

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
Trabajo Fin de Grado

SALUD MENTAL Y ADICCIONES

El consumo de sustancias
psicoestimulantes y alucinógenas
asociadas a la psicosis.

Alumno/a: Sheila Marqués Martínez y Nerea Igea López
Director/a: Isabel Garbayo

Zaragoza, septiembre de 2013



Universidad
Zaragoza



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo

Universidad Zaragoza

ÍNDICE

<u>1. Introducción.....</u>	<u>Pág.3</u>
1.1. Justificación.....	Pág.3
1.2. Enfermedad mental en términos socioeconómicos.....	Pág.4
1.3. Enfermedad mental en términos sociales y éticos.....	Pág.8
<u>2. Marco teórico.....</u>	<u>Pág.19</u>
2.1. Definiciones.....	Pág.19
2.1.1. Salud mental.....	Pág.19
2.1.2. Trastorno psicótico o psicosis.....	Pág.23
2.1.3. Enfermedad mental.....	Pág.26
2.1.4. Adicciones: uso, abuso y dependencia.....	Pág.30
2.1.5. Sustancias psicoestimulantes: anfetaminas, cocaína, cafeína y metilxantinas.....	Pág.33
2.1.6. Sustancias alucinógenas.....	Pág.43
<u>3. Hipótesis y objetivos.....</u>	<u>Pág.53</u>
<u>4. Metodología.....</u>	<u>Pág.56</u>
<u>5. Resultados y discusión</u>	<u>Pág.61</u>
<u>6. Conclusiones y aprendizaje.....</u>	<u>Pág.84</u>
<u>7. Limitaciones del estudio.....</u>	<u>Pág.86</u>
<u>8. Sugerencias y propuestas de mejora.....</u>	<u>Pág.88</u>
<u>9. Referencias.....</u>	<u>Pág.89</u>
<u>10. Anexos.....</u>	<u>Pág.93</u>
10.1. Guión de entrevista.....	Pág.93
10.2. Entrevista n°1.....	Pág.95
10.3. Entrevista n°2.....	Pág.110
10.4. Entrevista n°3.....	Pág.118

1. INTRODUCCIÓN

1.1. JUSTIFICACIÓN

En este trabajo se pretenden varios objetivos, pero en concreto nuestro objetivo principal es comprender la relación que existe entre el consumo de sustancias psicoestimulantes y alucinógenas y la aparición o agravamiento de brotes psicóticos en sujetos de 15 a 30 años en la ciudad de Zaragoza.

Esta reflexión se lleva a cabo mediante una metodología cualitativa, es decir, en nuestro caso hemos realizado una importante revisión bibliográfica complementándolo con entrevistas realizadas a profesionales de este campo con el objetivo final de realizar una aproximación a las hipótesis planteadas al inicio de nuestro estudio.

Concretamente investigaremos sobre enfermedad mental en términos socio-económicos y éticos, consumo de sustancias alucinógenas y psicoestimulantes, psicosis, conciencia de enfermedad, vulnerabilidad genética y contextos y circunstancias sociales de las personas consumidoras.

La elección de este tema para el trabajo de Fin de Grado de debe principalmente al poco tiempo que se le ha dedicado a este a lo largo de los cuatro años de la carrera y al interés que ambas teníamos por conocer más sobre el consumo de drogas y su relación con salud mental.

Por último, y no por ello menos importante, queremos agradecer a nuestra tutora del Trabajo de Fin de Grado, Isabel Garbayo, ya que sin su apoyo y seguimiento continuo no hubiese sido posible llevar a cabo dicha investigación. También mostrar nuestro agradecimiento a los centros de CMAPA, Proyecto Solidaridad y Hospital Clínico Lozano Blesa por su disposición y aportación a nuestro trabajo incondicional.

1.2. ENFERMEDAD MENTAL EN TÉRMINOS SOCIOECONÓMICOS

Las enfermedades mentales son consideradas como un problema de salud pública muy relevante y una de las causas más importantes de morbilidad en los países occidentales, lo que origina unos costes socioeconómicos elevados para las personas que las padecen, para su entorno afectivo, para los sistemas sanitarios y para el mercado laboral.¹

Según el plan estratégico 2011-2013 de investigación biomédica en red de salud mental algunos datos sobre la relevancia de las enfermedades mentales en España:

- El 9% de la población española padece en la actualidad una enfermedad mental
- En España, se estima que entre un 19% y un 26% de la población padecerá un trastorno mental a lo largo de su vida, cifra que se incrementará considerablemente en el futuro²
- Más de la mitad de las personas que necesitan tratamiento no lo reciben y de las que están en tratamiento, un porcentaje significativo no recibe el adecuado
- Se estima que la repercusión económica de las enfermedades mentales en España tuvo un coste total, en 1998, de 3.005 millones de euros
- Un 1% de la población desarrollará alguna forma de esquizofrenia a lo largo de su vida. En España la padecen 400.000 personas y se cree que muchas otras están sin diagnosticar

¹ Dominguez, A. (2008) Una carga económica para los familiares. Revista española de economía de la salud. 172-176

- La tasa de mortalidad por suicidio ajustada para la edad y el sexo de las personas que padecen un trastorno esquizofrénico, es 9 veces mayor que la de la población general. En la depresión mayor, el riesgo de suicidio se multiplica por 21, en los trastornos de la alimentación, por 33 y en las toxicomanías, por 86

La salud mental ha estado sometida a una estigmatización y discriminación durante mucho tiempo y es necesario que se trabaje en ello y se tenga en cuenta la magnitud, el sufrimiento y la carga socioeconómica que esto conlleva. Se puede afirmar que en los últimos años se ha tornado más conciencia de todo ello. Sin embargo consideramos que es necesaria una sustancial inversión financiera y en recursos humanos para el pleno abordaje de estas situaciones.

En cuanto a la tasa de Prevalencia-año y prevalencia-vida por sexo de cualquier trastorno mental en población española, clasificada según DSM-IV:

Cualquier trastorno mental	Total	Hombres	Mujeres
Prevalencia año(IC 95%)	8.48	5.25	11.44
Prevalencia vida (IC 95%)	19.46	15.67	22.93

El gasto socioeconómico que las enfermedades mentales suponen, según los últimos datos se estima que consumen hasta el 20% del gasto sanitario en los países desarrollados, con una previsión al alza en los próximos años.

En España, las enfermedades mentales junto con el cáncer y las enfermedades del sistema circulatorio constituyen los tres grandes grupos a los que más recursos sanitarios destina el Sistema Nacional

de Salud. Sobre el impacto socioeconómico de las enfermedades mentales en España se puede afirmar que:

- Son la segunda causa de baja temporal y permanente en el trabajo
- Son la cuarta causa de cuidados informales (algunos datos apuntan a que en 190 millones las horas de cuidado informal prestadas a personas con trastornos mentales equivalen a una valoración monetaria de 1.245,1 millones de euros.)
- A pesar de los importantes recursos económicos y humanos destinados a la prevención y tratamiento de enfermedades mentales (visibles en las cifras del gasto sanitario estimado), también hay que tener en cuenta el coste social “oculto” que estas generan que supone una carga social aún mayor ((pérdidas laborales y costes de cuidados informales)
- Los trastornos mentales imposibilitan que las personas que los padecen puedan participar en el mercado laboral, bien sea de una manera temporal o permanentemente. Esto supondrá una pérdida importante de riqueza social que también debe ser valorada

Una cifra relevante siguiendo en esta línea es que en el año 2002: *“Los costes sanitarios se estimaron en 2.777,2 millones de euros, de los cuales, 1.336,8 millones correspondían a atención hospitalaria, 354,5 millones a consultas externas y de AP y 1.085,9 millones de euros a fármacos. Esta cantidad suponía un 7,3 por ciento del gasto sanitario total del SNS”* (Oliva Moreno,J., 2011.)

A continuación exponemos una tabla con datos más específicos sobre los costes que ocasiona la enfermedad mental al sistema sanitario español.

Tabla 1: Coste de las enfermedades mentales en España²

	Nº	Euros	Millones euros
Coste hospitalización corta psicosis	9279	4409,18	0,91
Coste hospitalización larga psicosis	20131	1344,10	270,58
Coste tratamiento farmacológico psicosis	3364000	3,61	121,51
Coste consulta ambulatoria psicosis	2110000	21,79	41,97
COSTE TOTAL		478,98	
Coste hospitalización corta depresión	8233	3938,20	32,42
Coste hospitalización larga depresión	7009	1344,10	94,21
Coste tratamiento farmacológico psicosis	14067000	0,95	133,58
Coste consulta ambulatoria psicosis	7360000	2,55	187,55
COSTE TOTAL		447,77	
Coste hospitalización corta neurosis	1401	2460,81	3,43
Coste hospitalización larga neurosis	855	14435,91	11,49
Coste tratamiento farmacológico neurosis	6580000	3,98	26,18
Coste consulta ambulatoria neurosis	5130000	2,19	112,23
COSTE TOTAL		153.32	
Coste hospitalización corta otro T.Mental	11128	2800,42	31,16
Coste hospitalización larga otro T.Mental	21726	1344,10	292,03
Coste tratamiento farmacológico otro T.Mental	3622000	4,92	17,83
Coste consulta ambulatoria otro	2230000	21,79	48,59

² Fuente: <http://scielo.isciii.es/pdf/ejp/v16n1/original6.pdf>

T.Mental			
COSTE TOTAL		389,60	

1.3. ENFERMEDAD MENTAL EN TÉRMINOS SOCIALES Y ÉTICOS.

Desde los primeros informes sobre *salud en Europa* realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se podía observar que entre la población europea los diez principales factores de riesgo de morbimortalidad se encuentran el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales. Concretamente en un documento publicado en Ginebra en el año 2009 hace referencia a que “la esperanza de vida podría aumentar en todo el mundo casi cinco años si se afrontaran cinco factores que afectan a la salud: la insuficiencia ponderal en la infancia, las prácticas sexuales de riesgo, el consumo de alcohol, la falta de agua salubre, de saneamiento y de higiene, y la hipertensión arterial.” (OMS, 2009).

Así pues en España, “el tabaco explicaría el 16,8% de la mortalidad, el alcohol el 3% y las drogas ilegales el 0,6%. Respecto a la carga total de enfermedad, medida en años potenciales de vida sin discapacidad, el tabaco explicaría el 12,3%, el alcohol el 7,6% y las drogas ilegales el 3,9%” (Pereiro Gómez, C., 2006, p.5) . Estos datos muestran, por un lado, el gran impacto que han tenido y tienen los estilos de vida en el exceso en la morbi-mortalidad de los españoles y de los ciudadanos europeos en general. Y por otro, el elevado porcentaje de morbi-mortalidad que es debido a causas evitables o prevenibles, que sería reducible con correctas políticas de

salud orientadas a prevenir y/o modificar dichos estilos de vida, y por ende el consumo de sustancias psicoactivas.

Se puede afirmar que en España, la morbimortalidad asociada al consumo de drogas ha experimentado cambio importante en las dos últimas décadas. Así, la carga de enfermedad debida al alcohol y al tabaco se ha reducido, a expensas de la disminución de la morbimortalidad crónica (cáncer de pulmón, cirrosis, etc) en los varones de mediana edad. Sin embargo, los estilos de vida que afectan a las personas más jóvenes han incrementado la morbimortalidad aguda asociada al consumo de alcohol y drogas ilegales (accidentes de tráfico, sobredosis, lesiones no intencionadas, etc.).

Por otro lado, también es interesante destacar que cambio existente que ha tenido lugar en los patrones de consumo en los últimos veinte años. Así pues, una vez casi superada la crisis de la heroína, irrumpe con fuerza el uso recreativo de drogas como actividad ligada al tiempo de ocio por parte de jóvenes y adolescentes.³

Los problemas de salud asociados al consumo de drogas constituyen uno de los motivos de consulta frecuentes en la práctica clínica cotidiana y su magnitud e impacto supone un serio problema para la salud pública a nivel mundial. Aunque existe una percepción social, casi generalizada, que otorga mayores repercusiones negativas para la salud al consumo de drogas ilegales que al consumo de drogas legales. Por ahora, lo cierto es que los datos muestran que el consumo de drogas legales ocupa los primeros

³ Brugal, M. y Rodríguez Martos, A. (2006). Morbimortalidad asociada al consumo de drogas. Revista Monografía patológica orgánica en adicciones, Vol. 18, Supl. 1, 9 – 20

lugares en cuanto a problemática para la salud derivada de su consumo.

Finalmente, en cuanto al consumo de drogas, cabe señalar el impacto social y afectivo/emocional que se da en las familias de las personas adictas a estas sustancias. En general estas situaciones ocasionan desentendimiento por parte de los familiares de éstos y producen una fragilización y fragmentación de las relaciones familiares.⁴

La literatura ha discutido abiertamente acerca de las consecuencias colectivas y/o individuales de la dependencia de drogas llegando siempre a la conclusión de que en términos colectivos la familia es la primera afectada en su dinámica funcional y organizacional.

Siguiendo en esta misma línea nos parece interesante destacar algunos de los principales problemas a los que se enfrentan los familiares de adictos y los sentimientos más comunes que comparten tales como: ambigüedad, imposibilidad, ansiedad, miedo, sentimiento de culpa, decepción, frustración, depresión, y otros problemas relacionados a las situaciones rutinarias del día a día.

Otra de las situaciones negativas producidas por el consumo de drogas que afecta tanto a la familia como al propio individuo es el distanciamiento de los amigos y la reducción de las actividades sociales.

En definitiva toda la familia en general se ve afectada por esta situación, sin embargo, normalmente y comúnmente en la familia un

⁴ Reschetti Marcon, S., Aparecida Rubira, E., Martínez Espinosa, M. y Aparecida Barbosa, D. (2012). Calidad de vida y los síntomas depresivos en cuidadores y los adictos a las drogas. Rev. Latino-Americana. Enfermagem vol.20, n.1, 167-174

miembro asume el papel de cuidador/a, siendo esta la persona más directamente relacionada al cuidado y/o afectivamente al drogadicto. Como hemos mencionado anteriormente esto afecta directamente a la calidad de vida del cuidador y existe una predisposición al surgimiento de síntomas depresivos.⁵

Tras esta reflexión sobre la relación entre el consumo de sustancias legales o ilegales, los problemas de salud, y el impacto social y emocional de las familias de los consumidores, nos parece interesante hacer un análisis sobre una serie de factores de gran influencia también en las cuestiones del consumo.

"La Sociedad no consume drogas; las consume la gente. Y la decisión de consumirlas o no es individual, independientemente de cómo vea la sociedad el tema. Sin embargo, en un momento dado, el contexto cultural o social es lo que más influye en la elección individual"
(Motheuer y Weitz, 1986, p.21).

Para comenzar reflexionar sobre el hecho de que la drogodependencia es una problemática que exige en su solución la implicación de los distintos niveles de intervención de los diversos profesionales de la conducta (biólogos, epidemiólogos, médicos, psicólogos,...). Ello, al mismo tiempo, nos debe concienciar de que no son las 'drogas' lo único que favorece la 'adicción', por raro que parezca al principio. Esta problemática, pues, conlleva en su explicación otros enfoques no biológicos: el psicológico (estudio, por ejemplo, de las características psicológicas y de personalidad del

⁵ Reschetti Marcon, S., Aparecida Rubira, E., Martínez Espinosa, M. y Aparecida Barbosa, D. (2012). Calidad de vida y los síntomas depresivos en cuidadores y los adictos a las drogas. Rev. Latino-Americana. Enfermagem vol.20, n.1, 167-174

drogodependiente) y el social (analizar, por ejemplo, esta conducta como respuesta a la sociedad en que nos ha tocado vivir).

Por último, nos parece importante adjuntar una tabla que clarifique los diferentes aspectos que pueden estar vinculados al desarrollo de una enfermedad mental elicitada por el consumo de sustancias:

Tabla 2:

ASPECTOS SOCIALES	
OTROS ASPECTOS DE INTERÉS SOCIAL	<ul style="list-style-type: none">- Aspectos socio-económicos- Empleo y desempleo- Estructura familiar y convencional- Delincuencia y drogas
ASPECTOS BIOQUÍMICOS	
ASPECTOS GENÉTICOS	
ASPECTOS SOCIO CULTURALES	

Fuente: elaboración propia.

ASPECTOS SOCIALES DE LA ADICCIÓN.

El problema de la adicción es un problema global, que afecta a toda la sociedad en su conjunto.

Nos encontramos en un marco social favorable al consumo, un medio ambiente generador de tensiones, desintegrado, consumista, clima de enrarecimiento social, sin modelos culturales, permisivo con lo ya

integrado (algunas drogas, por ejemplo), que utiliza con frecuencia las drogas como medio de relación y comunicación.⁶

El mundo de la drogodependencia ha sido asociado a la pobreza, a la adolescencia, a la exclusión social, y más concretamente, a algunas patologías de vínculo social. De cualquier manera no se puede obviar que las drogas han sido y siguen siendo consumidas también por clases sociales bien integradas, con una vida familiar desarrollada y una implicación social y política importante.⁷

“Encapsular el problema de la drogadicción a los problemas sociales o a capas determinadas de la sociedad, no permite explicar y dar cuenta de una presencia no sólo masiva sino además muy diversificada de la problemática de la adicción a sustancias psicoactivas”. (Jáuregui, I., 2007, 2).

Cabe decir que en nuestra sociedad hay un escaso consenso sobre los efectos secundarios, a corto, medio, largo plazo de las drogas ilegales.

“El problema de las drogas se perfila en un espacio entre la propia construcción de la subjetividad y la pertenencia o vínculo a una sociedad. La persona toxicómana transgrede y se ausencia del mundo porque “se casa consigo mismo”, realizan un viaje al interior de sí mismos, no participando en la vida pública, sobre todo en la economía”. (Jáuregui, I., 2007, 3).

⁶ Sirvent, C. y Rodríguez, J. (coordinadores), 2011, DROGODEPENDENCIAS, SOCIOLOGÍA, EVALUACIÓN, PROCESO, universidad de Oviedo, Dpto. Publicaciones. Instituto Spiral, Tercera edición,

⁷ Jáuregui, I., 2007, droga y sociedad: La personalidad adictiva de nuestro tiempo. Revista crítica de ciencias sociales y jurídicas.

OTROS ASPECTOS DE INTERÉS SOCIAL:

a) Aspectos socio-económicos:

En nuestra sociedad generalmente se asocia el consumo de sustancias estupefacientes con un mayor nivel socioeconómico; estando determinada esta variable por otros factores como puede ser el nivel de estudios, profesión que un sujeto desempeña y los gastos personales.

Sin embargo, no es un factor determinante puesto que sujetos con un nivel socioeconómico bajo también consumen estas sustancias. En estos casos los medios de obtención de droga pueden ser delincuencia, hurtos, etc.

Como dice Sirvent, C. y Rodríguez, J. (2011) :“En todas las drogas legales e ilegales, se correlaciona un mayor nivel socio-económico con el consumo; la variable socioeconómica no es directa, sino que en parte viene determinada por otros factores como nivel de estudios (los titulados superiores son los que más drogas consumen), profesión (aquellas profesiones que implican un contacto e interrelación social más frecuente consumen más drogas) y especialmente dinero para gastos personales, es decir, dinero libre no involucrado en el sostenimiento y la supervivencia personal, familiar o laboral”.

b) Empleo y desempleo:

Siguiendo en la línea anterior y atendiendo a los mismos autores se puede afirmar que no existe una relación directa entre consumo de drogas y desempleo aunque cabe decir que es cierto que los sujetos activos empleados arrojan una tasa de consumo superior a la de las personas desempleadas

b) Estructura familiar y convencional:

La situación y estructura familiar es otro factor que puede influir en el consumo de sustancias.

Es muy importante la presencia de ambos progenitores en la familia para que la prevención del consumo de sustancias estupefacientes sea más eficaz. Algunos estudios afirman que si falta la figura materna, en vez de la paterna, dentro de una estructura familiar, las tasas de consumo se incrementan de forma notable. (Sirvent, C. y Rodríguez, J., 2011, 55)

Por otro lado, estos mismos autores también afirman que existe un mayor riesgo de consumo si se ocupan lugares bajos en la escala de hermanos que si es uno de los mayores.

d) Delincuencia y drogas:

La conexión entre ambos fenómenos es bastante compleja y no responde en absoluto a las expectativas del estereotipo público, ya que, a pesar de que los sujetos drogodependientes están más criminalizados y son más asequibles a las formas de ejecución del control social, no configuran más que un reducido porcentaje de detenciones.⁸

ASPECTOS BIOQUÍMICOS.

“El metabolismo de las drogas tiene sus vías ya clásicas. Se dan distintas velocidades de absorción y distribución con la limitada capacidad de los sistemas enzimáticos. Por esto, precisamente, la toma repetida de drogas es un factor tóxico primordial que actuará sobre la actividad neuronal”. (Sirvent, C. y Rodríguez, J., 2011, 17)

⁸ Sirvent, C. y Rodríguez, J. (coordinadores), 2011, DROGODEPENDENCIAS, SOCIOLOGÍA, EVALUACIÓN, PROCESO, universidad de Oviedo, Dpto. Publicaciones. Instituto Spiral, Tercera edición. Pág. 56

En definitiva el consumo de sustancias tiene una gran influencia en el desarrollo de enfermedades mentales, en concreto, psicosis.

ASPECTOS GENÉTICOS.

“Se han realizado estudios para completar la existencia de una cierta susceptibilidad individual transmitida por la herencia. Existen estudios sobre casos de adopción (incidencia promedio significativo de toxicomanía o alcoholismo si había un padre biológico drogodependiente), sobre gemelos (tasas de conflicto alcohólico mayores en monocigóticos que en dicigóticos), sobre animales (susceptibles de manipulación genética) o sobre marcadores genéticos.

No hay suficientes pruebas específicas que pudieran predecir la susceptibilidad individual hacia ciertas drogas, ni tampoco la inducción de afectaciones orgánicas o psicológicas por el efecto tóxico. Concluyendo: la pretendida vulnerabilidad genética a diversas formas de psicopatología, el alcoholismo y demás toxicomanías aún no ha sido demostrada”. (Sirvent, C. y Rodríguez, J., 2011, Pág. 17)

“Predisposición. Elementos de personalidad. Hay factores psicológicos y biográficos que favorecen la dependencia. Algunos predisponentes a la Toxicomanía:

-inmadurez y dependencia afectiva.

