



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza



Universidad
Zaragoza



TRABAJO FIN DE GRADO

Patología Dual y Drogodependencia. Una mirada
desde el Trabajo Social.

Dual Pathology and Drug Dependence. A look from
Social Work.

Autor/es

Alba María Soler Guerrero

Profesor/a

Luis Vilas Buendia

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

2021

~ 1 ~

Contenido

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN	4
1. PATOLOGÍA DUAL.....	6
1.1 DEFINICIÓN	6
1.2 APARICIÓN DE LA COMORBILIDAD	6
1.3 TIPOS DE TRASTORNOS MENTALES	7
1.4 EVOLUCIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE PATOLOGÍA DUAL Y SU EVALUACIÓN.....	8
1.5 HIPÓTESIS SOBRE COMORBILIDAD DE TRASTORNO MENTAL Y CONSUMO.....	12
2. DROGODEPENDENCIA.....	13
2.1 DEFINICIÓN Y TÉRMINOS	13
2.2 CLASIFICACIÓN	14
2.3 FORMAS DE CONSUMO	17
2.4 DSM-V. TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	18
2.5 FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN.....	20
3. PREVENCIÓN	22
3.1 DEFINICIÓN.....	22
3.2 NIVELES DE LA PREVENCIÓN	22
3.3 PRINCIPIOS DE PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS	25
3.4 ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ADICCIONES	27
4. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	29
4.1 DEFINICIÓN.....	29
4.2 CRAVING.....	29
5. TRABAJO SOCIAL Y POBLACIÓN DROGODEPENDIENTE	31
5.1 MODELOS DE INTERVENCIÓN	31
CONCLUSIÓN	35
BIBLIOGRAFÍA.....	36

RESUMEN

La aparición por casos de patología dual ha aumentado desde los últimos años. Se define la patología dual como la simultaneidad de un trastorno psiquiátrico con un trastorno por consumo de sustancias.

La drogodependencia es considerada como uno de los problemas socio-sanitarios más graves en la actualidad, debido al aumento de casos en sujetos y su comorbilidad con otras patologías.

Desde el trabajo social se interviene a través de modelos psico-sociales y sanitarios en la población con problemas de drogodependencia y patología dual.

ABSTRACT

The appearance by cases of dual pathology has increased in recent years. Dual pathology is defined as the simultaneity of a psychiatric disorder with a substance use disorder.

Drug dependence is considered one of the most serious socio-sanitary problems at present, due to the increase in cases in subjects and their comorbidity with other pathologies.

Social work intervenes through psychosocial and health models in the population with drug addiction and dual pathology problems.

Palabras clave

Patología dual, drogodependencia, prevención, drogas, trabajo social.

INTRODUCCIÓN

Desde los últimos años han aumentado los diagnósticos de patología dual, lo que implica que han crecido los casos de comorbilidad de trastorno por consumo de sustancias y trastorno psiquiátrico en los individuos.

Es preocupante el aumento de los casos debido a que las personas diagnosticadas con esta enfermedad forman parte de un grupo de riesgo mayor, debido a su gravedad tanto desde un contexto sanitario como social.

La drogodependencia en España está considerada como un fenómeno social-sanitario en aumento. Se considera su carácter sanitario porque el número de pacientes que a través del consumo desarrollan por ejemplo, síndromes por abstinencia, dependencia, intoxicación o trastorno por consumo de sustancias, cada vez es mayor. Por otro lado, se valora su carácter social porque se relaciona el consumo de sustancias con una vía de socialización con otros individuos, o por otras formas de consumo también relacionadas con el ámbito social.

Desde el área de trabajo social se ha intervenido con población con problemas de drogodependencia o patología dual, pero los modelos de actuación han sufrido varias transformaciones desde sus inicios. La población que se encuentra bajo un problema de consumo, desde hace décadas, ha sufrido la adjudicación de estereotipos, prejuicios y estigmas negativos, lo que ha afectado no sólo a la forma en que la sociedad les percibe, sino en el tratamiento desde distintos campos profesionales, siendo uno de ellos el trabajo social. Desde el inicio de su intervención, han sido diferentes los modelos que se han instaurado, dependiendo del estigma que este colectivo recibía, hasta llegar a los modelos de intervención actuales.

