM VS LEVELS OF CONTROL

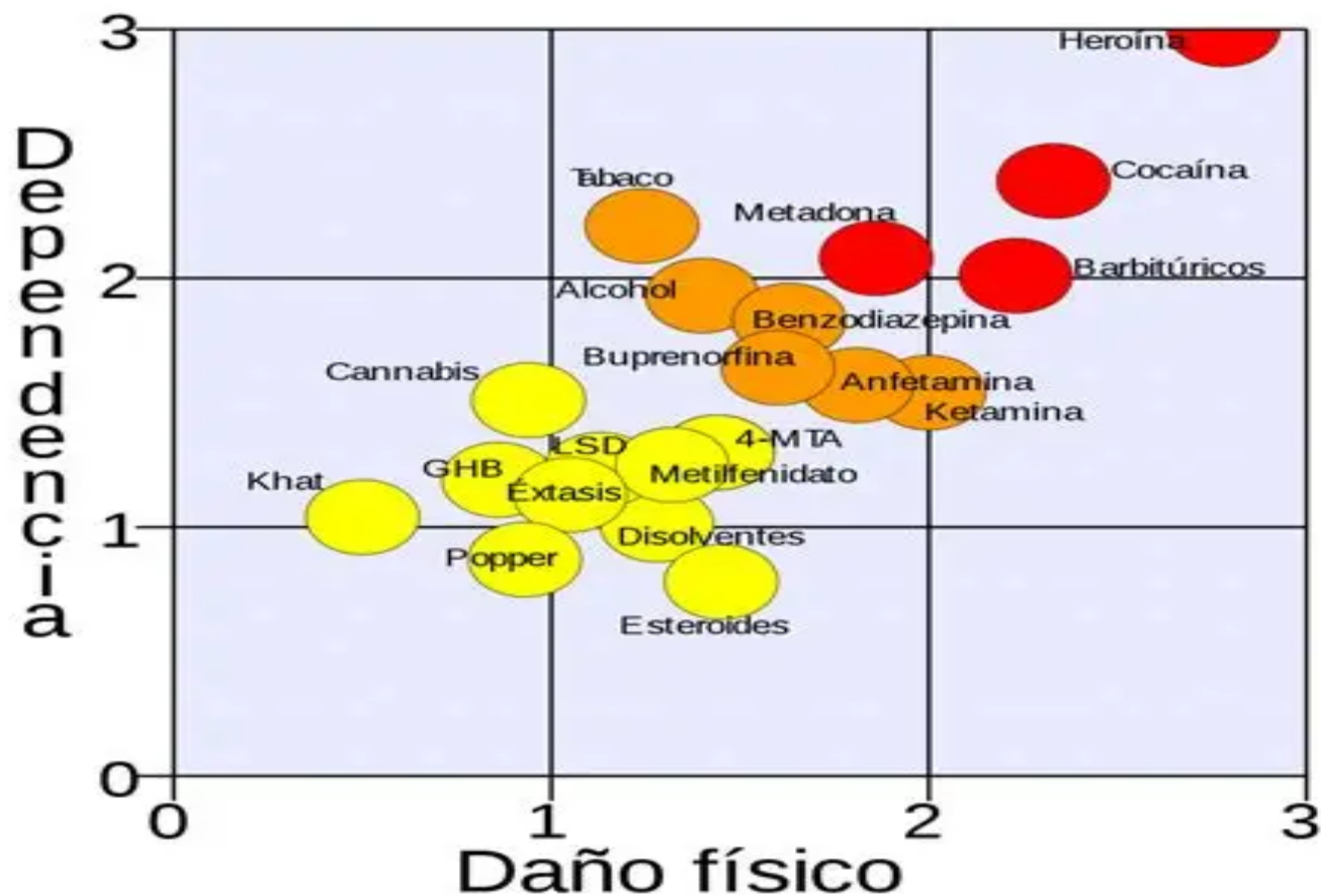


Sources: Nutt, D., King, L.A., Saulsbury, W., Blakemore, C. (2007); UNODC, Schedules of the Single Convention on Narcotic Drugs of 1961 as amended by the 1972 Protocol, as at 22 April 2017, and Schedules of the Convention on Psychotropic Substances of 1971, as at 18 October 2017