-falta de confianza en sí mismo, con sentimientos de debilidad e inferioridad.

-escasos recursos adaptativos a los problemas y demandas individuales o grupales, con carencias afectivas, desesperanza, intolerancia a las frustraciones, fracasos, dolor o separación, tendencia a los mecanismos compensatorios: regresión al inconsciente, negación de la realidad, sobrevaloración de "Yo", huida de la realidad.

-dificultades de comunicación: soledad, retraimiento, timidez, suspicacia, hipersensibilidad,...

-inestabilidad emocional, angustia de separación labilidad,

-incontinencia emocional, impulsividad, agresividad, hiperemotividad,.

Sin olvidar que en la GENESIS de los rasgos de personalidad son sobre todo modeladas durante los primeros años de vida interviniendo los influjos afectivos de padres o tutores y su ausencia que también influye. Se puede llegar a decir que la infancia de los pacientes se caracteriza en general, por la inestabilidad e inconstancia de las relaciones afectivas que los padres que les proporcionaron". (Sirvent, C. y Rodríguez, J., 2011, 25).

Pero hay que señalar que aunque los elementos propios de la personalidad, los factores psicológicos y biográficos que favorecen las dependencias son predisponentes a la toxicomanía, no debe hablarse de una personalidad premorbida del paciente drogodependiente.

ASPECTOS SOCIO-CULTURALES.

Son fundamentales para completar e integrar el conocimiento de una Comunidad junto a aspectos epidemiológicos, demográficos, sociales y sanitarios. También estos aspectos colaboran junto a las condiciones sociales y materiales a definir los llamados "estilos de vida".

Los estilos de vida hacen referencia a la forma de vivir basada en la interacción entre condiciones de vida (nivel socioeconómico) y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales.

“Si deseamos, por tanto, integrar en un modelo participativo los aspectos socioculturales se requiere:

-Conciencia por los profesionales de la Salud de su propia Cultura.

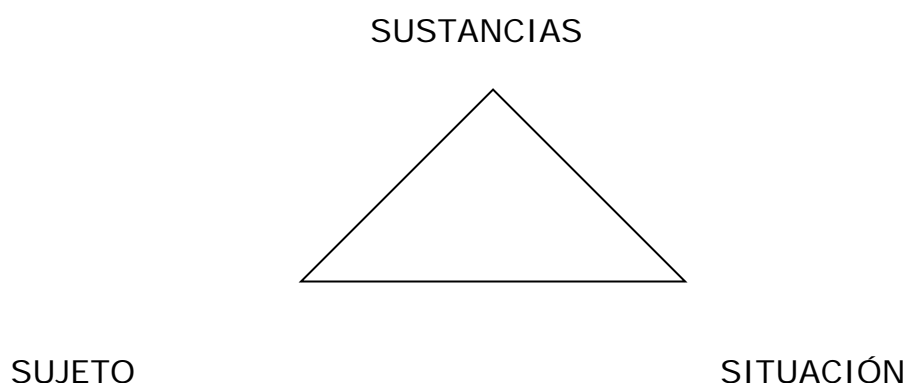
-Conocimiento de la cultura de la comunidad.

-Visión dinámica de la realidad social.

-Confrontar concepciones y prácticas diversas. (Un ejemplo práctico: la evolución de consumos y estereotipos en las últimas décadas).

-Evitar el encierro del "saber médico". Ante todo socializar el conocimiento.

Es decir, será necesario recordar el tópico de los tres elementos "necesarios": interacción de la SUSTANCIA droga como agente extrínseco, la persona -SUJETO como elemento intrínseco (huésped y hospedante) en un medio– SITUACIÓN concreto con todo un conjunto de hechos cognitivos y emocionales que con la disponibilidad influyen en el hábito”. (Sirvent, C. y Rodríguez, J., 2011, 17-18)



2. MARCO TEÓRICO

2.1. ACLARACION DE TÉRMINOS

2.1.1. SALUD MENTAL

La salud mental es un término muy amplio que ha tenido diferentes significaciones a lo largo de la historia dependiendo de las consideraciones culturales que la sociedad adoptaba.

Nuestro tema del trabajo gira en torno a este término y, como tal, nos parece imprescindible una previa aclaración del mismo.

Según el preámbulo de la constitución de la Organización Mundial de la salud, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho fundamental del ser humano. (OMS, 1946).

La salud mental “no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2007).

Es importante tener una buena salud mental en todas las etapas de nuestra vida, ya que en todas ellas hay áreas en que debemos desarrollarnos y sin una buena salud mental es muy complicado.

Al igual que la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, la salud mental tampoco es solo la ausencia de trastornos.

Más tarde, la OMS definió la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (OMS, 2011)

Parece importante describir lo que es un trastorno mental:

Según el DSM IV (2009) es un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido).

Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción. (Michael B. First, 2009)

En la salud mental influyen diversos factores como el mundo exterior, las obligaciones de cada uno, el equilibrio de emociones y sentimientos etc. Lo que queda claro es que la salud mental es algo interno, el bienestar interior.⁹

Históricamente la salud mental ha sido considerada un tema tabú. Su estigmatización ha hecho que los enfermos mentales sean aislados de la sociedad y no reciban los cuidados que requieren. En algunas comunidades eran abandonados, sin comida, sin ropa, y se creía, con frecuencia, que estaban poseídos.

En la actualidad, todavía se enfrentan a situaciones de marginación y discriminación, sobre todo en términos de educación, empleo y vivienda.

En los hospitales psiquiátricos sus condiciones no mejoran tampoco, ya que están privados de ropa, camas decentes...

⁹ <http://www.saludmental.org/>

Desde la OMS (2007) se plantean una serie de pautas para evitar estas violaciones de derechos a este colectivo de personas:

- cambiar las actitudes de la población y aumentar la concienciación respecto a este colectivo.
- Mejorar los derechos humanos en los servicios de salud mental.
- Dar poder efectivo a los usuarios de los servicios de salud mental y a sus familiares.
- Sustituir las instituciones psiquiátricas por la atención en la comunidad.
- Aumentar la inversión en salud mental.
- Adoptar políticas, leyes y servicios que fomenten los derechos humanos.

Entre las características de las personas mentalmente sanas se encuentran las siguientes:¹⁰

1. Están satisfechas consigo mismo.

No están abrumadas por sus propias emociones (rabia, temores, amor, celos, sentimientos de culpa o preocupaciones).

Pueden aceptar sin alterarse las decepciones de la vida.

Tienen una actitud tolerante, despreocupada, respecto a la propia persona y a los demás y son capaces de reírse de sí mismas.

Ni subestiman ni sobrevaloran sus habilidades.

Se respetan a sí mismas.

¹⁰ Pacheco Borrella, Germán. (2003). Aspectos que configuran la salud mental. Revista biomédica revisada por pares.

Se sienten capaces de enfrentar la mayoría de las situaciones.

Consiguen placer de las cosas simples de la vida cotidiana.

2. Se sienten bien con los demás.

Son capaces de amar y tener en consideración los intereses de los demás.

Sus relaciones personales son satisfactorias y duraderas.

Les gusta confiar en los demás y sentir que los otros confían en ellos.

Respetan las múltiples diferencias que encuentran en la gente.

No se aprovechan de los demás ni dejan que se les utilice.

Se sienten parte de un grupo.

Se consideran implicados en los avatares que afectan a la sociedad.

3. Son capaces de satisfacer las demandas que la vida les presenta.

Enfrentan sus problemas a medida que se van presentando.

Aceptan sus responsabilidades.

Modifican su ambiente cuando esto es posible y se ajustan a él cuando es necesario.

Planifican para el futuro, al que enfrentan sin temor.

Tienen la mente abierta a nuevas experiencias e ideas.

Hacen uso de sus dotes y aptitudes.

Se fijan sus metas ajustándose a la realidad.

Son capaces de tomar sus propias decisiones.

Consiguen satisfacción en poner su mejor esfuerzo en lo que hacen.

2.1.2. PSICOSIS:

Se han propiciado diversas definiciones para dicho término:

Según el DSM IV, (2009, p.279) "La definición más restrictiva del término psicótico se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas, debiendo presentarse estas últimas en ausencia de conciencia de su naturaleza patológica. Una definición algo menos restrictiva también incluiría las alucinaciones manifiestas que son reconocidas como experiencias alucinatorias por el sujeto.

El término se ha definido conceptualmente como una pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad. En el trastorno psicótico debido a una enfermedad médica y en el trastorno psicótico inducido por sustancias, psicótico se refiere a las ideas delirantes o únicamente a aquellas alucinaciones en las que no hay conciencia de patología. Finalmente, en el trastorno delirante y en el trastorno psicótico compartido, psicótico es equivalente a delirante. (DMS4, 279)

En nuestro trabajo nos vamos a centrar en los trastornos psicóticos inducidos por sustancias que según el DSM4 (p.317) se considera como una característica esencial la presencia de alucinaciones o ideas delirantes que se consideran efectos fisiológicos directos de alguna sustancia. No se incluyen las alucinaciones cuando el sujeto es consciente de que son provocadas por una sustancia, ya que éstas deben diagnosticarse como intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias, con la especificación de si hay o no alteraciones perceptivas.

Una vez iniciados, los síntomas psicóticos pueden continuar mientras continúe el consumo de la sustancia. Debido a que en algunas sustancias el síndrome de abstinencia puede aparecer con relativo retraso, el inicio de los síntomas psicóticos puede darse hasta 4 semanas después del abandono de la sustancia.

Pueden aparecer asociados a la intoxicación o a la abstinencia. El inicio del trastorno varía considerablemente dependiendo del tipo de sustancia.

El trastorno psicótico inducido por sustancias se distingue de un trastorno psicótico primario teniendo en cuenta el inicio, el curso y otros factores. Los trastornos psicóticos inducidos por sustancias sólo se producen en asociación con estados de intoxicación o abstinencia, mientras que los trastornos psicóticos primarios pueden preceder el inicio del consumo de la sustancia o pueden producirse tras largos períodos de abstinencia.

Según el CIE 10 (1992, p.35) Los trastornos psicóticos son definidos como aquel trastorno que normalmente se presenta acompañando al consumo de una sustancia o inmediatamente después de él, caracterizado por alucinaciones (auditivas, pero que afectan a menudo a más de una modalidad sensorial), falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia (a menudo de naturaleza paranoide o de persecución), trastornos psicomotores (excitación, estupor) y estados emocionales anormales, que van desde el miedo intenso hasta el éxtasis. Suele haber claridad del sensorio, aunque puede estar presente un cierto grado de obnubilación de la conciencia, que no llega al grado de un estado confusional grave. Lo característico es que el trastorno se resuelva parcialmente en un mes y de un modo completo en seis meses.

“Estos trastornos psicóticos son posteriores a los consumos de sustancias psicótropas. Muchos de los que consumen sustancias psicótropas no se limitan a una sola. No obstante, la clasificación diagnóstica del trastorno debe hacerse, cuando sea posible, de acuerdo con las sustancias (o de la clase de sustancias) consumidas más importantes. Por ello, en caso de duda, hay que tener en cuenta la sustancia o el tipo de sustancia que causa el trastorno presente en

el momento y aquella que se consume con más frecuencia, en especial cuando se trata de un consumo continuo o cotidiano". (CIE10, 1992, Pág. 30)

"Hay casos en los que se dan estados en los cuales ciertos trastornos cognoscitivos, afectivos, de la personalidad o del comportamiento debidos al consumo de alcohol u otras sustancias psicótropas, persisten más allá del tiempo de actuación de la sustancia." (CIE10, 1992, Pág. 37)

La psicosis se puede definir como una pérdida de contacto con la realidad que normalmente incluye:¹¹

-Falsas creencias acerca de lo que está sucediendo o de quién es uno (delirios).

-Ver o escuchar cosas que no existen (alucinaciones).

- Entre sus causas destacamos las siguientes:

-Alcohol y ciertas drogas ilícitas, tanto durante su consumo como durante la abstinencia

-Enfermedades cerebrales, como el mal de Parkinson, la enfermedad de Huntington y ciertos trastornos cromosómicos

-Tumores o quistes cerebrales

-Demencia (que incluye el mal de Alzheimer)

-VIH y otras infecciones que afectan el cerebro

-Algunos fármacos de venta con receta, como esteroides y estimulantes

-Algunos tipos de epilepsia

-Accidente cerebrovascular

¹¹ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001553.htm>

Aunque la psicosis (o síntomas psicóticos) también se puede encontrar en:

-La mayoría de las personas con esquizofrenia

-Algunas personas con trastorno bipolar (depresivo o maníaco) o depresión grave

-Algunos trastornos de la personalidad

- En cuanto a los síntomas psicóticos decir que pueden abarcar:

-Pensamiento y discurso desorganizados

-Creencias falsas que no están basadas en la realidad (delirios), especialmente miedos o sospechas infundadas

-Ver, escuchar o sentir cosas que no existen (alucinaciones)

-Pensamientos que "saltan" entre temas que no tienen relación (pensamiento desordenado).

2.1.3. ENFERMEDAD MENTAL:

En relación a lo estudiado a los largo de nuestra formación, la enfermedad mental puede definirse como:

Vivencia subjetiva del bienestar, dando cuenta de la construcción activa de dicho proceso (salud-enfermedad como proceso).

La pérdida de salud mental como relativo equilibrio e integración del pensar – sentir – actuar, da lugar a cuadros de sufrimiento.

En la enfermedad mental influyen factores biológicos, psicológicos y sociales.

Estas alteraciones se manifiestan en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.

La mayoría de las personas que tienen una enfermedad mental necesitan medicamentos para ayudar a controlar los síntomas de la enfermedad. La ayuda de un consejero, los grupos de auto-ayuda, el acceso a una vivienda adecuada, la rehabilitación vocacional, ayuda económica y otros servicios de la comunidad pueden ofrecer el apoyo y la estabilidad necesarios para la recuperación de la persona que tiene una enfermedad mental.

Existen muchas enfermedades mentales que se manifiestan en trastornos físicos o de ánimo. Una propuesta de clasificación es la siguiente ¹²:

1. **El estrés:** Las personas pueden experimentar el estrés cuando se ven ante eventos importantes los cuales pueden ser peligrosos o muy difíciles de superar. Entre los síntomas psicológicos del estrés están la ansiedad y la tensión, la preocupación incontrolable, irritación, distracción, y dificultad en aprender cosas nuevas.
2. **La neurosis:** Son las afecciones que muestran un malfuncionamiento del sistema nervioso. En las neurosis no hay lesión física ni alteración de la personalidad.
3. **La hipocondría:** La hipocondría es un desorden neurótico en el cual la persona canaliza las ansiedades, las preocupaciones y los pensamientos obsesivos para convencerse de que tiene una enfermedad física específica (ejemplo: el cáncer del colon). Es decir que los hipocondríacos están preocupados porque

¹² http://www.profesorenlinea.cl/Ciencias/Enfermedades_sicologicas.htm

padecen de una enfermedad, aunque informes médicos indiquen lo contrario.

4. **El desorden de la somatización:** Es un desorden muy raro, pero toma mucho tiempo controlarlo. La persona, usualmente una mujer, tiene una historia médica larga y complicada y una serie de síntomas dramáticos pero vagos que demandan la atención inmediata del doctor.
5. **El desorden facticio:** Los individuos que sufren de esta enfermedad mental crean la apariencia de una enfermedad física para ser el centro de atención médica y/o para obtener varios tipos de droga. Las personas que sufren de este desorden por lo general se vuelven evasivas y agresivas cuando se les hacen preguntas o se les desafía a aclarar la inconsistencia de sus síntomas.
6. **La esquizofrenia:** es un conjunto de severos síntomas psicológicos los cuales hacen difícil trabajar, jugar y estar con otras personas. Síntomas "positivos" incluyen ilusiones (creencias irracionales), alucinaciones (experiencias sensoriales por falta de estímulo), pensamiento y habla incoherentes, paranoia o ansiedad intensa e incontrolable y un comportamiento extraño. Entre los síntomas negativos están la pérdida de experiencias y expresiones emocionales, pérdida de poder e iniciativa, inhabilidad de experimentar placer o de interesarse en cosas, y aislamiento de personas.
7. **La paranoia:** En general, esta enfermedad se refiere a altos niveles de sospecha y desconfianza, usualmente vistos en las creencias o desilusiones de que ella o él son víctimas del odio, celos y resentimientos de otras personas. La persona que sufre de la paranoia esquizofrénica tiene presentimientos de que ella o él van a ser perseguidos por otros, como el vecino, el gobierno, o un extraterrestre; o por el personas especiales tales como "el Mesías" (un presentimiento de grandiosidad). La

persona que sufre del desorden personal paranoico parece normal, pero es sospechosa, desconfiada, hostil, controladora y rápida para desarrollar resentimientos y celos. Algunos hombres que golpean a sus esposas o novias sufren de esta enfermedad mental.

8. **La depresión:** La depresión es un problema emocional muy grave en el cual el individuo no deja de sentirse triste y vacío, y constantemente se siente sin ayuda o esperanza. Las personas deprimidas, usualmente sufren de ansiedad e irritabilidad, una falta de motivación, y una pérdida de placer en las cosas que antes les gustaba hacer.
9. **La manía:** Es un período de tiempo (por lo general de una semana a un mes) en el cual la persona es y se siente muy feliz, habla mucho, es activa e impulsiva. En muchos casos, en los momentos de manía, a pesar de sentirse confidente y feliz, la persona puede llegar a sentirse nerviosa e irritada. Con la manía en su forma intermedia —la hipomanía— el individuo puede llegar a ser muy creativo y productivo en su trabajo.
10. **La manía-depresiva:** Aproximadamente una a dos de cada 100 a 250 personas alrededor del mundo experimentan de una manera u otra algún episodio de manía intermedia o severa, junto con episodios de depresión. Si los momentos de ambos tipos de problemas emocionales son intermedios, la condición se conoce como clotimia. Si los episodios de depresión son severos, sin importar si la manía es leve o severa, entonces la condición emocional se llama desorden bipolar, comúnmente conocido como "manía-depresiva."
11. **El delirio:** También conocido como "el rápido inicio del síndrome cerebral," el delirio es una condición psicológica asociada con graves problemas físicos (ejemplo: sobredosis de droga o envenenamiento). Entre los síntomas están la confusión y la desorientación, pérdida de conciencia, agitación,

apatía e ilusiones (falta de percepción del estímulo externo, tal como escuchar el ruido de las ruedas de una camilla de hospital e imaginarse que es una máquina maquiladora que viene a despedazarlo.)

12. **La demencia:** la demencia se refiere a una disminución o deterioro generalizado de las facultades intelectuales, como la pérdida de memoria, atención y pensamiento abstracto.

2.1.4. ADICCIÓN:

- USO

Puede definirse según la RAE como: "acción y efecto de usar; ejercicio o práctica general de algo; modo determinado de obrar que tiene alguien o algo; empleo continuado y habitual de alguien o algo"

Becoña y Vázquez (2001) definieron el uso de una droga al consumo de una sustancia siempre y cuando no se produzcan consecuencias negativas en el individuo ni en su entorno bien sea por su cantidad, por su frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social de sujeto. Este tipo de consumo es el más habitual.

En la práctica es muy difícil definir un consumo como "uso", ya que son tantos los factores a considerar que lo que para el consumidor podría parecer un uso moderado, puede estar traspasando las fronteras del abuso para un observador neutral.

- ABUSO

Fue definido por Becoña et al. (2001) como el uso continuado de las drogas a pesar de las consecuencias negativas en el individuo o/y en el entorno derivadas de dicho consumo.

Según el DSM IV (2009), el abuso puede relacionarse con 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 12 meses:

(1) consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)

(2) consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)

(3) problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)

(4) 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 (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)

- DEPENDENCIA

Por dependencia, según el CIE 10 (1992), se entiende:

“Un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo,

mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo, a menudo fuerte y a veces insuperable, de ingerir sustancias psicoactivas ilegales o legales, aun cuando hayan sido prescritas por un médico. La recaída en el consumo de una sustancia, después de un periodo de abstinencia, lleva a la instauración más rápida del resto de características de la dependencia de lo que sucede en individuos no dependientes.”

Según el CIE-10 (OMS 1992), para diagnosticar dependencia de una droga, se debe considerar:

- a) la evidencia subjetiva de compulsión para la utilización de la sustancia durante los intentos de abandono de su consumo
- b) el deseo de dejar de consumir
- c) un hábito de consumo de drogas relativamente estereotipado
- d) evidencia de fenómenos de neuroadaptación como la tolerancia o la dependencia
- e) si hay un consumo de drogas con la finalidad de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
- f) el predominio de conductas de búsqueda de droga en decremento de otras prioridades importantes en la vida del individuo
- g) un rápido resurgimiento de la dependencia después de un periodo de abstinencia.

Estos criterios que aparecen recogidos en el CIE-10 sugieren la existencia de dependencia física, psicológica y social en una persona,

pero no como elementos separados sino complementarios y entrelazados.

Tanto en el CIE-10 como en las clasificaciones realizadas por otros autores relevantes se hace una diferenciación entre dependencia física y psíquica. El CIE-10 define *la dependencia física* como el "estado de adaptación que se manifiesta por la de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico". Por *dependencia psíquica o psicológica* entiende "la situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar el malestar."

2.1.5. SUSTANCIAS PSICOESTIMULANTES:

Son sustancias capaces de reducir los umbrales de alerta o de vigilia, de modo que el individuo responde con más facilidad o prontitud a los estímulos exógenos o endógenos. (Fernández Espejo, E., 2006; 43: 147-54.)

Los efectos subjetivos de todos los psicoestimulantes dependen de la personalidad del individuo, el medio en el cual se administran, la dosis y la vía de administración.

La importancia de la drogadicción a psicoestimulantes en el mundo lo pone de manifiesto el informe de la Organización de las Naciones Unidas de 2005 sobre consumo de drogas, que estima unos 200 millones de adictos en el mundo, de los cuales 52 millones son adictos a los psicoestimulantes.

Siguiendo en esta línea nos parece interesante destacar unas tablas extraídas del Plan Nacional de Drogas, sobre el consumo de drogas en España y más concretamente en Aragón en el que hace referencia al consumo de sustancias psicoestimulantes según el sexo.

