

Introducción a las guías de tratamiento de las adicciones

Autores:

Dra. Waisman Campos M., Dr. Dorado G., Dra. Calero S., Dra. Mora V.

Revisores:

Dr. Alvano S. A., Dr. Dorado G., Dra. Márquez de López Mato A., Dr. Mochablón Espinoza A.

Año 2013

Nota importante dirigida a los profesionales de la salud

Los aspectos médicos comentados en este consenso han sido utilizados de manera genérica y con buenos resultados para objetivos concretos, de manera que su cociente beneficio/riesgo es bajo, aunque no hayan sido aprobados por la FDA ni por otros comités de revisión. El profesional debe consultar siempre la bibliografía médica específica citada en este consenso

INTRODUCCION

Los trastornos relacionados a sustancias psicoactivas pueden afectar prácticamente cada aspecto del funcionamiento del individuo, su familia, trabajo y a la comunidad. El tratamiento del abuso de drogas y la adicción, es abordado desde una gran variedad de enfoques. Debemos consensuar criterios diagnósticos y clasificaciones nosológicas con el fin de facilitar el intercambio de información entre los grupos de trabajo y potenciar el gran avance científico en este campo de la psiquiatría.

La hipótesis que subyace a los nuevos modelos de intervención es que posiblemente debamos centrarnos en las modificaciones que ha padecido el cerebro, para favorecer su reversión. Junto a la acción inmediata, el consumo crónico de uno o más tóxicos (ya

que suelen cambiar en el tiempo cual es el principal toxico que consume, pero todos afectan al circuito de recompensa) produce modificaciones bioquímicas neuronales directas (intoxicación, tolerancia y abstinencia) e indirectas derivadas de los cambios neuroplásticos, metabólicos, nutricionales, junto con la mayor incidencia de accidentes y traumatismos cerebrales.

El deterioro puede hallarse también relacionado con la modificación de los patrones de conductas personales y sociales del paciente con consumo de sustancias, que incluyen el empobrecimiento de sus motivaciones e intereses, la pérdida de contactos sociales y la incorporación a grupos de pertenencia donde se valide el uso de tóxicos (lo que aumenta la exposición a los mismos), junto con dificultades académicas y laborales. (1)

En efecto, es necesario una determinada periodicidad en el consumo a lo largo del tiempo para que aparezcan modificaciones permanentes que modifiquen sustancialmente la condición previa. Por supuesto que hay profundas variaciones individuales, que marcarán una mayor **vulnerabilidad** o **resiliencia** para el desarrollo de síntomas y signos relacionados con la persistencia del consumo. Son entonces estas tres características: periodicidad, cronicidad y vulnerabilidad los factores que determinarán una modalidad de relación entre el estímulo y la capacidad de respuesta del sujeto en términos de cambios neuroplásticos permanentes (2-3)

Dificultades metodológicas en investigación sobre adicciones

Existen varios problemas metodológicos al intentar unificar criterios en los análisis de los datos actuales sobre este tema y lograr conclusiones válidas (VER TABLA1). Por lo cual es necesario en este consenso reforzar la evaluación en la práctica clínica diaria hasta tener datos validos de los estudios de investigación realizados hasta la fecha.(4)

Tabla 1: Problemas en la evaluación de pacientes usuarios de sustancias
Variables: periodos de consumo, edad de inicio y de severidad
Dificultad en la supervisión del período de abstinencia
Efectos del policonsumo
Muestras pequeñas
Adecuado grupo control
Evaluación de la comorbilidad y su impacto
Antecedentes familiares (vulnerabilidad genética)

Uso concomitante de fármacos

Múltiples estudios internacionales dieron lugar a recomendaciones del NIDA (1999) y deben aplicarse en un tratamiento actual en usuarios de drogas (5). Las principales recomendaciones son las que describiremos, modificadas y adaptadas a nuestra experiencia en el tema

La consulta a la Atención Primaria constituye una oportunidad para la detección e intervención precoz de los problemas relacionados al consumo o de comportamientos de riesgo frente al uso de sustancias psicoactivas. La prevención y detección precoz, será aún más temprana si se inicia en los ambientes de los posibles afectados: la escuela, el lugar de trabajo, los vecindarios y el seno de las propias familias.

En el abordaje terapéutico de la enfermedad, debemos inicialmente hacer un diagnóstico integral antes de indicar un tratamiento. De acuerdo al diagnóstico combinaremos el tratamiento, las intervenciones, y los servicios disponibles para cada individuo con sus problemas y necesidades particulares. El tratamiento debe ser accesible y rápidamente disponible. Pueden estar inseguros o ambivalentes para comenzar el tratamiento, pero una vez que lo soliciten, es fundamental que ese momento sea aprovechado. Los objetivos deben atender las múltiples necesidades del paciente, como abordar el uso de todas las drogas del paciente, cualquier medicamento asociado y todo tipo de dificultades, ya sean psicológicas, sociales, vocacionales o legales, priorizando uno de estos puntos si es posible o progresivamente.