Daños causados por tipo de droga

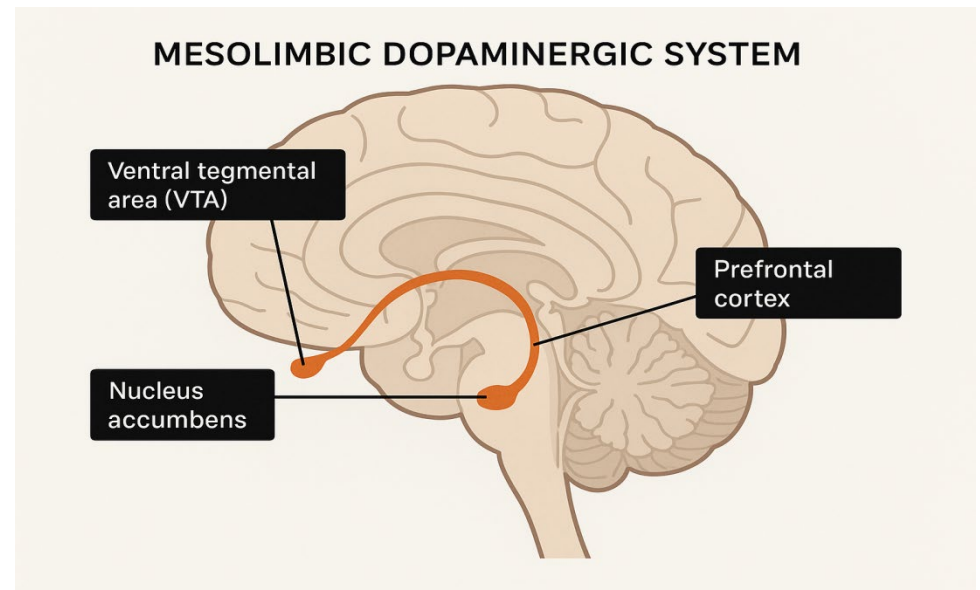


Dependencia y daños físicos



¿Qué tienen en común los 2 tipos de adicciones?

- Ambas afectan al sistema de recompensa del cerebro.
 - ▣ Área tegmental Ventral (VTA)
 - ▣ Nucleo accumbens
 - ▣ Corteza prefrontal



- 
- El sistema de recompensa esta asociado con:
 - ▣ El placer
 - ▣ La motivación
 - ▣ El aprendizaje de hábitos
 - ▣ Repetición de conductas placenteras

- Ambas formas de adicción comparten:
 - ▣ Libera dopamina → cuando se realiza la conducta o se consume la sustancia
 - ▣ El cerebro aprende asociar esa experiencia con una recompensa .
 - ▣ Con el tiempo la dopamina disminuye pero el deseo (craving) se mantiene o se intensifica

Diferencias en como nos afectan

▼ Diferencias en como afectan al cerebro:

Aspecto	Adicción a sustancias	Adicción conductual
Presencia de una sustancia externa	Sí: altera directamente la química cerebral.	No: se basa en comportamientos repetitivos.
Impacto neuroquímico directo	Drogas como la cocaína, alcohol o heroína alteran la dopamina, serotonina, GABA, etc.	El estímulo (como el juego o las redes) también libera dopamina, pero de forma menos potente.
Síndrome de abstinencia físico	Común (temblores, náuseas, convulsiones).	Más psicológico (ansiedad, irritabilidad).
Tolerancia física	Rápida: se necesitan dosis mayores.	También ocurre, pero más a nivel psicológico.
Neurotoxicidad	Alta en muchas sustancias (p. ej. alcohol, metanfetaminas).	Menor o ausente, aunque el comportamiento excesivo puede tener efectos indirectos.



Revisión bibliográfica: tratamientos

- Refuerzo comunitario con comprobantes:
 - Los pacientes asisten a dos sesiones semanales de terapia individual para reforzar relaciones familiares, aprender técnicas para disminuir el consumo de drogas, desarrollar actividades recreativas (Higgins, 2003). Los que abusan de alcohol son tratados con disulfiram. Se les hace muestras de orina si el consumo es menor o nulo se le dan comprobantes que cambiaran por productos que son coherentes con un estilo de vida libre de drogas (recompensas: cine, alimentos...)
 - Son sumamente eficaces (NIDA, 2020)

Revisión bibliográfica: tratamientos

- Terapia de estímulo de la motivación (MET)
 - ▣ Orientado a resolver la ambivalencia entre participar de in tratamiento y dejar de consumir.
 - ▣ Busca cambios rápidos de motivación interna.
 - ▣ Uso: comprometer en el tratamiento.
 - ▣ ¿Cómo funciona? → pruebas iniciales de salud. El terapeuta le da los resultados y a base de preguntas lo orienta a tomar conciencia del problema.