El presente trabajo, bajo un marco teórico, tiene el objetivo de realizar un estudio sobre la patología dual, desde sus factores psiquiátricos hasta los relacionados con la drogodependencia. Además, persigue el objetivo de mostrar como el trabajo social actúa sobre la población drogodependiente, como un área de intervención desde el trabajo social sanitario o comunitario.

El interés de la realización de este trabajo nace de la búsqueda de la naturalización y eliminación de los prejuicios negativos sobre los trastornos psiquiátricos y trastornos por consumo. Es necesario dar visibilidad y dar a conocer diferentes enfermedades para eliminar los tabús sobre las mismas, y para concienciar a la sociedad de que una enfermedad mental tiene la misma importancia que una enfermedad común.

Para poder abarcar todos los campos con los que se relaciona la patología dual, el presente estudio se ha estructurado en cinco apartados: patología dual, drogodependencia, prevención, prevención de recaídas y trabajo social y población drogodependiente.

Los primeros puntos desarrollan el contexto de la patología dual, exponiendo la definición de la misma, las causas de la enfermedad, evolución de diagnósticos e hipótesis sobre comorbilidad entre trastorno mental y consumo.

El segundo apartado se centra en la drogodependencia, en el cual se mostrará la clasificación de drogas, las formas de consumo, la clasificación en relación al DSM-V, y los factores de riesgo y protección.

En el tercer y cuarto bloque se desarrollan dos conceptos: prevención y prevención de recaídas, donde se explican los niveles de prevención, los principios que rigen la prevención y el concepto de “craving”.

Por último, se desarrolla el apartado de trabajo social y población drogodependiente, en el cual se muestran los distintos niveles de intervención, los avances en los mismos y el contexto del trabajo social sanitario.

1. PATOLOGÍA DUAL

1.1 DEFINICIÓN

Desde los últimos años ha aumentado la aparición de dobles diagnósticos relacionados con un diagnóstico psiquiátrico de enfermedad mental en conjunto con un trastorno por consumo de sustancias, lo que se conoce clínicamente como patología dual. Debido a su importancia y crecimiento se procede a su explicación y desarrollo.

En primer lugar, el término comorbilidad, hace referencia a cualquier entidad clínica adicional en pacientes con una enfermedad ya diagnosticada o a la presencia de más de un trastorno en una persona durante un cierto período de tiempo (Feinstein 1970)

Dentro del enfoque de la comorbilidad, encontramos varios términos. El primero de ellos, la “multimorbilidad” que hace referencia a la existencia de dos o más enfermedades en una misma persona. El segundo, “carga de morbilidad” definido como la gravedad que supone la enfermedad en el individuo afectado. Por último, aparece el término “complejidad del paciente” para referirse al impacto general de las diferentes enfermedades en un individuo de acuerdo con su gravedad y otros atributos relacionados con la salud (Valderas, Starfield et al. 2009)

Cuando nos referimos a patología dual, de forma más concreta dentro de la comorbilidad, en términos psiquiátricos se relacionaría con la multimorbilidad, identificándose como la coexistencia de un trastorno relacionado con una patología psiquiátrica y un trastorno provocado por el consumo de sustancias psicoactivas. La diferencia entonces entre comorbilidad y patología dual, sería que este último término está directamente relacionado con la simultaneidad de un trastorno mental con un trastorno por consumo de sustancias. Según la OMS, el diagnóstico dual se definiría como “la concurrencia en un mismo individuo de un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico”

Estos pacientes duales o con doble diagnóstico constituyen un grupo de riesgo elevado tanto desde el punto de vista sanitario (mayor gravedad de los cuadros clínicos, mayor frecuencia de ingresos hospitalarios, mayor frecuentación de servicios de urgencias generales y mayor riesgo de infecciones tales como el VIH, VHC, etc.) como social (más conductas violentas, mayor marginalidad y mayor riesgo de conductas ilegales) si no se diagnostican y tratan de forma correcta y conjunta las dos patologías (Torrens, Rossi et al. 2012, Torrens, Mestre-Pinto et al. 2015).

1.2 APARICIÓN DE LA COMORBILIDAD

Para poder comprender como se produce la comorbilidad, Gerard Àngel (2019) desarrolla tres vías o modelos en los que la enfermedad puede producirse en el individuo.