Debemos evaluar y adaptar continuamente el plan de tratamiento, acorde a las cambiantes necesidades del paciente, siempre cumpliendo los protocolos validados actuales

Uno de los conflictos con todos los tratamientos en medicina es la adherencia al tratamiento por un tiempo adecuado. En los usuarios de sustancias psicoactivas es fundamental para su efectividad, hoy sabemos que el umbral de una mejora significativa se alcanza alrededor de los 3 meses de tratamiento. Luego que este umbral de mejoría es alcanzado, el tiempo adicional de tratamiento puede servir para avanzar hacia la recuperación. Debido a que los pacientes tienden a dejar el tratamiento prematuramente, los programas deberían incluir estrategias para atraer y mantener al paciente en él. La enfermedad adictiva requiere de un abordaje médico y presenta las mismas dificultades que cualquier enfermedad, ya no hay dudas acerca de que tratar es mejor que no tratar, los tratamientos prolongados se asocian con resultados favorables y completar el tratamiento en sus distintas etapas, es la variable más consistentemente relacionada a resultados positivos

El tratamiento consta de varias opciones según, los objetivos y el estadio clínico del paciente, será la elección del modelo de tratamiento médico: internación psiquiátrica,

internación clínica, comunidad terapéutica abierta o cerrada, hospital de día especializado en adicciones, tratamiento ambulatorio especializado o general. (20) (21)

Los componentes fundamentales para la efectividad en todas las instancias son: psicoterapia individual, grupal, vincular- familiar, grupo de autoayuda (AA-NA y jugadores anónimos) y atención psiquiátrica

En la psicoterapia al inicio, es necesario abordar los problemas de motivación, habilidades para el afrontamiento de situaciones de conflicto o frustraciones, las relaciones interpersonales, etc (6)

El tratamiento farmacológico debe ser utilizado acorde a: etapa de motivación para el cambio, diagnóstico psiquiátrico y estadio clínico de adicción según este consenso, mas adelante detallaremos esto específicamente en cada una de las sustancias.(1-2-3-7)

Uno de las dificultades es la falta de formación en adicciones en los equipos de asistencia psiquiátrica. Deben ser especialistas en psiquiatría o psicología y también especializados en atención de usuarios de drogas para el tratamiento integral ya que los pacientes deben recibir tratamiento de ambas patologías a la vez.

El tratamiento en muchos casos no necesita ser voluntario para ser efectivo: las sanciones o el incentivo de la familia, lugar de trabajo, o la justicia, pueden influir significativamente en el ingreso del individuo al tratamiento y su retención, así también como en el éxito de éste.

El posible consumo de drogas en el tratamiento debe ser controlado continuamente. Los abandonos de tratamiento pueden ser una recaída en consumo y el paciente no necesariamente lo acepta ni lo comparte con el profesional, en otras especialidades como en neumonología si el paciente tose esto no se oculta, por eso es necesario clarificar el significado del consumo intratratamiento. Los programas deben proporcionar una orientación acerca del HIV/SIDA, hepatitis B y C, tuberculosis, y otras enfermedades infecciosas: ayudando a los pacientes a modificar sus comportamientos

La recuperación de la adicción de drogas puede ser un proceso a largo plazo y frecuentemente requiere de múltiples etapas en el tratamiento. Así también como en otras enfermedades crónicas, la reincidencia en el uso de drogas puede ocurrir durante o después de un episodio exitoso del tratamiento.

La psicoeducación implica hacer conocer los efectos que producen el alcohol y las drogas, como afecta a la familia, los tratamientos existentes, y la prevención de recaídas. La educación reduce el miedo, la culpa y la vergüenza. Las lecturas, discusiones grupales, películas, y ciertas tareas son una parte importante del trabajo en el tratamiento y ayuda a mantener a los pacientes productivamente comprometidos con el mismo.

El tipo de psicoterapia indicada o con mayor validación se adjunta en la tabla numero 2 (8) Específicamente la entrevista motivacional y trabajar en el tratamiento para mejorar la motivación es una de las herramientas que sugerimos. Desde esta perspectiva, los pacientes que acuden al tratamiento pueden ubicarse en diferentes momentos o etapas: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento (6). Recomendamos tener en cuenta esto para el diagnóstico y abordaje de cada paciente.

La desintoxicación es sólo la primera etapa en el tratamiento de adicciones y por sí misma genera un pequeño cambio a largo plazo. Las siguientes etapas son la deshabitación y la reinserción sociolaboral del paciente.

Se debe tener en cuenta el deterioro cognitivo relacionado al uso de sustancias psicoactivas para determinar la habilidad del paciente para cuidarse a sí mismo, manejar sus finanzas, conducir vehículos, etc. La evaluación puede ser clínica o con test específicos, ya que la presencia de déficits cognitivos impactará en los tratamientos debe ser tomada en cuenta (1-9). Es útil la evaluación neuropsicológica en la elección y adaptación del programa de tratamiento más adecuado (10-11-12), en la mejor comprensión de características clínicas centrales en los trastornos adictivos (13) y en un método objetivo para evaluar la eficacia de los tratamientos y la situación del paciente con el objetivo de prevenir recaídas (factor pronóstico de recaída y fracaso terapéutico) (10-14).