Revisión bibliográfica: tratamiento

- Modelo matriz (Rawson, 1995) → provee un marco de referencia para los adictos a los estimulantes en especial sobre cuestiones de adicción y recaída. Se basan en control de orina, programas de autoayuda y orientación. La relación positiva con el terapeuta es condición indispensable para la retención del paciente en el programa

Revisión bibliográfica: tratamiento

- La terapia de facilitación de los 12 pasos:
 - Concebida para aumentar la probabilidad de adhesión a un programa de abstinencia. Supone aceptar que la vida se ha vuelto inmanejable a causa de las drogas, que existe un poder superior y se requiere del compañerismo para la recuperación y seguir el programa de 12 pasos.
 - Guiado por un “terapeuta vivencial”
 - Palabras poco empáticas de un destino decadente: “mendicidad, prostitución, conductas delictivas”

Los 12 pasos

1. Admitimos que éramos incapaces de afrontar por sí solos el consumo y que nuestra vida se había vuelto ingobernable.
2. Llegamos a creer que existe un poder superior que nos devolvería el sano juicio.
3. Resolvimos confiar en él.
4. Hicimos un sincero y minucioso examen de conciencia.
5. Admitimos ante Dios, nosotros mismos y otro ser humano nuestras faltas.
6. Estamos enteramente dispuestos a que Dios elimine nuestros defectos de carácter.
7. Le pedimos que nos libere de nuestras culpas.
8. Hacemos una lista de todos aquellos a los que hemos perjudicado y estamos dispuestos a reparar el mal ocasionado.
9. Reparamos directamente el daño, excepto en los casos donde hacerlo hubiera infligido más dolor.
10. Proseguimos con nuestro examen de conciencia.
11. Mediante oración y meditación mejoramos nuestro contacto consciente.
12. Habiendo logrado el despertar espiritual llevamos el mensaje a otras personas.

Revisión bibliográfica: tratamiento adolescentes

- Tienen necesidades particulares. Los tratamiento adultos requieren adaptaciones. La implicación de la familia es clave (NIDA,2020).

Revisión bibliográfica: tratamiento adolescentes

- Terapia multisistémica: factores asociados a comportamientos antisociales graves. Localización factores de riesgo personales, familia, grupo iguales, escuela, vecindario. Baja el numero de encarcelamientos.
- Multidimensional: los jóvenes adquieren destrezas vocacionales y habilidades para resolver problemas y comunicar sus pensamientos y sentimientos mejorando en el manejo de las presiones de la vida. Los padres toman sesiones paralelas sobre los estilos de crianza y aprender sobre influenciar y controlar (Liddle et al., 2004).

Revisión bibliográfica: tratamiento adolescentes

- Terapia familiar breve y estratégica (BSFT).
Dirigida a las interacciones familiares que mantienen o agravan el abuso de drogas.
Identifica factores de riesgo o personas concretas del sistema familiar que enquistan el engranaje.
- Útil para reducir recaídas (Luna Batallas, 2015).

Modelo de intervención en la C. Valenciana.

- ❑ Conceptos generales: prevención, asistencia, rehabilitación, insercción, reinserción...
- ❑ Principios rectores de las políticas de actuación.
- ❑ **Tipología y ordenación de recursos**
- ❑ Concepto y régimen jurídico del registro y acreditaciones
- ❑ Subvenciones y conciertos

Prevención de recaídas: Modelo Marlatt.

- Por la propia naturaleza crónica de la adicción la recaída no es solo posible, es probable y hay que contemplarla.
- Marlatt (1993) → def recaída → un fallo, error, lapso en el proceso de un tratamiento. No siempre requiere de volver a empezar.

Modelo de conducta (Prochaska y DiClemente (1982))



