

TEMA 38: DROGODEPENDENCIAS, CONCEPTOS BÁSICOS. EL DELINCUENTE DROGADICTO. INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA CON DROGODEPENDENCIAS. INTERVENCIÓN EN CENTROS PENITENCIARIOS. LOS G.A.D.

1. CONCEPTOS BÁSICOS

Droga

Según la definición dada por la OMS en 1975, es toda sustancia química que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más de las funciones de éste.

Dependencia

Sería, igualmente para la OMS, un estado psíquico, y en ocasiones también físico, resultante de la interacción entre un organismo vivo y una droga, caracterizado por respuestas en el comportamiento y otras áreas, que incluyen siempre la compulsión a tomar drogas sobre una base continuada y periódica, con el fin de experimentar sus efectos psíquicos y, en ocasiones, evitar la incomodidad de su ausencia.

Para poder entender mejor esto, debemos tener en cuenta el funcionamiento del sistema nervioso. Los sentidos envían las sensaciones que recogen del ambiente hasta el cerebro a través de fibras nerviosas. De igual forma se transmiten órdenes desde esos sistemas centrales a los músculos y a diferentes órganos del cuerpo humano. Esa información que se transmite a través de los nervios se realiza de forma electroquímica mediante diferentes sustancias químicas denominadas neurotransmisores, como pueden ser la adrenalina, serotonina, acetil-colina, etc. Éstas serían como nuestras propias *drogas+ internas, que hacen funcionar todo el sistema. A veces también son denominadas encefalinas o endorfinas.

Las estructuras químico-moleculares de las drogas que se consumen son muy parecidas, a veces casi iguales, a las de los neurotransmisores. Esto es lo que explica que tengan efectos psicológicos, actúen sobre el comportamiento, sensaciones, emociones y en general sobre la conducta humana.

En este sentido debe diferenciarse entre el concepto de dependencia física y el de dependencia psicológica.

- **Dependencia física:** Se manifiesta debido a que el organismo se acostumbra a la introducción de la droga desde fuera, dejando de producir o disminuyendo la producción de las drogas internas o neurotransmisores.
- **Dependencia psíquica:** Es la necesidad psicológica de seguir consumiendo la droga o fármaco, debido a la influencia que tiene sobre el comportamiento y el estado de ánimo. Suele ir relacionada con la dependencia fisiológica, pero no

siempre, puesto que drogas que apenas producen dependencia física tienen una dependencia psicológica alta (alucinógenos, tabaco ...).

Síndrome de abstinencia

Al interrumpir el consumo, se deja de aportar la droga desde fuera, y el organismo debe acostumbrarse a volver a producir sus propios neurotransmisores, por lo que, debido a su ausencia, y dependiendo de las diferentes drogas, se producen síntomas de malestar, más o menos graves y relevantes.

A este cuadro orgánico se le denomina síndrome de abstinencia o *mono+, y generalmente se presenta con efectos contrarios al de la droga que se ha dejado de consumir.

Tolerancia

El organismo se adapta a algunas drogas, si se suministra siempre la misma dosis, y deja de producir efectos. Por ello, para seguir manteniéndolos, hay que ir aumentando paulatinamente las dosis. A este fenómeno farmacológico se le denomina tolerancia, y en algunas drogas puede ser muy alta, como por ejemplo, en el caso de la heroína. Por el contrario, otras sustancias requieren cada vez menos dosis para producir los mismos efectos. Esta propiedad se denomina **tolerancia inversa**, y suele darse en algunos alucinógenos, hachís y anfetaminas, aunque en ello influyen mucho susceptibilidades individuales de sexo, raza, peso, estado emocional, etc.

También existe otro tipo de tolerancia, denominada **tolerancia cruzada**, potenciación que unas drogas hacen de otras. El consumo de alcohol, por ejemplo, unido a los sedantes, hace que se necesite menos dosis para producir los mismos efectos.

Sobredosificación

Es un exceso de dosis que el organismo no tolera, produciéndose una reacción negativa. A esta sobredosificación la denominaremos **absoluta**, puesto que existe otra a la que llamaremos **relativa**, y que consiste en que dosis *normales+, en situaciones patológicas, como insuficiencia hepática o renal, pueden no ser toleradas por el organismo. Otras veces se deben a un aumento de la pureza de la dosis, que automáticamente se convierte en sobredosis si el organismo no es capaz de tolerarla.

También ocurre que, tras un período en el que el consumidor ha ido aumentando la dosis debido a la tolerancia, se deja de consumir y, cuando se vuelve al consumo, se hace con una dosis equivalente a las últimas consumidas, que lógicamente en ese momento y para esa persona es elevada, al haberse adaptado el organismo durante el período de abstinencia.

Algunas de estas reacciones no son propiamente debidas a sobredosificaciones de fármaco, sino a **efectos colaterales** o **efectos secundarios**, incluso **reacciones adversas** a consecuencia de los contaminantes y productos de corte de las drogas.

Actividad

Es una medida de efecto. Si una droga es capaz de producir mucho efecto, es un fármaco muy activo.

Potencia

Se considera que un fármaco es potente cuando se necesitan pocas cantidades o dosis para producir efectos.

Concepto de LADME

Con estas siglas nos vamos a referir a todo lo que ocurre con el fármaco dentro del organismo (farmacocinética), es decir, lo que el organismo hace con la droga: Liberación, Absorción, Distribución, Metabolización o transformación y Eliminación.

- **Liberación:** Tiene relación con la forma en que la droga se administra al organismo.

Puede ser por vía:

- Lingual o bucal (Tabaco en pipa).
 - Oral (Psicofármacos).
 - Nasal: Esnifada a través de la mucosa (Heroína, Cocaína).
 - Endovenosa: Inyectada (Heroína, Cocaína).
 - Pulmonar: Fumada o inhalada (Tabaco, Pegamentos).
 - Dérmica: A través de la piel (Parches de Nicotina).
-
- **Absorción:** Una vez que la sustancia ha pasado a la circulación sistémica. En la absorción influye también la vía de administración. No todos los fármacos se absorben igual. Unos se disuelven bien en medios grasos (liposolubles), otros mejor en medios líquidos (hidrosolubles).
 - **Distribución:** Se puede transportar a través del plasma, líquido celular, placenta o secreción láctea.
 - **Metabolización:** O biotransformación. Por regla general, se realiza en el hígado, pero no es el único lugar. Una vez metabolizadas, algunas sustancias son inactivas, pero otras siguen siendo activas.
 - **Eliminación:** O excreción. Efectuada a través de las heces fecales, orina, lágrimas, saliva, sudor...

Efecto agonista y antagonista

Son propiedades características de algunos fármacos que, como veremos más adelante, tienen una especial trascendencia a la hora de realizar tratamientos e intervenciones.

- **Agonista:** Tiene esta característica aquella sustancia que es susceptible de producir los mismos efectos o parecidos que otra. Por ejemplo, la Metadona es un fármaco agonista de la Heroína.
- **Antagonista:** Es la propiedad de evitar los efectos de otra sustancia. Por ejemplo, el fármaco denominado Naltrexona es antagonista de la Heroína.

Principio activo

Es el fármaco (alcaloide) concreto que produce los efectos. Cuando se habla con propiedad, hay que diferenciarlo de la droga. Por ejemplo, droga sería el Tabaco y principio activo o alcaloide, la Nicotina; droga sería el Hachís y el principio activo el Tetrahidrocannabinol; droga sería el Opio y el principio activo sería la Morfina...

CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS

Existen varias posibilidades de clasificación de las drogas: por su origen, estructura química, alteraciones del comportamiento, desde una perspectiva sociocultural, por su peligrosidad, etc...

Para nuestro objetivo, es conveniente utilizar la realizada por CHALOUT (1.971), basada en los efectos de las sustancias sobre el sistema nervioso central (SNC)

- **Depresores del SNC**
 - Alcohol
 - Hipnóticos:
 - Barbitúricos
 - No Barbitúricos
 - Ansiolíticos: Benzodiazepinas
 - Hipoanalgésicos:
 - Naturales: Morfina
 - Semisintéticos: Heroína
 - Sintéticos: Metadona
 - Antipsicóticos: Clorpromacina
 - Otros: Bromuros, Antihistamínicos
- **Estimulantes de la actividad del SNC**
 - Estimulantes de la vigilancia
 - Mayores: anfetaminas, cocaína

- Menores: Cafeína, nicotina
- Estimulantes del humor (antidepresivos)
- Inhibidores de la MAO: tranilcipromina
- No inhibidores de la MAO: Tricíclicos
- **Perturbadores de las actividades del SNC**
 - Alucinógenos: Mezcalina, LSD, Psilocibina
 - Derivados del cannabis
 - Disolventes volátiles: colas, pegamentos, disolventes, éter
 - Anticolinérgicos:
 - Alcaloides de la belladona: atropinas
 - Sintéticos
 - Otros: MDA, DMT, nuez moscada.

FARMACOLOGÍA Y ASPECTOS CLÍNICOS DE LAS PRINCIPALES DROGAS

Derivados del opio (Heroína)

Características: El opio es una sustancia que se extrae del jugo de las cápsulas de la planta de la adormidera, cuyo nombre botánico es *Papaver somniferum+. Las principales plantaciones se encuentran en la península de Indonesia (Triángulo de Oro), países al sur Himalaya (Media Luna de Oro) y Medio y Cercano Oriente. En 1803 se aísla la Morfina, que es uno de los alcaloides más activos. Y, posteriormente, en un segundo tratamiento químico de la Morfina, se obtiene la Heroína.

Tipos:

- Alcaloides del Opio: Morfina, Codeína y Tebaína.
- Derivados semisintéticos: Se obtienen partiendo de un alcaloide, pero realizando con él un trabajo en laboratorio químico. Ejemplo: Heroína.
- Sintéticos: Se producen totalmente en laboratorio. Ejemplo: Metadona.
- Antagonistas opiáceos: Naloxona y Naltrexona.

Forma de consumo de la Heroína: Esnifada, inhalada, fumada e inyectada.

Dependencia física: Tiene una dependencia muy alta. En ello influye el tiempo de adicción, la influencia de otras drogas, etc.

Dependencia psicológica: Sí tiene y muy alta. Es un gran reforzante y gratificante. Hay gran dificultad para dejarla.

Tolerancia: Sí tiene y alta. Influye mucho la vía por donde se administre. Se toleran más cantidades esnifando o fumando que por vía intravenosa. También influye la pureza (porcentaje de principio activo que hay en la sustancia).

Duración de los efectos: De tres a seis horas.