CONCEPTOS

ABUSO: autoadministración de drogas que provocan consecuencias adversas

ADICCIÓN: patrón de conducta caracterizado por una dependencia al uso de una sustancia, su provisión o la tendencia a recaer en su consumo tras su intento de interrupción.

DEPENDENCIA: estado de neuroadaptación provocado por el consumo repetido de alguna sustancia, haciendo necesaria la continuidad del consumo para evitarla aparición del síndrome de abstinencia.

TOLERANCIA: fenómeno que pone en evidencia la necesidad de mayor dosis de droga para igual efecto o la disminución del efecto a igual dosis suministrada.

TOLERANCIA CRUZADA: capacidad de una sustancia para suprimir los síntomas de abstinencia de otra manteniendo su dependencia original a la misma.

ABSTINENCIA: aparición de signos y síntomas psicofísicos frente a la interrupción brusca del consumo de una sustancia.

RECAÍDA: reaparición de la afección original tras la interrupción de un tratamiento efectivo para el no consumo.

REBOTE: expresión exagerada de la afección original tras un tratamiento efectivo.

REFUERZO: tendencia que provocan ciertas sustancias a inducir una administración repetida

El DSM-V divide a los trastornos adictivos por uso de sustancias según tóxico y según severidad sintomática (leve: 2-3 síntomas; moderado: 4-5 síntomas; severo: 6 o más síntomas) e inducidos por sustancias (intoxicación y abstinencia). Los términos uso-abuso y dependencia, en la práctica clínica no eran adecuados, ya que el impacto del uso es lo importante.(15-5)

EJES DE RAZONAMIENTO CLÍNICO-TERAPÉUTICO DIFERENCIAL (NIDA) (5)

- Selección de *objetivo* prioritario: tratamiento de una complicación aguda, desintoxicación, deshabituación, rehabilitación.
 - Selección del *ámbito* asistencial: hospitalización (psiquiátrica o clínica), comunidad terapéutica, programas ambulatorios intensivos(hospital de día), programa ambulatorio no intensivo
 - Selección del *formato*: psicoterapia individual, terapia de pareja-familiar, grupos de autoayuda.
 - Selección de la orientación teórica— Selección de la *duración y frecuencia* del tratamiento
 - Selección de *farmacoterapia*.
 - *Combinación* de tratamientos.
-

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de los trastornos relacionados con sustancias psicoactivas y/o comportamientos de riesgo adictivo requiere disponer de una historia clínica completa del consumo dada por el paciente (ver adjunto, cuestionario de perfil de consumo) y al menos otra fuente de información, que incluya las circunstancias de consumo, los efectos, las vías, la frecuencia y la cantidad, así como las consecuencias biológicas y psicosociales. Reevaluar esto cuando el paciente esté psiquiátricamente estable y teniendo en cuenta una perspectiva longitudinal de la evaluación.

La *historia psiquiátrica* detallada, con atención particular a la secuencia temporal entre los síntomas psiquiátricos y el consumo de tóxicos. Si existe una enfermedad psiquiátrica previa o concurrente a la adicción, el tratamiento de la misma suele ser imprescindible desde el principio.

Realizar un examen físico completo y análisis de sangre que incluya enfermedades de transmisión sexual y déficits vitamínicos. Otros exámenes complementarios pueden requerirse según el caso como: ECG, una prueba de imagen cerebral para descartar organicidad, test psicológico y test neurocognitivo. Un número creciente de estudios

han indicado que los dependientes de sustancias con déficit cognitivos, son más propensos a abandonar el tratamiento y, posteriormente, estas personas son más vulnerables a la recaída (10). Estas observaciones enfatizan la importancia de desarrollar programas de tratamiento según los déficits hallados.

Es importante lograr una adecuada y completa clasificación de la etapa de motivación para el cambio, el diagnóstico psiquiátrico y el estadio de consumo.

PROBLEMAS TERAPÉUTICOS HABITUALES EN USUARIOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

-Interrupción prematura: El abandono prematuro del tratamiento es muy frecuente y la causa más frecuente del mismo es la recaída en el consumo, que muchas veces se manifiesta en “enojos con el tratamiento”. Cuantos más problemas psicosociales, médicos y psiquiátricos se acumulan en un paciente dado, peores resultados suele tener el tratamiento. El riesgo de abandono es mayor en los estados iniciales cuando el «craving» es más intenso y las habilidades de afrontamiento del mismo y el sistema de soporte no se han desarrollado e instalado suficientemente.