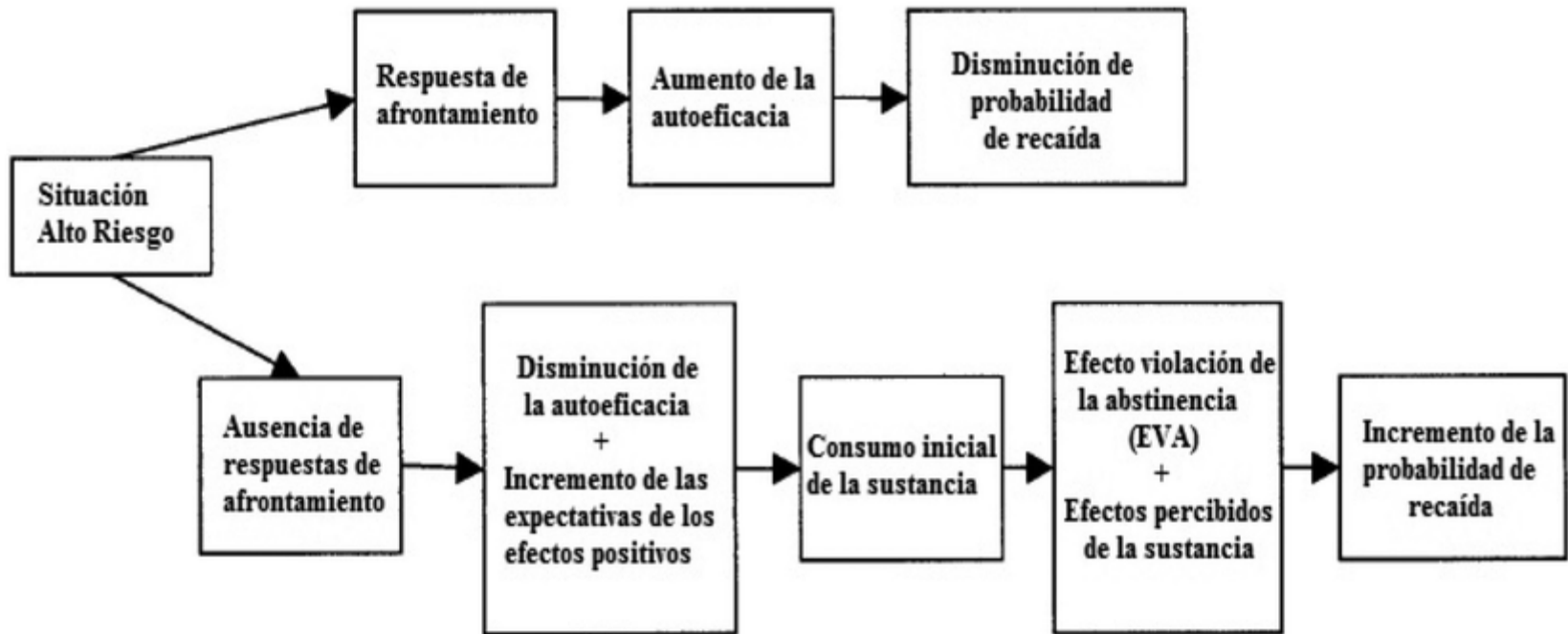
Método Marlatt

- Bandura (1971) → enfoque cognitivo-conductual.
- Concepto autoeficacia → sensación de control prolongada en el tiempo por deshabitación que peligran en una situación de alto riesgo.
- Situaciones de alto riesgo:
 - ▣ Estados emocionales negativos (ira, frustración...)
 - ▣ Conflictos interpersonales.
 - ▣ Presión social directa o indirecta.

¡Ojo! Esto disminuye la sensación de autoeficacia “efecto de la violación de la abstinencia”

Recaída

- Modelo cognitivo conductual de recaída.
(Witkiewitz , K Y Marlatt, G. (2004).



Método de Marlatt

Objetivos:

Anticipar y afrontar una posible recaída, reconocer las situaciones de riesgo y como afrontarlas, modificar cognición o reacciones. Prevenir que un lapso no sea una recaída absoluta.

¿Qué entrena el método Marlatt?

- ▣ Entrenamiento de habilidades para modificar conductas.
- ▣ Terapia cognitiva
- ▣ Re-equilibrio del estilo de vida

Habilidades

- ❑ Asertividad (Escala de asertividad de Rathus, 1973) (Técnicas de asertividad de Vallés, 2015).
- ❑ El control del estrés (Meichenbaum, 1987)
- ❑ Relajación (Beck et al., 1999)
- ❑ Control de la ira (Gonzalez-Brignardello y Carrasco, 2006).
- ❑ Comunicación (Martinez et al., 2004; Cruzado, 2008)
- ❑ Habilidades para la resolución de conflictos. (Valero y Solves, 2012)
- ❑ Habilidades sociales en general (Caballo e Irutia, 2008)

¡OJO programa ART!

Técnicas



- ❑ Role-playing
- ❑ Feedback evaluativo
- ❑ Modelado
- ❑ Autoregistro
- ❑ Ejercicios aeróbicos
- ❑ Control de estímulos y de evitación en caso de deseo irresistible de consumo o craving.