Efectos: Produce un estado de euforia y de bienestar. También es analgésico, por lo que alivia los dolores.

Desde el punto de vista fisiológico, se produce un empequeñecimiento (Miosis) de la pupila del ojo, una depresión respiratoria, enlentecimiento del ritmo cardíaco y, sobre la piel, sequedad, dilatación y picores.

Sobredosis: Se produce una respiración muy lenta y poco profunda, piel sudorosa y convulsiones, pudiendo entrar en coma y fallecer por parada cardio-respiratoria.

Síndrome de Abstinencia: Aparece entre ocho y quince horas después de la última dosis. Se caracteriza por tres estados o fases:

- Fase inicial: Aparecen bostezos, lagrimeo, rinorrea (abundancia de mocos), sudoración, ansiedad, sueño intranquilo y anorexia (falta de apetito).
- Fase intermedia: Entre quince y cuarenta y cinco horas. Agrandamiento de la pupila del ojo (Midriasis), inestabilidad, temblor, *carne de gallina+, taquicardia, dolores musculares (en las lumbares y articulaciones), agitación psicomotriz, insomnio, etc.
- Fase tardía: Entre cuarenta y ocho y setenta y dos horas. Calambres musculares, fiebre, náuseas, vómitos, diarreas, espasmos intestinales, excitación sexual y eyaculación espontánea, debilidad, aumento de la presión arterial, colapso circulatorio, depresión, etc.

Consecuencias a largo plazo:

- Físicas:
 - . Sobre el sistema Inmunológico actúa deprimiéndolo, aumentando de esta forma las enfermedades oportunistas y, en general, todas las infecciones. Esto es independiente de las mayores o menores condiciones higiénicas en las que se administrase la droga, puesto que, aunque se hiciera en las mejores condiciones asépticas, influiría sobre el sistema defensivo.
 - . Pérdida de apetito, con delgadez extrema.
 - . Impotencia sexual en el varón y alteraciones del período en la mujer, incluso con pérdida de éste.
 - . Complicaciones cardíacas y de la circulación: flebitis, endocarditis, etc.
 - . Hepatitis.

- Psicológicas:
 - . Labilidad del estado de ánimo.
 - . Susplicacia, que puede dar pie a conductas violentas.
 - . Acentuación de rasgos de personalidad antisocial ante la necesidad de obtener dinero, lo que incide directamente sobre la capacidad delictiva.
 - . Ansiedad, depresión y suicidio.

Cocaína

Características: La Cocaína es un alcaloide que se extrae de una planta cuyo nombre botánico es *Erithroxylon coca+, y que es originaria del altiplano andino. Ha sido utilizada como anestésico local y, durante algún tiempo, para el tratamiento de los adictos a la morfina.

Tipos y forma de consumo:

- Basuko (pasta base sin refinar): Se fuma.
- Pasta base o sulfato de cocaína: Se fuma (Basuko macerado con ácido sulfúrico).
- Clorhidrato de cocaína (presentación normal): Se esnifa o se inyecta.
- *Free base+. Se extrae con ácido clorhídrico o éter: Se fuma.
- Crack. Se extrae con amoníaco y bicarbonato sódico: Se fuma.

Dependencia física: Sí. Moderada alta.

Dependencia psicológica: Sí. Muy alta.

Tolerancia: Sí. Influye la vía de administración, puesto que se toleran menos dosis por vía endovenosa.

Duración de los efectos: De una a dos horas, aunque con el crack los efectos duran solamente entre cinco y diez minutos.

Efectos:

- . Desde el punto de vista psicológico, es un fuerte euforizante (muy alto por vía intravenosa), elevando el estado de ánimo, bienestar y confianza en sí mismo. Da una sensación de mayor energía y lucidez, disminuye el apetito y aumenta el rendimiento en la realización de tareas. Disminuye la sensación de fatiga. Fascinación por ideas filosóficas y trascendentes. Agitación psicomotriz. Facilidad para establecer peleas. Deterioro de la capacidad de juicio.
- . En el sistema cardiovascular se producen taquicardias, bradicardias (enlentecimiento del ritmo cardíaco) y arritmias en general. Hipertensión y vasoconstricción periférica.

- . En el ojo se produce midriasis (aumento de la pupila), palidez del párpado y movimientos rápidos de los ojos.
- . En el aparato respiratorio, respiración irregular y aumento de su frecuencia.
- . En el aparato gastrointestinal, anorexia (pérdida de apetito), náuseas, vómitos y diarrea.
- . Otros: Sudoración, escalofríos, elevación de la temperatura.

Sobredosis: Dependiendo de su mayor o menor gravedad, aparecen los siguientes síntomas y consecuencias:

- Movimientos verticales rápidos del ojo, castañeteo de dientes, dolores y palpitations en la cabeza, zumbidos en el oído, compulsión por armar y desarmar objetos, confusión, ansiedad y aprensión, locuacidad y lenguaje incoherente, parada respiratoria y paro cardíaco con muerte súbita.
- . En el aspecto psicológico, pueden surgir ideas paranoides de persecución, incremento de la actividad sexual, alucinaciones visuales o táctiles de insectos y bichos raros en la piel, crisis epilépticas y convulsiones, pudiéndose llegar incluso a psicosis tóxicas. También puede producirse un rebote y dar lugar a una disforia (alteración del estado de ánimo) con ansiedad, temblores, inestabilidad, fatiga y depresión, que si durasen más de veinticuatro horas no sería debido a ese rebote, sino a síndrome de abstinencia.

Síndrome de abstinencia: Es un síndrome menos intenso pero más largo que el debido a los opiáceos. Se consideran tres fases:

- . Crash: Se caracteriza por intensa depresión con ansia de dormir prolongada (los primeros dos días), muchas ganas de comer y un sueño agitado entre la tercera y novena noches.
- . Abstinencia o retirada: En la que aparece una falta de fuerzas, apatía y *pasotismo+, con falta de interés por lo agradable, intensa ansia por la droga, produciéndose cierta mejoría entre la sexta y decimoctava semanas.
- . Extinción: Progresiva disminución del ansia de consumir la droga.

Consecuencias a largo plazo: A medida que transcurre el tiempo de consumo, se va produciendo una disminución de la capacidad de concentración y de la memoria, problemas circulatorios, hipertensión, artrosis, infartos, fallos respiratorios y hemorragias cerebrales.

Anorexia (falta de apetito) extrema.

En el plano psicológico van surgiendo una acusada inestabilidad y agresividad, sensación de estar vigilado, crisis de angustia, y sobre los cinco-ocho años de consumo, podrían aparecer psicosis tóxicas de tipo paranoide, con delirios de persecución (con el crack aparecen incluso al año de consumo)... También aparece con el tiempo una anhedonia extrema, o falta de interés total por todo.

Derivados del Cannabis

Características: Especie denominada, *Cannabis sativa+, originaria del Extremo Oriente, que fue extendiéndose hacia el Medio Oriente y Norte de África con el pueblo árabe, introduciéndose su consumo en Europa, por las tropas de Napoleón en su campaña africana. Los españoles la introducen en América con fines industriales: para hacer cuerdas, alpargatas, cestería, etc. Se trata de una única especie con diferentes variedades geográficas.

Tipos: Contiene más de 60 alcaloides psicoactivos, de los cuales los más importantes son el tetrahidrocannabinol (THC), el cannabinal y el cannabidiol.

Formas de consumo:

- . Picadura: Marihuana o Grifia. De color verde o marrón oscuro, tiene un contenido de THC de 1 a 2 por 100.
- . Polvo: Se extraen los filamentos y se prensan. Color amarillo limón, verde o marrón. Contenido en THC entre 4 y 11 por 100.
- . Resina y aceite: Contenido de THC entre un 40 y 60 por 100.

En general se fuma, bien directamente, o bien mezclado con tabaco o en pipas o argylas (pipas de agua).

Dependencia física: Se encuentra en proceso de investigación, aunque se ha establecido cierta relación entre el THC y un neurotransmisor denominado anacardina.

Dependencia psicológica: Es moderada, aunque puede llegar a establecer un estilo de vida propio difícil de abandonar.

Tolerancia: Sí tiene, pero baja. También puede presentarse, dependiendo de variedades individuales, tolerancia inversa: Cada vez menos dosis producen los mismos efectos.

Duración de los efectos: Entre dos y cuatro horas.

Efectos: En los efectos psicológicos influyen mucho las circunstancias ambientales, el estado de ánimo previo al consumo y las expectativas previas al mismo.

Produce euforia y bienestar, desinhibe la conducta y aumenta la sociabilidad. A medida que se aumenta en la dosis se produce una embriaguez con ligera somnolencia, con cambios en la percepción de los relieves, profundidad y colores, enlentecimiento del tiempo, alteraciones de la memoria y desorientación. En personas que todavía no han desarrollado tolerancia surgen risas inadecuadas, ataques de angustia y cambio en la afectividad.

En el aspecto fisiológico, existe una irritación de la conjuntiva del ojo, aumento del apetito, sequedad de boca, taquicardia y alteraciones respiratorias.

Sobredosis: No se suelen producir efectos fisiológicos graves, salvo fatiga. En el plano psicológico, se presentan, aunque raramente, alucinaciones, delirios paranoides (de persecución) y podría surgir un brote psicótico.

Síndrome de abstinencia: Tampoco son muy graves los trastornos que se producen, pero sí aparecen insomnio o trastornos del sueño en general, disminución del apetito e hiperactividad (ganas de hacer muchas cosas).

Consecuencias a largo plazo: Fisiológicamente, y debido a que su forma de consumo es fumada, su incidencia sobre el sistema respiratorio es alta, aumentándose los catarros, las bronquitis y el riesgo de contraer cáncer de pulmón.

Surgen también alteraciones hormonales, aumentando la testosterona y disminuye la prolactina, aunque esto sólo influye en la lactancia, dificultando la secreción de leche. Igualmente, altera el ciclo menstrual, haciéndolo más o menos abundante y acortando los ciclos a 24-26 días. Aumenta el número de abortos.

Psicológicamente se aprecia una disminución del rendimiento con grave riesgo de accidentes tanto de tráfico como laborales, con aparición del denominado Síndrome Amotivacional o *pasotismo+, dando igual todo. Incluso, aunque extraordinariamente, aparición de psicosis tóxicas.

Igualmente debemos señalar, en el plano del comportamiento, que suele ser vía de entrada para otras drogas.