-Recaídas: En los tratamientos ambulatorios los pacientes están expuestos a estímulos que disparan el «craving». Los pacientes con periodos de abstinencia cortos están más predispuestos al consumo porque pueden presentar la disforia característica del síndrome de abstinencia y el inmediato recuerdo de la euforia. La posibilidad de la recaída ha de presentarse y discutirse abiertamente tanto en términos generales como particulares

-Resistencia al tratamiento: La tendencia natural de la enfermedad a ciclos de consumo y de abstinencia, lleva a los múltiples intentos de tratamiento que terminan en abandono que junto con la comorbilidad psiquiátrica explican buena parte de la dificultad terapéutica. Es necesario trabajar en la conciencia de enfermedad del paciente y también con la familia, antes de avanzar en otros problemas.

-Violencia: El uso de sustancias a veces está ligado a la agresión y a la violencia. Los pacientes son responsables de sus actos y esto es necesario para diferenciar aspectos de abordaje médico, de aquellos de abordaje policial o de la justicia. El grado de intoxicación con cualquier sustancia psicoactiva no exime al individuo de la responsabilidad civil o penal si cometiera algún ilícito (violencia física o verbal), ya que la persona comprende que las sustancias modifican su conducta, mas aun si no aceptan realizar tratamiento

-Suicidio: Existe una clara asociación con el uso de sustancias. En algunos casos, coexisten los trastornos de depresión con el uso de sustancias y pensamientos suicidas. Pero para el alcohol, la nicotina y la cocaína hay un riesgo independiente de suicidio. Tener en cuenta la muerte accidental o no intencionada muerte por “sobredosis” (no existe dosis de los tóxicos): puede ser una indiferencia hacia la muerte

Los factores que contribuyen al suicidio en usuarios de drogas son:

A corto plazo: desinhibición, agitación, psicosis, impulsividad, irritabilidad, depresión, violencia, sobredosis, desesperanza

A largo plazo: lesiones del SNC (especialmente del lóbulo frontal), enfermedades concomitantes, factores sociales estresantes (conductas ilegales, deudas de juego, fraude, accidentes, arrestos), pobre contexto social de apoyo, exposición a situaciones traumáticas o de violencia.

ABORDAJE TERAPÉUTICO

-Farmacoterapéutica

La mayoría de los trabajos publicados sobre tratamientos farmacológicos en pacientes con patología adictiva arrojan resultados que, o bien por ser parciales, o bien contradictorios, no ofrecen conclusiones definitivas. Algunos de ellos están diseñados en muy poco tiempo (sólo semanas), aunque sabemos que la adicción una vez instalada es una condición crónica e irreversible. La mayoría de esos trabajos no contempla una realidad clínica: el policonsumo, y el desplazamiento en el uso de diversas sustancias según predilección personal y otras simplemente por disponibilidad ocasional de diferentes sustancias. Esto marca una necesidad de los clínicos de cotejar distintas perspectivas y experiencias, a fin de lograr protocolos de tratamiento con amplio consenso en la comunidad científica. Es tan alcohólico el paciente que ingiere alcohol en las primeras horas de la mañana como aquel que se embriaga sistemáticamente los fines de semana, sólo que se encuentran en Estadios distintos de la enfermedad. Solamente entendiendo la Adicción desde una mirada clínica que contemple el concepto de ESTADÍOS podremos entender la complejidad y diversidad que nos plantea la Adicción como entidad clínica (2-3-7-9). También al intervenir a tiempo podremos detener la progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida del paciente y la familia

Esta diversidad de presentación de las adicciones arroja sin embargo un hecho particular y llamativo, como lo es el carácter preponderante que adquiere la neurobiología en la comprensión de la génesis de la adicción. El recurso farmacoterapéutico, de evidente importancia desde esta perspectiva, debe encuadrarse sin embargo en el marco de un tratamiento interdisciplinario y de alta especificidad técnica. En efecto, bajo algunos encuadres terapéuticos no específicos se tolera el consumo de sustancias, estableciendo erróneamente cierta categorización de gravedad, por supuesto falsa: heroína>cocaína>marihuana>alcohol. Esta equivocada conceptualización no sólo no contempla los riesgos de los cambios neuroplásticos que siguen ocurriendo con el consumo en el cerebro(17-18); tampoco consideran los aspectos patológicos en comorbilidad que continúan agravándose (por ejemplo agravamiento del ciclado en

pacientes bipolares) ni los riesgos directos ni indirectos para el paciente, la familia y la sociedad.