Determinantes intrapersonales e interpersonales

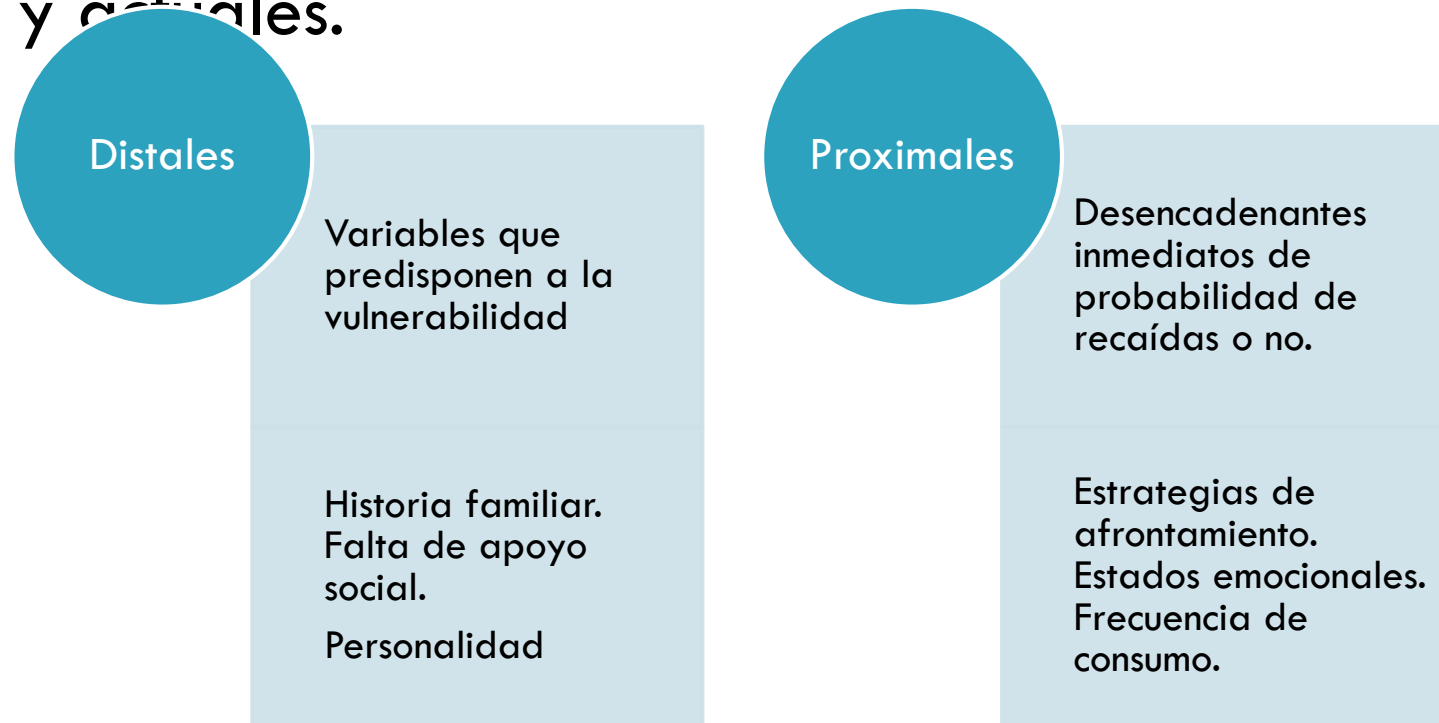
Determinantes Intrapersonales
1. <i>Autoeficacia</i> : según Bandura (1993), definida como el grado en que un individuo siente la confianza y la capacidad de llevar a cabo cierta conducta en un contexto situacional específico.
2. <i>Expectativas de resultado</i> : hace referencia a las anticipaciones de los efectos que tendrá una experiencia de futuro por un individuo. Este determinante cobra especial importancia en la PR al ser fundamental cómo la persona estima como positivo o negativo consumir de nuevo.
3. <i>Craving</i> o deseo irrefrenable: según los autores, en la fase que nos ocupa de PR se presenta como un predictor débil de la recaída. No obstante, Beck, Wright, Newman y Liese (1999), identificaron cuatro tipos diferentes de <i>craving</i> que se analizarán más adelante para tener en cuenta en la intervención.
4. <i>Motivación</i> : identificada de dos maneras, para lograr cambios positivos y para continuar en la conducta problemática. La motivación estará relacionada con lo positivas o no que sean las consecuencias esperadas de una conducta (Bolles, 1972). Prochaska y DiClemente (1982) también analizaron distintas perspectivas y grados de motivación en su modelo transteórico citado anteriormente.
5. <i>Afrontamiento</i> : las habilidades de afrontamiento favorecen la deshabitación y el mantenimiento de la abstinencia (Litt et al., 2003).
6. <i>Estados emocionales</i> : los autores exponen que un estado emocional negativo puede ser pre-disponente a una recaída aunque aún no ha podido demostrarse de una manera consistente.
Determinantes Interpersonales
<i>Apoyo social</i> : se ha demostrado la relación positiva entre el apoyo social y emocional y la probabilidad de recaída (Dobkin et al., 2002).