LSD y alucinógenos

Características: El LSD (Dietilamida del ácido lisérgico) fue sintetizado por los laboratorios *Sandoz+ en 1930, aunque en forma natural aparece en el cornezuelo (un hongo) del centeno y ya se utilizaba en la antigua Grecia en determinados ritos religiosos. Varias plantas y hongos poseen alcaloides alucinógenos. Son muy potentes, es decir, pocas dosis producen muchos efectos y son muy activas. Hoy día sólo es una droga de iniciación en determinados círculos adolescentes, pero tuvieron una época de expansión en los años 60 y 70 con el movimiento *hippy+.

Tipos: Varios grupos:

- . Ciclo Indolaminas: Psilocibina, LSD.
- . Fenil-tilaminas: Mescalina.
- . Anticolinérgicos: Plantas con atropina.
- . Arilciclo-hexilaminas: Fenciclidina o PCP.

Forma de consumo.: Generalmente oral, presentadas en forma de sellos, figuritas, pastillas o bien presentadas en forma líquida. Algunas se podrían fumar o inyectar, como es el caso de la Fenciclidina, pero es muy desconocida en nuestro país.

Dependencia física: Se desconoce hasta el momento.

Dependencia psicológica: Alta en la fenciclidina, pero en el resto también se desconoce. Hay que tener en cuenta que suelen ser drogas experimentales o consumidas durante un corto período de tiempo. Es posible, no obstante, que alguna sea susceptible de ello.

Tolerancia: Sí, y suele ser muy rápida. También en algunos casos suele aparecer tolerancia inversa.

Duración de los efectos: De ocho a doce horas en el LSD.

Efectos: A pesar de estar hablando de un grupo de sustancias relativamente amplio y diverso, existe una serie de síntomas que aparecen mayoritariamente en todas. En cualquier caso la referencia que se presenta es la del LSD.

Fisiológicamente podemos apreciar midriasis (aumento de la pupila), taquicardias, sudores, palpitaciones, hipertensión, visión borrosa, temblores y descoordinación motora.

Los efectos psicológicos que aparecen no son euforizantes, de placer o bienestar, salvo en el caso de la fenciclidina, que sí lo es. Puede comprobarse notable ansiedad o depresión, temor a perder la cabeza, delirios paranoides, deterioro de la capacidad de juicio, insomnio y estado de alerta, intensificación subjetiva de las percepciones, distorsión de la duración del tiempo y del espacio, pérdida de la realidad, ideas delirantes, alucinaciones (visuales, auditivas, táctiles), ataques de pánico, ideas místicas o religiosas.

Sobredosis: Bajo los efectos de sobredosis, en general se acentúan, de forma más prolongada y más intensa, todos los efectos que se han descrito anteriormente. No obstante podrían aparecer grandes ataques de pánico con resultados inesperados o suicidio. Aunque muy rara vez se produce fallecimiento, menos infrecuente es la aparición de psicosis tóxicas.

Síndrome de abstinencia: No se ha comprobado ni en la fenciclidina.

Consecuencias a largo plazo: Con el uso continuado pueden producirse lesiones cerebrales y psicosis tóxicas de carácter irreversible.

Un fenómeno curioso que también se presenta son los denominados *Flash back+. Son recurrencias espontáneas y transitorias de experiencias producidas por la droga, pero en un estado libre de drogas (aparecen sin haber consumido la droga). Pueden aparecer hasta doce meses después de haber dejado el consumo, sobre todo en momentos de estrés, fatiga, tras abuso de alcohol o de hachís, siendo esta última la causa más común. Pueden ser experiencias placenteras, pero también sobrecogedoras; más teniendo en cuenta que la persona no se explica a qué se debe esa situación, creyendo que está enloqueciendo, y pudiendo ser extremadamente arriesgado si surge cuando conduce o cuando maneja maquinaria peligrosa.

Anfetaminas

Características: Las anfetaminas pertenecen al grupo de las drogas psicoestimulantes, por lo que, aunque de forma más leve, sus efectos son parecidos a los de la cocaína.

Se sintetizaron en laboratorio en los años 30, utilizándose inicialmente para el tratamiento del asma y la congestión nasal, gracias a sus efectos broncodilatador y vasoconstrictor.

En la SGM se utilizaron como *doping+ por los soldados alemanes para los bombardeos nocturnos. Pero posteriormente se han utilizado para aumentar el rendimiento de muchas actividades.

Tipos:

- . Dexanfetaminas.
- . Metanfetaminas: En este grupo se encuentran algunas de las denominadas drogas de diseño, como el Éxtasis, Eva, Speed... Su estructura molecular tiene mucha relación con el grupo de alucinógenos denominados Fenil-tilaminas, por lo que no es extraño en ellas la descripción de leves síntomas alucinógenos.
- . Anfetaminas.

Forma de consumo: Normalmente oral o inyectada. Algunas también se consumen por inhalación.

Dependencia física: Es posible, pero no se considera.

Dependencia psicológica: Alta. Se caracteriza por dos fases:

RUM: euforia.

CRASH: depresión y sueño.

Tolerancia: Sí tiene. A veces, según sustancias y variables individuales, puede aparecer tolerancia inversa.

Duración de los efectos: De dos a cuatro horas.

Efectos: Fisiológicamente, se producen taquicardia, midriasis, aumento de la presión arterial, sudoración o escalofríos, náuseas o vómitos.

Psicológicamente es un alto euforizante (sensación de bienestar, de que todo va bien), produce aparente agilidad mental, agresividad, estado de alerta, agitación psicomotriz, deterioro de la capacidad juicio, anorexia (quita el apetito, lo que hace que, a veces, se hayan utilizando en tratamientos de la obesidad), disminución de la sensación de fatiga.

Sobredosis: Fisiológicamente aparece un incremento de la temperatura cuerpo, convulsiones, cefaleas, ansiedad y aprensión, zumbidos en los oídos, palpitaciones.

En el plano psicológico se puede apreciar agitación con movimientos estereotipados (colocar cosas), alucinaciones (insectos en la piel), ideas delirantes, ideas paranoides, incremento del interés sexual, crisis epilépticas, incluso pueden aparecer psicosis tóxicas.

En casos graves pueden aparecer síncope, dolor pectoral, con muerte por arritmia o parada cardio-respiratoria.

Síndrome de abstinencia: Bajo el síndrome de privación surge insomnio o sueño en exceso, agitación psicomotriz... También pueden apreciarse ideas paranoides e intentos de suicidio.

Consecuencias a largo plazo: A medida que se va prolongando el consumo se presentan depresión, irritabilidad, falta de energía, desinterés por lo placentero, adelgazamiento, disfunciones sexuales, alteraciones de la atención y de la memoria, insomnio prolongado, aislamiento social, alucinaciones táctiles y olfativas (visión de bichos), ideas paranoides de tipo persecutorio, conductas violentas y agresivas.

Fisiológicamente acaban produciendo patologías en el hígado.

Ansiolíticos, hipnóticos y sedantes

Características: Son varios grupos de medicamentos que han tenido y tienen diversas aplicaciones terapéuticas: tratamiento de la ansiedad y del insomnio, uso como anestésicos, relajantes musculares y para el síndrome de abstinencia de alcohol o heroína.

Tipos:

Hidrato de cloral.

Barbitúricos: como el Pentobarbital y el Fenobarbital.

No barbitúricos: como la Metacualona, el Meprobramato y las Benzodiacepinas (Rohipnol, Valium, Tranxilium, etc.).

Forma de uso: Normalmente oral, aunque pueden consumirse de forma inyectada.

Dependencia física: Es variable según las sustancias. En algunos casos es baja, en otros alta.

Dependencia psicológica: También es variable según las sustancias, desde baja hasta alta.

Tolerancia: Sí, en todas. La tolerancia, es decir, el aumento de las dosis para apreciar los mismos efectos, es más rápida para los efectos sedantes que para los depresores.

Duración de los efectos: De cuatro a ocho horas, aunque en los barbitúricos duran más, llegando, incluso, a dieciséis horas.

Efectos: Buscados por el efecto euforizante, también producen balbuceos, descoordinación motora con marcha inestable, deterioro de la atención y memoria, desinhibición de los impulsos sexuales o agresivos, labilidad del estado de ánimo y deterioro de la capacidad de juicio.

Sobredosis: Estas sustancias son muy peligrosas cuando se mezclan con el alcohol. Al ser más rápida la tolerancia a los efectos sedantes, puede ocurrir una sobredosis con parada cardio-respiratoria, ya que es más lenta la tolerancia al efecto depresor. Los síntomas serían: respiración poco profunda, piel sudorosa, midriasis, pulso débil, coma y posible fallecimiento.

Síndrome de abstinencia: Al interrumpir el consumo de estas sustancias aparecen síntomas como náuseas y vómitos, debilidad, taquicardias, sudoración, temblor de manos, lengua y párpados, ansiedad e inestabilidad, insomnio y crisis epilépticas.

Consecuencias a largo plazo: Según se va prolongando el consumo de estos medicamentos pueden ir surgiendo alucinaciones visuales, auditivas o táctiles, temblores, amnesia, ansiedad, irritabilidad, inestabilidad emocional, deterioro intelectual, pérdida de apetito, ideas delirantes y enfermedades hepáticas.

Alcohol

Características: Tiene un importante uso de tipo industrial (artículos de limpieza), farmacéutico (presente en la elaboración de muchos medicamentos), cosmético (colonias y perfumes)...

Se conoce la utilización de la cerveza en el antiguo Egipto y Asiria, unos 7.000 A.C. El vino forma parte de la cultura Mediterránea y, tanto, en la antigua Grecia, como en Roma, existían ritos de culto a Dionisios y Baco, respectivos Dioses del vino.

En el S. XII, los monjes Benedictinos, producen el primer alcohol destilado (La KIRSCH, o licor de cerezas).

Tipos: Existe una clásica división entre alcoholes fermentados (cervezas, vinos, frutas fermentadas) y alcoholes destilados (Ginebra, Ron, Whisky, etc...) La graduación o porcentaje de alcohol por unidad de medida, es superior en los destilados que en los fermentados. Éstas serían:

Cervezas	3° a 7°
Sidras	3° a 6°
Vinos	7° a 24°
Aperitivos	14° a 25°
Licores	30° a 50°
Aguardientes	45° a 70°

Forma de consumo: Normalmente el uso suele ser por ingestión oral. Podría también inhalarse. El grado de alcohol que finalmente termina pasando a la sangre (grado de alcoholemia), depende de muchos factores: la masa muscular del sujeto, la ingesta previa de alimento, la mezcla con otras bebidas que tengan burbujas, la temperatura (bebidas con burbujas y/o calientes, se absorben más rápido y mejor) e, incluso el sexo (las mujeres absorben más cantidad de alcohol que los hombres).

Hoy en día, podemos hablar de la existencia de 4 tipos de consumo.