1) Oportunidad: la comorbilidad se produce sin la existencia de vinculación causal.

2) Sesgo de selección: hace referencia a la selección de los individuos, grupos o datos que no son representativos de la población objetivo.

3) Asociación causal: se encuentran cuatro modelos de asociación etiológica, no excluyentes entre sí.

3.1 Modelo de causación directa: la presencia de una enfermedad es directamente responsable de otra.

3.2 Modelo de factores de riesgo asociados: los factores de riesgo para una enfermedad se correlacionan con el factor de riesgo de otra enfermedad, lo que fomenta la aparición simultánea de enfermedades.

3.3 Modelo de heterogeneidad: los factores de riesgo de enfermedad no están correlacionados pero cada uno de ellos es capaz de causar enfermedades asociadas con otros factores de riesgo.

3.4 Modelo de independencia: la presencia simultánea de las características diagnósticas de las enfermedades que ocurren en realidad corresponde a una tercera enfermedad distinta.

1.3 TIPOS DE TRASTORNOS MENTALES

De forma previa a continuar con el desarrollo de la patología dual, se exponen los diferentes trastornos mentales enumerados en el Manual Diagnóstico y estadísticos de los trastornos mentales, DSM-IV.

Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.
Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos.
Trastornos mentales debidos a enfermedad médica.
Trastornos relacionados con sustancias
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Trastornos del estado de ánimo
Trastornos de ansiedad
Trastornos somatomorfos
Trastornos facticios
Trastornos disociativos
Trastornos sexuales y de la identidad sexual
Trastornos de la conducta alimentaria
Trastornos del sueño
Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados
Trastornos adaptativos
Trastornos de la personalidad
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

Tras las modificaciones en relación al DSM-IV, el DSM-V presenta los siguientes grupos de trastornos:

- 1) Trastornos del neurodesarrollo
- 2) Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

- 3) Trastorno bipolar y trastornos relacionados
- 4) Trastornos depresivos
- 5) Trastornos de ansiedad
- 6) Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados.
- 7) Trauma y otros trastornos relacionados con factores de estrés
- 8) Trastornos disociativos
- 9) Trastorno por síntomas somáticos y trastornos relacionados.
- 10) Trastornos de la alimentación
- 11) Trastornos del sueño-vigilia
- 12) Disfunciones sexuales
- 13) Disforia de género
- 14) Trastornos del control de impulsos y conductas disruptivas
- 15) Trastornos por uso de sustancias y trastornos adictivos.
- 16) Trastornos neurocognitivos
- 17) Trastornos parafilicos
- 18) Trastornos de personalidad.

1.4 EVOLUCIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE PATOLOGÍA DUAL Y SU EVALUACIÓN

Para comprender de qué se trata la comorbilidad de un trastorno psiquiátrico y un trastorno por consumo de sustancias, se proporciona una visión sobre la evolución de los conceptos diagnósticos en relación a los mismos. Recibe bastante importancia la evolución en los diagnósticos de la patología dual, debido a que el método de diagnóstico afecta directamente al reconocimiento, tratamiento y evolución de la enfermedad, influyendo directamente en la persona afectada por la misma, además de que una evolución en los métodos de diagnóstico favorece a un mayor conocimiento de la enfermedad.

La primera clasificación del diagnóstico de trastornos mentales en pacientes con consumo de sustancias activas, fue originada por Feighner, que distinguía entre trastornos primarios y secundarios en función de la edad al inicio de cada trastorno, siendo la edad más temprana considerada primaria (Feighner, Robins et al. 1972). El problema que se concluye de esta primera clasificación y método de diagnóstico es que se ha demostrado que las edades de inicio de las enfermedades son independientes, por lo que no existe relación de asociación, además de que el concepto de enfermedades mentales ha evolucionado.

De forma posterior a esta forma de diagnóstico, aparecieron los Criterios Diagnósticos de Investigación: (RDC) (Spitzer, Endicott et al. 1978), DSM-III (APA 1980) y DSM-III-R (APA, 1987). Ambos criterios utilizaron como base el término de “orgánico” contra los “trastornos no orgánicos”. Basaban su teoría en que los individuos los cuales sus factores orgánicos pueden llevar a cabo un papel fundamental en el desarrollo de un trastorno psiquiátrico, se consideraban como no portadores de un trastorno psiquiátrico independiente. El problema de este método fue que no distinguían entre trastornos

orgánicos de trastornos no orgánicos. Los estudios que utilizaron instrumentos de diagnóstico estructurados mostraron una baja fiabilidad y validez en los diagnósticos psiquiátricos en aquellos sujetos con un trastorno por consumo de sustancias (Torrens, Martin-Santos et al. 2006).