Tabla 3: Proporción de consumidores de drogas en los últimos doce meses según sexo (%) en España.¹³

	HOMBRE	MUJER
ALCOHOL	83.2	69.9
TABACO	44.2	36
HIPNOSEDANTES	7.6	15.3
CANNABIS	13.6	5.5
COCAINA	3.6	0.9
EXTASIS	1	0.4
ANFETAMINAS	0.9	0.3
ALUCINOGENOS	0.6	0.2
INHALABLES VOLATILES	0.1	0.1
HEROINA	0.2	0

Tabla 4: En cuanto a **Aragón**, destacamos las siguientes:¹⁴

EDADES	ANFETAMINAS	COCAÍNA	TOTAL
14 Y MENOS		1	
15-20	13	22	
21-30	35	142	
31-40	8	109	

¹³ Fuente: Plan Nacional de Drogas. Año 2011.

¹⁴ 2º Plan autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas. 2010-2016. "Indicador Admisiones a Tratamiento por Consumo de sustancias psicoactivas".

41-50	1	35	
51-60		5	
61 Y MÁS			
TOTAL	57	314	370

Tabla 5: También nos parece interesante realizar una distinción entre el consumo de sustancias psicoestimulantes según el género:

SUSTANCIA	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
ANFETAMINAS	9	48	57
COCAÍNA	40	274	314

Este concepto se define como sustancias que producen sensación de euforia y bienestar, aumento de la energía y del nivel de actividad motriz, estimulación del sistema cardiovascular, disminución de la sensación de fatiga, del sueño y del apetito.

Son drogas que tienen la capacidad de aumentar el tono general del organismo, la capacidad de trabajo, de concentración y disminuyendo la sensación de cansancio. Su clasificación es diversa según los diferentes autores.

Se pueden agrupar en tres grandes grupos farmacológicos: Anfetaminas, Cocaína y Metilxantinas.¹⁵:

¹⁵ Ballesteros Martínez J.L., Salas de Zayas R. y Macías Guarasa I. Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. Cap. 10.4 UNINET

A) ANFETAMINAS:

Las anfetaminas pueden ser inyectadas, inhaladas o tomadas oralmente. Su consumo en la calle abarca a la anfetaminas y afines comercializadas, al speed (formas adulteradas de anfetaminas) y a los derivados de diseño.

Las llamadas ahora drogas de "diseño" son por ejemplo el MDMA, de las más utilizadas por sus efectos mixtos alucinógenos y estimulantes.

La clínica de la intoxicación grave comienza a partir de los 30 mg, a los 30-60 minutos de la ingestión y suele durar unas 6 horas. Es producto de la gran estimulación simpática, apareciendo al mismo tiempo unos síntomas sistémicos llamativos con otros neurológicos.

Síntomas sistémicos: Palidez o enrojecimiento de la piel, cefalea, escalofríos, hiperactividad, hipertermia acompañada de una gran sudoración, palpitations, taquicardia, taquipnea, hipertensión, midriasis con reflejo fotomotor conservado y visión borrosa, puede haber pérdida de consciencia, crisis convulsivas y muerte.

Los efectos neurológicos, se manifiestan por una desorientación inicial seguida de cambios del tono de humor (euforia, disforia), sensación de aumento de energía y del estado de alerta, disminución de la sensación de cansancio, Estos son los efectos deseados por el consumo ilícito. También se acompaña de temblores finos, cefalea, insomnio, disminución del apetito y a veces estados de ansiedad, irritabilidad y comportamientos agresivos con alteraciones en los sentimientos y emociones.

A dosis muy elevadas, pueden causar desorientación, depresión psíquica, alucinaciones, delirio, catatonia, convulsiones o coma. Las alucinaciones se caracterizan por visiones bastante realistas siendo típicas las auditivas y las táctiles. También puede aparecer crisis de

pánico, ideación paranoide, gran agitación psicomotriz, pérdida asociativa y cambios afectivos, todo ello con un sensorio relativamente conservado. El síndrome psicótico puede aparecer hasta 36-48 horas después de haberse producido una única sobredosis, pudiendo durar estos cuadros una semana.

La intoxicación por metanfetamina (también por cocaína), contribuyen a la formación y a la ruptura de aneurismas cerebrales y muerte por hemorragia subaracnoidea. Las crisis transitorias hipertensivas y de taquicardia producen fatiga (perdida o fallo de la capacidad de un órgano) por el estrés hemodinámico, esta fatiga es acumulada, conduciendo finalmente a cambios degenerativos (disrupción y pérdida de la lamina interna elástica) en los puntos de las ramificaciones arteriales. La metanfetamina se asocia a mayor número de aneurisma que la cocaína quizás debido a su mayor vida media (12 horas contra 40 minutos). Como la fatiga vascular es acumulativa, el uso crónico previo puede ser un factor significativo en el desarrollo de los aneurismas cerebrales 48.

Las muertes pueden producirse bien por causa violenta o bien por hemorragias cerebrales, insuficiencia cardíaca, hipertermia, edema cerebral y convulsiones.

El uso crónico puede producir a la larga una psicosis paranoide tóxica anfetamínica, con ideación paranoide, alucinaciones, conducta violenta o arriesgada que remeda a la esquizofrénica, además de afectaciones orgánicas como dermatitis y miocardiopatía crónica.

Sus efectos euforizantes aparecen a los 30-60 min. y duran de 8 a 24 horas.

Pueden emplearse terapéuticamente, aunque la anfetamina y sus análogos presentan escasas indicaciones terapéuticas: narcolepsia (anfetamina) y en los síndromes de déficit atencionales en la infancia (metilfenidato y pemolina). Las propiedades inhibitoras del centro del

apetito han llevado al desarrollo de análogos para el tratamiento de la obesidad, muchos de los cuales se han descartado por sus efectos euforizantes y su riesgo de abuso.

B) COCAÍNA¹⁶:

Alcaloide obtenido a partir de las hojas de la planta de coca, *Erithroxilum Coca*, arbusto de América.

De las hojas de coca se obtiene la pasta base de color marrón que es sulfato de cocaína y de esta, el clorhidrato de cocaína que es una sustancia blanca, en forma de cristalitos, hojuelas, o en polvo blanco (nieve), soluble en agua y de sabor amargo, se destruye por el calor. De esta a su vez se obtiene el crack (por el crujido que forman los cristales blancos al calentarse), que es una forma de base libre mucho más purificada y con mayor poder de intoxicación y de adicción. Se puede fabricar caseramente por medio de la alcalinización, calentando la anterior con agua y soda hervida. Es soluble en alcohol, acetona, y aceites, insoluble en agua y de aspecto cristalino, incolora e inodora y no se destruye por el calor por lo que se puede consumir fumada, bien sola en pipas de coca o bien con cigarrillos de marihuana. Por esta vía alcanza niveles sanguíneos casi tan rápidamente como con la vía venosa.

La cocaína de la calle varía en pureza de un 12% a un 95%, siendo la media de un 36%. Una raya de cocaína puede contener de 20 mg a 100 mg, una pipa de 50 a 100 mg y un cigarro hasta 300 mg.

Es absorbida por todas las mucosas al mismo tiempo que provoca anestesia local y generalmente consumida intravenosa, (muchas

¹⁶ Ballesteros Martínez J.L., Salas de Zayas R. y Macias Guarasa I. Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. Cap. 10.4 UNINET

veces mezclada con heroína-"speedball"), intranasal, esnifada en rayas o fumando los vapores de la base libre (el crack).

En la droga vendida en la calle se suelen encontrar adulterantes que aumentan su toxicidad y enmascaran el cuadro clínico: estimulantes (cafeína, anfetamina, fenciclidina), anestésicos (benzocaína, lidocaína, procaína, tetracaína) fenitoína 55, escopolamina 56, talio 57 y sustancias inertes (lactosa, manosa, glucosa, inositol, talco, almidón de maíz).

Los órganos diana de su toxicidad son el cerebro, el corazón y la vía de entrada. La intoxicación aguda suele ocurrir a dosis superiores al medio gramo y se presenta con los mismos síntomas que la intoxicación por anfetaminas. Produce sensación gratificante al proporcionar locuacidad, hiperagudeza mental, elimina la sensación de cansancio y sueño, aumenta la actividad, la comunicación y la seguridad en sí mismo. Los efectos pueden durar de 5 minutos hasta 2 horas, según la cantidad y vía de consumo. Tras ello una depresión de sus efectos (el crash).

Los efectos de la cocaína intranasal se empiezan a percibir al cabo de 3-5 min. y alcanzan su máximo a los 10-20 min. Fumada o por vía intravenosa se producen a los 8-10 s y desaparecen en pocos minutos.

La intoxicación leve induce un elevación discreta de la presión arterial, pulso y temperatura, cefalea, hiperreflexia, náuseas, vómitos, bochornos, midriasis, palidez, diaforesis, temblor y sacudidas, agitación, ansiedad, euforia, conducta estereotipada. La intoxicación moderada: hipertensión, taquipnea, disnea, taquicardia, hipertermia, sudoración profusa, trastornos metabólicos 58, confusión, alucinaciones táctiles que pueden conducir a la autoexcoriación por ver bichos bajo la piel (Síndrome de Magnan),

delirios paranoides que simulan la esquizofrenia, hiperactividad marcada, aumento del tono muscular y de los reflejos tendinosos, calambres musculares, eyaculación espontánea y convulsiones generalizadas que puede seguirse de depresión del SNC. La intoxicación severa: palidez, hipotensión, taquicardia, arritmias ventriculares y paro cardíaco, apnea, cianosis, edema agudo de pulmón, hipertermia maligna, coma, parálisis flácida con pérdida de reflejos, estatus epiléptico y muerte.

Otras formas de presentación que puede producir la utilización de cocaína por cualquier vía son los trastornos de la conducta (agitación, conducta combativa) y como víctimas de traumas o de violencia asociados con el uso de la droga.

Tras el uso crónico: anorexia, insomnio, disminución de la memoria, dificultad de concentración, eyaculaciones espontáneas, impotencia, pérdida de peso, deshidratación, temblores finos y eventuales convulsiones. Complicaciones psiquiátricas como euforia, disforia, trastornos de la personalidad, hasta la psicosis y la esquizofrenia, ideación paranoide, agitación, irritabilidad, cansancio e impulsividad y en ocasiones una conducta agresiva.

En relación a los efectos del consumo de cocaína podemos destacar los siguientes:

a. Efectos agudos del consumo de cocaína

El consumo de cocaína ,además de los efectos anestésicos locales, provoca como consecuencia efectos psiquiátricos agudos típicos de las sustancias estimulantes. Los más relevantes son “la euforia inicial, que puede derivar en disforia, el aumento de la comunicación verbal, de la autoconfianza y de la actividad sexual, la inquietud psicomotora, la anorexia o el insomnio” (Casas,M.,Collazos,F.,Ramos,J.A. Y Roncero, J., 2001, 181). También

pueden aparecer ideas sobrevaloradas de grandiosidad y alteración de la realidad.

Los pacientes que experimentan paranoia durante la intoxicación por consumo de cocaína pueden tener más riesgo de desarrollar psicosis que los que consumen y no la experimentan. Se pueden presentar alteraciones sensorio-perceptivas con alucinaciones visuales o táctiles incluso al cabo de una hora (APA, 2000).

La psicosis cocaínica es una de las complicaciones psicopatológicas más frecuentes relacionadas con el consumo agudo. Hasta el 65-70% de los consumidores compulsivos de cocaína pueden presentar sintomatología paranoide cuando están intoxicados, que cede habitualmente tras 24- 48 horas de abstinencia (Caballero, 2000).

b. Efectos del consumo crónico de cocaína

Para muchos autores el consumo de cocaína crónico produce depresión, irritabilidad y agotamiento general.

El abuso de cocaína se ha relacionado con el incumplimiento del tratamiento en pacientes esquizofrénicos (Owen, 1996).

Este hecho, unido a la elevada frecuencia de consumo de cocaína entre pacientes psicóticos, puede convertirse en un factor de riesgo relevante para padecer un mayor número de reagudizaciones.

En diversos estudios se ha analizado "la influencia del consumo crónico de cocaína en pacientes esquizofrénicos que se ha asociado a una mayor presencia de síntomas depresivos, menor socialización y empeoramiento del pensamiento abstracto, así como de la memoria verbal" (Casas, M., Collazos, F., Ramos, J.A. Y Roncero, J., 2001, 182).

Otra diferencia clínica que se ha relacionado con el abuso de cocaína en esquizofrénicos es la menor presencia de síntomas negativos.

Por otra parte está descrito que el consumo crónico de cocaína puede producir insomnio, alucinaciones y síndrome paranoide.

C) CAFEÍNA Y METILXANTINAS¹⁷:

Los alcaloides metilxantínicos se encuentran en diversas plantas conocidas desde la antigüedad por su efecto de mejorar el ánimo y quitar el sueño y la fatiga, como el café, el guaraná, el cacao, la cola y el mate. Entre estos alcaloides destacan la teobromina, la teofilina, la cafeína y la teína. Las dos primeras son metilxantinas, y las dos últimas, derivados trimetílicos. Son antihipnóticos, analépticos, vasodilatadores y estimuladores cardíacos. También son broncodilatadores y diuréticos, de acciones moderadas y poco riesgo.

La cafeína es la principal metilxantina y el ingrediente psicoactivo del café, el chocolate y las bebidas de cola. La cafeína produce alerta aumentada, disminución del sueño, el cansancio y la fatiga, pudiendo aumentar la capacidad de realización de determinadas tareas. En dosis mayores produce excitación, ansiedad e insomnio. Con dosis mayores puede desarrollarse irritabilidad, temblor fisiológico e hiperactividad refleja. Los efectos dependen de la sensibilidad del individuo y la velocidad de metabolización. El consumo crónico provoca tolerancia y dependencia física. En los grandes consumidores de café se ha descrito la aparición de un síndrome de abstinencia, que se caracteriza por cefaleas, ansiedad, irritabilidad y letargia. Estos síntomas se alivian rápidamente ingiriendo cafeína, lo que demuestra que se trata de un síndrome de abstinencia.

Como conclusión decir que, tanto la anfetamina como la cocaína producen efectos similares sobre el estado de ánimo, provocan toxicidad crónica y poseen un alto potencial de abuso y dependencia. Las metilxantinas son sustancias energizantes con menor riesgo y potencial de abuso.

¹⁷ Ballesteros Martínez J.L., Salas de Zayas R. y Macías Guarasa I. Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. Cap. 10.4 UNINET

Cuando se fuman o se inyectan por vía intravenosa, la metanfetamina y la cocaína producen casi inmediatamente una intensa sensación de placer, conocida como rush ('subidón'). Se sigue de una sensación de aumento de la energía y del estado de alerta, que se acompaña de disminución del apetito y de la sensación subjetiva de cansancio. También disminuye el tiempo de sueño, sobre todo la fase REM. Se experimenta un aumento subjetivo de las capacidades y habilidades. A medida que la reacción eufórica desaparece, se experimenta una sensación de disforia y decaimiento, más pronunciada cuanto más rápidos o intensos han sido los efectos. Este cuadro se acompaña del deseo intenso de volver a experimentar los efectos. Cuando estas drogas se aspiran no hay rush y la euforia tarda más en aparecer. La metanfetamina origina estos mismos efectos por vía oral. Pueden producir nerviosismo, agitación, temblor, fiebre, insomnio, confusión y, en algunos casos, estados de delirio y de pánico, e incluso ideación paranoide.

2.1.6. SUSTANCIAS ALUCINOGENAS:

Los alucinógenos son sustancias psicoactivas que pueden alterar profundamente la forma en que percibimos y entendemos el mundo en el que vivimos. Pueden ser de origen natural (son sustancias que se encuentran en plantas, en hongos o en animales) o bien haber sido producto de una síntesis química.

Atendiendo a Nora D. Volkow también podemos afirmar que los alucinógenos son drogas que causan alucinaciones, es decir, alteraciones profundas en la percepción de la realidad del usuario. Bajo la influencia de los alucinógenos, las personas ven imágenes, oyen sonidos y sienten sensaciones que parecen reales pero que no

existen. Algunos alucinógenos también producen oscilaciones emocionales rápidas e intensas. (Nora D. Volkow, 2003. Pág. 2)

Los alucinógenos, según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), son un cajón de sastre diagnóstico que incluye un ergotamínico sintético como el LSD, fenilaminas como la mezcalina y la dimetoximetilanfetamina (DOM o STP [serenity, tranquillity, peace]), la metilenodioximetanfetamina (éxtasis), un alcaloide indólico como la psilocibina, y otras drogas.

“Actualmente los alucinógenos están clasificados en la Lista I del Convenio de Sustancias Psicotrópicas, un lugar reservado para aquellos fármacos que, la Organización de las Naciones Unidas, considera que son muy peligrosos para la salud pública y que carecen de una utilidad terapéutica reconocida.” (Jordi Camí y Magí Farré)

Los alucinógenos han formado parte durante muchos siglos y aún constituyen el centro de rituales religiosos y ceremonias mágicas en numerosas culturas, desde las más avanzadas hasta las más remotas. Los pueblos indígenas de muchas regiones del mundo descubrieron sustancias naturales de su entorno que tenían la propiedad de producir distorsiones de los sentidos, de alterar el sentido del tiempo y la organización racional del pensamiento. Muchas de estas sustancias se siguen consumiendo aunque en la mayoría de los casos ha cambiado totalmente el entorno y la finalidad de su consumo. Los fármacos son los mismos, pero el contexto cultural es completamente distinto.

Estas sustancias no se caracterizan por su capacidad para producir dependencia, sin embargo en el mundo occidental su uso casi siempre va ligado al consumo de otras capaces de producir dependencia.

En cuanto a la forma de designar estas sustancias también han existido numerosos debates. “Desde psicodislépticos a entactógenos, pasando por psicodélicos, psicotógenos, enteógenos o productos visionarios, la terminología al uso es tan rica como lo son las propiedades farmacológicas de estos productos.” (Jordi Camí y Magí Farré)

El estudio de los efectos que producen estas sustancias sobre el ser humano ha tenido una gran relevancia, principalmente por dos razones de peso. La primera tiene que ver con las propias características de los efectos que producen estas sustancias, unos efectos que afectan las principales funciones que caracterizan la organización de la mente humana. La segunda tiene que ver con la relación de estas sustancias con los síndromes psicóticos ya que comparten una buena parte de los signos y síntomas que desarrollan estos fármacos. Por otra parte también es de gran relevancia el estudio de estas sustancias debido al incremento de sustancias alucinógenas en el mundo occidental.

Siguiendo en esta línea, sobre los efectos que las sustancias alucinógenas causan en los sujetos consumidores, según Lorenzo Fernández. p, et al. (2009) podemos hablar de:

1. Efectos psicopatológicos y psiquiátricos por consumo de alucinógenos

- **Efectos psicopatológicos inmediatos al consumo de alucinógenos:**

La situación que el consumidor de alucinógenos espera es un estado alucinatorio y de cierta euforia y con alteraciones en varias funciones psicológicas:

- a) El trastorno sensoperceptivo presenta alucinaciones e ilusiones. Las ilusiones pueden tener un contenido alegre, divertido y fantástico o por el contrario, tratarse de visiones horripilantes, desagradables y angustiosas. Las alucinaciones se caracterizan porque los sentidos se agudizan, de manera que los colores, los sonidos y las texturas parecen más ricas. Los perfiles y los bordes o fisuras de las superficies se ven muy marcadas y detalles normalmente inadvertidos llaman la atención. Curiosamente, mientras que la sensibilidad dolorosa disminuye, la sensibilidad a la temperatura y a la presión aumenta. A todas estas alteraciones se añade una percepción enlentecida del paso del tiempo. Incluso se puede llegar a tener la sensación de su detención pero a veces transcurre muy rápido. Muchos autores señalan que todas estas alteraciones perceptivas se producen sin que exista una pérdida de la realidad, denominando a este estado "conciencia psicodisléptica".
- b) El estado de ánimo es muy variable, se pueden experimentar dos sensaciones incompatibles al mismo tiempo, lo que es resultado de una alternancia muy rápida de estados de euforia, de tristeza y de ansiedad; o bien, de sensaciones de autorrealización a otras de gran temor a perder el control o volverse loco.
- c) A nivel cognitivo se demuestra que la atención, concentración y motivación para el rendimiento están deterioradas. Disminuye la memoria reciente. Hay una pérdida de la capacidad asociativa y los pensamientos son ilógicos, cargados de fantasía y es habitual la grandiosidad paranoide. Finalmente cabe tener en cuenta el riesgo asociado de tener comportamientos acordes con las percepciones y pensamientos

que se experimentan, estas conductas pueden ser de tipo autodestructivo o de tipo homicida.

- **Efectos psicopatológicos por intoxicación de alucinógenos:**

Las reacciones disfóricas son reacciones adversas que se caracterizan por una agudización del trastorno alucinatorio dando lugar a cuadros psicóticos. La persona pierde el control y es incapaz de afrontar la disolución del YO. Consecuentemente, nos encontramos con los fenómenos de despersonalización y de desrealización que se caracterizan por sentimientos de extrañeza e irrealidad. Si prevalece la despersonalización, esta puede derivar en una crisis de pánico.

- **Efectos psicopatológicos de consumo crónico de alucinógenos:**

El consumo de alucinógenos puede dar lugar a varios efectos en los individuos predispuestos a la esquizofrenia:

- a) Puede hacer que la psicosis se manifieste a edad más temprana.
- b) Puede producir una psicosis que podría haber permanecido en estado latente si no se hubiera consumido la sustancia.
- c) Puede causar recaídas en un individuo que ha sufrido previamente un trastorno psicótico.

Los estados de ansiedad generalizados o depresivos pueden desencadenarse con la ingesta de alucinógenos, que a veces, persisten una vez abandonado el consumo regular requiriendo tratamiento psicofarmacológico específico.

No obstante, la alteración más llamativa que se produce en los consumidores de los alucinógenos es el trastorno perceptivo-persistente (síndrome de flashback) recurrencias espontáneas de los efectos del LSD sin que este haya sido consumido.

Por último, es necesario para profundizar en este concepto conocer una clasificación y ejemplificación de alucinógenos.