- . El que podríamos denominar consumo tradicional: con regular y diario consumo de cantidades elevadas sin síntomas de abstinencia.
- . Consumo abusivo de fin de semana o modelo anglosajón, existiendo una casi total abstinencia durante la semana.
- . Bebedor compulsivo: En el que se alternan períodos largos de abstinencia, seguidos de otros de embriaguez muy frecuentes, importantes y graves.
- . Consumo regular y diario de grandes cantidades, para calmar los síntomas de abstinencia.

Dependencia física: Muy alta.

Dependencia psicológica: Muy alta.

Tolerancia: Alta. Existen, además, tolerancia cruzada hacia las benzodiazepinas y barbitúricos.

Existiría una pseudotolerancia inversa. Debido al deterioro progresivo, daños psicológicos, pérdida de masa muscular, deterioro hepático, cada vez se requiere menos dosis para producir los mismos efectos.

Duración de los efectos: Depende de las cantidades ingeridas, el tiempo que se ha estado consumiendo y el proceso de metabolización. Normalmente el organismo es capaz de metabolizar una bebida por hora.

Los Apicos \cong máximos de los efectos se alcanzan a las 2-3 horas.

Efectos:

- . Fisiológicos: Sed, diuresis (aumenta la necesidad de micción), náuseas, hipotermia (bajada de la temperatura), vasodilatación periférica y vasoconstricción central (esto produce una falsa sensación de disminución del frío, facilitando la congelación, frecuente en vagabundos y mendigos)
- . Psicológicos: Los efectos psicológicos van a ir variando según se van aumentando las dosis ingeridas. Podemos hablar de 5 fases diferentes: Euforia, excitación, confusión, estupor y coma. Las 3 primeras las incluiremos en este apartado. Las fases de estupor y coma las analizaremos en el apartado de sobredosis.
 - De Euforia: Euforia, aumento de la locuacidad y sociabilidad, expresión fácil de sentimientos, aumento de la autoestima, desinhibidor y ansiolítico (disminuye la ansiedad).
 - De excitación: Inestabilidad emocional, pérdida de juicio crítico, alteraciones de la memoria y comprensión, disminución de la respuesta a estímulos sensoriales, aumento del tiempo de reacción, ligera descoordinación muscular.
 - De confusión: Desorientación, obnubilación, confusión mental, mareos, manifestación exagerada de sentimientos, alteraciones en la percepción del color, forma, movimientos y dimensiones, analgesia (disminuye el umbral del dolor), alteraciones del equilibrio, descoordinación muscular, marcha insegura, habla pastosa, disminución de reflejos, dificultad de atención y concentración, sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, sentimientos de cólera, irritabilidad, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad social y laboral, psicosis tóxica (alucinaciones).

Sobredosis: 2 fases.

- De estupor: Apatía, inercia, incapacidad de caminar y permanecer de pie, incapacidad y descoordinación muscular, respuestas muy débiles a los estímulos, arritmias y taquicardias.
- De Coma: Inconsciencia completa, estado anestésico y coma, pérdida de reflejos, hipotermia, incontinencia de orina y heces, dificultades en circulación y respiración, parada respiratoria y muerte.

Síndrome de abstinencia:

- . Efectos Fisiológicos: Temblor de manos, agitación psicomotriz, sudoración, congestión facial, hipertensión, náuseas y vómitos, convulsiones.
- . Efectos Psicológicos: Crisis comiciales (crisis epilépticas), insomnio, alucinaciones visuales (bichos), táctiles, auditivas, psicosis tóxica. Al 21 o 3^{er} día de la supresión de la ingestión de alcohol y algo después de los síntomas descritos, puede aparecer el delirium tremens, que consiste en alucinaciones, temblores, convulsiones, insomnio, fiebre, taquicardia, sudoración, etc... En la mayoría de los casos, su evolución es benigna, resolviéndose en menos de 3 días, pero en un porcentaje de un 20%, la evolución conduce a la muerte por causas que aún no son conocidas.

Consecuencias a largo plazo: A medida que el consumo se prolonga en el tiempo y/o aumenta en cantidad, van apareciendo las siguientes consecuencias:

- . Fisiológicas: Las vamos a enumerar según el órgano, aparato o sistema del organismo que afecten:
 - Hígado: Hepatitis, cirrosis
 - Aparato Digestivo: Esofagitis, gastritis, úlceras, cáncer orofaríngeo, cáncer de laringe.
 - Páncreas: Pancreatitis, déficits de enzimas digestivas e insulina.
 - Aparato Respiratorio: Aumento de infecciones.
 - Aparato Circulatorio: Aumento del colesterol, hipertensión, miocardiopatías, infartos...
 - Sistema Nervioso Central: Demencias, polineuropatías, atrofia cerebral, degeneración del cerebro, síndrome de WERNICKE-KORSAKOFF (amnesias), pelagra, beriberi.
 - Ojo: Ambliopatía (atrofia óptica)
 - Sistema Endocrino: Alteraciones hormonales y enzimáticas, hipoglucemia y diabetes.
 - Anemias
 - Carencias vitamínicas (del grupo B)
 - Depresión inmunológica
 - Aparato Reproductor:
 - . En hombres: Atrofia testicular, impotencia
 - . En mujeres: Infertilidad, aumento del número de abortos.
 - Teratogenicidad: Efectos sobre el feto.
 - . Síndrome Alcohólico Fetal: caracterizado por lesiones en el Sistema Nervioso Central, retraso en el desarrollo y crecimiento intrauterino, malformaciones, depresión del sistema inmunológico.
 - . Síndrome de abstinencia neonatal.

Como conclusión, se ha comprobado que el alcohol es el responsable del 25% de las hospitalizaciones en Medicina Interna, y el 15% de las urgencias generales.

- . Psicológicas: Problemas de concentración y de orientación, amnesia (síndrome de WERNICKE-KORSAKOFF), depresión, ansiedad, disfunciones sexuales, celopatías (Delirios de celos), trastornos del sueño, psicosis tóxica, deterioro de la actividad social y laboral (2-3 veces superior el nivel de absentismo), suicidios.
- . Sociales: Se ha estimado que el alcohol es el responsable del 20% de las consultas psiquiátricas, que está presente en el 85% de los casos de malos tratos familiares, que es el responsable del 50% de los accidentes de tráfico llegando hasta las 3/4 partes en los accidentes con resultado de muerte (los más graves) y el 50% de los accidentes laborales, llegando a los 2/3 en los accidentes con resultado de muerte.

PROBLEMAS ASOCIADOS AL ABUSO Y DEPENDENCIA DE LAS DROGAS

En el epígrafe anterior hemos estudiado las consecuencias, problemas y trastornos de tipo fisiológico o sanitario y psicológico, derivados directamente consumo de sustancias tóxicas.

Es decir, la consecuencia directa de los problemas es la propia droga o sustancia química al interaccionar con el organismo.

Pero existen otros tipos de consecuencias, también de ámbito sanitario o psicosocial, los cuales, relacionados con otra serie de factores, denominaremos factores asociados.

Consisten en trastornos, independientemente de la sustancia que sea. Ocurriría de igual forma, por ejemplo, con heroína o con cocaína, puesto que los problemas derivan del deterioro realizado según la forma de consumo.

Problemas o enfermedades que surgen dependiendo de la vía de consumo

a) **Por utilizar la vía nasal:** Surgen al entrar en contacto la droga con la mucosa nasal. En principio aparece rinitis, con aumento de mocos, dolor de cabeza, agüilla, dando lugar a resfriados más frecuentes, infecciones en la nariz, menos defensas en el pulmón y problemas bronquiales. Posteriormente pueden aparecer hemorragias nasales, sinusitis y destrucción tabique nasal.

b) **Por utilizar la vía inhalatoria:** Surgen con el paso del humo o vapores a altas temperaturas a través del aparato respiratorio (nariz, bronquios y pulmón). En principio aumentan los resfriados, pero seguidamente aparecen las bronquitis, neumonías, enfisemas (destrucción de los tejidos alveolares) y cáncer de pulmón.

c) **Por utilizar la vía intravenosa:** Los problemas surgen con la introducción en la sangre de sustancias tóxicas y por utilizar material contaminado: jeringuillas utilizadas por otros, utilizadas por una misma persona pero varias veces, por falta de higiene al inyectarse, por hacerlo en una zona infectada, fuera de una vena... Las consecuencias más comunes son abscesos con inflamación en la zona inyectada, dolor, fiebre, dificultades respiratorias, pudiendo dar lugar a sepsis (infección generalizada por contaminación en la sangre), endocarditis (inflamación de las válvulas y tejidos del corazón), flebitis (venas inflamadas y obstruidas). Enfermedades graves como las hepatitis y el virus VIH y SIDA son transmitidas por este sistema. Además de las hepatitis víricas de transmisión, pueden derivarse otros problemas hepáticos debido a la acción de las drogas, sustancias de corte, disolventes poco adecuados, agua no destilada, etc., sobre el hígado.

Derivados del estilo de vida

El resto de los problemas vienen derivados estilo de vida, la mala alimentación, los malos hábitos de higiene y las continuas infecciones no tratadas, que en general producen un debilitamiento sistema inmunológico.

2. EL DELINCUENTE DROGADICTO

ETIOLOGÍA

Al referirnos a las causas que han dado origen a una drogodependencia, debemos descartar de antemano la existencia de un perfil de personalidad previo, y desde luego, la existencia de anomalías genéticas o fisiológicas al respecto. De ello no tenemos evidencia empírica y además será difícil y costoso poderla plantear, pues se requerirían estudios longitudinales que permitieran realizar un recorrido sobre la vida y características de los drogodependientes antes, durante y después de la drogodependencia. Los estudios realizados hasta ahora son de tipo transversal y se realizan cuando los sujetos ya han contactado con los correspondientes recursos, tras períodos más o menos largos, inmersos en una adicción, lo que hace prácticamente imposible descubrir si la existencia de esos rasgos de personalidad han sido inducidos por la drogodependencia, o simplemente ha potenciado rasgos que ya existieron previamente.

Esto quiere decir, de entrada, que una drogodependencia puede estar al alcance de cualquier sujeto. Sobre todo cuando se trata de una fase inicial. Otra cuestión es si la dependencia se implanta y se va arraigando. Vamos a ver las causas de iniciación, de mantenimiento y por las que se reincide o se recaee.

Causas precipitantes

La curiosidad: Aparece en la inmensa mayoría de los drogodependientes. Hay que situarse, para entender mejor esto, en un período de la vida (la adolescencia) en el que la curiosidad juega un papel fundamental.