Aparecieron entonces los diagnósticos DSM-IV (APA 1994) y la CIE-10 (WHO 1992), que pretendían establecer una claridad en los diagnósticos de los trastornos psiquiátricos en los individuos con consumo de sustancias.

A continuación, se detalla el procedimiento del diagnóstico en el DSM-IV-R (APA 2000), que se mantienen en el DSM-5 (APA 2013)

- Se diagnostica un trastorno primario si los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia. Existen cuatro condiciones bajo las cuales un episodio que concurre con la intoxicación o la abstinencia de la sustancia se puede considerar primario:
 1. Cuando los síntomas son sustancialmente superiores a lo que cabría esperar dado el tipo o la cantidad de sustancia utilizada o la duración del consumo de dicha sustancia.
 2. Hay antecedentes de episodios no relacionados con la sustancia.
 3. El inicio de los síntomas precede el inicio del consumo de sustancias.
 4. Los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (al menos un mes) después del cese de la intoxicación o de la retirada aguda.

- Se diagnostica un trastorno inducido por sustancias cuando:
 1. Se cumplen los criterios sintomáticos del trastorno.
 2. El episodio debe ocurrir por completo durante un período de consumo intensivo de sustancias o dentro de las primeras cuatro semanas después del cese del consumo de éstas.
 3. El consumo de sustancias debe ser relevante para el trastorno.
 4. Los síntomas deben superar los efectos esperados de la intoxicación o la abstinencia a la sustancia.

Tabla 1. Evolución de los criterios diagnósticos para los síndromes psiquiátricos cuando co-ocurren con Trastornos por Uso de Sustancias y entrevistas diagnósticas.

Distinción	Criterios	Entrevistas
Primario-Secundario	Feighner	
Orgánico- No orgánico	RDC (Research Diagnostic Criteria)	“Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia” (SADS)
	DSM-III	“Diagnostic Interview Schedule” (DIS)

	DSM-III-R	“Structured Clinical Interview for DSM-III-R” (SCID)
Primario- Inducido por sustancias	DSM-IV DSM-IV-TR	“Structured Clinical Interview for DSM-III-R” (SCID) “Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders” (PRISM) “Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule” (AUDADIS)

Fuente: Obtenido de Mestre Pintó (2011)

Cómo se ha mencionado anteriormente, el diagnóstico de los trastornos mentales en individuos con trastorno por consumo de sustancias es una actividad compleja, puesto que la evaluación de la misma lo es.

Se aprecian varias dificultades en cuanto a la evaluación y diagnóstico de la comorbilidad psiquiátrica y el consumo de sustancias psicoactivas. El primer problema que se observa es la evaluación de los efectos o síntomas, es decir, los efectos de las sustancias consumidas pueden aparecer como síntomas del trastorno mental, lo que dificulta entre la distinción de síntoma del trastorno mental o síntoma de consumo o intoxicación.

Para poder evaluar la comorbilidad existen varios métodos efectivos. En primer lugar, la clasificación de diagnósticos facilitada por el DSM-IV, y en segundo lugar, el uso de la entrevista de diagnóstico Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM), diseñada especialmente para este propósito (Hasin, Trautman et al. 1996, Hasin, Trautman et al. 1998, Hasin, Samet et al. 2006)

La entrevista PRISM es una entrevista psiquiátrica semiestructura, desarrollada con el objetivo de establecer diagnósticos en los individuos con consumo de sustancias psicoactivas. Este tipo de entrevista es muy útil para la aclaración del diagnóstico psiquiátrico. Sin embargo, su administración puede durar 2-3 horas y requiere de un especialista en salud mental entrenado (Mestre Pintó, 2011)

En la actualidad son varias las entrevistas diagnósticas estructuradas que se utilizan para diagnósticos psiquiátricos. Mestre Pintó (2011) expone las siguientes:

- “Structured Clinical Interview”(SCID-I)
- “Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry” (SCAN)
- “Composite International Diagnostic Interview” (CIDI)

- “Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders” (PRIMS-IV)
- “Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule-DSM-IV versión” (AUDADIS)

Las diferentes entrevistas estructuradas son de gran utilidad, sin embargo, su larga duración y la especialidad del profesional son factores que dificultan su elaboración y desarrollo. Es por ello que actualmente se ha reconocido la necesidad de utilizar herramientas o instrumentos más sencillos que permitan realizar diagnósticos psiquiátricos en individuos con trastornos por consumo.