Fuente: Witkiewitz, K., y Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, 59(4), 224.

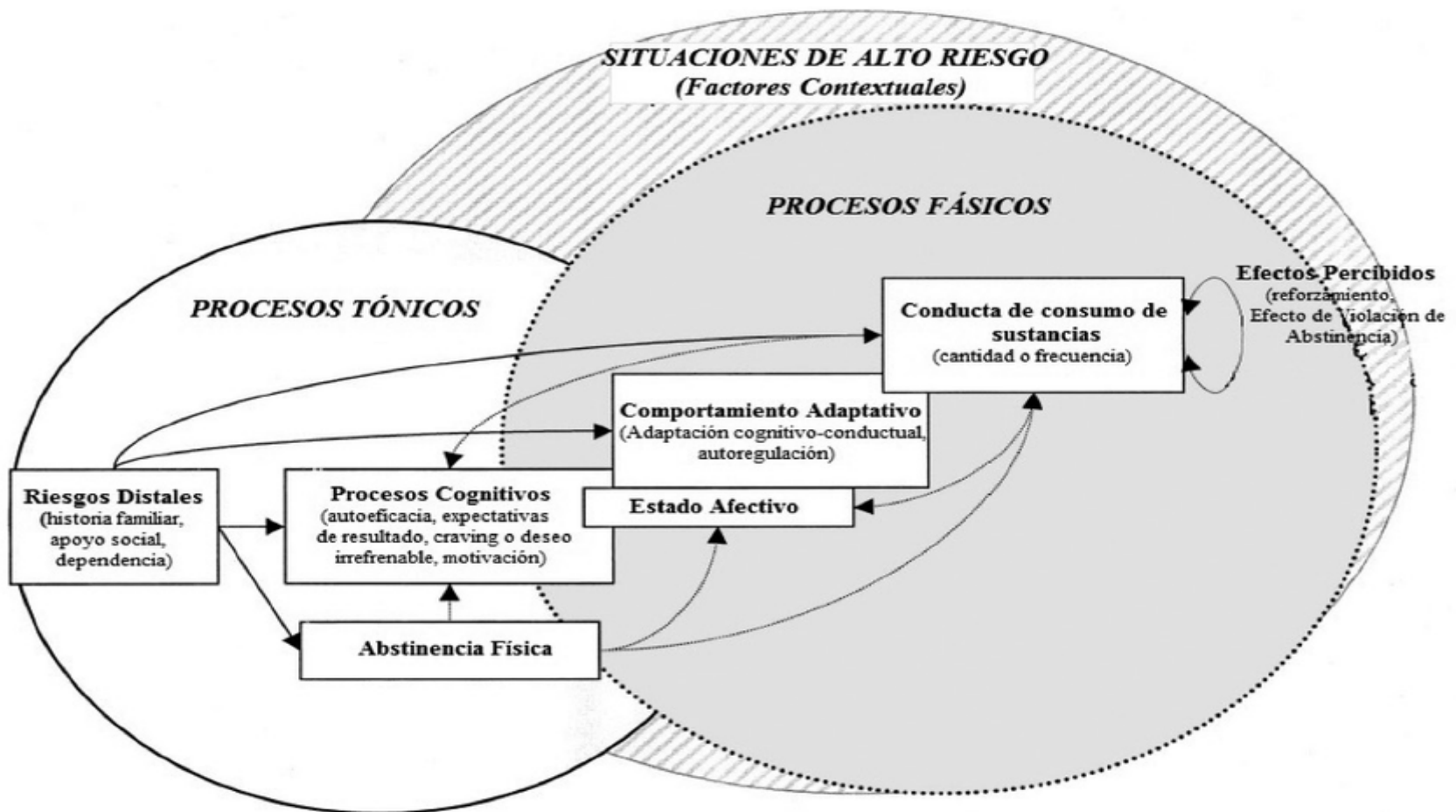
Traducción: Elaboración propia.

Mejoras del modelo

- Se trata de un sistema dinámico: variables disposicionales, contextuales, experiencias pasadas y actuales.



Factores de alto riesgo por procesos



- 
- La efectividad clínica depende del profesional para obtener información.