Invitaciones: Muchos toxicómanos manifiestan haber iniciado el consumo de drogas debido a las invitaciones de amigos.

Aliviar tensión y preocupaciones: Esto sí que podemos considerarlo un rasgo previo a la dependencia. La existencia de estados de tensión y ansiedad, y la acción que sobre los mismos producen determinados efectos de algunas sustancias que actúan disminuyéndolos, pueden explicar con qué facilidad se manifiestan algunas dependencias.

Para tener un mayor reconocimiento social: Volvemos a señalar el papel que juega en el consumo la adolescencia y la importancia del prestigio que se obtiene realizando determinadas conductas de riesgo.

Para obtener la aprobación de los compañeros: Una vez más la adolescencia, y en este caso la necesidad de pertenencia a un grupo de pares, ejerce una presión que empuja hacia el consumo, de unos hacia otros.

Para mostrar una conducta social espontánea: Los efectos desinhibidores de algunas sustancias facilitan las relaciones al quitar freno a los prejuicios o bien dar más facilidad de palabra o decisión para la acción. En este sentido, personas introvertidas encontrarían más facilidad en sus interacciones sociales.

Por rebeldía: Enfrentamiento contra el sistema establecido y movimientos contraculturales.

Conocer nuevas experiencias: Las sustancias alucinógenas constituirían el prototipo de droga buscada con esta finalidad.

Aprendizaje por modelos: En la propia familia. La existencia de algún hermano mayor drogodependiente o un padre con problemas de alcoholismo, hace que a veces, desde muy pequeño, y producto del aprendizaje social, se aprendan rápidamente las pautas de un comportamiento dependiente, de un estilo de vida dependiente, aunque por los tiempos y por la moda se elijan unas sustancias en vez de otras.

Causas de mantenimiento

Las podemos resumir en dos amplias causas:

Como producto del Refuerzo Positivo: La administración de las sustancias, los efectos psicológicos euforizantes, con la sensación de placer y bienestar, de que todo va bien. Todo ello de forma muy potente, rápida y con la necesidad de escaso esfuerzo.

Como producto del Refuerzo Negativo: Aliviando tensiones, frustraciones y malestar. A éstos hay que añadir la evitación de las molestias, trastornos y dolor, producto de los respectivos síndromes de abstinencia.

Principales factores de recaída

La falsa sensación de tener el problema superado: Hace que el sujeto se confíe, pudiendo verse envuelto de nuevo en el consumo.

Problemas psicológicos: Ansiedad, estrés, depresión, disminución de autoestima. Bien porque ya se tuvieron previamente, bien durante el consumo, o bien manifestados tras el vacío que deja el abandono consumo.

Problemas interpersonales: Situaciones de conflicto, familiares, de pareja, el paro, falta de amigos.

La presión social: De los amigos y conocidos relacionados con el consumo, con la intención de continuar en el mismo.

El deseo de seguir experimentando los efectos de euforia y bienestar.

Consumos esporádicos: Que pueden hacer disminuir la autoestima y el autocontrol conseguido, abocando a otros consumos y con ello a una recaída.

DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN

Al realizar un diagnóstico del drogodependiente debemos tener en cuenta una perspectiva global del problema, que posteriormente nos permita entenderlo desde dentro de nuestra institución. Hay que considerar:

Tipología de los consumidores

Desde un consumo experimental a uno dependiente existe un continuo de menos a más. No se deben confundir los diferentes estratos si queremos conocer con exactitud

en qué situación se encuentra el sujeto. A medida que se sube un escalón se van eliminando sujetos (véase Fig. 1).

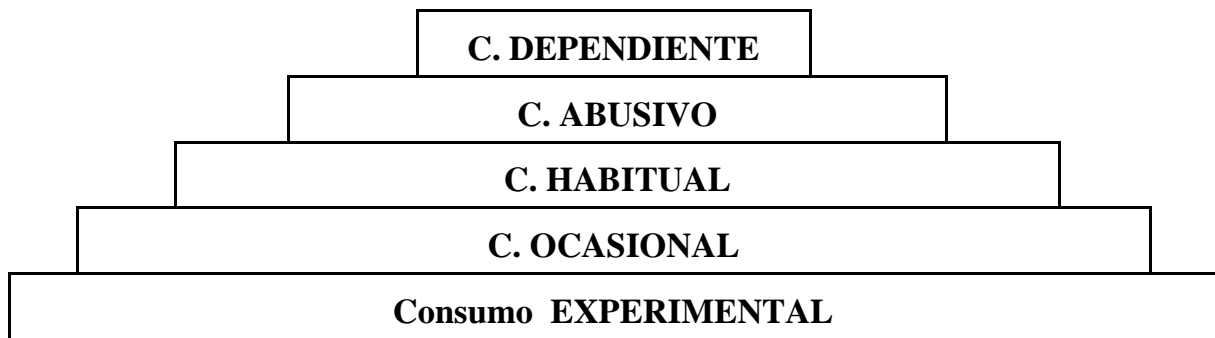


Fig. -1 -

Pirámide de la delincuencia

Otro tanto nos ocurre con este aspecto, puesto que la delincuencia que nos llega a prisión es una parte total del fenómeno (véase Fig. 2).

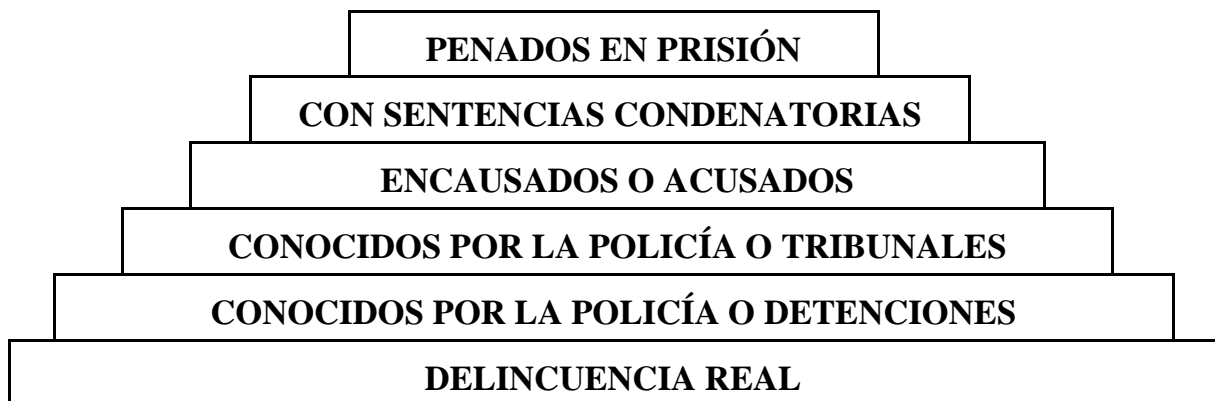


Fig. -2 -

Sin olvidar la mayor o menor frecuencia, lo que supone una mayor o menor habitualidad en la comisión de delitos.

Interacción drogodependencia y delincuencia

Sólo un porcentaje de ambos coinciden. Cuando se está iniciando el consumo puede que sea costado con recursos legales, hasta llegar a unos niveles económicos y de deterioro que impiden obtenerlos de forma legal, iniciándose con ello la actividad delictiva. No todos, pero un gran porcentaje de internos en prisión, tiene este perfil que denominamos toxicómano-delincuente. Por contra, existe otro perfil que encontramos

en número elevado, denominado delincuente-toxicómano, no sujeto a aquellas características, y en los que la drogodependencia no es más que un aspecto más de su proceso de asociabilidad..

Por otra parte, y pese a la elevación de la delincuencia relacionada con el consumo de drogas, gran número de delincuentes no tienen nada que ver con ella (véase Fig. 3).

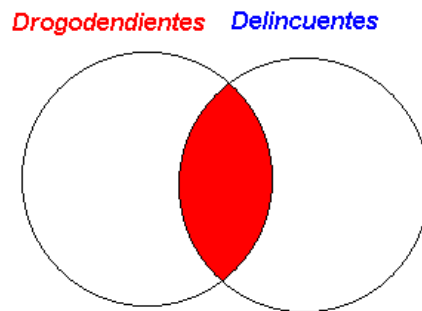


Fig. - 3 -

En esta interacción se incluiría:

a) **Una delincuencia inducida** por el consumo de drogas. Ya sea por la actuación bajo sus efectos, como ocurre en determinados delitos de imprudencia con el alcohol, o por las consecuencias del consumo prolongado, por ejemplo: determinadas agresiones que tienen origen en las suspicacias e ideas paranoides de persecución, producto del consumo de cocaína.

b) **Otra delincuencia funcional** sería aquella que se produce con el fin de mantener el consumo y evitar los efectos del síndrome de abstinencia. Ejemplo: los delitos contra la propiedad para mantener el consumo de heroína o cocaína.

c) **Una delincuencia relacional.** Tiene que ver con el consumo pero no con la persona que ejerce el delito. Ejemplo: delitos CSP en no consumidores. Hay que diferenciarlo de la figura del traficante-consumidor, pues en este caso nos encontraríamos con delincuencia funcional.

Criterios diagnósticos del DSM-IV.

En otro sentido, debemos tener en cuenta los criterios establecidos por la APA (Asociación Americana de Psiquiatría) en su **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)**. Diferencia la Dependencia de sustancias psicoactivas del abuso de sustancias.

Para establecer un diagnóstico de **Dependencia** debe darse:

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

1. Tolerancia definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia.
 - b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

Indica igualmente unos criterios para establecer unas especificaciones de curso para la dependencia de sustancias, diferenciando:

Remisión total temprana.

Remisión parcial temprana.

Remisión total sostenida.

Remisión parcial sostenida.

En terapéutica con agonistas.

En entorno controlado.

Leve/moderada/grave.

Para el **Abuso** de sustancias psicoactivas, los criterios serían:

1. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes, durante un período de doce meses:
 - a) Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.
 - b) Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej.: conducir un automóvil).
 - c) Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.

- d) Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.
2. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias.

LA HISTORIA TOXICOLÓGICA

Realizar una intervención adecuada en drogodependencias requiere un preciso análisis de la situación en la que se encuentra el sujeto. No todas las drogodependencias son iguales, no siempre la persona se encuentra en las mismas circunstancias, y la adecuación de los tratamientos debe ir en esa dirección, puesto que también varían y no todo sirve para todo el mundo.

Componer una historia toxicológica supone poder realizar posteriormente y junto con otros datos de los diferentes profesionales de los Equipos de Intervención, un diagnóstico o evaluación del problema al que nos enfrentamos.