Indólicos	-Ergotaminoides: LSD, isoergida -Triptaminas: psilocibina, psilocina, bufotenina -Carbolinas: harmina, harmalina, ibogaína
Feniletilaminas y derivados	-Metilendioxi metanfetamina (MDMA, éxtasis) -Dimetoximetilanfetamina (DOM o "STP") -Mezcalina, miristacina
Cannabinoides naturales	-Tetrahidrocannabinol
Arilciclohexilaminas	-Fenciclidina (PCP) -Ketamina
Otros	-Nitrito de amilo -Muscimol

A pesar de esta clasificación, es cierto que no todos los autores coinciden en esto ya que, por ejemplo, el CIE-10 codifica los alucinógenos como F16 y los cannabinoides como F12; la fenciclidina va al código miscelánea F19.

Haciendo mención a la tabla clasificatoria anterior nos parece relevante hacer mención específica a dos de las sustancias alucinógenas más conocidas: LSD y cannabis.

-LSD:

Según Nora D. Volkow, La LSD es un material claro o blanco, inodoro, y soluble en el agua, sintetizado del ácido lisérgico, un compuesto derivado del hongo del centeno. La LSD es la droga más potente que se conoce que altera el estado de ánimo y la percepción. Dosis orales tan bajas como 30 microgramos pueden producir efectos que duran de 6 a 12 horas. (Nora D. Volkow, 2003, Pág. 4).

Es de fácil absorción digestiva, oral y parenteral, así como a través de mucosas erosionadas. (J. Solé Puig, 2003, Pág. 187)

Los efectos que podemos llamar deseados de estas sustancias y que inspiraron un término devenido popular, psicodelia (revelación de la mente), van desde el aumento de la intensidad subjetiva de las percepciones –formas, colores, sonidos, sensaciones táctiles- hasta verdaderas distorsiones ilusorias no sólo de formas y colores, sino también del espacio y el tiempo. Al respecto, ningún tipo de droga posee efectos tan imprevisibles. Parecen depender de factores como el estado mental, estructura de la personalidad, actitud previa y expectativas del sujeto, y contexto ambiental. Entre los riesgos de consumir LSD hay que incluir especialmente las crisis de ansiedad, relativamente frecuentes y a veces de una gran intensidad, con diagnóstico psiquiátrico de ataque de pánico. Hay riesgo de síntomas como la desrealización (sensación de extrañamiento ante la realidad), despersonalización, disociación y pérdida de identidad. Estos efectos adversos, que también pueden aparecer con consumo intenso de cánnabis, suelen responder a la tranquilización verbal por un interlocutor que sepa transmitir calma al usuario. Es el talk down de un pionero en estos temas, Colin Smith (1959). (J. Solé Puig, 2003, Pág. 188).

También al igual que en consumo intenso de cánnabis (Solé, Ramos; 2001), puede haber el fenómeno del flashback, que es la reviviscencia

de los efectos psicoactivos a distancia temporal del consumo, después de un periodo libre de síntomas más o menos prolongado o periodo de latencia. Arturo Lerner y su grupo (2002, 2000) defienden el uso del término flashbacks para aludir a sólo los efectos que desea el consumidor de LSD y que se repiten pasada la ingesta. Para los flashbacks angustiantes y psicotomorfos defienden la denominación ya contemplada por el DSM-IV, es decir, el trastorno perceptivo persistente por alucinógenos. (J. Solé Puig, 2003, Pág. 189)

Los efectos de la LSD típicamente comienzan entre 30 a 90 minutos después de ser ingerida y pueden durar hasta 12 horas. La mayoría de los consumos de LSD incluyen aspectos tanto placenteros como desagradables. Los efectos de la droga son impredecibles y pueden variar con la cantidad ingerida y la personalidad, el estado de ánimo, las expectativas y los alrededores del usuario. (Nora D. Volkow, 2003, Pág. 5)

Los usuarios de la LSD pueden experimentar algunos efectos fisiológicos, como un aumento en la presión arterial y en el ritmo cardiaco, mareo, inapetencia, sequedad bucal, sudoración, náusea, entumecimiento, y temblores, pero los principales efectos de la droga son emocionales y sensoriales. Las emociones del usuario pueden variar rápidamente dentro de un rango que va desde el miedo hasta la euforia con transiciones tan rápidas que le puede parecer al usuario que experimenta varias emociones simultáneamente. La LSD también tiene efectos dramáticos sobre los sentidos. Los colores, los olores, los sonidos y otras sensaciones parecen intensificarse agudamente. En algunos casos, las percepciones sensoriales pueden combinarse en un fenómeno conocido como sinestesia, en el que una persona parece oír o sentir los colores y ver los sonidos. Las alucinaciones distorsionan o transforman las formas y los movimientos, y pueden dar lugar a una percepción de que el tiempo pasa muy lentamente o de que el cuerpo del usuario está cambiando de forma. Los usuarios de LSD

rápidamente desarrollan un alto grado de tolerancia a los efectos de la droga. Después de un uso repetido, necesitan dosis cada vez mayores para lograr efectos similares. Se dan dos efectos a largo plazo han sido asociados con el uso de la LSD: una psicosis persistente y el trastorno perceptivo persistente por alucinógenos, conocido más comúnmente como "flashbacks", es decir, la reaparición espontánea de sensaciones similares a experiencias vividas cuando se usó la droga. No se conocen las causas de estos efectos, que en algunos usuarios ocurren después de una sola experiencia con la droga. (Nora D. Volkow, 2003, Pág. 6)

Como dice Nora D. Volkow, la LSD está asociada con episodios casi psicóticos que pueden ocurrir mucho después de que la persona haya tomado la droga.

Esta autora habla de **Psicosis** como: "Los efectos de la LSD pueden ser descritos como una psicosis inducida por las drogas, es decir, una distorsión o desorganización de la capacidad de la persona para reconocer la realidad, pensar racionalmente, o comunicarse con los demás. Algunos usuarios de LSD experimentan efectos psicológicos devastadores que persisten después de que el consumo ha terminado, produciendo un estado similar a la psicosis que dura largo tiempo. La psicosis persistente inducida por la LSD puede incluir cambios dramáticos de ánimo, cambios que van de la manía a una depresión profunda, perturbaciones visuales vívidas y alucinaciones. Estos efectos pueden durar años y pueden afectar a personas que no tienen historia alguna ni otros síntomas de trastornos psicológicos". (Nora D. Volkow, 2006, Pág.6)

-CANNABIS

La "cannabis sativa" es la planta con cuya resina, hojas y flores, se elaboran las sustancias psicoactivas más utilizadas en todo el mundo entre las drogas ilegales, que son el hachís y la marihuana. El principio activo del cannabis responsable de sus efectos psicoactivos es el THC (tetrahidrocannabinol).¹⁸

En términos epidemiológicos, el cannabis es con mucho la droga psicoactiva ilegal más consumida en todo el mundo. Según datos de Naciones Unidas, se estima que el número total de personas que consumieron cannabis por lo menos una vez en 2007 varía entre los 142.6 millones y 190.3 millones, lo que significa que la ha probado entre un 3.3% y un 4.4% del total de la población mundial de 15 a 64 años. (Comisión clínica de la delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas, 2009, Pág. 15)

¹⁸ Drogas, saber +, arriesgar -, Guía de la juventud europea, 2003, Fundación vivir sin drogas

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis

1. Los sujetos que desencadenan un brote psicótico es probable que sea porque tienen una predisposición genética para ello y el consumo de estas sustancias sea el detonante para que “explote”.
2. Los sujetos que presentan poca o escasa conciencia de su enfermedad probablemente tendrán más consumo de estas sustancias y menos adherencia al tratamiento.
3. El consumo de sustancias alucinógenas depresoras y psicoestimulantes provoca/agrava/mantiene la psicosis, especialmente en sujetos que presentan vulnerabilidad genética.
4. Cuando se ha tenido un brote psicótico (producido por el consumo de sustancias), pasados de 3 a 6 meses no hay remisión de síntomas y no vuelve a producirse otro siempre y cuando se mantenga la abstinencia.
5. Es posible que un porcentaje de personas que tras haber sufrido un brote psicótico y a pesar de haber mantenido la abstinencia, pasados 9 meses puede que se produzca un nuevo brote y ello apuntará otra hipótesis de un trastorno biológico.
6. Basta con consumir una sola vez cualquiera de estas sustancias para sufrir un brote psicótico; no es necesario un consumo habitual y prolongado en el tiempo.

7. Es posible que existan otros factores determinantes que puedan explicar la relación entre consumo y brote psicótico.

Objetivos:

General: Comprender la relación existente entre el consumo de sustancias psicoestimulantes y alucinógenas y la aparición o agravamiento de brotes psicóticos en sujetos de 15 a 30 años en la ciudad de Zaragoza.

Específicos:

1. Comprender en qué medida el consumo de sustancias psicoestimulantes y alucinógenas influye en la aparición de brotes psicóticos en sujetos con una posible predisposición genética para ello.
2. Evaluar en qué grado los sujetos que presentan poca o escasa conciencia de su enfermedad consumen estas sustancias y presentan adherencia al tratamiento.
3. Descubrir cómo el consumo de sustancias psicoestimulantes y alucinógenas pueden a largo plazo provocar/agravar/mantener la psicosis en sujetos que presentan vulnerabilidad genética.
5. Valorar si determinados brotes psicóticos elicidados por el consumo de sustancias pueden remitir pasados de 3, 6 o 9 meses; si no se ha vuelto a consumir.
6. Valorar si determinados brotes psicóticos elicidados por el consumo de sustancias pueden aparecer pasados 9 meses de abstinencia teniendo así un posible trastorno biológico.

7. Descubrir si es necesario un consumo prolongado en el tiempo o no para sufrir un brote psicótico
8. Descubrir otros factores que puedan estar implicados en el desarrollo de una enfermedad mental vinculada al consumo de sustancias.

4. METODOLOGÍA

La investigación que pretendemos realizar en nuestro trabajo de fin de grado tiene un carácter social, puesto que estudiamos e indagamos sobre problemas de la realidad social en la que nos encontramos.

Para la obtención de información sobre este tema hemos utilizado una metodología cualitativa ya que consideramos que es un estudio muy abstracto y difícil de observar mediante datos numéricos ya que las enfermedades mentales son procesos longitudinales en el tiempo y tanto los pacientes como los tratamientos son diferentes y van cambiando. Otro de los motivos por el que nos decantamos por la elección de este tipo de metodología es porque nos interesa conocer más los aspectos más sociales y psicológicos de esta problemática frente a aspectos más objetivos y evaluables numéricamente.

La investigación con técnicas cualitativas está sometida a un proceso de desarrollo básicamente idéntico al de cualquier otra investigación de naturaleza cuantitativa. Es un proceso que se desenvuelve en cinco fases de trabajo:

1. Definición del problema: ninguna investigación cualitativa puede iniciarse sin una definición más o menos concreta del problema. Hay que buscar un significado al trabajo.
2. Diseño de trabajo: después de definir el problema es preciso elaborar un diseño o proyecto de trabajo.
3. Recogida de datos: son tres las técnicas que destacan, la observación, la entrevista y la lectura de textos.

4. Análisis de los datos: después de la recogida de datos hay que hacer un análisis de éstos.
5. Informe y validación de la investigación: aproximación a la realidad que estudiamos.¹⁹

Siguiendo este esquema podemos decir que una vez definido nuestro problema: *“Adicciones y Salud Mental: consumo de sustancias psicoestimulantes y alucinógenas asociadas a la psicosis”*, nos dedicamos al diseño del trabajo. Tras realizar estas tareas iniciamos la recogida de información. Para ello utilizamos diversas técnicas, entre ellas, la entrevista y la revisión bibliográfica.

a. Entrevista

La entrevista se define como la conversación de dos o más personas en un lugar determinado para tratar un asunto. Técnicamente es un método de investigación científica que utiliza la comunicación verbal para recoger informaciones en relación con una determinada finalidad (Grawitz, 1984: 188; Aktouf, 1992:91; Mayer y Ouellet, 1991: 308).

En nuestro caso llevamos a cabo una entrevista semiestructurada, es decir, se determina de antemano cual es la información relevante que se quiere conseguir, en concreto, elaboramos una entrevista con 15 preguntas sobre temas relevantes a tratar. Se hacen preguntas abiertas dando oportunidad a recibir más matices de la respuesta, permite ir entrelazando temas, pero requiere de una gran atención por parte del investigador para poder encauzar y estirar los temas.

¹⁹Ruiz Olabuénaga, J.I. (1999). Metodología de la investigación cualitativa. Universidad de Deusto. Bilbao.

Hemos realizado tres entrevistas a profesionales del ámbito de salud mental y consumo de drogas, en concreto, a la psiquiatra del CMAPA (Centro Municipal de Atención y Prevención de Adicciones); una trabajadora social del Hospital Clínico Lozano Blesa, servicio de psiquiatría (hospital de día psiquiátrico y UCE) y al director y trabajador social del Centro Solidaridad de Zaragoza.

b) Revisión bibliográfica.

Una gran parte de la información reflejada en nuestro proyecto proviene de diversos documentos y bibliografía adquirida tanto en las bibliotecas de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo, Salud y medicina, como de la del CMAPA y del Centro de Solidaridad.

Para la búsqueda de esta información nos apoyamos en las hipótesis y objetivos planteados en un primer momento y por diferentes palabras claves sobre este tema: salud mental, adicciones, psicosis, sustancias psicoestimulantes y alucinógenas, conciencia de enfermedad, adherencia al tratamiento y consumo.

También hemos hecho uso de diversas bases de datos, entre ellas destacamos las siguientes:

-Pybmed es un motor de búsqueda de libre acceso a la base de datos MEDLINE de citas y resúmenes de artículos de investigación biomédica. Esta base de datos es de acceso gratuito. Es una base muy relevante que abarca los campos de la medicina, oncología, enfermería, odontología, veterinaria, salud pública y ciencias preclínicas.

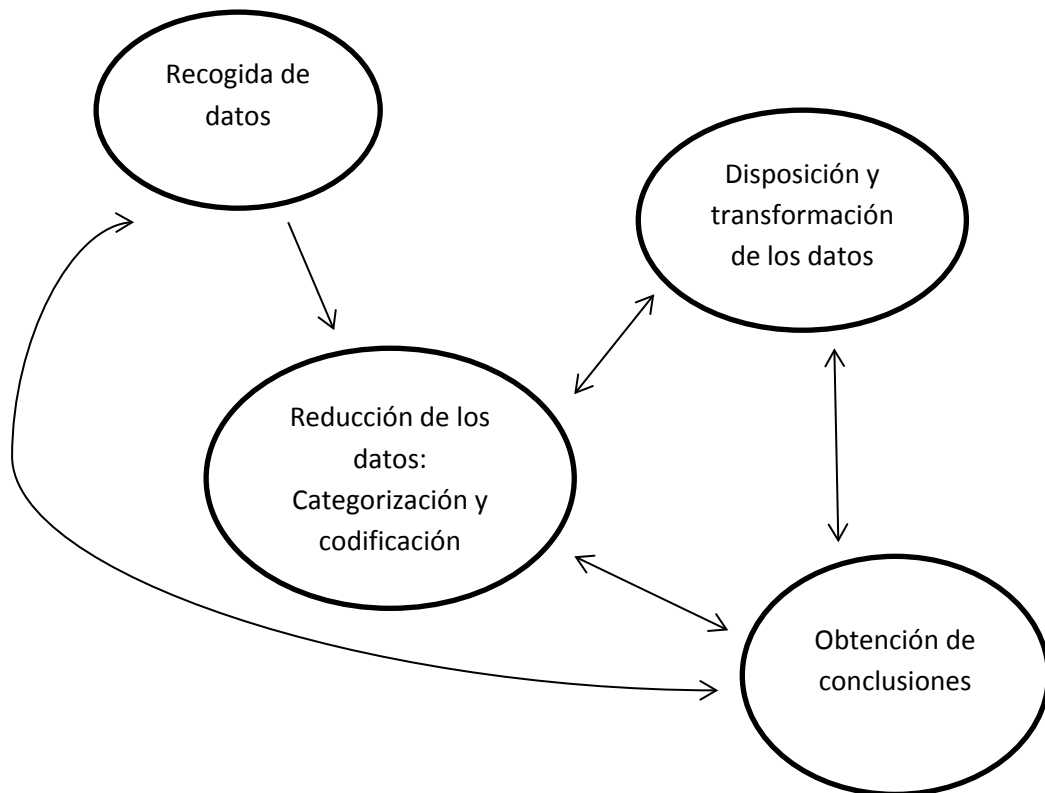
-PSYCINFO es la base de datos de la American Psychological Association (APA), de más de 1.5 millón de

registros. Cubre literatura académica, de investigación y práctica sobre psicología procedente de más de 45 países en más de 30 idiomas. Indiza materiales relevantes en disciplinas relacionadas tales como la medicina, trabajo social, legislación, criminología, ciencias sociales, y comportamientos en las organizaciones. Materiales procedentes de revistas profesionales, tesis y monografías. Es una fuente de información imprescindible para los investigadores, profesionales y estudiantes de psicología. Recoge información bibliográfica desde 1887.

-ISOC- Ciencias Sociales y Humanidades, contiene la producción científica publicada en España desde los años 70 en el ámbito de las ciencias sociales y humanas. Recoge fundamentalmente artículos de revistas, científicas y de forma selectiva Actas de congreso, Series, Compilaciones, Informas y Monografías.

-DIALNET es uno de los mayores portales bibliográficos de acceso libre, cuyo principal cometido es dar mayor visibilidad a la literatura científica hispana. Recopila y facilita el acceso a contenidos científicos, principalmente a través de alertas documentales. Además cuenta con una base de datos exhaustiva, interdisciplinar y actualizada, que permite el depósito de contenidos a texto completo.

Tras esta recogida de información procedimos al análisis de los datos obtenidos. El proceso de análisis de datos según Miles i Huberman, 1994 consiste en:



Una vez recogida y analizada la información hemos podido hacer una aproximación a los ítems que nos planteamos en un principio (objetivos e hipótesis). Estamos ante una investigación cualitativa y por tanto no sería muy correcto hablar de corroboración o verificación de hipótesis ya que no existen datos numéricos y objetivos.

Nos parece interesante decir que podría existir otro tipo de abordaje de nuestro estudio con otra metodología. Decidimos decantarnos por un trabajo cualitativo porque nos parece un tema que si lo abordásemos de forma cuantitativa se limitarían algunos aspectos susceptibles de estudio, ya que numéricamente no se podrían dar las mismas pautas aclaratorias.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

En función de los resultados obtenidos a través de la revisión bibliográfica y la realización de entrevistas a profesionales de este ámbito, realizamos una aproximación a las hipótesis y objetivos planteados al principio de nuestra investigación.

❖ Primera y tercera hipótesis:

Nos parece conveniente agrupar estas dos hipótesis puesto que ambas tratan el tema de la vulnerabilidad/ predisposición genética en sujetos consumidores de psicoestimulantes y/o alucinógenos para hacer una aproximación con respecto a los resultados obtenidos en el estudio.

La primera hipótesis gira en torno a la existencia o no de una predisposición genética o vulnerabilidad en los sujetos consumidores de psicoestimulantes y alucinógenos para desencadenar un brote psicótico. En relación a este tema y a los resultados obtenidos en nuestras entrevistas a diferentes profesionales, decir que el simple hecho de consumir este tipo de sustancias no puede ser considerado un factor indispensable y suficiente para desencadenar un brote psicótico, sino que también influye y es determinante la vulnerabilidad y la predisposición genética que el individuo presenta. Sin embargo, no podemos obviar la idea de que estos sujetos con cierta predisposición a sufrir una psicosis, puede que nunca la hubieran desencadenado si este consumo no se hubiera producido, es decir, en muchos casos puede que el consumo de estas sustancias actúe como detonante en la aparición de brotes psicóticos en sujetos vulnerables.

Por el contrario, también existen casos en los que sujetos con predisposición genética para sufrir estos trastornos y sin un consumo

previo de estas sustancias vivencien una psicosis inducida por otros factores, por ejemplo, situaciones de estrés familiar, laboral, situaciones de posparto, etc.

En definitiva concluimos que el consumo de estas sustancias siempre se considera un elemento perjudicial, es decir, puede agravar la aparición de una psicosis en sujetos que presentan una vulnerabilidad genética.

La tercera hipótesis hace una reflexión en torno al consumo de sustancias psicoestimulantes y alucinógenas y psicosis.

En un primer momento nos planteamos diferenciar cuál de estas sustancias podía presentar una mayor relación con la aparición de brotes psicóticos en sujetos vulnerables. Tras la investigación realizada podemos concluir que indistintamente cualquiera de los dos tipos puede inducir una psicosis, aunque si bien es cierto que generalmente los expertos en este ámbito relacionan más la psicosis con el consumo de sustancias alucinógenas, concretamente con el consumo de cannabis: “si uno empieza a fumar cannabis antes de los 15 años de edad, tiene 4 veces más probabilidades de desarrollar una enfermedad psicótica antes de los 26” (Ramírez, J., 2011, 13).

El consumo de sustancias alucinógenas puede hacer que la psicosis se manifieste en edades más tempranas, puede producir una psicosis que podría haber permanecido en estado latente si no se hubiera producido dicho consumo y puede causar recaídas en el sujeto que ha sufrido previamente una psicosis.

Entre las sustancias alucinógenas que hemos mencionado anteriormente en el trabajo, hemos llegado a la conclusión tras diversas revisiones bibliográficas, que la sustancia más consumida en la población seleccionada en un primer momento (sujetos de 15 a 30 años en la ciudad de Zaragoza) es el cannabis. Además los

porcentajes más altos de consumo de cannabis se recogen en esa franja de edad.

Tabla 6: Casos por Droga Principal y Edad²⁰.