Es en este contexto es donde aparecen los instrumentos de cribado ágiles, que permiten detectar la presencia de patología psiquiátrica en sujetos consumidores de drogas y pueden aplicarse en la clínica habitual para seleccionar aquellos casos que, a posteriori, necesiten ser entrevistados por un psiquiatra que confirme la presencia de un trastorno psiquiátrico comórbido (Mestre Pintó 2011)

Tabla 2. Entrevistas de cribado para la evaluación de trastornos psiquiátricos

Instrumentos de cribado	Población	Administración
MINI (International Neuropsychiatric Interview)	General	Entrevistador entrenado
PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders)	General	PQ parte administrativa CEG parte administrativa por el clínico
PHQ (Patient Health Questionnaire)	General	Autoadministrado
SDDS-PC (Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care)	General	Autoadministrado
BCSFR (Boston Consortium of Services for Families in Recovery)	Consumidores	Entrevistador
PDSQ (Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire)	General y consumidores	Autoadministrado
CIDI (Composite International Diagnostic Interview)	General	Entrevistador entrenado

Fuente. Modificado de (Mestre Pintó, 2011)

1.5 HIPÓTESIS SOBRE COMORBILIDAD DE TRASTORNO MENTAL Y CONSUMO

Gerard Àngel (2019) ofrece cuatro hipótesis etiológicas y neurobiológicas que explican la comorbilidad de un trastorno mental y un trastorno por consumo de sustancias.

La primera de ellas, afirma que el trastorno psiquiátrico (no relacionado con el consumo) es el desencadenante del factor de riesgo para el posterior consumo de sustancias, y el desarrollo de un trastorno por consumo de sustancias comórbido. En esta primera hipótesis se encuentra la hipótesis de la automedicación (Khantzian 1985), en la que se afirma que el trastorno por consumo de sustancias es provocado por el propio individuo para contrarrestar o hacer frente a los problemas relacionados con el trastorno mental.

La segunda hipótesis expone que es el trastorno por consumo de sustancia el que promueve la aparición de otro trastorno psiquiátrico, siendo éste último desarrollado de forma independiente. Esta afirmación podría dar explicación a la asociación entre el consumo de algunas sustancias psicoactivas y la aparición de trastornos mentales. El consumo repetido de sustancias psicoactivas conduce, a través de la neuroadaptación, a cambios biológicos que tienen elementos comunes con anomalías que median ciertos trastornos psiquiátricos (Bernacer, Corlett et al. 2013)

La tercera hipótesis que plantea es que un trastorno psiquiátrico temporal puede ser producido como consecuencia de la abstinencia o bien intoxicación del uso de sustancias, a esta situación se le denomina como trastorno inducido por sustancias.

La última hipótesis presenta que la combinación de un consumo de sustancias y un trastorno mental puede reflejar dos o más condiciones patológicas independientes. La simultaneidad de los mismos puede ocurrir por casualidad o como consecuencia de los factores predisponentes. Los trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos psiquiátricos representarían diferentes expresiones sintomáticas de anomalías neurobiológicas preexistentes similares (Brady and Sinha 2005)

2. DROGODEPENDENCIA

2.1 DEFINICIÓN Y TÉRMINOS

La drogodependencia viene considerándose desde la década de los años setenta una auténtica epidemia y uno de los problemas socio-sanitarios más graves, debido al coste que representa en términos de vidas, comorbilidad con patologías psicosomáticas, delitos contra la sociedad, descenso de la productividad laboral, conflictos familiares, etc. (Martín del Moral y Lorenzo Fernández, 2009a:3)

La definición del término droga puede causar confusión y dificultad en su consenso, dependiendo del ámbito referido su definición será modificada.