Reestructuración cognitiva

- Proporcionar al individuo cogniciones alternativas.
 - ▣ Identificar las cogniciones erróneas (ej. No soy capaz de mantener abstinente)
 - ▣ Comprender el impacto sobre las reacciones emocionales.
 - ▣ Considerar hipótesis y cuestionarle (Ej. ¿acaso otras veces no has conseguido lo que te has propuesto por difícil que fuera?)
 - ▣ Modificar las cogniciones y sustituirlas por racionales: “por supuesto que eres capaz de mantener abstinente, de hecho llevabas tres meses sin consumir”

Reestructuración cognitiva

- Facilitar el reconocimiento de las situaciones de riesgo:
 - ▣ El autoregistro

Fecha y Hora	Situación Vivencia	Emoción sentida (0 a 10)	Qué pienso	Acción/Qué hago	Consecuencias de mi acción
8/11/15 21:15h	Vuelvo del trabajo y me encuentro con un antiguo colega.	Nervios (8). Agobio (7).	"Ay madre mía, ¿y ahora qué hago si me dice de irnos a tomar algo? Sé que si voy puedo acabar consumiendo".	Le saludo, nos preguntamos qué tal está y le comento que me alegro de verlo pero que ando un poco apurado y tengo que irme.	Me he enfrentado a la situación de encontrarme y hablar con él pero he optado por evitar un posible riesgo al decirle que tenía prisa y debía irme. De repente me encuentro más aliviado.

Reestructuración cognitiva

- Trabajar los deseos irrefrenables de consumo, craving.

Tipos de Craving			
Respuesta a síntomas de abstinencia	Falta de placer	Respuesta señales condicionadas asociadas a drogas	Deseos hedónicos
Sensación de sentirse bien de nuevo.	Bajos estados de ánimo. La persona no encuentra una forma prosocial de diversión.	Estímulos concretos: ejm. Una persona, un bar...	Incrementar la sensación de placer (mezcla con interacciones sociales/sexo ...)

Tratamientos en la fase de craving

- ❑ Técnicas de distracción: se trata de buscar actividades que requieran de concentración (ejm. Contar 100 de 7 en 7)
- ❑ Técnicas de imaginación: sustituir imágenes negativas por positivas.
- ❑ Tarjeta-flash: recordatorio con instrucciones a leer. Ejm. Nombre y número de un profesional o miembro de terapia grupal.
- ❑ Entrenamiento de relajación

Tratamiento fase EVA

- Búsqueda de reestructuración cognitiva
 - ▣ desmontar o reestructurar pensamientos dicotómicos (todo o nada). Usar además las tarjeta- flash pero con mensajes y hechos positivos del paciente.

Re-equilibrio en el estilo de vida.



- Bishop et al., 2004 → uso Mindfulness.
- Pérez y Botella, 2007 → meditación.

PATOLOGIA DUAL

- La **patología dual** (también conocida como **trastorno dual**) es cuando una **persona presenta simultáneamente un trastorno por consumo de sustancias y un trastorno mental**.
- **Patología dual** es la **combinación de una adicción (a drogas, alcohol u otras sustancias) con otro trastorno psiquiátrico** como depresión, ansiedad, trastorno bipolar, esquizofrenia, TDAH, etc.



Ejemplos comunes:

Trastorno adictivo

Alcoholismo

Consumo de cocaína

Uso problemático de cannabis

Adicción a estimulantes

Trastorno mental asociado

Depresión o ansiedad

Trastorno bipolar

Esquizofrenia o psicosis

Trastorno por déficit de atención (TDAH)

Aspectos a tener en cuenta

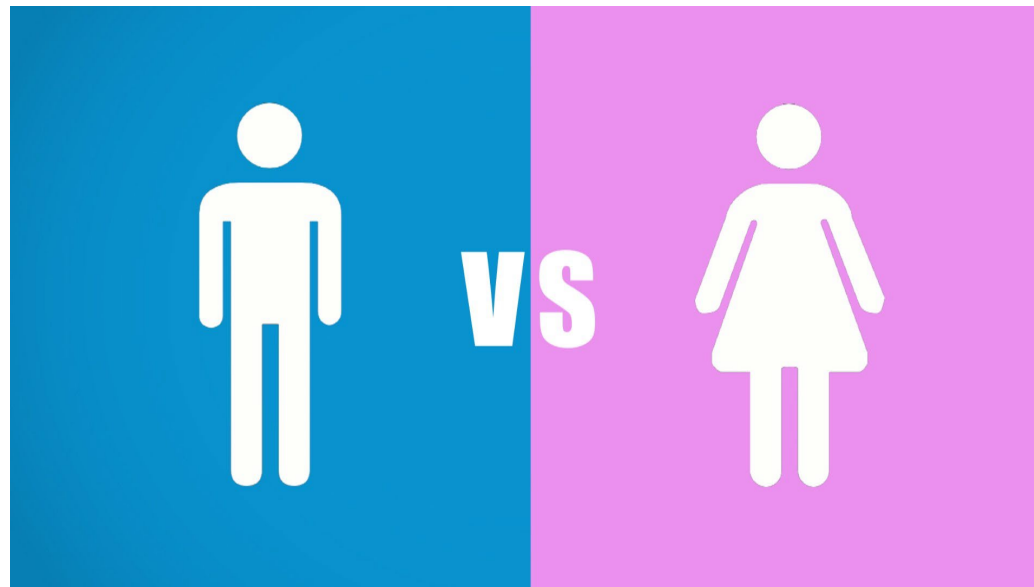
- Relación entre ambas:
 - ▣ Correlación (causa o empeoramiento)
 - ▣ El uso prolongado de drogas puede desencadenar o agravar un trastorno mental.
 - ▣ A veces, comparten causas biológicas y sociales (ejm. Trauma/estrés).
 - ▣ Si solo se trata una parte pero se ignora la otra el tratamiento posiblemente falle.