Edad	Opiáceos	Cocaína	Cannabis	Anfetaminas	Tabaco	Alcohol	J.Patol	Otros	Total
<15			0						0 (0,00%)
15-19			62		1	3	1		67(6.29%)
20-24		5	51	2	2	2	8		70(6.57%)
25-29	1	26	16	8	7	13	11		82(7.70%)
30-34	1	38	9	7	13	37	27		132(12.39%)
35-39		28	10	3	22	48	24		135(12.68%)
40-44	3	22	4	1	27	72	29	1	159(14.93%)
45-49	3	11	4	1	38	76	13	2	148(13.90%)
50-54	1	3	2		26	71	18		121(11.36%)
>54		3			37	72	35	1	148(13.90%)
No consta	0	0	0	0	1	1	0	1	3 (0.28%)
Total	9 (0.85%)	136 (12.77%)	158 (14.84%)	22 (2.07%)	174 (16.34%)	395 (37.09%)	166 (15.59%)	5 (0.47%)	1065

También destacar que en datos avalados por profesionales del Proyecto Solidaridad de Zaragoza y CMAPA el cannabis es una de las

²⁰ Memoria CMAPA 2011.

sustancias que forma parte de todos los "cócteles", es decir, mayoritariamente se consume mezclado con otro tipo de sustancias

Diversos estudios avalan que existe una cierta relación entre consumo de cannabis y psicosis, pero también la mayoría de estas investigaciones sostienen que es necesario y condición indispensable la existencia de factores predisponentes: "el cannabis no es una causa necesaria ni suficiente, sino que actúa sobre otros factores para tener influencia sobre el riesgo para psicosis" (Szerman, N., 2011, 11), en definitiva, podemos afirmar que el consumo de cannabis precipita la psicosis en sujetos vulnerables.

Así pues, el cannabis no parece ser una causa indispensable ni suficiente para que un sujeto desarrolle un trastorno psicótico, sino que es un elemento causal más dentro de un diverso y complejo conjunto de factores que darán el nivel final de riesgo. No obstante, "se postula que a nivel poblacional la eliminación del cannabis conllevaría una reducción en la incidencia de la esquizofrenia de aproximadamente el 8% asumiendo una relación causal" (Martínez-Raga, 2011, 13).

Existen además otros datos que apuntan a que el consumo de cannabis puede aumentar 2-3 veces el riesgo de aparición de psicosis a lo largo de la vida. En este sentido influye tanto la edad de inicio de consumo como el sexo. Concretamente, "si uno empieza a fumar cannabis antes de los 15 años de edad, tiene 4 veces más probabilidades de desarrollar una enfermedad psicótica antes de los 26" (Ramírez, J., 2011, 13) y según un estudio realizado por Arendt, M., Foldager, L. y Rosenberg, R. (2005), se asocian resultados más desfavorables con menor edad y sexo masculino.

Es interesante, también, hacer una distinción entre intoxicación por cannabis que simula una psicosis funcional de hasta seis semanas de duración al desarrollo de una esquizofrenia. En este sentido

podemos afirmar que “el cannabis puede inducir síntomas psicóticos agudos, y su uso crónico puede aumentar el riesgo de esquizofrenia” (Basurte, I., 2011, 12), es decir, el consumo de cannabis puede ser un factor estresante que precipita la esquizofrenia en sujetos vulnerables y podría acelerar la aparición de la esquizofrenia en pacientes con síntomas psicóticos inducidos por esta sustancia. Recientemente se ha sugerido que “estos episodios psicóticos inducidos por el consumo de cannabis pueden ser el antecedente de una esquizofrenia” (Arias, F., 2008, 76).

Existe una serie de claves que ayudan a intuir si un trastorno psicótico ha sido inducido por el consumo de cannabis o por otro tipo de sustancias, como por ejemplo²¹:

- Presencia objetiva de la causa, por ejemplo, mediante un análisis de sustancias de abuso en la orina
- Relación cronológica, es decir, si el consumo es previo a la aparición de los síntomas y remite tras interrumpir el consumo.
- Magnitud del consumo. Un trastorno inducido sólo es posible si ha llegado al SNC una cantidad suficiente.
- Ausencia de agentes etiológicos.
- Ausencia de antecedentes ya que son más habituales en trastornos psicóticos primarios.
- Coherencia entre los efectos biológicos de las sustancias y el trastorno observado.

En definitiva, podemos concluir que existe una relación directa entre el consumo de cannabis y psicosis aunque es necesario una predisposición genética-vulnerabilidad en el sujeto. Esta vulnerabilidad puede ser biológica o psicosocial. El consumo de

²¹ Martínez Raga, J. (2011). ¿Cómo se puede hacer el diagnóstico diferencial entre esquizofrenia y psicosis por cannabis?. Patología dual y psicosis: un desafío en la clínica diaria. p.18.

cannabis y los trastornos psicóticos están de alguna manera relacionados, pero no de forma causal.

Además los síntomas psicóticos inducidos por el consumo de cannabis constituyen un factor de riesgo importante para la aparición posterior de una enfermedad psiquiátrica grave.

Por último, nos parece interesante reflejar una tabla de resultados en relación al consumo de cannabis y psicosis, que recoge mucha de la información comentada y citada anteriormente.

Tabla 7: Asociación entre consumo de Cannabis y psicosis: revisiones sistemáticas y meta-análisis²²

Estudios	Riesgo (odds ratio (IC 95%))	Resultados
Arseneault et al., 2004	2.3 (1.7-3.0)	El consumo de cannabis es uno de los factores implicados en la aparición de psicosis
MacLeod et al., 2004	-	No hay una relación causal importante entre consumo de cannabis y daño psicosocial
Smit et al., 2004	-	El consumo de cannabis actúa como factor de riesgo en el inicio de la esquizofrenia, sobretodo en personas predispuestas pero también en aquellas sin antecedentes.
Semple et al., 2005	2.9 (2.4-3.6)	El cannabis es un factor de riesgo independiente tanto para la psicosis como para el desarrollo de síntomas psicóticos

17.Fuente: Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Henquet et al., 2005	2.1(1.7-2.5)	El cannabis es un componente causal en el desarrollo y pronóstico de la psicosis, a través de un mecanismo de interacción gen-ambiente.
Moore et al., 2007	2.09(1.54-2.84)	El consumo de cannabis aumenta el riesgo de presentar episodios psicóticos, y este efecto es dosis dependiente. A mayor consumo de cannabis, mayor riesgo de presentar episodios psicóticos.

Estos resultados apoyan la idea de la relación que existe entre el consumo de cannabis y la psicosis puesto que la mayoría de los estudios de metanálisis presentan como resultado un tamaño del efecto de la relación suficientemente importante.

Por otro lado, en cuanto al consumo de sustancias psicoestimulantes las sustancias destacadas en nuestra investigación por su mayor consumo en la población española son la cocaína y las anfetaminas. Es obvio que el consumo de estas sustancias tiene una relación muy directa con psicosis. Así pues, podemos afirmar que la psicosis es una de las complicaciones más comunes y habituales producidas por el consumo de sustancias psicoestimulantes, ya sea agudo o crónico.

El consumo de estas sustancias puede producir a largo plazo una psicosis similar a la esquizofrenia paranoide. En determinados casos, esta psicosis puede producirse también al utilizar una dosis alta durante un corto periodo de tiempo.

Por otro lado, es cierto que en general existe una mayor predisposición a sufrir un brote psicótico en los hombres que en las

mujeres, así como en aquellos que consumían la cocaína por vía intravenosa. Los resultados de nuestra revisión bibliográfica están en consonancia con esta afirmación.

Entre las diversas sustancias alucinógenas nos hemos centrado en las anfetaminas y la cocaína puesto que son las sustancias más consumidas en nuestra sociedad.

-COCAÍNA

Diversos estudios avalan que la psicosis es una de las complicaciones más comunes y habituales producidas por el consumo de cocaína, ya sea agudo o crónico.

No hay diferencias estadísticamente significativas en el patrón de consumo, en cuanto a la cantidad de cocaína consumida necesaria y el tiempo de dependencia, de los individuos que desarrollan paranoia y los que no, tampoco en la edad o la raza. Brady et al. en 1991 encontraron una mayor predisposición en los hombres que en las mujeres, así como en aquellos que consumían la cocaína por vía intravenosa.

Las características clínicas de la psicosis cocaínica son muy similares en todos sujetos. "Son muy habituales las ideas delirantes paranoides, con contenidos de perjuicio y celotípicos, siendo el delirio más frecuente el de sentirse rodeado por agentes de la ley, o por gente que quiere robarles la droga" (Casas, M., Collazos, F., Ramos, J.A. Y Roncero, J., 2001, 183). Es habitual, también, la presencia de alteraciones en la esfera afectiva. Las alucinaciones auditivas son las más habituales (ruidos de gente que les sigue, voces, etc.), seguidas, en menor frecuencia por las visuales (espías por las ventanas, etc.) y táctiles.

Siguiendo en esta línea cabe destacar que una vez que aparece un cuadro psicótico inducido por cocaína, la probabilidad de que éste se repita, con mayor gravedad y asociado al consumo de una menor

cantidad de la sustancia, es mayor. Este fenómeno se denomina sensibilización (Post,1987).

Por último destacar que en la psicosis inducida por el consumo de cocaína no solo debemos considerar el hecho de superar un cierto umbral, ni la cantidad de sustancia consumida, ni en el tiempo que se lleva consumiendo, sino que es de vital importancia tener en cuenta que el desencadenante de este trastorno es la interacción de la cocaína y el entorno con un individuo vulnerable. Es decir, "la cocaína puede precipitar la aparición de psicosis en pacientes vulnerables" (Casas,M.,Collazos,F.,Ramos,J.A. Y Roncero, J., 2001, 179).

-ANFETAMINAS

El uso a largo plazo de anfetaminas produce una psicosis similar a la esquizofrenia paranoide. En algunos casos, la psicosis puede producirse también al utilizar una dosis alta durante un corto periodo de tiempo.

También producen una conducta muy agresiva, sobre todo cuando la persona se siente amenazada.

Entre las complicaciones físicas que pueden tener lugar se encuentran los daños al corazón, accidente cerebrovascular (también llamado apoplejía o ictus cerebral) y fiebres intensas que pueden amenazar la vida.

El modo en que las anfetaminas producen adicción es similar al de otras drogas estimulantes, como la cocaína.²³

Las anfetaminas pueden producir un cuadro simpaticomimético similar al consumo de cocaína, aunque en general lo que trae al

²³ <http://motivacion.about.com/od/adiccion/a/La-Adiccion-A-Las-Anfetaminas.htm>

paciente a urgencias son los trastornos psiquiátricos: inquietud, disforia, ansiedad, miedo, insomnio. Se consumen de manera compulsiva, principalmente en su forma oral o sublingual, y su consumo abusivo puede dar lugar a estados psicóticos que desaparecen en 1-2 días tras abandonar el consumo. (Pérez Cachafeiroa S., Costa Andrésb R. y Cabrera Vélezc R., 2005, Pág. 3).

“En general entre los riesgos del consumo de anfetaminas destacamos:

- Riesgos psicológicos. Los efectos psicológicos adversos incluyen inquietud, disforia, logorrea, insomnios, irritabilidad, hostilidad, tensión, confusión, ansiedad, pánico y, más comúnmente de lo que se cree, psicosis. Destacamos:

- Cuadros psicóticos similares a la esquizofrenia, con delirios persecutorios y alucinaciones.

- Depresión reactiva. Alcanza su punto máximo entre las 48 horas y 72 horas después de la última dosis anfetamínica, pero dura varias semanas.

- Delirios paranoides. Una dosis alta de anfetaminas por vía intravenosa conduce a cierto grado de paranoia; un consumo prolongado e intenso da lugar a una pérdida de racionalidad y, conforme pasa el tiempo, la hipersensibilidad, las ilusiones táctiles y visuales y el estado de fatiga pueden causar paranoia.

- Intensa dependencia psicológica.

- Riesgos físicos: Hipertensión, arritmia, colapso circulatorio, daño hepático, trastornos digestivos, ocultación de los signos de cansancio, síndrome de abstinencia y riesgo de adicción.” (Castillo Kauil. A., 2009)

Por tanto, las anfetaminas y sus derivados pueden producir psicosis duraderas.

Los mayores riesgos del consumo de estas son la adicción psicológica que genera y el síndrome de abstinencia física. Con frecuencia producen alteraciones psiquiátricas importantes, como psicosis y depresiones. (Otturi, N., Landaburu, M.C.,2009, Pág., 13)

❖ Segunda hipótesis:

Tras la revisión bibliográfica hemos encontrado una variable que nos parece muy interesante tener en cuenta para prevenir y tratar el curso de la enfermedad mental y las adicciones que es la conciencia de enfermedad mental.

Para hacer una aproximación al término de conciencia de enfermedad y a su relación con el consumo de sustancias alucinógenas y psicoestimulantes y a la adherencia al tratamiento es necesario partir de una aclaración de este concepto. Así pues, podemos definir conciencia de la enfermedad como “conocimiento de padecer trastorno mental, de la necesidad de tratamiento y de la conciencia sobre los síntomas psicóticos presentes” (Asensi,L., Cerdan, A., y Nieto, Y., 2010 y p.55).

Por otro lado, entendemos la adherencia al tratamiento como el grado de coincidencia entre las recomendaciones médicas y la conducta/comportamiento del paciente, de hecho la OMS (2006) la define como: “el grado en el que el paciente sigue las instrucciones médicas”.

La adherencia al tratamiento es un concepto múltiple y extenso ya que hace referencia a una gran diversidad de conductas, entre ellas se incluyen desde tomar parte en el programa de tratamiento y continuar con el mismo hasta desarrollar conductas de salud, evitar

conductas de riesgo, acudir a las citas con los profesionales de la salud, tomar correctamente la medicación y realizar adecuadamente el régimen terapéutico. Aquí podemos observar la relación directa existente entre la adherencia al tratamiento y evitar conductas de riesgo que está altamente vinculado al consumo de estas sustancias.

Estudios relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia se puede observar que “alrededor del 80% de los pacientes suele presentar una recaída en los 5 primeros años de evolución produciéndoles éstas importantes daños cognitivos” (Roca, M., Cañas, F., Olivares J.M., Rodríguez, A. y Giner, J., 2005) y según el Ministerio de Sanidad entre un 30-60% de los pacientes psiquiátricos abandonan el tratamiento durante el primer año. Los motivos de incumplimiento del tratamiento según el DSM-IV puede deberse a las molestias o efectos secundarios que provoca el tratamiento (especialmente cuando el paciente se empieza a encontrar bien), su coste elevado, decisiones basadas en juicios de valor personales o creencias religiosas o culturales sobre las ventajas e inconvenientes del tratamiento propuesto, rasgos de personalidad o a estilos de afrontamiento anómalos como la negación de enfermedad y evidentemente a la presencia de un trastorno mental.

En nuestro caso nos centraremos en la negación de la enfermedad, relacionada directamente con la conciencia de enfermedad, como una de las principales razones de incumplimiento del tratamiento. Diversos autores defienden que el grado de información que tenga un paciente respecto a su enfermedad y síntomas puede ayudar en gran medida a que su adherencia al tratamiento sea mayor y más duradera. Así pues, la conciencia de enfermedad es una de las variables a destacar para lograr una adherencia al tratamiento. Cuando el paciente con esquizofrenia recibe una información clara, completa y específica sobre su

enfermedad, tratamiento y efectos secundarios de los fármacos, la adherencia al tratamiento y la satisfacción del paciente aumentan.

Esta no es la única variable que influye en la adherencia al tratamiento. En este sentido nos parece interesante destacar la importancia del apoyo social, en concreto grupos de apoyo, y los beneficios que puede aportar en relación a este tema. También la familia tiene un papel relevante. Diversos estudios han demostrado que un "familiar muy intrusivo o sumamente crítico; un cónyuge que genera culpabilidad; o unos padres excesivamente ansiosos, indulgentes, rígidos y controladores, pueden provocar un "efecto boomerang" que resulte en un deterioro de la condición del paciente y en un aumento de la falta de adhesión terapéutica" (Ortego, M^aC. ,2004) .Asimismo, la falta de interés y el rechazo manifiesto en personas significativas, puede representar otro obstáculo importante.

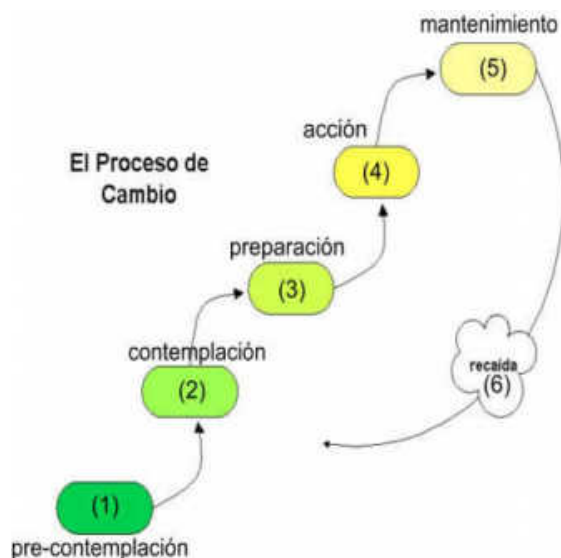
En cuando al consumo de sustancias psicoestimulantes y alucinógenas cabe destacar que cuanto menor es la conciencia de enfermedad menor adherencia existe al tratamiento y posiblemente mayor sea el consumo de estas sustancias. Generalmente las personas que han desarrollado un brote psicótico elicitado por el consumo de estas sustancias niegan y muestran resistencia a aceptar la causa-efecto de este consumo ya que ellos desean seguir consumiendo.

Sin embargo, en un paciente con una alta conciencia de enfermedad, es decir, tiene una información clara y concreta de su enfermedad, la adherencia al tratamiento es mayor y probablemente no consuma estas sustancias ya que comprende que este consumo tiene unas consecuencias negativas para su enfermedad y su posible futura recuperación.

En concordancia con Ortego, M^aC (2004) podemos afirmar que en general una mayor conciencia de enfermedad se asocia a un mejor

pronóstico, sin embargo, hay que tener en cuenta que a veces una mayor conciencia de enfermedad se relaciona directamente con un aumento de los niveles de depresión, sufrimiento, suicidio, etc, y esto sería negativo y perjudicial para su progreso. Es importante tener conciencia de enfermedad pero en el momento adecuado y no forzar demasiado esta situación.

En este sentido nos parece interesante destacar el Modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente.²⁴ Este modelo tiene relación con la cuestión de si todos los individuos están preparados para cambiar en cualquier momento y, también, qué condiciones ha de reunir un individuo para desear cambiar realmente su conducta. Se distinguen 6 fases.



1-Precontemplación:

Aquí se sitúan las personas que no manifiestan deseo de cambiar de conducta a corto plazo (seis meses siguientes).

²⁴ Mayor Martínez, L. y López Camps, R. (1998) Procesos Psicológicos y Adicciones - Procesos de Cambio. Proceso Terapéutico de Cambio. El Modelo de Prochaska y Diclemente. Valencia.

Además, no creen tener un problema de adicción igual al de otros adictos.

Las tareas psicológicas fundamentales que corresponden a este estadio/fase son: "propiciar la duda e incrementar la percepción que tiene el sujeto de los riesgos y problemas de su conducta actual" (Mayor Martínez, L. y López Camps, R., 1998)

Las personas en esta fase pese a no tener conciencia del problema, una proporción de ellos acuden a tratamiento por presiones familiares, sociales, judiciales, laborales, etc. Este hecho es una oportunidad que el terapeuta no debe dejar pasar.

El terapeuta ha de ser paciente y comprensivo con los sujetos que se encuentran en esta fase, sin tratar de forzar los cambios y considerándolos en todo momento personas con características propias que hay que explorar y conocer. El objetivo principal, en cualquier caso, es que se hagan conscientes de su adicción y así pueda plantearse el cambio.

2-Contemplación:

En esta etapa los individuos son conscientes de que existe un problema y piensan seriamente superarlo, pero aún no se han comprometido a pasar a la acción. Esta conciencia sobre su problema adictivo se ve manifiesta en el hecho de que muchas de las personas adictas que acuden a tratamiento lo suelen hacer en esta etapa. En otras palabras, contemplación es "saber dónde quiere ir pero no encontrarse todavía preparado" (Mayor Martínez, L. y López Camps, R., 1998).

La palabra clave en esta fase es la ambivalencia ya que por un lado son conscientes de su adicción y piensan en cambiar y, por otro, no tienen demasiada conciencia de que los esfuerzos necesarios para cambiar vayan a traerles beneficios. Esta duda

y ambivalencia hace que mayoría de las personas adictas se queden permanentemente en esta fase y no se decidan a transitar hacia el cambio.

Los sujetos se muestran receptivos a la información sobre su conducta adictiva y muestran interés sobre las diferentes formas en que pueden cambiarla; además, dan los primeros pasos para empezar a modificar su conducta. Sin embargo, pese a asimilar esta información y racionalizarla, no pasan de ahí.

3-Preparación:

A este estadio también se le llama determinación o toma de decisiones. Se puede definir como el momento en que el adicto se dispone o prepara para actuar.

En términos motivacionales, los sujetos que se preparan para actuar manifiestan ser más contrarios que favorables al consumo, inclinándose la balanza y aumentando su disposición al cambio.

Esta fase no quiere decir que el sujeto haya tomado una decisión firme sobre un cambio de comportamiento, simplemente ha empezado a dar pequeños pasos-acciones (por ejemplo baja la dosis de heroína o de cigarrillos diarios, deja de ir a ciertos lugares que le puedan incitar al consumo, se distancia de ciertas personas relacionadas con el mundo anterior, etc.) que puedan ayudarle al cambio estable de su conducta en estadios posteriores.

4-Acción:

En esta etapa el sujeto realiza los cambios más visibles para modificar su comportamiento, sus experiencias o su entorno con el fin de superar sus problemas.

Se considera que los individuos que están en esta fase llevan hasta 6 meses sin manifestar su conducta adictiva, es decir, un periodo de abstinencia de 6 meses.

Este estadio es muy relevante pero no podemos olvidar la importancia de las fases anteriores (precontemplación, contemplación y preparación) ,sin embargo, la mayoría de los programas tradicionales están diseñados hacia la acción, es decir, asumen que los individuos que llegan a tratamiento están preparados para actuar cuando, no ocurre así en una gran mayoría de adictos. Por ejemplo, poner a una persona que no se encuentra preparada para adquirir un compromiso firme de abstinencia, en una situación que le hace sentirse forzada puede explicar las altas tasas de abandono de los tratamientos basados en la acción.

5-Mantenimiento:

Las personas que se sitúan en este estadio han de ser capaces de mantenerse alejadas del comportamiento adictivo y de comprometerse en su nuevo estilo de vida a largo plazo (durante más de seis meses).

Esta fase no tiene una duración determinada, aunque se sugiere que después de ella habría otro estadio de finalización, que se caracteriza por la ausencia absoluta y total de tentaciones.