Habiendo dejado planteadas estas consideraciones, el abordaje farmacoterapéutico en adicciones debe guiarse por tres reglas básicas:

- Utilización del Fármaco para corregir alteraciones subyacentes
- Evitar recurrir al fármaco como elemento de contención física
- Tratamiento específico y adecuado al estadio de consumo

Abordaje psicoterapéutico

Diversas psicoterapias se encuentran con cierta validación para el abordaje del usuario de drogas. Entre las principales se encuentran: cognitivo-conductual, motivacional, conductual (aversiva, manejo de contingencias), 12 pasos y familiar (8)

-Entrevista motivacional

El tratamiento para mejorar la motivación, supone que el paciente es responsable y capaz de modificar su conducta, y se focaliza en lograr que él mismo movilice los recursos interiores que posee, para alcanzarlo. La principal motivación utilizada en este tipo de terapia es la empatía, preguntando, manejando la resistencia y los posibles replanteos que existan. Entre 2 a 4 sesiones de tratamiento deben focalizarse en psicoeducar o sea, brindando los pros y las contras del uso de drogas, la diferencia que existe entre donde ellos deberían estar y donde están realmente en ese momento, de manera de llevarlos a un estado de deseo de cambio- el primer paso hacia la recuperación. Aquellos consejos fortalecen al paciente, lo comprometen y ayudan a identificar las metas y el camino para alcanzarlas. Las entrevistas motivacionales pueden ser utilizadas como un simple consejo o ser el primer paso en el proceso de recuperación, seguido por otras intervenciones. Este paso puede ser reforzado en cada sesión y a veces inicia en atención primaria o en una guardia

“Preparado para cambiar” es equivalente a estar motivado. Su presencia predice éxito en varias poblaciones . Esto es importante para evaluar en que etapa cada persona se sitúa. Las etapas incluyen precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento (6) y debemos adaptar el tratamiento a la etapa en la cual se encuentra el paciente. El concepto de Entrevista Motivacional (E.M.) surge de la experiencia de tratamiento de bebedores problema; fue descrita por primera vez por William Miller en 1983 en un artículo publicado en “Behavioural Psychotherapy”. Posteriormente (1991) William Miller y Stephen Rollnick realizan una descripción más detallada de esta intervención en la clínica. La experiencia de Rollnick proviene de su trabajo con equipos de atención primaria en salud, estudiando los procesos de conductas de cambio

en salud y estilos de vida. La E.M se define como un método directivo centrado en el paciente que tiene como objetivo promover la motivación intrínseca al cambio, a través de la exploración y resolución de la ambivalencia. Busca comprender el marco de referencia de la otra persona y reforzando de manera selectiva el “discurso de cambio” en el paciente. El estilo de E.M. es en general empático y no confrontacional. La disposición al cambio no es vista como un rasgo del paciente, sino más bien como un producto de la interacción paciente/terapeuta.

-Terapia de pareja

La terapia de pareja tiene efectos positivos sobre el abuso de sustancias y mejora la relación, incluyendo la crianza de los hijos . Se ha demostrado la disminución del abuso de sustancias, así también un aumento de la felicidad marital y reducción de violencia doméstica, con la aplicación de la misma, en parejas en donde ambos consumen sustancias .

-Terapia grupal

Es frecuentemente la principal modalidad de tratamiento para los trastornos adictivos. Los grupos proveen oportunidades para la resocialización, la práctica de las habilidades sociales, fomentando la identidad del paciente. Estos grupos tienen la ventaja de abarcar el tema de las adicciones como un problema compartido por todos los que allí estén, y así establecer el punto de partida para discutir otros problemas que también tengan en común.

Los grupos pueden ser usados para ayudar a resolver problemas y hacerles ver que otros también tienen problemas similares. Estos programas de tratamiento emplean frecuentemente grupos con orientación didáctica, sirviendo de ayuda para mantenerse en el mismo, promueven la cohesión, y brindan apoyo para aceptar, que esto es un proceso de rehabilitación a largo plazo.

El grupo se concentra en aumentar el auto-cuidado, la autoestima y mejorar las habilidades de afrontar tal situación. Los grupos ayudan a reducir el estigma, de proporcionar modelos sólidos a seguir y promover la ayuda mutua.

-Auto-ayuda

Los médicos deben estar completamente familiarizados con los programas de doce pasos de autoayuda - Alcohólicos Anónimos (AA), Narcóticos Anónimos (NA), Jugadores Anónimos, y para estar en contacto con sus pacientes. AA se formó en 1935 por Bill Wilson y el Dr. Robert Smith en Akron, Ohio, en parte, debido a la falta de tratamientos médicos disponibles para el alcoholismo. Sus raíces se encuentran en el movimiento de Oxford (después del movimiento del rearme moral) y con énfasis en la

espiritualidad; se ha convertido en una red internacional que incluye más de 2 millones de miembros en los Estados Unidos y 185.000 grupos en todo el mundo. El mensaje más importante de la organización es que la gente con problemas con el alcohol, a través del reconocimiento del alcoholismo como enfermedad, pueda lograr la sobriedad en un programa espiritual que implique aceptar la pérdida de poder sobre el alcohol y su dependencia, a partir de ciertas intervenciones más allá del yo. Es voluntaria y es una comunidad independiente que evita cualquier tipo de egoísmos políticos o actividades económicas. Agnósticos y ateos son bienvenidos en los grupos de 12 pasos y pueden elegir “un poder superior” otro que no sea Dios- como el grupo de AA mismo o un sponsor. Al-Anon es un programa paralelo a AA que incluye auto-ayuda para la familia. Otro programa orientado a la familia del paciente es “Alateens”, para adolescentes y para los hijos adolescentes de alcohólicos, y grupos para los hijos adultos de alcohólicos.