En sus inicios esta palabra era utilizada en el ámbito farmacológico para nombrar a medicamentos en estado bruto, en la actualidad desde el mismo campo se hace alusión a cualquier sustancia química que modifique los procesos fisiológicos o bioquímicos de los organismos. Desde el ámbito de la medicina, podría exponerse como un posible remedio químico ante una enfermedad. La OMS, bajo un criterio clínico da la siguiente definición “toda sustancia introducida en el organismo por cualquier vía de administración produce una alteración en el Sistema Nervioso Central, y además es susceptible de crear dependencia ya sea psicológica, física o ambas”

Añaños Bedriñana (2005) plantea que hay dos características definitorias de las drogas: su capacidad para crear habituación (Dependencia) y la modificación de las funciones del organismo. Los efectos, las consecuencias y las funciones están condicionados, sobre todo, por las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que las utilizan.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adicción o dependencia de sustancias como una enfermedad cerebral que provoca la búsqueda y uso compulsivo de la droga, a pesar de las consecuencias adversas que ésta provoque. El National Institut for Drugs and Addictions, en el año 2010, definía la adicción como “una enfermedad compleja que puede ser tratada y que afecta el funcionamiento del cerebro y el comportamiento, lo que ocasiona cambios que persisten después de hacer cesado el consumo de drogas” (NIDA, 2014).

Cabe desarrollar unos términos relacionados con el consumo de sustancias y la adicción:

- Uso: aquel tipo de relación con las drogas en el que, bien por su cantidad, por su frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se detectan consecuencias inmediatas sobre el consumidor ni sobre su entorno (Plan Nacional Sobre Drogas, 2001:14)
- Abuso: El DSM-IIIR1, define el término como “un modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo o consumo recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso.
- Dependencia: Definida por el DSM-IIIR1 como “un grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona

presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva y que sigue consumiéndola a pesar de las consecuencias adversas”

- Tolerancia: Disminución de la respuesta a una dosis concreta de una droga o un medicamento que se produce con el uso continuado. Se necesitan dosis más altas de las sustancias para conseguir los efectos que se obtenían al principio con dosis más bajas (OMS, 1994)
- Síndrome de abstinencia: Conjunto de síntomas con grado de intensidad y agrupamiento variables que aparecen al suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva que se ha consumido de forma repetida, habitualmente durante un período prolongado o/y en dosis altas. El Síndrome puede acompañarse de signos de trastorno fisiológico. (OMS, 1994)
- Intoxicación: Estado posterior a la administración de una sustancia psicoactiva, que causa alteraciones en el nivel de conciencia, en lo cognitivo, en la percepción, en el juicio, en la afectividad o en el comportamiento, o en otras funciones y respuestas psicofisiológicas. (OMS, 1994)

2.2 CLASIFICACIÓN

Las sustancias psicoactivas pueden clasificarse siguiendo diferentes medidas como los efectos que provocan, la legalidad y la peligrosidad o dependencia. A continuación, se desglosa cada uno de estos parámetros con sus respectivas sustancias.

-Clasificación según el efecto en el Sistema Nervioso Central¹

La OMS clasifica las drogas en tres grupos según el efecto que causan en el SNC: depresoras, estimulantes y alucinógenas.

Las drogas categorizadas como depresoras disminuyen la actividad del SNC a través de la reducción de las estructuras presinápticas, disminuyendo la cantidad del neurotransmisor a la vez que la función de los receptores presinápticos. (Badia Llobet, 2019)

Las drogas estimulantes son sustancias que estimulan la actividad del SNC. Esta acción la realizan bloqueando la inhibición o excitando las neuronas directamente. (Badia Llobet, 2019)

Las drogas alucinógenas son aquellas que modifican la actividad psíquica y producen alteraciones en la percepción y cambios en el estado de ánimo.

Tabla 3. Clasificación de las drogas según efecto SNC

DROGAS DEPRESORAS	DROGAS ESTIMULANTES	DROGAS ALUCINÓGENAS
<ul style="list-style-type: none"> ○ Alcohol ○ Cannabis 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cocaína ○ Anfetaminas 	<ul style="list-style-type: none"> ○ LSD ○ Hongos

¹ Sistema Nervioso Central (SNC de aquí en a continuación)

<ul style="list-style-type: none"> ○ Hipnosedantes ○ Opiáceos ○ Inhalantes ○ GHD o éxtasis líquido 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Metanfetaminas ○ Tabaco ○ Xantinas ○ Khat ○ Drogas de síntesis ○ Fármacos estimulantes 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mezcalina ○ Peyote
--	---	---

Fuente. Modificado de Roncero y Casas 2016.