En ella debemos tener en cuenta:

- . **Datos demográficos:** edad, nivel socioeconómico, estructura familiar, nivel escolar, situación laboral, recursos personales, amigos, etc.
- . **Sustancias consumidas:** edad de inicio, edad de consumo abusivo o dependiente, formas y lugar de administración, cantidades o dosis, frecuencia, existencia de episodios de sobredosis, etc.
- . **Exploración de otros hábitos adictivos,** como otras drogas legales o institucionalizadas, actividades de juego o azar, actividades de riesgo, etc.
- . **Estilo de vida** y actitud respecto a las drogas antes de comenzar el consumo. Formas de costear el consumo. Actividad delictiva.
- . **Respuestas familiares** frente al consumo de drogas: relaciones, consumos en la familia, manejo emocional, normas de convivencia.
- . **Relaciones interpersonales** antes y después de la adicción: cambios en ellas, amistades, pareja, utilización de las relaciones.
- . **Autocontrol:** situaciones en las que aparece, estrategias utilizadas, tratamientos en los que se ha participado.
- . **Motivación actual** para dejar o mantener el consumo, interés en realizar tratamiento.
- . **Estado de salud:** HIV y SIDA, hepatitis, enfermedades infecto-contagiosas, embarazo, síntomas de abstinencia. En general, el estado de salud va a determinar bastante la realización de algunos tratamientos.
- . **Exploración psicológica:** ansiedad, depresión o trastornos de mayor gravedad. Es frecuente que al *levantar+ una drogodependencia, aparezcan otra serie de problemas.

En el siguiente capítulo, dedicado a la intervención terapéutica, se presentarán las diferentes modalidades de tratamiento. Esto permitirá entender de mejor forma el sentido de una correcta evaluación.

RASGOS DE PERSONALIDAD FRECUENTES EN TOXICÓMANOS

Con la presentación de estos rasgos no se pretende potenciar la existencia de un estereotipo. Es cierto que debemos tener presente todo lo referido en los epígrafes anteriores para una individualizada evaluación, pero no es menos cierta la existencia de los siguientes rasgos con mayor o menor frecuencia, y que debemos tener siempre presentes los profesionales de los Equipos Técnicos y Juntas de Tratamiento para entender y aceptar mejor la personalidad del drogodependiente:

- Dependencia afectiva.
- Permanente temor al abandono.
- Deseo inagotable de aprobación.
- Dificultad de identificación del rol sexual.
- La figura del padre es débil y distante.
- La figura de la madre sobreprotectora y omnipresente.
- Búsqueda constante del placer y gratificación.
- Comportamientos infantiles y egocéntricos.
- Tendencia a la ansiedad o depresión.
- Escasa tolerancia a la frustración.
- Dificultades para establecer y mantener relaciones personales.
- Escasa capacidad de autocontrol.
- Escasa capacidad de autoestima.
- Incapacidad de asumir responsabilidades.
- Atribución de su problema a razones externas a ellos mismos.
- Dificultades para resolver problemas.

3. INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA CON DROGODEPENDENCIAS

INTRODUCCIÓN

La intervención terapéutica con drogodependientes consiste en un proceso largo, difícil y costoso, que abarca numerosas facetas y estructuras de la persona.

Cuando se acude a un recurso, normalmente se hace cuando se lleva un período más bien largo de consumo, y cuando han comenzado a aparecer consecuencias negativas del mismo, siendo una de ellas los problemas con la justicia y la prisión. Es obvio, por tanto, que problemas implantados desde bastante tiempo, y con muchas dificultades añadidas, no tengan soluciones rápidas y fáciles. A veces hay que reconstruir largos períodos de vida en una edad crucial como es la adolescencia y el principio de la juventud.

Para realizar cualquier intervención debemos tener en cuenta estos cuatro principios:

- A. La clasificación que de la intervención realiza la OMS para todo el ámbito de la salud pública y que es trasladable a los problemas de naturaleza psicosocial, con la consiguiente adaptación. Divide en:
 - **Prevención primaria:** El objetivo sería modificar los factores determinantes que perturban el pleno desarrollo psicosocial (económicos, culturales, sanitarios) e intentar promover los recursos y potencialidades de los individuos y los grupos, especialmente de aquellos más deficitarios o en situación de riesgo. Consistiría en la prevención propiamente dicha, que en el caso de las drogodependencias sería evitar la iniciación del consumo.
 - **Prevención secundaria:** Los objetivos serían la identificación precoz en individuos de alto riesgo y la intervención dirigida a reducir la incidencia de estos problemas antes de que se hagan más graves o de muy difícil solución. Se está refiriendo en cualquier caso a intervención precoz y en nuestro caso se refiere al control del consumo ya iniciado.
 - **Prevención terciaria:** Su objetivo es reducir, detener o retardar la evolución de una disfunción individual o social y sus consecuencias en una comunidad, procurando la reinserción de las personas y grupos en su medio familiar y en su entorno comunitario. Se trataría de que una vez iniciado el problema, éste no progrese o por lo menos se eviten al máximo sus consecuencias. En nuestro caso, aceptando la existencia del consumo se procuraría reducir el daño.
- B. La drogodependencia es un problema bio-psico-social. Esto quiere decir que repercutiendo en la esfera biológica, psicológica y social del individuo, las soluciones habrá que encontrarlas en y para las tres esferas.
- C. La intervención en drogodependencias está aparejada al concepto de Red de Intervención. Ya sean de tipo público o privado, subvencionados o no, los múltiples recursos existentes deben adaptarse con posterioridad a las

necesidades del sujeto (las iniciales y las derivadas de su evolución). Un único recurso no suele ser suficiente para completar una intervención. Posteriormente se verá el porqué.

- D. Para entender las necesidades y prioridades que debemos cubrir, podemos seguir el modelo del psicólogo social Maslow. Éste propuso que las necesidades humanas pueden clasificarse en diferentes categorías, estructuradas jerárquicamente de tal forma que se necesita tener cubiertas las inferiores para poder acceder a las superiores (véase Fig. 4).

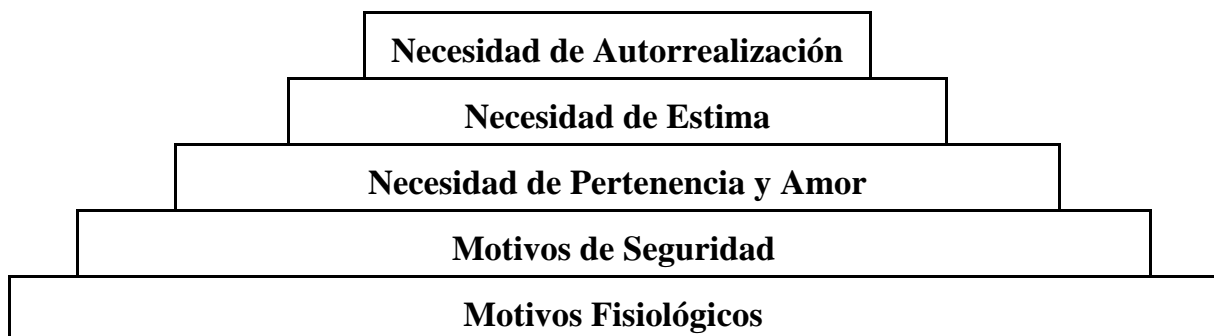


Fig. -4 -

La drogodependencia va destruyendo la consecución de estos motivos en la dirección 1 y la intervención o tratamiento debe siempre reconstruir en la dirección 2, pues de lo contrario es fácil que estemos abocados al fracaso.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Toda la Red de Intervención en drogodependencias queda incluida en el Cuadro 1. Vamos a ir estudiando cada uno de los apartados:

La desintoxicación

Es una fase que es necesaria siempre y cuando nos encontremos frente a sustancias con alta dependencia física, susceptibles de producir síndromes de abstinencia.

El objetivo preciso sería la eliminación, tras un período más o menos prolongado, de toda la sintomatología que aparece tras interrumpir el consumo, pero que oscila entre una y dos semanas de duración.

Según el tipo de recursos utilizado nos encontramos con desintoxicaciones:

- . **Hospitalarias:** útiles cuando el nivel de dependencia es alto, con fuerte sintomatología, grave estado de salud o complicaciones añadidas y sin apoyo, control o seguimiento familiar.
- . **Ambulatorias:** Se realizan asistiendo a la consulta a un recurso.
- . **Domiciliaria:** En el propio domicilio del sujeto.



Cuadro -1-

En estas dos últimas, requieren, aparte de una moderada sintomatología sin complicaciones, apoyo, seguimiento y control familiar, aunque esto último pudiera ser sustituido por un piso de acogida, cuando no exista, o la situación familiar sea perjudicial para la intervención.

Por la forma médica de intervención (ya que en esta fase el papel sanitario es fundamental) se incluyen desintoxicaciones:

- . **Con sustitutivos opiáceos:** Ejemplo: Metadona. Se dan dosis equivalentes a las de heroína, y se van reduciendo a lo largo de veintidós días máximo.
- . **Con agonistas alfa-2-adrenérgicos:** Disminuyen la sintomatología vegetativa del síndrome de abstinencia sin riesgo de abuso o dependencia.
- . **Con benzodiazepinas y neurolépticos:** únicamente con el fin de tratar la ansiedad y el insomnio.
- . **Tratamientos sintomatológicos:** únicamente se trata el cuadro que se presenta (fiebre, calambres, diarrea, etc.), pero libre de drogas.
- . **Rápidas y ultrarrápidas:** Entre 1 y 4-5 días, combinando determinados fármacos antagonistas, agonistas, ansiolíticos, neurolépticos e, incluso, anestésicos generales.

La deshabitación psicológica

Una vez efectuada la desintoxicación, la cual se consigue en un período relativamente corto, se podría proceder a realizar la deshabitación psicológica.

Este proceso es mucho más largo (podemos hablar de uno a dos años según las evoluciones individuales) y consiste en vencer la dependencia psicológica, es decir, el deseo de seguir tomando drogas.

Habría que optar por dos posibles modalidades:

- . **De forma ambulatoria:** Ya sea ambulatoria propiamente dicha o en Centro de Día (además de las sesiones de terapia se ocupa el tiempo en actividades ocupacionales, de animación, talleres, etc.).