El programa 12- pasos implica una serie de pasos y tradiciones que confían fuertemente en la honestidad consigo mismo, en la sobriedad, el proceso del grupo, la humildad, y una exitosa provisión de modelos a seguir, el auto-cuidado, y la desestigmación del alcoholismo como una enfermedad (16). Sin embargo, este programa es recomendado frecuentemente en conjunción a otras variantes de enfoques. El terapeuta debe tomar un rol activo al referirse a los programas de 12- pasos, además de monitorear e interpretar la posible resistencia que pueda generarse al respecto. Inicialmente, pueden tener dificultades de comprensión sobre AA o pueden tratar de evitar asistir pero es una opción válida

-Psicoeducación

Todos los tratamientos deben incluir este paso, por lo cual el profesional interviniente debe conocer claramente como actúan los tóxicos, sus consecuencias y las múltiples manifestaciones clínicas. La educación reduce el miedo, la culpa, la vergüenza, apoya el modelo de tratamiento y disminuye el impacto de la enfermedad en la vida de esa persona y su entorno. Las lecturas, discusiones grupales, películas, y ciertas tareas son una parte importante del trabajo en el tratamiento, y ayuda a mantener a los pacientes productivamente comprometidos con el mismo. (19)

CUESTIONARIO DE PERFIL DE CONSUMO (CPC) (Cuestionario Modificado de Stanley J Watson 1993)

Nombre y Apellido:.....

Fecha de Nacimiento:.....Fecha de evaluación:.....

- 1) **¿Cuándo fue la primera vez que probó una droga?** Edad:.....Fecha:.....
- 2) **¿Qué droga fue? (Guíese por el listado de las preguntas 25 y 26)**
.....
- 3) **¿Cómo la consumió la primera vez?**

Inhalada	<input type="checkbox"/>
Fumada	<input type="checkbox"/>
Endovenosa	<input type="checkbox"/>
Oral	<input type="checkbox"/>

- 4) **¿Durante cuánto tiempo consumió en forma esporádica antes que el consumo se volviera regular e intensivo?**

Semanas	<input type="checkbox"/>
Meses	<input type="checkbox"/>
Años	<input type="checkbox"/>

- 5) **¿Ha probado alguna vez cocaína fumada (base libre o crack)?**

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

- 6) **¿Se ha inyectado cocaína alguna vez?**

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

- 7) **¿Se ha inyectado alguna otra droga?**

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

- 8) Si su respuesta es afirmativa, ¿qué droga se inyectó?
.....

- 9) **¿Cuál es la droga que más consume en forma habitual? ((Guíese por el listado de las preguntas 25 y 26)**.....

- 10) **Generalmente, ¿cuál es la vía usual de consumo?**

Inhalada	<input type="checkbox"/>
Fumada	<input type="checkbox"/>
Endovenosa	<input type="checkbox"/>
Oral	<input type="checkbox"/>

- 11) **Por término medio, ¿qué cantidad de droga consume a la semana?**

.....

12) Por término medio, ¿cuánto dinero gasta en drogas por semana?
.....

13) Como término medio, ¿cuántos días a la semana consume drogas?
.....

14) ¿Suele tener episodios de consumo importante en cortos espacios de tiempo?

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____

15) ¿En qué tipo de situaciones consume habitualmente? (Señale todas las variantes en las que la/s consume)

Solo	<input type="checkbox"/>
Con amigos	<input type="checkbox"/>
Con pareja estable	<input type="checkbox"/>
Con otra pareja sexual	<input type="checkbox"/>
En fiestas	<input type="checkbox"/>
En el trabajo	<input type="checkbox"/>
En casa	<input type="checkbox"/>
Otras:.....	

16) ¿En qué momento del día consume habitualmente? (Señale todos los momentos en que la/s consume)

Mañana	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>
Noche	<input type="checkbox"/>

17) Desde que empezó a consumir drogas en forma regular, ¿cuál ha sido el período de tiempo más largo que se ha podido mantener abstinentes?.....

18) Señale algunos de los problemas causados por el consumo de drogas y especifique a qué drogas se está refiriendo:

Ninguno	<input type="checkbox"/>
Pérdida de energía	<input type="checkbox"/>
Problemas de sueño	<input type="checkbox"/>
Temblor de manos	<input type="checkbox"/>
Rinorrea (flujo por la nariz)	<input type="checkbox"/>
Dolor y hemorragias nasales	<input type="checkbox"/>
Sinusitis	<input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>
Tos, dolor de garganta	<input type="checkbox"/>
Congestión del pecho	<input type="checkbox"/>
Esputos oscuros	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>
Otras infecciones	<input type="checkbox"/>
Náuseas	<input type="checkbox"/>
Resfriados	<input type="checkbox"/>
Ataques con pérdida de conciencia	<input type="checkbox"/>
Pérdida excesiva de peso	<input type="checkbox"/>
Otros (descríbalos):.....	