Los sujetos adictos realizan constantemente esfuerzos para evitar volver a su comportamiento adictivo y, en este sentido, el cambio no ha de darse por concluido en la fase de mantenimiento, sino al contrario: este momento conlleva la utilización continuada de estrategias para mantener el patrón de comportamiento alcanzado. Identificar situaciones de riesgo

y prevenir las recaídas son las tareas que van a ayudar al adicto a mantenerse en esta fase.

6-Recaída

En función de la definición de recaída que se adopte puede entenderse la misma como una situación más dentro de un proceso, o como una fase diferenciada que pone fin al mismo.

En un primer momento el modelo consideraba la fase de recaída como un estadio diferente. En las versiones más recientes, la recaída es una parte más del proceso que el terapeuta y el paciente deben saber manejar para prevenir futuras recaídas, dotando al adicto de estrategias e información que le ayuden a no desmoralizarse y a retomar el proceso en el punto que lo dejó.

La recaída se suele producir en los estadios de actuación y de mantenimiento y supone el retroceso a algún estadio anterior. Lo ideal sería que los recaídos se resituaran en el estadio de contemplación o de preparación, ya que podrían volver a retomar el proceso. Esto no siempre ocurre, pero la mayoría de adictos que sufren una recaída no abandonan el tratamiento sino que se mantienen en él y vuelven al estadio de contemplación.

Tras la valoración de la información obtenida sobre el tema a través de las diferentes fuentes podemos concluir que los sujetos que presentan una mayor conciencia de enfermedad y poseen mayor conocimiento sobre su problemática generalmente se asocian con una mayor adherencia al tratamiento, mejor pronóstico y no consumo. Por el contrario los sujetos con escasa conciencia de su situación se suelen asociar con peor pronóstico, menor adherencia al tratamiento y múltiples recaídas.

En general podemos decir que el grado de conciencia es diverso, incluso puede llegar a variar en un mismo sujeto; en un primer momento pueden presentar un grado de conciencia elevado y poco a poco ésta ir descendiendo, terminando de nuevo en el consumo, o viceversa.

Mayoritariamente las personas que han desarrollado un brote psicótico elicitado por el consumo de estas sustancias niegan y muestran resistencia a aceptar la causa-efecto de este consumo, ya que ellos desean seguir consumiendo.

Siguiendo en esta línea nos parece interesante hacer referencia a la importancia que tiene en este sentido el apoyo social y familiar. En general, los sujetos que presentan un mayor acompañamiento e implicación familiar y profesional en este proceso obtienen resultados más beneficiosos y positivos que los que no cuentan con este apoyo.

❖ Cuarta y quinta hipótesis:

Otra de las reflexiones que nos planteamos al inicio de nuestro trabajo estaba ligada a la naturaleza de los brotes psicóticos haciendo una distinción entre psicosis inducida por el consumo de sustancias o psicosis de tipo biológico.

Cuando un sujeto ha sufrido un brote psicótico inducido por el consumo de sustancias alucinógenas y/o psicoestimulantes, si tras un periodo de abstinencia (3-6 meses aproximadamente) no hay remisión de síntomas se llega a la conclusión de que realmente el brote fue producto de este consumo. Por el contrario, si tras este periodo de abstinencia se produce un nuevo brote esto apuntará a que el trastorno es de tipología biológica. En ambos casos se administran fármacos antipsicóticos.

Existe una serie de indicadores que ayudan a valorar si un trastorno psicótico ha podido ser inducido por el consumo de estas sustancias:

- Presencia objetiva de la causa, por ejemplo, mediante un análisis de sustancias de abuso en la orina
- Relación cronológica, es decir, si el consumo es previo a la aparición de los síntomas y remite tras interrumpir el consumo.
- Magnitud del consumo. Un trastorno inducido sólo es posible si ha llegado al SNC una cantidad suficiente.
- Ausencia de agentes etiológicos.
- Ausencia de antecedentes ya que son más habituales en trastornos psicóticos primarios.
- Coherencia entre los efectos biológicos de las sustancias y el trastorno observado.

En relación a este tema, en los casos de brotes psicóticos inducidos por el consumo de sustancias es muy complicado saber si estos se hubieran producido sin ese consumo previo.

❖ Sexta hipótesis:

Por último, en cuanto a la necesidad de un consumo puntual o prolongado en el tiempo para sufrir un brote psicótico podemos decir: En general la experiencia de los profesionales en este ámbito nos decía que no es necesario un consumo continuado en el tiempo para sufrir una psicosis; con un consumo puntual se puede desencadenar un brote psicótico.

Al hilo de esto y según han informado los profesionales en las entrevistas, decir que a pesar de no ser necesario un consumo prolongado existe dificultad para saber si realmente estos sujetos han consumido una sola vez o lo han hecho con mayor frecuencia ya que a veces no dicen la verdad por vergüenza o miedo en relación a este tema. En este sentido, en cuanto a las sustancias alucinógenas, en concreto, el LSD no ocasiona pautas de uso continuado durante

periodos prolongados, sino que lo más común son consumos esporádicos. Por tanto no genera la misma dependencia física que otras sustancias. En estos casos, es obvio que con un consumo puntual puede aparecer una psicosis.

❖ Séptima hipótesis:

Tras la información obtenida en las diferentes entrevistas realizadas a diversos profesionales podemos concluir que los contextos y circunstancias sociales desfavorables en los sujetos no es una condición necesaria para que se dé un consumo de sustancias psicoactivas y psicoestimulantes. No existe un perfil concreto de sujeto consumidor, aunque sí es cierto que generalmente siempre se ha relacionado especialmente el consumo de drogas con la pobreza y los estratos más marginales. Como ya hemos ido mencionando anteriormente a lo largo de nuestro trabajo, el mundo de la drogodependencia ha sido asociado a la pobreza, a la adolescencia, a la exclusión social, y más concretamente, a algunas patologías de vínculo social. De cualquier manera no se puede obviar que las drogas han sido y siguen siendo consumidas también por clases sociales bien integradas, con una vida familiar desarrollada y una implicación social y política importante.²⁵

Por otro lado, la psiquiatra del CMAPA, consideró en la entrevista que le realizamos: *“A lo mejor pues sí que se marginan más una vez que ya tienen la enfermedad”*

“Encapsular el problema de la drogadicción a los problemas sociales o a capas determinadas de la sociedad, no permite explicar y dar cuenta de una presencia no sólo masiva sino además muy

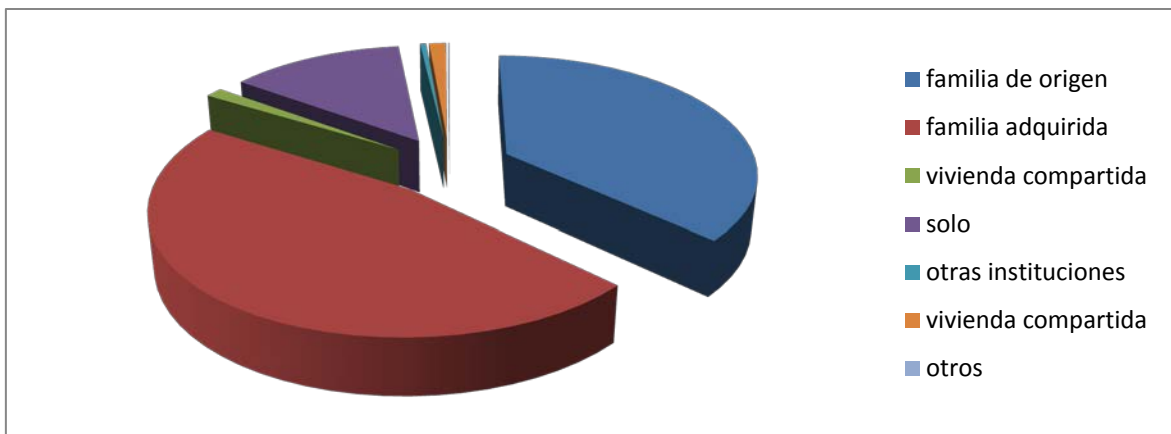
²⁵ Jauregui, I., 2007, droga y sociedad: La personalidad adictiva de nuestro tiempo. Revista crítica de ciencias sociales y jurídicas.

diversificada de la problemática de la adicción a sustancias psicoactivas". (Jáuregui, I., 2007, 2).

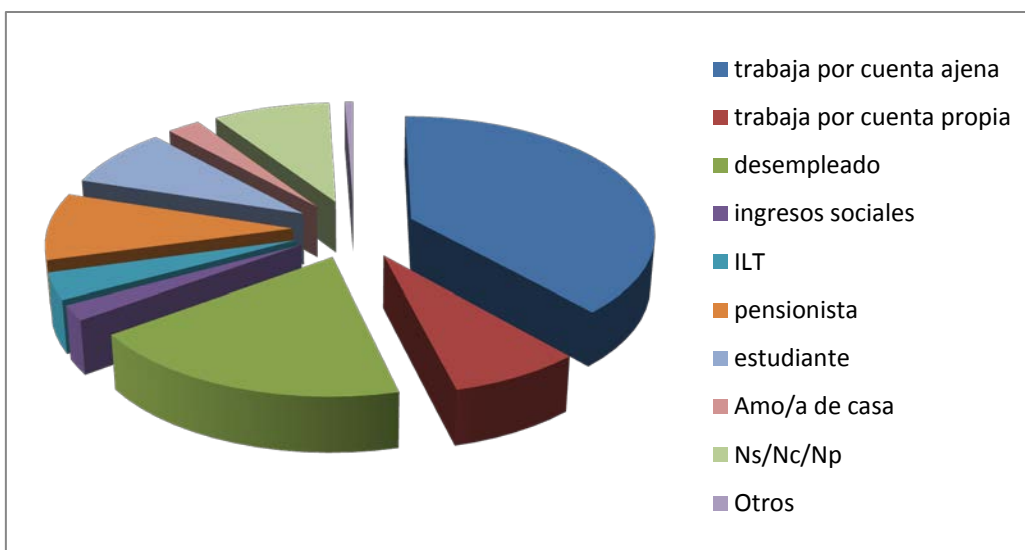
Al margen de esto decir que, en los problemas de drogodependencia, el contexto o situación juega un papel importante, formando parte del tópico de los tres elementos para el consumo: Sustancia, sujeto y contexto.

A continuación presentamos unos gráficos facilitados por la memoria 2012 CMAPA que demuestran cómo existen sujetos consumidores provenientes de contextos y circunstancias sociales diversas.

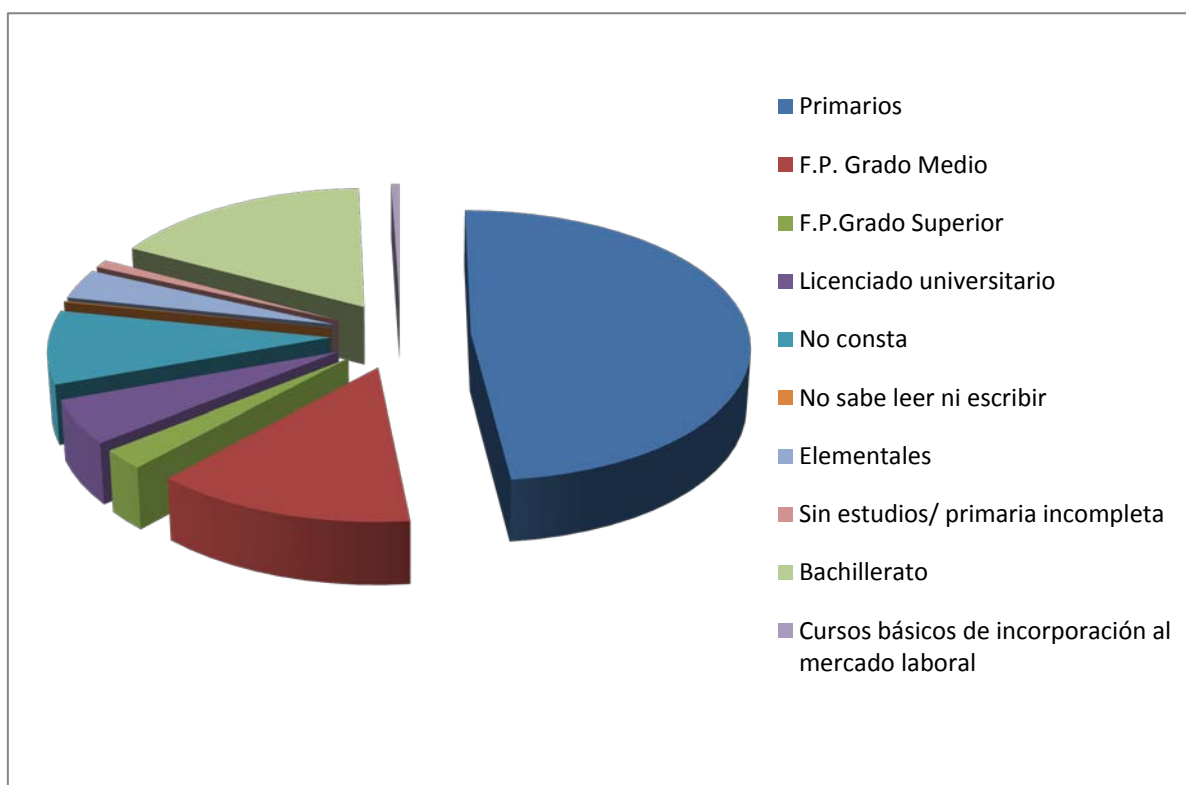
a) Situación familiar:



b) Situación laboral:



c) Estudios alcanzados:



Por otro lado, cabe decir que a pesar de no ser una condición indispensable para consumir, unas circunstancias o contextos desfavorables sí que influye el apoyo-afecto familiar. Es decir, en todos los procesos y programas se habla de “tres patas fundamentales”: centro/profesionales, usuario y familia, y para llevar a cabo un tratamiento efectivo y eficaz es necesario la implicación y dedicación de estos tres factores. De hecho el director y trabajador social del Centro Solidaridad nos informó que “está más que demostrado que los tratamientos en los que la familia se implica y viene también a terapia tienen mucha más posibilidad de éxito que los que viene solamente el usuario”.

6. CONCLUSIONES Y APRENDIZAJE

Tras la realización de nuestra investigación podemos concluir que:

-Es necesario que el sujeto posea una vulnerabilidad/predisposición genética para desencadenar un brote psicótico elicitado por el consumo de sustancias psicoestimulantes y alucinógenas.

-La conciencia de enfermedad es una variable muy importante para lograr la adherencia al tratamiento. Cuanta más conciencia de enfermedad tiene el sujeto, menor consumo de sustancias psicoestimulantes y alucinógenas se produce, puesto que logran comprender el perjuicio que ese consumo causaría en su pronóstico.

-El consumo de sustancias alucinógenas y psicoestimulantes provoca/agrava/mantiene la psicosis. En concreto, el cannabis es la sustancia más vinculada con la aparición de brotes psicóticos elicitados por el consumo especialmente en sujetos con una predisposición genética.

-Cuando se ha sufrido un brote psicótico elicitado por un consumo, si tras un periodo de abstinencia (6 meses aprox.) hay remisión de síntomas, esto apuntará a un trastorno de etiología biológica.

-No es necesario un consumo prolongado de estas sustancias alucinógenas o psicoestimulantes para sufrir un brote psicótico.

-Existen otros factores como la situación familiar, económica, laboral... que hay que tener en cuenta en el desarrollo de una enfermedad mental vinculada al consumo de sustancias, pero que no siempre son condición indispensable para su aparición.

Una vez realizada la investigación sobre el tema de adicciones y salud mental hemos conseguido alcanzar los siguientes conocimientos, entre otros:

-En las enfermedades mentales hay un componente social importante en el que hay que intervenir desde el trabajo social, en cuanto a:

*El trabajo que se debe llevar a cabo con las familias de los sujetos para conseguir una mayor adherencia al tratamiento y una mayor concienciación por parte del paciente de la situación en la que se encuentra.

*El trabajo con las familias para la correcta educación de los menores, y así enseñarles cómo corregir/evitar conductas desviadas.

*El trabajo de prevención que se debe desarrollar desde edades tempranas para evitar que ese consumo se produzca. Por ejemplo se puede intervenir en este sentido desde el ámbito escolar.

*El estudio de otros aspectos que no son índole biológico y pueden estar interviniendo en el desarrollo de la enfermedad mental.

*El trabajo a desarrollar desde grupos de apoyo y de terapia dentro de un equipo interdisciplinar.

7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Tras la realización de nuestra investigación cualitativa sobre el consumo de sustancias alucinógenas y psicoestimulantes asociadas a la psicosis, podemos decir que nos hemos encontrado con una serie de dificultades técnicas tales como las siguientes:

- Al escoger el tema no nos paramos a pensar que tal y como está la ley de salud mental no se nos iba a permitir acceder a expedientes de usuarios para analizar las características individuales de cada caso que nos interesasen para la realización de nuestro trabajo de fin de grado. Al no ser trabajadoras de los centros de salud mental y drogodependencia a los que hemos acudido, no podíamos revisar los informes ni historias sociales de los usuarios.

- Por otro lado, y tal como nos comentó nuestra tutora del trabajo de fin de grado, Isabel Garbayo, nos habíamos planteado estudiar algunas de los grandes interrogantes que se dan en salud mental, como son por ejemplo, "¿se hubiera producido igualmente un brote psicótico si no se hubiera dado un consumo previo de estas sustancias?", "¿ese consumo ha sido el detonante para que "explote" el brote?"... Este hecho hizo que muchas de las preguntas planteadas en las entrevistas, al realizárselas a los profesionales, no pudieran dar una respuesta firme y aclaratoria, ya que ciertos aspectos específicos sobre la temática aún siguen siendo susceptibles de investigación por expertos en el tema.

- Por otro lado nos encontramos con alguna dificultad a la hora de concertar citas para entrevista con diferentes psiquiatras del

sistema sanitario debido a su escasa disponibilidad y saturación laboral. Sí nos recomendaron bibliografía que consideraban de interés para la realización del estudio.

- Otra de las “trabas” que se nos fue presentando fue que algunos de los profesionales que entrevistamos preferían mantenerse en el anonimato, y no se mostraban, del todo, receptivos a la hora de proponerles la grabación de la reunión. Nosotras comprendíamos y respetábamos estas decisiones suponiendo en todo caso, una pérdida de valiosa información para nuestro estudio, al tener que coger únicamente pequeñas anotaciones. No obstante estamos muy agradecidas con todos los profesionales que, dentro de sus posibilidades, han atendido nuestras demandas y nos han atendido de forma muy cordial.

- Otro problema en la realización de nuestra investigación fue el hecho de tener un plazo temporal para entregar nuestra memoria. Tener que realizar una investigación de estas características al mismo tiempo que cursábamos otras cuatro asignaturas, en un plazo de 5 meses, hizo que nuestro esfuerzo tuviese que ser superior.

- Por último decir que las limitaciones económicas que tenía nuestro estudio, puesto que no existe ningún tipo de financiación económica, supusieron dificultades a la hora de acceder a distintos tipos de información y de plantear estudios e investigaciones diferentes sobre este tema.

8. SUGERENCIAS Y PROPUESTAS DE MEJORA:

En el apartado anterior hemos ido nombrando algunas limitaciones y/o obstáculos que han ido surgiendo a lo largo de nuestro proceso de investigación sobre el tema elegido.

Si las limitaciones temporales y económicas no hubieran estado presentes nos hubiéramos planteado:

- La realización de pequeñas investigaciones paralelas sobre temas como: "la situación del sistema de salud mental aragonés", "el perfil de los profesionales en el abordaje de esta problemática", "influencia o no de la situación de jerarquía y procedencia de los profesionales que colaboraron en nuestra investigación, sistema público o sistema privado, a la hora de proporcionarnos información", etc.
- Realizar dos tipos de investigación simultáneas sobre el tema; una cualitativa y otra cuantitativa, para contrastar informaciones y obtener diferentes tipos de resultados.
- Estudiar el porqué de las limitaciones que se nos planteaban, intentar investigar porqué eso es así y cómo podría cambiar, en vez de tener que adaptar nuestro estudio a esas limitaciones.

9. REFERENCIAS

1. Arias, F. y Ramos, J.A. (2008). Aspectos psiquiátricos del consumo de cannabis: casos clínicos. Relaciones entre psicosis y cannabis. 76-87.
2. Arendt, M., Foldager, L. y Rosenberg, R.(2005). Psicosis inducida por cannabis y subsecuentes trastornos del espectro esquizofrénico: estudio de seguimiento de 535 casos.
3. Asensi Abad, L., Cerdán Caparrós, A., y Nieto Robles, Y. (2010). ¿Cómo influye el grado de información en pacientes esquizofrénicos para su adherencia al tratamiento?. Revista de Fundamentos de Psicología, Vol. 2, n. 1, 55-63.
4. Basurte, I., Martínez, J., Ramírez, J., Torrens, M. y Szerman, N. (2012). Patología Dual y Psicosis: un desafío en la clínica diaria. Madrid. Enfoque Editorial S.C.
5. Basurte, I., Casas, M., Martínez, J., Roncero, C. , Szerman, N. y Vega, P. Top 5 en patología dual. Revista Top- Asociación de Patología Dual.
6. Ballesteros Martínez J.L., Salas de Zayas R. y Macias Guarasa I. Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. Cap. 10.4 UNINET
7. Becoña Iglesias E. y Vázquez González F. (2001). Heroína, cocaína y drogas de síntesis. Editorial Síntesis. Madrid
8. Brugal, M. y Rodriguez Martos, A. (2006). Morbimortalidad asociada al consumo de drogas. Revista Monografía patológica orgánica en adicciones, Vol. 18, Supl. 1, 9 – 20
9. Camí J. y Magí F. Farmacología de los alucinógenos .Asociacion Eleusis.