-Clasificación según la peligrosidad o dependencia:

En cuanto a la clasificación según su peligrosidad o dependencia se encuentran las drogas duras o blandas, dependiendo del impacto que puedan ocasionar o su propia peligrosidad.

Las drogas blandas se encuentran más aceptadas en la sociedad porque se consideran menos perjudiciales para la salud, sin embargo, crean dependencia psicosocial. Las drogas duras por el contrario, reciben una peor percepción al considerarlas más peligrosas a corto y largo plazo y provocan dependencia física y emocional.

Tabla 4. Clasificación de drogas según peligrosidad

DROGAS BLANDAS	DROGAS DURAS
<ul style="list-style-type: none"> ○ Tabaco ○ Alcohol ○ Cannabis ○ Hachís ○ Esteroides anabolizantes ○ Cafeína ○ Popper 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Psicofármacos ○ Heroína ○ Morfina ○ Cocaína ○ Anfetaminas ○ MDMA ○ LSD ○ Setas alucinógenas ○ PCP ○ Ketamina ○ Barbitúricos ○ Metadona

Fuente. Tabla creada a través de la clasificación de Badia Llobet, 2019

-Clasificación según legalidad.

Por último, la clasificación de las drogas por su legalidad depende en gran medida del país donde se relacione. El consumo de drogas legales no está penalizado, sin embargo, muchas de las drogas clasificadas como legales también tienen su componente de peligrosidad y son perjudiciales para la salud.

Tabla 5. Clasificación de drogas por su legalidad.

DROGAS LEGALES	DROGAS ILEGALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Alcohol ○ Nicotina ○ Cafeína ○ Teobromina y teofilina ○ Fármacos 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Marihuana ○ Hachís ○ Cocaína ○ MDMA ○ Anfetaminas o speed. ○ Heroína ○ Fenciclidina o PCP ○ LSD ○ Ketamina ○ Popper ○ Setas alucinógenas

Fuente. Tabla de elaboración propia.

Desde el NIDA² (2018) se exponen las sustancias consideradas de abuso habitual.

Tabla 6. Sustancias consideradas de abuso habitual.

SUSTANCIAS DE ABUSO	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Alcohol ○ Ayahuasca ○ Depresores del SNS ○ Cocaína ○ DMT ○ GHD ○ Alucinógenos ○ Heroína ○ Inhalantes ○ Psilocibina ○ Rohypnol ○ Salvia ○ Esteroides ○ Cannabinoides sintéticos ○ Catinonas sintéticas ○ Tabaco 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ketamina ○ Khat ○ Kratom ○ LSD ○ Cannabis ○ MDMA ○ Mescalina ○ Metanfetamina ○ Medicamentos de venta libre-Dextrometorfano ○ Medicamentos de venta libre-Loperamida. ○ PCP ○ Opioides con receta médica ○ Estimulantes con receta médica

Fuente. Modificada de NIDA (2018)

Además de las clasificaciones anteriormente expuestas, se encuentran un tipo de droga que en la actualidad resulta preocupante por su utilización y consumo. Este tipo de drogas

² NIDA (National Institute on Drug Abuse)

son las drogas de diseño. Se conocen como “drogas de diseño” o “drogas de síntesis” toda una serie de sustancias producidas en el laboratorio mediante la modificación de anfetaminas u otras sustancias de efectos alucinógenos (Errasti, José y Al-Halabi, Susana 2007)

Las cinco drogas de diseño más importantes según José Errasti y Susana Al-Halabi (2007) son:

- MDMA o éxtasis
- MDA o píldora del amor
- Metanfetamina o speed
- Fenciclidina o polvo de ángel
- Gammahidroxitirato (GHB) o éxtasis líquido.

Los efectos que estas drogas sintéticas pueden provocar son un aumento de energía y alteraciones en la percepción de los consumidores, además de un aumento en la percepción positiva en relación a la autoestima.