Características de las personas afectadas por patología dual.

- ❑ Falta de conciencia del trastorno.
- ❑ Suelen identificarse con uno solo de los roles (adicción o enfermedad mental)
- ❑ Acuden más a servicios de urgencia y requieren de mayores hospitalizaciones.
- ❑ “puerta equivocada” tienen la sensación de no encajar en los recursos existentes.
- ❑ Alto índice de fracaso en intervenciones: dificultad para adherirse a un tratamiento y alto índice de recaída.
- ❑ Mayor tasa de desempleo y exclusión social.
- ❑ Más vulnerables para enfrentar por si solos factores de riesgo.

Patología dual y género

Mujeres	Hombres
Frecuente: alcohol y tranquilizantes Mayor exclusión social y laboral. Más susceptible a la violencia de género.	Frecuente: cocaína, heroína y cannabis.



Patología dual y adicciones comportamentales

- ❑ Problemas de salud mental asociadas: fobia social, TDAH, TOC, personalidad límite, psicosis y otras marcadas por la impulsividad.
- ❑ Adicciones: a las tecnologías, a internet, redes sociales, juegos, compras compulsivas, sexo, comer, ejercicio físico, dependencia emocional, tanorexia (bronceamiento), porno, dependencia al trabajo.

Patología dual y suicidio

- El 40% de las personas con patología dual presenta ideas suicidas.
- El consumo de sustancias tóxicas es un factor de riesgo para el suicidio.

¿Cómo detectar la patología dual?

- ❑ Conductas poco coherentes → deshinibición.
- ❑ Respuestas inadecuadas a las exigencias de la vida.
- ❑ Cambios repentinos de comportamiento.
- ❑ Intervención terapéutica con escasos resultados.
- ❑ Baja eficacia y cumplimiento en la toma de medicación.
- ❑ Absentismo
- ❑ Alteraciones oculares (irritación conjuntival, cambios en el tamaño de la pupila)
- ❑ Descuido higiene personal.
- ❑ Somnolencia
- ❑ Hiperactividad
- ❑ Pérdida o exceso de apetito.

Intervención en patología dual

- Punto de partida ideal → la persona afectada tenga conciencia de ambas patologías.



Tratamiento

- ❑ Favorecer a adherencia → vínculos terapéuticos estables y consensuados.
- ❑ Acompañamiento → intervenciones adaptadas a cada situación.
- ❑ Diseñar planes individualizados → transmitir que se trata de un proceso a medio-largo plazo.
- ❑ Establecer objetivos terapéuticos → a corto plazo para evitar la frustración y favorecer la motivación.
- ❑ Empoderamiento
- ❑ Explicar las consecuencias del consumo de sustancias con la interferencia de la medicación.
- ❑ Establecer protocolos de actuación entre las redes de atención.

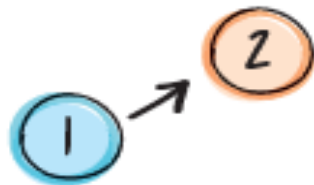
Tratamiento



INTERVENCIÓN EN PATOLOGÍA DUAL

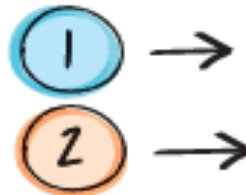
Secuencial

Primero se trata una de las patologías y después la otra



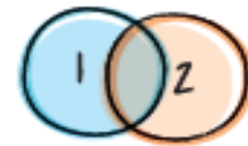
En paralelo

Ambas patologías se tratan a la vez por diferentes profesionales.



Integrado*

Tratamiento de forma conjunta por un mismo equipo



*es el recomendador