10. Casas, M., Collazos, F., Ramos, J.A. Y Roncero, J. (2001) Complicaciones psicóticas del consumo de cocaína. Monografía cocaína. Adicciones. Vol. 13. Suplemento 2., 179-190
11. Castillo Kaul. A., (2009), Riesgos Toxicológicos de las Anfetaminas, universidad autónoma de Yucatán, facultad de química, toxicología
12. Comisión clínica de la delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas, 2009.
13. Domínguez, A. (2008) Una carga económica para los familiares. Revista española de economía de la salud.(172-176)
14. Fundación vivir sin drogas, (2003), Drogas, saber +, arriesgar -, Guía de la juventud europea.
15. Fernández Espejo, E. (2006) Neurobiología de la adicción a psicoestimulantes. Rev. Neurol; 43 (147-54).
16. Jáuregui I., (2007). Droga y sociedad: La personalidad adictiva de nuestro tiempo. Revista Nómadas-Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas. Vol. 16.
17. López Pavillard, S. (2007) Alucinógenos y sugestionabilidad. Universidad Complutense de Madrid
18. LORENZO FERNÁNDEZ. P, et al. , 2009, Drogodependencias: farmacología, psicología, legislación. 3ª ed. Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana.
19. Mayor Martínez, L. y López Camps, R. (1998) Procesos Psicológicos y Adicciones - Procesos de Cambio. Proceso Terapéutico de Cambio. El Modelo de Prochaska y Diclemente. Valencia.
20. Memoria del CMAPA (2012).

21. Oliva Moreno, J. (2011). Economía de la salud: Trastornos mentales. Impacto de los costes. Medical economics. (22-23)
22. OMS (2009) .Controlar los factores de riesgo para la salud podría prevenir millones de muertes.
23. OMS (2004) Invertir en salud mental.
24. Ortego Maté, M^a C. (2004). La adherencia al tratamiento. Variables implicadas. Revista electrónica e.ducare 21.
25. Otturi, N., Landaburu, M.C., (2009), Sustancias: trastornos derivados de su consumo, Parte I.
26. Pacheco Borrella, Germán. (2003). Aspectos que configuran la salud mental. Revista biomédica revisada por pares.
27. Pereiro Gómez, C. (2006). Salud y Consumo. Revista Monografía patológica orgánica en adicciones Vol. 18, Supl. 1, 5-8.
28. Pérez Cachafeiroa S., Costa Andrésb R. y Cabrera Vélezc R. (2005), Intoxicación aguda por anfetaminas, cocaína y opiáceos, VOL. LXVIII N° 1.557,
29. Reschetti Marcon, S., Aparecida Rubira, E., Martínez Espinosa, M. y Aparecida Barbosa, D. (2012).Calidad de vida y los síntomas depresivos en cuidadores y los adictos a las drogas. Rev. Latino-Americana. Enfermagem vol.20, n.1, 167-174
30. Ruiz Olabuénaga, J.I., (1999). Metodología de la investigación cualitativa. Universidad de Deusto. Bilbao.
31. Solé Puig, J. (2003). LSD y alucinógenos. Revista de sociodrogalcohol, ISSN 0214-4840, Vol. 15, N°. Extra 2, 179-198

32. Sirvent C. y Rodríguez J.,(2011). Drogodependencias. Sociología, evaluación, proceso. Madrid: Spiral.
33. Toro Martínez, E. y Rudelir M. (2003).Complicaciones psiquiátricas del uso indebido de cocaína: aspectos médicos. Cuadernos de medicina forense. N°2. 62-72.
34. Volkow N. (2003). Serie de Reportes de Investigación - Alucinógenos y Drogas Disociativas, Directora Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas.
35. <http://www.saludmental.org/> : Plan estratégico 2011-2013 de investigación biomédica
36. CIE 10. Clasificación internacional de las enfermedades.
37. DSM IV
38. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001553.htm>
39. http://www.profesorenlinea.cl/Ciencias/Enfermedades_sicologicas.htm
40. <http://motivacion.about.com/od/adiccion/a/La-Adiccion-A-Las-Anfetaminas.htm>
41. 2º Plan autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas. 2010-2016. "Indicador Admisiones a Tratamiento por Consumo de sustancias psicoactivas".

10. ANEXOS

10.1. GUIÓN DE ENTREVISTA

¿Conoce algún estudio que esté relacionado con el tema de psicosis y adicciones?

- ¿Cuántos ingresos se producen anualmente?

De ellos ¿cuánto han sufrido un brote psicótico elicitado por el consumo de sustancias?

¿Ese brote es de etiología biológica o se trata de un episodio psicótico producido por el consumo de sustancias? ¿Cuál es más frecuente?

- Edades que tienen y sexo de esos pacientes.
- Contextos y circunstancias sociales (Situación familiar, laboral, educativa...) de los que provienen estos pacientes. ¿Existe algún punto común?
- Sustancias que más consumen estos pacientes.
- En qué medida el consumo de sustancias psicoestimulantes y alucinógenas influye en la aparición de brotes psicóticos en sujetos
- Grado de conciencia de los pacientes de que padecen una enfermedad mental y de que el consumo de estas sustancias puede elicitarlo, agravarlo o mantenerlo.
- ¿Existe impacto emocional o sufrimiento subjetivo cuando existe conciencia de enfermedad?
- En general, tras un brote psicótico, ¿suele darse reincidencia en el consumo por parte del paciente?

- ¿Estos pacientes tienen una actitud positiva para afrontar y dar solución a esta problemática?
- ¿Qué sustancias pueden provocar mantener o agravar, a corto plazo la psicosis? ¿y a largo plazo?
- Posibilidad de aparición de brotes psicóticos tras un periodo de abstinencia.
- Necesidad de un consumo prolongado en el tiempo o no, para sufrir un brote psicótico.
- ¿Cuándo es necesario iniciar un tratamiento farmacológico con estos pacientes? ¿Y cuándo puede retirarse?
- ¿Existe una predisposición genética para sufrir un brote psicótico? ¿Influye en su aparición? ¿Si no hubiesen consumido podría haber aparecido?
- ¿Considera que existe alguna otra variable de interés que no hayamos mencionado?

10.2. ENTREVISTA nº1

Entrevista realizada al director y trabajador social del Centro de Solidaridad de Zaragoza situado en el barrio de Valdefierro, el día 12 de Junio de 2013.

-El tema va un poco sobre adicciones y psicosis ¿Vale? A ver, la primera pregunta: edades y sexos de los pacientes.

-Vamos a ver, en este centro en concreto, porque ¿sabéis dónde venís? ¿Qué somos?

-No haber es que nosotras, pensábamos que había un centro. Y ahora nos hemos enterado de que hay más.

-Vale. Nosotros somos una fundación, tenemos 3 centros. El nombre completo es fundación centro de solidaridad de Zaragoza aunque se nos conoce fundamentalmente por proyecto hombre, que es uno de nuestros proyectos ¿vale?

Entonces tenemos lo que es la fundación centro de solidaridad de Zaragoza, tenemos tres centros; uno es lo que se llama proyecto hombre que es la comunidad terapéutica que está en el barrio de miralbueno, hay se hacen los programas residenciales. Y luego tenemos dos centros ambulatorios; uno este que está aquí en Valdefierro, y otro el de Manuela Sancho, plaza San Miguel ¿vale?

-Sí ese es el que pensábamos que debíamos acudir.

-Entonces aquí estamos atendiendo, es el programa de prevención que llamamos, que hacemos atención a jóvenes y adolescentes, desde 13-14 hasta 18 años. Y ahí hacemos lo que es intervención directa con chavales, drogas y no drogas eh, aquí el centro de jóvenes no es solamente tema de drogas; trastornos de déficit de atención, crisis adolescente, conflictos en la familia... todo lo que sea

problemática adolescente juvenil lo abordamos aquí. Lo que pasa que es verdad que muchas veces hay presencia de porros, de alcohol...bueno... pero no se viene a tratamiento para drogas para los chavales.

Y también dentro de lo que es el programa de prevención hacemos todo el trabajo de prevención; campañas, formación a profesionales, sensibilización, trabajo en asociaciones, medio asociativo... todo ese tipo de cosas.

Esos es un lado, y luego tenemos el programa ALTAIR, es un programa de cocaína, psicoestimulantes, ¿vale? Trabajo ambulatorio con cocaína y psicoestimulantes en general. Aquí es ya desde 18 en adelante.

-Un momento, una pregunta, y de este último proyecto que nos has hablado, más o menos ¿hasta qué edades abarca?

-En general, abierto a cualquier tipo de edad, ¿máximo? Pues vamos a ver...

-o ¿qué es lo que más viene?

-Lo que más viene a este programa... pues tenemos desde 18 obviamente porque cocaína se está consumiendo desde mucho antes pero se le atendería desde prevención, tarabidan, programa de tarabidan no me preguntéis por qué se llama así porque no lo sé (risas) Cada programa se le puso un nombre y el de jóvenes se llama TARABIDAN, y aquí hay consumidores de cocaína, Speed, anfetaminas. Entonces pues desde los 15-16 y a partir de 18 pasan al taller y aquí tenemos... cincuenta y tantos el mayor que hemos tenido yo creo, por cocaína, 51-52 años.

-¿Pero generalmente son edades más...?

-Las edades fuerte está entre 23 y 35, en este rango yo creo medio. Fundamentalmente con cocaína y sustancias anfetamínicas; Speed y, cristal...

-Y ¿Sexo?

-Fundamentalmente masculino, yo creo que a cualquier sitio que vayas os va a pasar eso. Aunque tradicionalmente igual era un 90% - 10% , 90% hombres, eso ha empezado un poco a equilibrarse y a lo mejor ahora está en un 70-30, a lo mejor, ahora hay más demandas de mujeres, pero sí que es verdad que las mujeres están presentes en los centros de tratamiento en una proporción más pequeña. No hay estudios sobre eso, no se sabe por qué, porque por lo menos a fecha de hoy, la constancia es que el consumo que se está haciendo está muy repartido entre hombre y mujeres, no hay prevalencia de decir los hombres consumen más, no. Hace unos años, cocaína, hace 10 años sí que había muchos más consumidores hombres que mujeres. Pero ahora en gente joven, Speed, más que cocaína, tú vas al parquin de coliseum y te vas a encontrar igual tanto tíos como tías, consumiendo, pero luego a la hora de pedir tratamiento, pues la verdad es que es mucho menor en las chicas. No está muy estudiado eso porqué.

Y aquí tenemos el programa Ulises, que es el programa de mantenimiento con metadona, La metadona la da cruz roja, el provincial y nosotros, es un programa sustitutivo de opiáceos fundamentalmente, de heroinómanos ¿vale? Eso está ahí abajo. Está alcohol, todo el programa de alcohólicos, y cannabis y otras adicciones; ludopatía.. lo que no encaja en el resto.

Esos son los tres centros que tenemos, entonces de lo que queráis, del tema que me estáis hablando, fundamentalmente cabe aquí,

¿vale?, porque los brotes psicóticos vienen fundamentalmente inducidos por sustancias de tipo anfetamínico, cocaína.

-Bueno...también el cannabis...

-El cannabis también, sí es verdad, lo que pasa es que el cannabis también lo tratamos, depende claro. Esto es una delimitación así un poco orgánica y queda muy bonita en los trabajos pero luego la gente consume de todo y hace cócteles de consumo, entonces por ejemplo un cocainómano, es coca más alcohol más cannabis, por ejemplo esto es muy típico. La cocaína siempre se consume con alcohol, el 98-99% son drogas que se consumen conjuntamente con el alcohol, y luego pues el porro de por las noches o para dormir.

Luego en función de los perfiles, porque claro, antiguamente, bueno si no me cortáis que yo me voy por los cerros de Úbeda (risas), como que la droga que consumían delimitaba mucho el perfil, el tipo de persona, tu tomabas no sé qué droga y eso.. y hoy por hoy no, un consumidor de cocaína el perfil es heterogéneo, hombre mujer, joven mayor, rico pobre, culto inculto... no hay un perfil tipo, y cada vez pasa más esto en muchas sustancias por no decir en todas ya, ya no hay un perfil tipo.

Entonces cuando tú delimitas un programa por sustancias, a veces te encuentras con que según que gente igual no encaja, que igual ha tenido problema de cocaína pero no encaja porque tiene experiencias vitales diferentes, tienes un chaval de 24 años con una mujer de 40 consumidora de cocaína, pues no tiene nada que ver.

-Y un poco en relación a los perfiles que decías, otra pregunta sería, los contextos de los que provienen y sus circunstancias sociales, familiares...

-Sí que influye, de hecho eso lo vemos muy claramente en el programa de jóvenes, y de hecho en nuestros tratamientos hablamos de que hay tres patas en todos los procesos: el centro o los profesionales, el usuario y la familia. Y está más que demostrado que los tratamientos en los que la familia se implica y viene también a terapia tienen mucha más posibilidad de éxito que los que viene solamente el usuario. De una u otra manera la familia siempre está implicada, en jóvenes obviamente, de hecho en jóvenes si no atendemos a la familia, no atendemos al joven, es decir, atendemos a los dos, es más hay veces que atendemos a la familia y no al joven. Porque es un tema fundamentalmente más de... cómo decirte... de educar a los padres a saber educar, entonces, antes de intervenir con el joven que parece siempre más traumático, a un chaval de 15 años traerlo a tratamiento, es como profesionalizar mucho, preferimos trabajar con los padres; a enseñarles a poner normas, a ser flexibles cuando hay que serlo y rígidos... Entonces está muy claro que todo el tema familiar es fundamental.

Con adultos... también, también porque normalmente todo el tema de relaciones de codependencias, relaciones emocionales, parejas típico hombre cocainómano y mujer codependiente, donde se establece una relación simbiótica, súper dañina, a veces de malos tratos pero a veces no, entonces mucha terapia de pareja por ejemplo. Siempre, la familia siempre está implicada y en cualquier caso cuando se hace terapia se hace trabajo histórico, "mi carácter, cómo soy, soy una persona evitativa, no me gusta hablar con la gente, sí me gusta hablar con la gente..." entonces en ese trabajo histórico también se trabaja con la familia.

-Y ¿las sustancias que más se consumen?

- Las sustancias que más se consumen...mira ayer presentamos la memoria además ha salido en prensa hoy. La sustancia yo creo que

aparece en todos es el alcohol, como sustancia transversal. NO quiere decir que sea el alcoholismo la problemática más tratada, porque no es verdad, pero cualquier consumidor de cualquier otra sustancia, el alcohol forma parte del cóctel ¿vale? Salvo gente que va de Speed que esa noche no suele ir de cubatas... bueno... salvo ese tipo de matizaciones más técnicas, el alcohol es una droga que aparece en casi todos los cócteles de sustancias consumidas ¿vale?

A parte de esto, la cocaína y las anfetaminas es la droga estrella; Speed, éxtasis, en todas sus vertientes eh...

-¿Incluso más que el cannabis?

-mmm..... pues el cannabis está llegando a ser como el alcohol, en el sentido de que aparece en todos los cócteles. Tanto uno que va de Speed, o vaya de lo que vaya, sus porricos se los fuma.

Luego está el consumidor puro y duro de cannabis que no fuma ya tabaco, fuma solo porros y se fuma 15 O 20 al día, o que tiene sus dos plantas en casa y ese es ya un tratamiento más específico de cannabis ¿vale?

Pero por ejemplo, ya te digo, todos los que están en Altair, que suele ser el cóctel este de coca, alcohol, cannabis digamos que todo el tratamiento...no es que vaya encaminado a la cocaína porque tal y como están planteados los tratamientos se entiende que las sustancias no dejan de ser al final el síntoma pero que el problema está debajo, tiene que ver más con la persona. Y que en un momento dado está consumiendo una cosa u otra es muy circunstancial. Y de hecho a lo largo de la vida de un consumidor, va pasando por diferentes sustancias en diferentes momentos de su vida. Y no es que diga "yo antes estaba enganchado pero ya me curé de eso y ahora estoy enganchado a esto" No, el problema es el mismo, lo que pasa es que se evidencia en diferentes sustancias.

Luego los tratamientos según las sustancias tienen una serie de peculiaridades, no es lo mismo para según qué cosas el cannabis... porque las situaciones de riesgo son diferentes, pero de fondo lo que se trata en un proceso terapéutico, el trabajo es muy parecido y no lo marca tanto la sustancia como si es hombre, es mujer, si tiene 40 o 20 años... eso determina más los tratamientos, más que las sustancias.

-¿En qué medida consideras que el consumo de sustancias psicoestimulantes y alucinógenas puede influir en la aparición de un brote psicótico?

-Bueno...total... bueno...si habéis mirado estudios o habéis hablado con otros centros siempre está la cosa de ¿qué es primero el huevo o la gallina? Hay muchos ingresos vía urgencias por brotes psicóticos que en principio parece que vienen desencadenados por consumos inmediatamente anteriores pues de o cannabis o anfetaminas. Pues hombre los últimos estudios hablan de que se ha dado una vulnerabilidad personas, personas que vienen marcadas con una vulnerabilidad genética.

-Esta es una pregunta que te íbamos a hacer también; si crees que es necesaria una vulnerabilidad

-Sisi, Bueno hay cosas que tienen que ver con la creencia y hay cosas que tienen que ver con la evidencia y si que parece ser que en los estudios más recientes hay evidencias y marcadores que indican que hay gente con una cierta predisposición, entonces si tu tienes la predisposición en tu familia de enfermedad mental, cual sea, por ejemplo si tienes antecedentes de esquizofrenia consumir cannabis digamos que tienes más papeletas para que te toque es especial. Eso es así de sencillo, es impecable y eso está demostrado, hay un montón de estudios que lo avalan ¿no?

¿Qué lo desarrollaría igual si no fumara? Pues es que eso ya no se puede saber, pero en principio no parece muy inteligente que si tu tienes por ejemplo antecedentes o si has tenido un brote psicótico, pues seguir consumiendo cannabis... Un día de estos tendrás otro brote y no volverás...y te quedarás "pallá".

-El grado de conciencia que los pacientes tienen del consumo de estas sustancias:

-Es relativo, siempre es relativo, relativo quiere decir que en este tipo de problemas de las adicciones siempre hay un pensamiento paradójico; "tengo problema pero no tengo problema, quiero tratamiento pero no quiero tratamiento". Y tiene que ver con... pues un lunes, un martes después de haber estado todo el fin de semana de fiesta; "estoy fatal, no lo voy a volver a hacer, esto es una mierda, si encima no me lo pasé bien", pero conforme avanza la semana... y el fin de semana otra vez a la batalla. Eso que se da sobre todo en perfiles más jóvenes, se da en general también con perfiles adultos. Si que hay un modelo de prohasca y di clemente, que es el modelo de aproximación a este problema y habla de cómo una serie de fases por las que pasa o atraviese un adicto un enfermo, gente que tiene problemas con las sustancias y tiene que ver cómo yo ante ese problema me sitúo. La primera fase tiene que ver con estos " bueno se que tengo algún problema, pero todavía no quiero ayuda, ir a proyecto hombre no por favor...." Hay siempre muchas resistencias al tratamiento entonces en función de cómo evoluciona ese grado de motivación esa predisposición al tratamiento y esa percepción del problema va aumentando.

Yo recuerdo hace ya 8 años hicimos un póster para un congreso y tenía que ver con esto, con el consumo y la percepción del problema, y por ejemplo en cocaína veíamos que desde que una persona

empieza a consumir hasta que hace su primera demanda de tratamiento la media era 8-9 años. Eso quiere decir que la percepción del problema es muy baja, porque ese tipo de drogas... así como por ejemplo la heroína que era el estereotipo de cuando parece que hablamos de drogas, era una droga que deterioraba en cero coma. Tú tomabas heroína y en dos semanas tú creabas una adicción y un enganche físico que tú todos los días necesitabas meterte un pico. Este tipo de drogas no tienen esa percepción, no dan esas sensaciones de consumo diario, de si no me la meto estoy mal, el síndrome de abstinencia está definido de otra manera, otros síntomas... Y esto hace que el consumidor no se identifique con su imagen mental ante el problema de drogas, o a lo mejor se vuelve más agresiva, más picos en el estado de ánimo, pero eso no lo asocia a sus consumos, tiene en el trabajo, problemas con su mujer o marido pero eso no lo asocia a su consumo de drogas. Y suelen ser síntomas claros donde la adicción ya está ahí haciendo mella en diferentes órdenes de tu vida, pero si yo no lo asocio a mi consumo... realmente sí "yo consumo los fines de semana pero entre semana no consumo" que suele ser en general la pauta de consumo habitual excepto casos más avanzados que hay un consumo diario, la gente suele consumir los fines de semana, y no todos, pero claro el problema ya está ahí latente.

-Y vosotros aquí ¿hasta qué punto habéis visto gente que por el consumo ha desarrollado un brote psicótico, o sea hay casos?

-Sí, sí sí.

-Por hacerte la pregunta de ¿el grado de conciencia de que ellos tiene una enfermedad, no tanto del consumo, sino de la enfermedad y de que ese consumo aún agrava más esa problemática?

-Hay un montón de resistencias a crear este causa efecto, claro porque de fondo quieren seguir consumiendo, entonces en la medida en que tú eres consciente o pones sobre la mesa que ese brote psicótico es incidencia directa de tu consumo... la consecuencia inmediata es "tengo que dejar de consumir" y cómo no se quiere dejar de consumir la trampa es "bueno pero esto fue un chungazo que me ha dado pero no tiene que ver con las drogas". Entonces aquí podemos ver tanto gente que inicia tratamientos a resultas de un brote psicótico, que hace un ingreso en urgencias, los padres se caen del guindo " ah pero tú consumías hijo mío" pues va a ser que sí... Entonces se inicia un tratamiento y sí que, después de brote psicótico si que hay un periodo de abstinencia largo, pero esto es como casi todo en la vida, pues como cuando ves a la guardia civil que levantas el pie del acelerador y te dura 5 kilómetros, luego vuelves a pretar. Pues pasa un poquito eso, las adicciones son enfermedades crónicas, en principio técnicamente son crónicas, entonces digamos que tú tienes que estar para siempre o tiene que tener un cuidado sobre todo si has tenido ya antecedentes, si has tenido ya un brote, con cualquier sustancia psicotrópica.