19) Señale los efectos negativos de las drogas en su estado emocional o mental

Ninguno	<input type="checkbox"/>
Irritabilidad	<input type="checkbox"/>
Poca paciencia	<input type="checkbox"/>

Depresión	<input type="checkbox"/>
Problemas de memoria	<input type="checkbox"/>
Pérdida del impulso sexual	<input type="checkbox"/>
Paranoia	<input type="checkbox"/>
Ansiedad/nerviosismo	<input type="checkbox"/>
Ataques de pánico	<input type="checkbox"/>
Impulsos suicidas	<input type="checkbox"/>
Impulsos violentos	<input type="checkbox"/>
Otros (descríbalos):.....	

20) Señale los efectos negativos de las drogas en sus relaciones con otras personas

Ninguno	<input type="checkbox"/>
Discusiones con la pareja	<input type="checkbox"/>
Amenazas de abandono por parte de la pareja	<input type="checkbox"/>
Rotura de relaciones	<input type="checkbox"/>
Aislamiento social	<input type="checkbox"/>
Relaciones sexuales dificultosas	<input type="checkbox"/>
Dificultad de hablar abierta y sinceramente con los demás	<input type="checkbox"/>
Otros (descríbalos):.....	

21) Señale los efectos negativos de las drogas en el trabajo o estudios

Ninguno	<input type="checkbox"/>
Llegar tarde al trabajo o escuela	<input type="checkbox"/>
Perder días de trabajo o escuela	<input type="checkbox"/>

Reducir la productividad en el trabajo o escuela	<input type="checkbox"/>
Alargar los ratos libres	<input type="checkbox"/>
Despido del trabajo	<input type="checkbox"/>
Dificultades en la relación con los superiores	<input type="checkbox"/>
Otros (describalos):.....	

22) Señale los efectos negativos de las drogas en su situación económica

Ninguno	<input type="checkbox"/>
Agotar los ahorros	<input type="checkbox"/>
Tener deudas	<input type="checkbox"/>
Imposibilidad de pagar las cuentas	<input type="checkbox"/>
No tener dinero extra	<input type="checkbox"/>
Otros (describalos):.....	
.....	

23) Señale alguna consecuencia legal del consumo de drogas

Ninguna	<input type="checkbox"/>
Detención por posesión o venta de droga	<input type="checkbox"/>
Detención por otros delitos relacionados con venta o consumo	<input type="checkbox"/>

24) ¿Le ha ocasionado el consumo de drogas:

Algún accidente?	<input type="checkbox"/>
Alguna pelea física con alguien?	<input type="checkbox"/>
Tener relaciones sexuales no deseadas?	<input type="checkbox"/>
Ser herido físicamente por alguien?	<input type="checkbox"/>
Intentos de suicidio?	<input type="checkbox"/>

Negocios con drogas?	<input type="checkbox"/>
Robos en el trabajo, familia o a amigos?	<input type="checkbox"/>

25) ¿Cuáles de estas drogas ha consumido alguna vez?

Cocaína	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Marihuana	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Anfetaminas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Extasis	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
LSD u otros alucinógenos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Diazepan-clonazepan-alprazolam u otros tranquilizantes	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Barbitúricos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Rohypnol u otros hipnóticos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Heroína	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Morfina	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Codeína	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Otros opiáceos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Pegamentos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
GHB	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Ketamina	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Anabólicos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Alcohol	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Tabaco	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

26) Señale si ha utilizado con cierta frecuencia alguna de estas sustancias (durante los últimos 30 días) e indique la cantidad y frecuencia

Cocaína	<input type="checkbox"/>
_____	_____
Marihuana	<input type="checkbox"/>
_____	_____
Anfetaminas	<input type="checkbox"/>
_____	_____
Extasis	<input type="checkbox"/>
_____	_____
LSD u otros alucinógenos	<input type="checkbox"/>
_____	_____
Tranquilizantes	<input type="checkbox"/>
_____	_____
Barbitúricos	<input type="checkbox"/>
_____	_____
Rohypnol u otros hipnóticos	<input type="checkbox"/>
_____	_____
Heroína	<input type="checkbox"/>
_____	_____
Morfina	<input type="checkbox"/>
_____	_____
Codeína	<input type="checkbox"/>
_____	_____
Otros opiáceos	<input type="checkbox"/>
_____	_____
Pegamentos	<input type="checkbox"/>
_____	_____
GHB	<input type="checkbox"/>
_____	_____
Ketamina	<input type="checkbox"/>
_____	_____
Anabólicos	<input type="checkbox"/>
_____	_____
Alcohol	<input type="checkbox"/>
_____	_____
Tabaco	<input type="checkbox"/>
_____	_____

27) ¿Se siente en este momento dependiente de alguna de estas sustancias?