Este sistema es recomendable puesto que aminora los costes (el sujeto duerme en su domicilio) y es más normalizado y normalizador. El perfil adecuado requiere:

- Historia de consumo no excesivamente larga.
 - Corta historia de tratamientos y fracasos.
 - Cierta autocontrol.
 - Mantenimiento de algunas actividades (laboral, formativa, etc.).
 - Poco deterioro fisiológico.
 - Apoyo familiar (aunque si las otras características están bien, puede sustituirse por un Piso de Apoyo). La familia requiere apoyo, implicación en el tratamiento y estar normalizada.
- . **Comunidad terapéutica:** El sujeto vive en régimen de internado (las veinticuatro horas del día) y esa convivencia, ese espacio se convierte en un espacio terapéutico más intenso que en el sistema ambulatorio, pero también algo

más artificial y más diferente que en la vida cotidiana. Es conveniente cuando:

- El autocontrol sea menor.
- Se hayan deteriorado algunas estructuras laborales, sociales, formativas, etc.
- La familia también se encuentra desestructurada, no apoya o incluso el ambiente familiar pueda ser perjudicial para la intervención.

Características propias de este sistema serían:

- El tiempo de internamiento está dividido en fases.
- Número reducido de personas atendidas.
- Valoración del grupo como medio preferente de tratamiento.
- Aprovechamiento de todos los hechos que acontecen como experiencia de realidad y factor reeducativo.
- Participación efectiva y prolongada de los miembros del equipo.
- Señalamiento de la socialización como método curativo.

Programas con Naltrexona

La Naltrexona es un antagonista (véase *Conceptos básicos+) opiáceo que tiene una afinidad a los receptores moleculares químicos 150 veces superior a la Morfina. Esto quiere decir que, administrada la Naltrexona periódicamente, al consumir Heroína, ésta no produce los efectos psicoactivos de euforia, placer y bienestar, lo que supone un apoyo al proceso de deshabitación, dado que de producirse fallos (consumos esporádicos), al menos no van seguidos de la sensación psicológica reforzante del consumo:

Criterios de admisión:

- . Cortas historias de consumo adictivo.
- . Ambiente familiar conservado.
- . Debe ir acompañada de apoyo psicológico (es prácticamente inútil si únicamente es administrada por el médico sin más).
- . Conveniente en situaciones de transición: al salir de Comunidades Terapéuticas, Hospitales, Prisiones, etc.

Contraindicaciones:

- . En enfermedades psiquiátricas graves.
- . En hepatopatías agudas y crónicas.
- . En la drogodependiente embarazada.

En general, independientemente de los sistemas utilizados, los programas de deshabitación psicológica o programas libres de drogas (al no ir acompañados de ninguna sustancia sustitutiva) están basados en el Principio de Prevención de Recaídas.

Con él se asume que interrumpir el consumo es relativamente fácil. Lo difícil, y aquí es donde se establece el reto, es conseguir que, transcurridos unos días o semanas, no se vuelva a continuar con él.

La Prevención de Recaídas

Supone:

No considerar la drogodependencia como una Enfermedad, sino como una Conducta Problema.

Considerar el consumo de drogas como un hábito, sometido a las leyes del aprendizaje, en su adquisición y en su mantenimiento.

Por la misma razón, el proceso de tratamiento también se somete a dichas leyes, y lo mismo que se aprende a tener un hábito, se puede desaprender o deshabituarse.

Los *fallos+ (consumos esporádicos o recaídas) pueden ser muy útiles para ese proceso de deshabituación (de los errores se aprende), debiendo detectarse las situaciones de riesgo y aprender a manejarlas. Por ello resulta casi imprescindible la realización de controles analíticos que permitan detectar el consumo y el reconocerlos por parte del sujeto cuando se demuestran.

Para todo ello, se requiere la adquisición por parte del sujeto, a través de las actividades terapéuticas, de las estrategias suficientes para manejar las situaciones conflictivas. A esta forma de intervención se le denomina también modelo de autocontrol o modelo de competencia.

Programas de Reducción del Daño

Se centran en el último eslabón del nivel terciario o de intervención. No son tan ambiciosos porque no se plantean, en principio, la recuperación o deshabituación. Se acepta el consumo, pero se procura en lo posible paliar las consecuencias y problemas añadidos al consumo de drogas.

Entre estas formas de intervención debemos considerar:

- . **Los programas educativos:** de escuela de salud, adquisición de hábitos de higiene, reducción de conductas de riesgo, etc. Estos programas también suelen añadirse complementariamente en los de deshabituación.
- . **Intercambio de jeringuillas:** con el objetivo de reducir las posibilidades de contagio de todas las enfermedades que se transmiten o aumentan con el consumo por vía intravenosa.
- . **Programas de mantenimiento:** con sustitutivos (Metadona) o L.A.A.M., incluso con Heroína como en la experiencia suiza.
- . **Programas con Metadona:** La Metadona es un opiáceo sintético agonista de la Heroína. Ya vimos su utilización (por otra parte escasa) en la desintoxicación. En los programas de mantenimiento (duración superior a veintiún días y sin límite), los objetivos que se persiguen son:
 - Tener a los consumidores detectados y controlados, incluso con el fin de, posteriormente, en el caso de que se creyese conveniente, incorporarlos a otros programas.
 - Disminuir las enfermedades relacionadas con la adicción.
 - Disminuir las muertes por sobredosis.

- Disminuir la delincuencia.
- Paliar los efectos reforzantes de otras drogas.
- Disminuir costes sanitarios y sociales.

Aunque lo cierto es que:

- Se sustituye una droga por otra.
- Sigue existiendo dependencia y síndrome de abstinencia, incluso más duradero que el de heroína.
- Se intenta compensar con otras drogas, con lo que el control de la delincuencia es relativo.

El perfil más adecuado conllevaría:

- Complicaciones orgánicas graves.
- Varios años de adicción con intenciones terapéuticas fallidas.
- Heroinómana embarazada.
- Trastornos psiquiátricos graves.

Reinserción

No se puede considerar completada una intervención si no se desenvuelve el sujeto en su medio familiar, social, laboral, etc., en condiciones suficientes una vez controlado el consumo.

Para completar la red de intervención, la fase de reinserción debe considerar la situación familiar del sujeto.

Si tiene apoyo familiar, hay que contar con él.

Ya debería haberse hecho en la fase de deshabituación, si la misma se realizó de forma ambulatoria.

Pero si la misma se hizo en comunidad terapéutica, y posteriormente se puede contar con dicho apoyo, debe utilizarse.

De no ser así, un piso de reinserción, o familia sustitutiva, puede aportar soluciones. Por supuesto que para ello hay que realizar un correcto análisis de la situación social (edad, recursos y características personales, etc.).

Igualmente debemos contar con todos los recursos existentes en la comunidad: Talleres, cursos formativos, asociaciones, actividades culturales, recreativas, de ocio y tiempo libre.

Y por supuesto, continuar realizando un seguimiento de todo este proceso final, con el fin de evitar o solventar los contratiempos que sobrevengan.

4. INTERVENCIONES EN CENTROS PENITENCIARIOS

En innumerables ocasiones se ha planteado que la prisión no es un buen espacio terapéutico para realizar tratamientos de drogodependencias.

El hecho de no ser el mejor sitio, no impide que se pueda trabajar; al fin y al cabo tampoco es el peor. Obligados por una abstinencia forzada, o cuando menos, imposibilitado un consumo con idénticos niveles a los que se podría llegar en libertad, se aprecian mejoras parciales en los sujetos. Además, el tiempo en prisión se puede y debe aprovechar. (Art1 5 R.P.)

Anteriormente hemos visto el desarrollo completo de la intervención en drogodependencias y el concepto de red. Pues bien, debemos decir que, salvo los últimos momentos del proceso de reinserción, donde evidentemente se requieren unos altos niveles de autonomía, responsabilidad, independencia y utilización de todos los recursos comunitarios, casi todas las intervenciones pueden realizarse en prisión o desde la prisión o la ejecución de la pena.

El ideal sería que durante el cumplimiento de la pena se iniciara el proceso de tratamiento, completándose finalmente y constatando y contrastando los logros al regreso a la vida en libertad.

El art1 110 del R.P., nos señala cuales son los elementos del tratamiento para conseguir la finalidad resocializadora de la pena privativa de libertad:

- a) Diseñará programas formativos orientados a desarrollar las aptitudes de los internos, enriquecer sus conocimientos, mejorar sus capacidades técnicas o profesionales y compensar sus carencias.
- b) Utilizará los programas y las técnicas de carácter psicosocial que vayan orientadas a mejorar las capacidades de los internos y a abordar aquellas problemáticas específicas que puedan haber influido en su comportamiento delictivo anterior.
- c) Potenciará y facilitará los contactos del interno con el exterior, contando siempre que sea posible, con los recursos de la comunidad, como instrumentos fundamentales en las tareas de reinserción.

Es decir, dar competencias, atender etiologías toxicofílicas y utilizar los recursos comunitarios, son principios que orientan el tratamiento con drogodependientes.

Igualmente, el art1 208, que se refiere a las Prestaciones Sanitarias, señala que Aa todos los internos, sin excepción, se les garantizará una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población. Tendrán igual derecho a la prestación farmacéutica y a las prestaciones complementarias básicas que se deriven de esta atención.≡ Y, en su punto 2, indica que Alas prestaciones sanitarias se garantizarán con medios propios o ajenos concertados por la Administración Penitenciaria competente y las Administraciones Sanitarias correspondientes≡.

Con esto, quedan recogidas actuaciones como los programas de mantenimiento con metadona, LAAM, programas de intercambio de jeringuillas o cualquier intervención que realizándose en la comunidad pudiera aplicarse o adaptarse a la prisión.

Evidentemente, la intervención hay que adecuarla al tipo de régimen de vida que se trate (régimen cerrado, ordinario, abierto o internos preventivos).

En principio, campañas educativas y/o preventivas, desintoxicaciones, programas de reducción del daño, programas de mantenimiento con metadona y algunos programas concretos de deshabitación (ambulatorias), pueden ser realizados en cualquiera de los regímenes penitenciarios, para lo que el art1 116-1 R.P. nos señala que todo interno con dependencia de sustancias psicoactivas que lo desee, debe tener a su alcance, la posibilidad de seguir programas de tratamiento y deshabitación, con independencia de su situación procesal y sus vicisitudes penales y penitenciarias.

Otros programas de deshabitación como los asimilados a Centro de Día o en departamentos específicos (módulo terapéutico) indicado en el art1 116-3 R.P. parecen más propios del régimen ordinario.

Lo mismo podríamos decir del tratamiento en Comunidad Terapéutica (art1 115 R.P.). Y, la novedad del art1 117-1 R.P. por el que aquellos internos clasificados en segundo grado de tratamiento que presenten un perfil de baja peligrosidad social y no ofrezcan riesgos de quebrantamiento de condena, puedan acudir regularmente a una institución exterior para la realización de un programa concreto de atención especializada, siempre que éste sea necesario para su tratamiento y reinserción social.