-Y en general, después de un brote, suelen volver a consumir:

-Sí, sí sí sí, no tanto, quiere decir, si por ejemplo ese brote se ha dado por ser un gran consumidor que lleva mucho tiempo consumiendo, el mero hecho de ese hecho traumático no cura mi problema de adicción, no por haber tenido un brote psicótico... (interrupción telefónica)... haber te pasa semejante movida y eso da mogollón de miedo porque hay más miedo a volverse loco que a ser un consumidor, y de hecho en adolescentes pasa, los padres prefieren que su hijo sea un consumidor a que sea loco. La locura es un miedo bastante potente en general, es como algo tabú. Entonces verte en eso, que tú has empezado a ver elefantes volando o que oyes voces, eso da bastante susto y sí que eso provoca un

interrupción bastante rápida del consumo pero esas sensaciones desaparecen y no en todos los casos, y hay gente que a partir de ahí empiezan un tratamiento y a lo mejor nunca hubieran empezado un tratamiento porque no hay percepción del problema. Te pasa eso, otras llegas a un centro y se te cae un mito porque te lo imaginas allí con gente pinchándose en los pasillos y cosas así súper oscuras, pero cuando llegas allí "otras que bien, y que gente tan maja" y eso da pie a que inicies un tratamiento y a hacer cierta reflexión sobre mis consumos, sobre cómo yo me lo paso bien, sobre cómo yo afronto los problemas en mi vida, y eso hace a lo mejor que no vuelva a consumir.

Pero a lo que voy es que no necesariamente pasar por una historia tan potente como puede ser un brote psicótico o una historia así te cura de tu problema, porque hay un problema de adicción normalmente previo y eso requiere tratamiento casi siempre.

-Y normalmente cuando dices "veo elefantes", tengo alucinaciones, ¿ellos lo achacan a las sustancias y vienen a pedir ayuda siempre?

-Las alucinaciones acústicas suelen ser las que primero aparecen y previo a eso pensamientos suspicaces, paranoias, "me siguen, mi novia me engaña" suelen ser las celotipias y también tienen que ver con la seguridad "me están siguiendo". Esto sin llegar a ser brotes psicóticos, pero en consumidores de cocaína eso es muy típico por ejemplo, y mucha de su agresividad tiene que ver muchas veces con esto. Las celotipias es algo muy típico de cocaína con parejas o de consumidores muy celosos, muy paranoicos, muy suspicaces, "este me dice esto y ella me dice esto por tal y por cual" este tipo de cosas ya en muchos de ellos suelen ser como un "ostia yo ante son era así o no me pasaba o tal". Ya si empiezan a oír alguna voz... pues

hombre... lo que pasa es que eso también da mucha vergüenza, por el miedo, porque decir que tú oyes voces... es fuerte.

-Pero ¿son conscientes de que las voces no son reales?

-Si están en pleno brote evidentemente que no hay conciencia porque el brote se caracteriza por eso, porque hay un nulo contacto con la realidad, y si no hay contacto con la realidad puede ser real que veas un elefante y luego hay pues situaciones frontera donde uno duda de si lo que está pasando o si sus miedos o si sus voces, o si lo que está oyendo es el vecino o es mi cabeza. Y buena en esa situación de estrés viven, de hecho, cuando uno deja de consumir y este tipo de síntomas desaparecen hay mucha gente que expresa un alivio y con farmacología, cuando deja de consumir y con antipsicóticos.

Todo tratamiento tiene una parte farmacológica que tiene que ver con antipsicóticos.

Esto genera mucho alivio y mucho descanso, porque convivir con ese tipo de historias, sean reales o no lo sean solamente la historia de que esto será verdad o no esto que me está pasando o esto que estoy viendo o me estoy imaginando ¿es verdad?, sin llegar a desencadenarse un brote. Si estas sufriendo un brote no hay contacto con la realidad entonces todo lo ve real.

-Y tras un brote psicótico cuando mantienen un periodo de abstinencia, ¿hay posibilidad de que aparezca un nuevo brote, sin haber consumido?

-En principio si son brotes causados única y exclusivamente por la sustancia no, claro son brotes con un origen claro y en principio no, pero si es algo donde ya se ha empezado a desencadenar otra serie de cosas, ya no tiene que ver con el consumo. De hecho hay mucha gente que se queda pillada y se puede desencadenar por ejemplo una

esquizofrenia en el peor de los casos, y si eso tu interrumpes el consumo pero ya las cosas no podrán estar cómo antes. Y hay gente que se queda pillada, y de hecho hay gente que lleva mucho tiempo consumiendo, consumidores de Speed, que incluso sin ir puestos parece que vayan puestos, tu entra por la puerta y ya sabes si este es de Speed o de coca, por muchos tics, manías, formas de hablar, formas de moverse, no se desarrollas también una sensibilidad especial. Y a veces parece que es que vayan puestos todo el día, pues porque ya no tiene que ver tanto con un brote en sí mismo sino con muchas cosas pero sí que pasa que al dejar de consumir hay cosas que ya no vuelven a ser como antes. Es que estas cosas del cerebro es una historia súper compleja que conocemos así como así entonces empezar a alterar todo el equilibrio de neurotransmisores... "no que no pasa nada por..." no se... yo desde luego no me metería... no, no, no...pero bueno...

-Necesidad de un consumo prolongado para sufrir un brote psicótico

-Pues no te sabría decir, me imagino que de eso habrá estudios, habrá gente que con muy poquito desencadenará, yo conozco de gente, te hablo de mi práctica, conozco de gente que con muy poco consumo ha tenido un brote hasta tal punto que te hace dudar "¿tan poco tiempo llevas consumiendo y tan poco consumías?" y al final muchas veces es la palabra, a lo mejor el prefiere decir la versión que da a su familia y a todo el mundo es que consumía muy poco y a lo mejor hacía un consumo mucho más potente, entonces no sabes realmente si ese brote se debe a un consumo muy pequeño o muy potente ¿sabes? Pero no hay una relación directa, sí que aparentemente tiene sentido y parece evidente y es lo normal que a más consumo más papeletas para el especial que digo yo, pero como

estamos también en juego con esta vulnerabilidad y esta predisposición de la que estamos hablando en un momento dado pues con consumos muy pequeños gente se le ha ido la pinza y gente con un consumo más potente no se le ha ido la pinza. Eso está pasando.

-Y ¿Cuándo es necesario iniciar un tratamiento farmacológico?

-Si hay brote, desde el principio, un brote psicótico es un problema médico. El abordaje de las adicciones siempre se plantea desde el modelo o abordaje bio-psico-social, la parte biológica, psicológica y social. Y la parte biológica se aborda con un cóctel farmacológico, pues antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores de ánimo.

-¿Y cuándo se puede retirar, si se puede?

-Bueno, sí que se pueden retirar, en principio si estamos hablando de que no se ha desencadenado una patología mental que requiere tratamiento para siempre, poco a poco se van retirando, en función también de la evolución del paciente, pero se van retirando, se van retirando sí. A los 3 4 meses depende también del fármaco, depende de lo que se está buscando y al final también es complejo, de hecho, las adicciones, lo que se conoce como patología dual son los pacientes más complejos porque hay un problema de adicción y de patología mental, y eso es muy complicado, la famosa teoría de la auto-mediación, un enfermo mental aprende a tratarse y a paliar síntomas de su patología mental, con sustancias. Esta mal dicho... lo vais a grabar... pero la cocaína es un "buen antidepresivo", a ver... no es un buen antidepresivo porque tiene muchos efectos adversos, pero en un momento dado yo estoy hecho una mierda, me tomo medio gramo y soy el amo de la fiesta, estoy feliz... claro en cero coma se

me pasa. Pero cuando una persona está muy mal, la tentación de coger ese tipo de atajos con sustancias "donde yo cojo una nave espacial y me lleva al planeta x donde no tengo problemas con el trabajo, todo está bien, no estoy triste, me siento guapo, valiente..." Bueno pues ese atajo una vez que tú lo has aprendido lo tomas.

-Otras variables o estudios:

-no se me ocurre nada a priori, hemos hablado de todo lo relevante. Si me lo hubierais comentado hubiera ojeado algún estudio para recomendároslo.

10.3. ENTREVISTA n°2

Entrevista realizada a la Psiquiatra del CMAPA, realizada el día 13 de Mayo.

¿Qué edades y sexos tienen los pacientes?

No tenemos registros, por eso comentábamos.... Sí que está registrado en la memoria el sexo y la edad por sustancias pero no en relación con las enfermedades mentales... no tenemos ningún registro sistemático de patología mental a la vez que de todo el resto de variables. Entonces nos supondría mirar historia por historia...y hacerlo... y no lo hemos hecho ni creo que tengamos tiempo de hacerlo (risas). Aunque sería muy interesante... pero de momento no está hecho. Por que como os digo , así como hay apartados que registra la edad, familia, etc. no hay ninguno en el que de entrada se registre enfermedad mental. Entonces en las estadísticas que hay en la memoria no está contemplado por enfermedad mental.

En cuanto a los contextos y circunstancias sociales, ¿qué podrías decirnos?

Se hace una valoración social en todos los casos... pero tampoco se puntual de una manera concreta. Pero yo la sensación que tengo no es que haya unas circunstancias específicas... Hombre sí hay más patología mental en general en estratos más marginales pero no en la población que nos llega aquí al centro. Porque a lo mejor pues sí que se marginan más una vez que ya tienen la enfermedad o a lo mejor la patología mental que más puede asociarse... no es a lo mejor... necesariamente asociada a consumo que vemos aquí...

Entonces no hay unas circunstancias que digas.... Jo es que todos los que vienen con problemas mentales graves vienen de la marginalidad...no. Pero vamos así estudios objetivos que os podamos

aportar no porque no tenemos, no hemos hecho un estudio de enfermedad mental aquí específico.

¿Cuáles son las sustancias que más consumen?

Las gráficas que tenemos son de consumos generales...no tenemos consumos específicos en patologías mentales...de hecho hasta hace poco aquí no ha habido psiquiatra, no es algo en lo que se han especializado de ninguna manera. Pero vamos, me imagino que si habéis leído algo...el cannabis es la sustancia que más se asocia y nosotros sobre todo lo que vemos es policonsumo: cannabis, cocaína, alcohol,.... Pero bueno, como en la población en general también,

En qué medida el consumo de sustancias psicoestimulantes y alucinógenas influye en la aparición de brotes psicóticos

¿En qué medida?, ¿qué quieres decir?

Pues a lo mejor... si no hubieran consumido...podrían haber aparecido...de qué manera son el detonante ...

(risas) esa es la gran pregunta...no se sabe... vamos no se... si a lo mejor yo no me he revisado recientes estudios o si hay algo más novedoso que hayan publicado últimamente...¿es que cómo podemos saber lo que hubiera sido ni no hubiera hecho...?. Yo creo que desde luego siempre hay una predisposición, una vulnerabilidad personal....sin la que no hay un brote psicótico, por ejemplo, a pesar de que haya consumo. Pero claro... eso es una opinión personal, yo no tengo una base científica para poderlo demostrar....y claro es que además yo creo que en un caso en el que se junta psicosis y consumo...¿cómo puedes demostrar que si no hubiera consumido hubiera tenido igualmente un brote?, ¿lo hubiera tenido antes? ¿Después?, ¿menos grave?...eso yo creo que no....una vez que ya ha pasado es imposible saber qué hubiera pasado si no hubiese consumido. Pero vamos, yo soy de la opinión que si no hay una

predisposición y una vulnerabilidad previa...no hay... pero claro, de hecho, no se sabe... la patología dual... si es primero una cosa u otra...hombre que se potencian está claro: la enfermedad mental potencia el consumo y el consumo potencia la enfermedad mental.. pero hasta qué punto... no se sabe.

Respecto a la conciencia que tienen ellos de enfermedad y de que el consumo de estas sustancias puede agravar todavía más eso....¿tienen conciencia?

Pues la conciencia es variable. Igual que es variable en enfermos mentales que no consumen e igual que es variable en consumidores que no tienen enfermedad mental.

Hay gente que tiene bastante conciencia del problema que supone el consumo, pero también hay gente que tiene enfermedad mental sin consumo y no tiene ningún tipo de conciencia de enfermedad.

Hombre en principio el mayor grado de conciencia se asocia a mejor pronóstico hasta cierto punto. Un nivel muy alto de conciencia a veces también hace que haya más tendencia hacia la depresión o el suicidio.

Por tu experiencia aquí...¿hay altos niveles de conciencia en general o no?

Pues es que los hay que tienen conciencia una temporada justo cuando les ha pasado y sisisisi... y en cuanto que empiezan a estar medianamente bien la conciencia desaparece.

También los hay que sí que son muy conscientes y...

Hombre yo diría que predomina la conciencia escasa. Siempre tienden a pensar que....

Pero es que lo que os digo... incluso en la enfermedad mental muchas veces el nivel de conciencia de enfermedad es muy bajo...osea tienen

la sensación de que en realidad a ellos no les pasa nada. Entonces es que ya asociar que es que lo que me pasa puede ser que.... Pero sí que los hay que tienen conciencia y claro habitualmente van mejor en cuanto al consumo.

¿Cuándo existe conciencia, existe mayor impacto emocional?

Como os decía, un mayor nivel de conciencia en principio se asocia a mejor pronóstico, pero cuando hay un nivel de conciencia muy alto... pues a veces se empeora el pronóstico porque aumenta en nivel de sufrimiento, depresión, etc.

¿Existe reincidencia en el consumo cuando hay un brote psicótico?

Si, cuando hay y cuando no hay. Sí que suele haber reincidencia...

Claro aquí también vemos las personas que vienen por consumo...que igual el que tiene un brote psicótico puntual por un consumo corto (quiero decir cuando el pronóstico de entrada es mejor y todas las variables son de mejor pronóstico), pues igual aquí no llegan.

Aquí llegan los casos que realmente el consumo es importante , tanto como consumo en si como detonador de la enfermedad.

¿Cuándo llegan aquí tienen una actitud positiva para tratar de poner una solución a su problema?

¿Llegar aquí llegan voluntariamente? O ¿pueden venir derivados?

A ver... aquí el que viene, viene voluntario...otra cosa es que la voluntariedad es muchas veces.... mediada... pues porque el padre, la madre, la pareja...pero igual en personas con problemas mentales como únicamente de consumo.

Entonces la actitud pues es muy variable y no depende de que tengan una enfermedad mental o no, hay gente que tiene mejor disposición y mejor actitud a la hora de tratar el problema del consumo... ¿no sé si os habéis leído el modelo de Di clemente y Prochaska de los estadios evolutivos de la motivación para el cambio?.

En el tema de la adicción se va pasando por una serie de estadios de precontemplación, contemplación,...a realmente estar por la labor de hacer algo...entonces eso creo que es algo común en todo proceso adictivo y que aquí nos llegan en todos los estadios. Por supuesto que el que viene dispuesto a hacer algo... funciona con que le des un par de pautas y apoyo... y el que no... pues a veces avanzan los estadios un poco gracias a la presión de la familia por ejemplo, y otras veces no y necesitan su propio tiempo.... Es tan relativo

(risas) yo entiendo que vosotras queréis como clasificarlo todo y parcelarlo.. pero es prácticamente imposible desde la clínica... que a lo mejor pudiésemos tener una revisión y unas estadísticas no estaría de más pero no tenemos.. así en la práctica clínica en voy de pronto no vemos a la gente parcelada en clases.. no trabajamos así... somos mucho más de atención a cada caso individualizada a cada caso con lo que plantea y demanda en cada momento. Entonces a lo mejor nos falta un poco de visión más global.

¿Qué sustancias pueden mantener/agravar/ a corto plazo y a largo un brote psicótico?

Pues hombre agravar cualquier sustancia, cualquier consumo puede agravar...

El cannabis es el que más se asocia... y a largo plazo... pues yo creo que igual...

¿Cuándo se produce un primer brote psicótico tras un periodo de abstinencia de consumo puede volver a aparecer otro brote? En este caso...¿hablaríamos de algo más biológico?

Claro es que casi siempre acabas viendo un poco el diagnóstico o decantándote más hacia esto... parece que no es un brote psicótico solo por el consumo un poco en la evolución..

Cuando quedan síntomas residuales...cuando aparecen nuevos brotes...De hecho, muchas veces, si habláis con alguna unidad de agudos el diagnóstico es brote psicótico por consumo de tóxicos, diagnóstico diferencial con esquizofrenia según evolucione...

Es que en el momento que ocurre es difícil diferenciarlo y claro en la evolución si....si aparecen más brotes y sobre todo si está claro que ha habido una abstinencia en un tiempo pues es más probable que se trate de un cuadro ya establecido y no de una reacción al consumo.

¿Es necesario un consumo prolongado para sufrir un brote psicótico?

Hay gente que no ha consumido y tiene un brote psicótico. No es una condición indispensable el consumo ni prolongado ni siquiera la existencia de un consumo.

¿Cuándo se considera que es necesario comenzar un tratamiento farmacológico con estos pacientes?

Cuando hay un brote psicótico siempre se prescribe tratamiento farmacológico.

A ver si hay un brote se pone tratamiento, en principio si solo es un brote el tratamiento se mantiene seis meses en caso de que se quite y no vuelva a remitir no precisa más tratamiento. En caso de que tenga un nuevo brote es cuando después de un segundo brote que no ha habido factores desencadenantes claros se plantea un tratamiento de por vida.

Es decir, si se quitan los fármacos y no se vuelve a repetir ningún brote se considera que fue consecuencia del consumo....

A veces también se dan sin consumo... pues después del parto, situaciones estresantes muy intensas...en fin que puede haber otros posibles desencadenantes si ya hay dos...uno se plantea mantenerlo más tiempo y ya si hay más...entonces es de por vida.

El tratamiento médico es el mismo en todos los casos.

Una vez que pasan estos seis meses se va retirando, se va bajando la dosis... y si evolucionando favorablemente todo, se retira totalmente. Influye todo... la situación familiar, el apoyo, la adaptación previa, el efecto que ha tenido el cuadro...es decir, que a veces hay muchos datos que te hacen pensar... pues bueno este chico fue el consumo y ya está y es que ahora se le ve que funciona perfectamente y está estupendo.

Y hay veces que les cuesta mucho reaccionar, tardan mucho en volver a una mínima normalidad...entonces ahí claro se mantiene durante más tiempo.

Entonces tu eres partidaria de que sí que existe una predisposición genética en el individuo y que puede que si no existiese esa predisposición /vulnerabilidad no hubiera aparecido el brote

Claro, de hecho hay mucha gente que consume y no sufre un brote psicótico.

Por último, ¿consideras que existe alguna otra variable de interés que no hayamos mencionado nosotras?

Pues en relación a la predisposición genética sí que cuando hay familiares cercanos con enfermedad mental es un dato... con lo cual sí

que parece bastante claro que hay marcadores genéticos implicados y predisposición genética.

Mas variables que influyan...yo creo que es que eso lo vais a tener mucho más completo y detallado en cualquier guía de psicopatología clínica que es que luego en la práctica clínica los casos son muy normales entre comillas y hay muy pocos casos en los que veas..buah es que este tienen una infancia traumática... y en otros casos lo ves y no han desarrollado un brote psicótico... es que no hay....

10.4. ENTREVISTA nº3

El día 19 de Junio de 2013 a las 16:00 realizamos una entrevista a una profesional anónima trabajadora social del área de psiquiatría del Hospital Clínico Lorenzo Blesa con una duración de una hora aproximadamente.

La entrevista no pudo ser transcrita debido a negación por parte de la profesional de grabar. Por tanto, tomamos nota de los datos más relevantes entre los cuales destacamos los siguientes:

- En cuanto al tema de la conciencia de enfermedad en sujetos que han sufrido brotes psicóticos inducidos por el consumo de sustancias alucinógenas y psicoestimulantes destacó que a priori no suelen tener una conciencia sólida de causa-efecto. Por tanto, son múltiples las recaídas.
- Nos comentó que no es necesario un consumo prolongado de estas sustancias para poder sufrir un brote psicótico.
- La psicosis puede ser inducida tanto por el consumo de sustancias alucinógenas como psicoestimulantes aunque existe una mayor prevalencia de consumo de cannabis entre la población joven española que ha sufrido una psicosis. También es muy común el consumo de "cócteles" donde se mezclan diversas sustancias.
- Normalmente el ingreso en UCE en el Hospital Clínico Lorenzo Blesa se produce mediante la vía de urgencias. Destacó que en el caso de que la persona muestre resistencia para su ingreso en la UCE será necesaria una autorización judicial. Generalmente el periodo medio de estancia en la UCE es de 15 días, aunque existen algunos sujetos que pueden permanecer

ingresados en este dispositivo durante varios meses (concretamente mencionó el caso de un sujeto varón que lleva 4 meses).

Una vez que les dan el alta en la UCE es necesario llevar un seguimiento por parte de los servicios sociales de base comunitarios y/o centro de salud en coordinación con los profesionales del Hospital. Por ejemplo, muchos de ellos una vez que salen de la UCE pueden permanecer en el recurso de Centro de día del Hospital Clínico o ser derivados a la Comunidad Terapéutica del Frago con la que trabajan frecuentemente.

- En muchos casos es necesario iniciar un proceso de incapacitación ya que el sujeto no es consciente de su problemática y se niega a someterse y recibir un tratamiento adecuado. El inconveniente es que este proceso es muy largo.
- En la mayoría de los casos se lleva a cabo un gran trabajo con la familia del afectado que es considerada uno de los pilares fundamentales para conseguir el éxito de la intervención.
- Es común que los sujetos que ingresan en la UCE del Hospital Clínico ya han “quemado” muchos recursos externos dirigidos a la atención de esta problemática.
- La profesional comparte la idea de que sí es necesaria una predisposición genética/vulnerabilidad para sufrir un brote psicótico. Menciona la gran influencia para sufrir una psicosis de antecedentes familiares con enfermedad mental.

Finalmente nos expuso un caso práctico que reunía estas características:

Varón de 21 años de medio rural consumidor habitual de cannabis y esporádicamente cocaína y anfetaminas. Diagnosticado a los 11 años trastorno bipolar. Comenta que le gusta mucho salir de fiesta con sus amigos y fumarse algún porro.

Padres divorciados hace 13 años. Actualmente convive con su padre y la nueva pareja de éste y su familia (dos hermanastros; abogado y peluquera). Escasa relación con su madre biológica.

Ha tenido ingresos reiterativos en urgencias por presentar brotes psicóticos (torear coches en la carretera, obsesión por ser perseguido y vigilado por agentes de seguridad, oír voces, etc). Añadir a este dato que para conseguir sustancias estupefacientes roba dinero a su padre ya que el carece de ingresos. Esta situación mantiene a toda la familia en un estado de estrés y ansiedad, concretamente, el padre sufrió un infarto motivado por este hecho.

Tras permanecer 20 días en la UCE e iniciado el proceso de incapacitación con ayuda de su hermanastro, actualmente permanece en la Comunidad Terapéutica del Frago. Es en este momento cuando el joven comienza a adquirir conciencia del problema que sufre.