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____

En caso afirmativo,

explíquelo:.....

28) ¿Ha tenido algún problema con alguna sustancia en el pasado?

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____

En caso afirmativo,

explíquelo:.....
.....

29) ¿Ha consumido alguna de estas sustancias en forma regular durante un mes o más?

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____

En caso afirmativo,

explíquelo:.....
.....

30) ¿Ha tenido problemas de conducta en el colegio, o dificultades para prestar atención?

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____

En caso afirmativo,

explíquelo:.....
.....

31) ¿Existe alguien en su familia que haya tenido problemas con el alcohol o drogas?

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____

En caso afirmativo,

explíquelo:.....

32) ¿Está realizando algún tratamiento con medicación en este momento?

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____

En caso afirmativo, explíquelo y señale el nombre del medicamento:.....

33) ¿Ha estado alguna vez en tratamiento por adicciones?

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____

En caso afirmativo, explíquelo:.....

Fecha del tratamiento:.....

Nombre de la institución:.....

Tipo de tratamiento:.....

34) ¿Ha asistido alguna vez a AA, NA u otro tipo de grupos de autoayuda?

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____

En caso afirmativo, señale las fechas y lugar de asistencia.....

BIBLIOGRAFÍA

1- Waisman Campos Marcela. Alteraciones cognitivas en adicciones. *Revista latinoamericana de Psiquiatria* .2012; 5(18): 24-31

2-Dorado G, Alvano S. Comorbilidad de los trastornos depresivos y de ansiedad en adicciones .En: Alvano y cols. *Trastornos depresivos y de ansiedad* . Ed: Buenos Aires, Sciens 2010: 301-316

- 3-Dorado G, Waisman Campos M. El consumo de y alcohol. En: Sackman y cols. *Alcoholopatías*. Ed: Buenos Aires, Corpus, 2012: 377-412
- 4-Sociedad española de toxicomanías (SET). Consenso para el abordaje de las adicciones desde las neurociencias. 2009
- 5- NIDA; Instituto Nacional sobre el Abuso de Droga: Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (revisada 2012)
- 6- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. En la búsqueda de cómo cambia la gente. Aplicaciones a las conductas adictivas. *Am. Psychol* 1992; 47:1102
- 7-Dorado G, Vengoechea J., Galli E. *Neuropsicofarmacología Latinoamericana*. 2008
- 8-Stahl J. *Essential Psychopharmacology*. ed 4ta USA, Cambridge University Press, 2013
- 9-Waisman Campos Marcela. Deterioro cognitivo asociado al consumo de alcohol. En: Sackman y cols. *Alcoholopatías*. Ed Buenos Aires, Corpus; 2012 :213-231
- 10-Aharonovich, E., Hasin, D. S., Brooks, A. C., Liu, X., Bisaga, A. y Nunes, E. V. Cognitive deficits predict low treatment retention in cocaine dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*. 2006; 81: 313-322.
- 11-Schrimsher, G.W. y Parker, J.D. Changes in cognitive function during substance use disorder treatment. *Journal of Psychopathological and Behavioral Assessment*. 2008; 30:146-153.
- 12-Verdejo, A. y Bechara, A. Neuropsicología y drogodependencias: evaluación, impacto clínico y aplicaciones para la rehabilitación. *Manual de neuropsicología clínica* Madrid, Piramide; 2009.
- 13-Yücel, M. y Lubman, D. I. Neurocognitive and neuroimaging evidence of behavioural dysregulation in human drug addiction: implications for diagnosis, treatment and prevention. *Drug and Alcohol Review*. 2007;26, 33-39.
- 14-Pace-Schott, E. F., Morgan, P. T., Malison, R. T., Hart, C. L., Edgar, C., Walker, M. et al. Cocaine users differ from normals on cognitive tasks which show poorer performance during drug abstinence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2008; 34: 109-121
- 15-American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistic Manual, ed 4. Washington, American Psychiatric Association Press, 1994 y ed 5, 2013
- 16-Haro G , Bobes ,J. Casas ,M . DidiaAttas,J. Rubio,G. *Tratado de Patología Dual : Reintegrando la Salud Mental* . Ed Barcelona, MRA médica; 2010 .
- 17-Volkow, N., Fowler, J. S. y Wang, G. J. The addicted human brain viewed in the light of imaging studies: brain circuits and treatment strategies. *Neuropharmacology*. 2004; 47, 3: 3-13
-

18-Zieher, LM y cols. *Psiconeurofarmacología clínica y sus bases neurocientíficas*. 3º ed. Buenos Aires, Gráfica Siltor; 2003.

19-Beck y cols. *Terapia cognitiva de las Drogodependencias*, Editorial Paidós, 1999.

20-Galanter M ,Kleber H. *Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias*. Ed.4ª; American Psychiatric Publishing, 2008

21-Lorenzo P., Ladero J.M y cols. *Drogodependencias*. Ed.3º, Madrid, Panamericana, 2009