Desde el régimen de semilibertad, ya sea por la vía del art1 82 R.P. o el art1 83 R.P., desde los Centros Abiertos, Centros de Inserción Social, Secciones Abiertas o, incluso, desde las Unidades Dependientes (art1 165 R.P.), se pueden utilizar todos los recursos ambulatorios específicos en el tratamiento de las drogodependencias, como todos aquellos recursos inespecíficos pero igualmente necesarios para completar las intervenciones (Asociaciones, Ayuntamientos, INEM, escuelas taller, centros formativos reglados y no reglados, recursos culturales, deportivos, recreativos, etc...), que juegan un papel fundamental en la reinserción

Una última modalidad de intervención desde el 3^{er} grado sería el internamiento en un Centro de Deshabitación desarrollado en el art1 182 R.P..

Esta modalidad es muy útil:

- . Como complemento de una intervención realizada previamente dentro del Centro Penitenciario.
- . Como alternativa a la prisión, en internos con corta historia de consumo y delitos que, incluso, se hayan mostrado interesados al estar realizando tratamiento previamente al ingreso en prisión.
- . Como alternativa, en el caso de aquéllos Centros, que no dispongan de recursos específicos. En este último caso, hay que delimitar muy bien el papel adecuado y procurar compaginar al máximo el fin rehabilitador, con el principio de ejecución de las penas.

5. LOS G.A.D.

Los objetivos generales de la intervención con drogodependientes en la Institución Penitenciaria, son los siguientes:

- a. **Rentabilizar terapéuticamente** la entrada en prisión del drogodependiente, inflexión ésta, en la historia del sujeto, que no debería convertirse en una nueva conducta inercial vacía de contenido.
- b. Posibilitar la **continuidad del proceso rehabilitador** en los drogodependientes que los hubieran iniciado.
- c. **Estimular el inicio en la rehabilitación** de aquellos sujetos que no hubieran tenido previamente contactos serios con dispositivos terapéuticos.
- d. **Dificultar en la medida de lo posible la hipermarginación** del drogodependiente privado de libertad, no sometiéndolo a una identificación y estigmatización discriminatoria dentro de la dinámica penitenciaria.
- e. Impulsar, en aquellos drogodependientes cuyas condiciones jurídicas, penitenciarias y personales lo permitan, la **derivación a dispositivos comunitarios**.

Los objetivos, estrategias y actuaciones deberán ser comunes, tanto para los equipos penitenciarios, como para los que desde dispositivos comunitarios participan en el proceso rehabilitador. Para que ello sea realmente efectivo, se debería estimular a que el diseño de programas específicos de cada Centro Penitenciario, se realice de modo coordinado por grupos profesionales implicados desde cada institución.

Para el desarrollo de los programas se trata de coordinar y conjuntar las iniciativas de actuación, tanto intra como extrapenitenciarias. La incorporación de la prisión como un dispositivo más, llevará consigo la integración de las intervenciones con drogodependientes, tanto durante el cumplimiento de la condena como a la salida en libertad del sujeto.

La Coordinación y Dirección única del Plan de Intervención en Drogodependencias, en cada Centro Penitenciario, la asume el Director del establecimiento, y por delegación, el Coordinador del GAD (Grupo de Atención a Drogodependientes).

Para el desarrollo de los programas en los Centros Penitenciarios, se constituyen los GAD como Equipos de Referencia en Drogas que, como equipos funcionales multidisciplinares, están compuestos por varios profesionales penitenciarios pertenecientes a las diferentes áreas de responsabilidad (Juntas de Tratamiento y Equipos Técnicos, Área sanitaria, Área escolar, Funcionarios de Vigilancia) y por profesionales no penitenciarios.

El GAD debe reunirse en sesión ordinaria, con la periodicidad que se estime necesaria, actuando como Presidente, el Director del Centro y como Secretario, el Coordinador de dicho GAD.

Su función es **programar, coordinar, supervisar, ejecutar y evaluar** las actuaciones en el ámbito del tratamiento a los drogodependientes, actuando como

referencia integradora de las intervenciones, sirviendo de interlocutor, tanto intra como extrapenitenciario.

A través de él, se canalizan los programas de formación y el estímulo de los intereses y actitudes de otras áreas de profesionales penitenciarios.

Su actuación se potencia a través de la creación de grupos de trabajo y discusión sobre drogodependencias, compuestos por miembros del GAD y por profesionales de las áreas implicadas en el desarrollo de las intervenciones, participando en la propuesta de programas, diseño, ejecución y evaluación de los mismos.

Los miembros del GAD no tienen especificidad excluyente en el trabajo con drogas, aunque sigan en ocasiones casos concretos y puedan configurarse como dispositivo de actuación específica (sanitaria, educativa, psicosocial...)

Como referencia, mantienen la coordinación y cohesión de los modos de intervención en los centros, estudiando y proyectando con los equipos, las modificaciones que parecieran oportunas,

Su trabajo debe servir como generador y normalizador de las actuaciones en drogodependencias de los Centros Penitenciarios.

Modelo para la Programación

Las actuaciones a desarrollar por los profesionales en los Centros Penitenciarios, están definidas por su carácter de programas.

Atendiendo a los objetivos de la intervención y a las líneas y características generales de actuación, el GAD, con su cualificación de integrador, coordinador e interlocutor intra y extrapenitenciario, por medio de los recursos disponibles, establece los programas de drogodependencias del Centro Penitenciario.

Los Programas de Drogodependencias van dirigidos, por un lado, a la población general reclusa (información, prevención...) Y, por otro lado, a la población drogodependiente. Se adecuarán, por tanto, a las necesidades detectadas en la población consumidora de sustancias tóxicas y, atendiendo a las limitaciones impuestas por el medio penitenciario, estructurándose en niveles diferentes, según sus objetivos.

En la elaboración de cada programa de intervención, se considerarán los elementos y etapas siguientes que definen el mismo:

1. Identificación de Necesidades y Problemas

Dados los múltiples factores que influyen (económicos, regimentales, sanitarios, etc...), el análisis debe ser multidisciplinar. El número y tipo de programas que se desarrollan viene condicionado por dos criterios: las necesidades de la población y los recursos humanos, físicos, técnicos y económicos.

2. Establecimiento de prioridades

Según la extensión y tipo de problemas de la población, su gravedad, la eficacia de las posibles intervenciones, su viabilidad y los costes y beneficios.

3. Formulación de objetivos

En función de las etapas anteriores, se definen los fines del programa, especificando la dimensión del cambio esperado, la unidad de medida que se va a utilizar para valorar el período de tiempo que debe alcanzarse y el grupo o subgrupo en que se pretende conseguir.

4. Determinación de Actividades y Recursos

Identificando las actividades más adecuadas para conseguir cada objetivo y asignando los recursos y el tiempo necesario. Consiguiendo la coordinación entre las actividades y la asignación de recursos, controlando que las actividades se realicen en el tiempo previsto.

5. Ejecución

Ésta se recoge en un plan detallado.

- a. Objetivos generales y operativos
- b. Población a la que se dirige la intervención
- c. Mecanismos de acceso al programa
- d. Actividades a realizar:
 - . Técnicas a emplear y normas de actuación
 - . Secuencia de las actividades y su cronograma.
 - . Lugar donde se desarrollan
- e. Personas integradas en el programa.
 - . Número y función de cada uno de los profesionales.
 - . Conocimientos y habilidades necesarias.
 - . Niveles de responsabilidad.
 - . Mecanismos de relación y coordinación entre los distintos estamentos participantes.
- f. Recursos necesarios, mecanismos para su consecución y utilización.
- g. Información requerida, su mecanismo de recogida y registro.
- h. Indicadores y responsables para el registro de datos y la evaluación de resultados.

6. Temporalización

En todos los proyectos de programa, se deberá especificar el tiempo de duración total del mismo, así como el calendario y cronograma de actividades, con una duración mínima al menos.

7. Derivaciones

Una vez finalizado el programa, el sujeto que lo haya seguido, podrá ser derivado a otro dispositivo asistencial si el Equipo de Intervención lo considera viable. Se podrán producir derivaciones a otros dispositivos de acuerdo a diferentes supuestos, pero en todas ellas, el sujeto irá adecuadamente informado, contactando el equipo con el dispositivo, intra o extrapenitenciario, al que se deriva el paciente.

8. Evaluación

Todas las intervenciones realizadas en las diferentes áreas, deben ser evaluadas, para lo cual, los equipos diseñarán previamente indicadores de evaluación. Hay que ver qué se está haciendo, cómo se está haciendo y qué se ha conseguido. Se comprobará la cobertura del programa, porcentaje de individuos de la población objetivo que han entrado en contacto con el programa, y el grado de cumplimiento del mismo, cuantificación del número de participantes que abandona el programa o que no cumplen las indicaciones terapéuticas.

Es responsabilidad de la Junta de Tratamiento, el desarrollo y ejecución de los programas de tratamiento (art. 273 apartados a y b del R.P.) Y, por tanto, del seguimiento y evaluación de los mismos, aunque éstos se realicen conjuntamente con equipos extrapenitenciarios, dependientes de otros dispositivos comunitarios.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson, S. A., Barcelona, 1995.

ECHEBURÚA, E.: Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos. Ed. Fundación Universidad Empresa, Madrid, 1994.

GRAÑA, José Luis: Conductas adictivas. Ed. Debate, Madrid, 1994.

INVESTIGACIÓN Y CIENCIA n.o 3& El Cerebro. Ed. Scientific American, Barcelona, 1979. Edición en español.

MOTINNER, I., y WEITZ, A.: Cómo abandonar las drogas. Ed. Martínez Roca, Barcelona, 1986.

OTERO, J.: Droga y delincuencia. Ed. Eudema, Madrid, 1994.

RAMOS, P.,- GARCÍA, A.; GRAÑA, J., y COMAS, D.: Reinserción social y drogodependencias. Ed. Asociación para el Estudio y Promoción Bienestar Social, Madrid, 1987.

SNYDER, Solomon H. Drogas y Cerebro. Ed. Biblioteca Scientific American Barcelona 1.996. 20 Edición.

CABRERA BONET, Rafael y TORRECILLA JIMÉNEZ, José Manuel. Agencia Antidroga de la Comunidad Autónoma de Madrid. Manual de Drogodependencias. Cauce Editorial. Madrid 1.998.

GARRIDO GENOVÉS, Vicente y MARTÍNEZ FRANCES, M^o Dolores. Educación Social para Delincuentes. Ed. Tirant lo Blanc. Valencia 1.998.