2.3 FORMAS DE CONSUMO

Según Martín del Moral y Lorenzo Fernández (2009:16-17) y Ruiz Osuna y Doncel Berlanga (2005:16) existen cuatro formas de consumo: experimental, ocasional, habitual y compulsivo. Las definen como:

Consumo experimental: consumo casual y durante un período de tiempo muy limitado. La droga se puede probar una o más veces, pero ya no se vuelve a consumir.

Consumo ocasional: consumo intermitente, cuya principal motivación es la integración grupal gracias a la desinhibición personal que se consigue. Este consumo se caracteriza porque la persona discrimina cuál es el tipo de droga que prefiere y dónde quiere usarla.

Consumo habitual: consumo que tiene lugar a diario y presenta un doble propósito. Por un lado, aliviar el malestar psico-orgánico que la persona padece (dependencia físico y/o psicológica) y, por otro, mantener un rendimiento constante. Existen alteraciones del comportamiento menores.

Consumo compulsivo: consumo muy intenso, varias veces al día. Existe un trastorno muy importante del comportamiento que da lugar a un sinnúmero de consecuencias sociales (pérdida de trabajo, rupturas afectivas, vagabundeo, actos delictivos, etc). El consumidor suele no ser capaz de enfrentarse a los problemas básicos de la vida diaria mediante modelos normalizados de conducta.

Mientras que las formas de consumo experimental y ocasional no suele causar un problema mayor de dependencia al ser formas esporádicas de consumo, el consumo habitual y compulsivo, al tratarse de un consumo reiterado, origina problemas de dependencia y trastornos de consumo. Las personas drogodependientes son aquellas que se consideran como consumidores compulsivos. Son personas que hacen un uso muy frecuente y prolongado de la droga que conduce al síndrome de dependencia,

manifestándose claramente la tolerancia y el síndrome de abstinencia (Ruiz Osuna y Doncel Berlanga, 2005:16)

2.4 DSM-V. TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

El DSM-V afirma que el trastorno por consumo de sustancias es la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados (American Psychiatric Association y DMS-5 task Force, 2018)

Tras modificaciones de versiones anteriores, en el DSM-5 se han clasificado diez tipos de sustancias, de las cuales se puede diagnosticar un trastorno por consumo.

- 1) Alcohol
- 2) Cafeína
- 3) Cannabis
- 4) Alucinógenos (fenciclidina o arilciclohexaminas, otros)
- 5) Inhalantes
- 6) Opioides
- 7) Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- 8) Estimulantes (sustancia anfetamínica, cocaína, otros)
- 9) Tabaco
- 10) Otras (o desconocida)

Estas diez clases no son radicalmente distintas entre sí. Cualquier droga consumida en exceso provoca una activación directa del sistema de recompensa del cerebro que participa en el refuerzo de los comportamientos y la producción de recuerdos. (DSM-V)

Para diagnosticar un Trastorno relacionado con el consumo de sustancias, se utiliza la herramienta que proporciona el DSM-IV y el DSM-V. Los principales cambios y modificaciones que introduce el DSM-5 son los siguientes (American Psychiatric Association, 2000, 2013; Compton, Sawson, Goldstein y Grant, 2013; Hasin et al., 2013)

- 1) Se elimina el abuso y la dependencia del DSM-IV y solo queda el Trastorno relacionado con sustancias como una suma de criterios de abuso y dependencia del DSM-IV. El diagnóstico se hace cuando la persona tiene 2 o más síntomas de 11 a lo largo de un periodo de tiempo de 12 meses.
- 2) Aparece el nivel de severidad: bajo (2-3), moderado (4-5) o severo (6 o más) en función del número de criterios diagnósticos. Se han sugerido que la categoría de baja equivale al abuso del DSM-IV, y las de moderado y severo a las de dependencia del DSM-IV.
- 3) Los 11 criterios proceden de unir los de abuso y dependencia del DSM-IV con las siguientes excepciones: a) se elimina el ítem del DSM-IV referido a tener problemas legales, y b) se añade el ítem de craving.
- 4) Los Trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: a) trastornos por consumo de sustancia, y b) trastornos inducidos por sustancias (intoxicación,

abstinencia, otros trastornos mentales inducidos por una sustancia o medicación). Se mantienen la mayoría de los síndromes psiquiátricos inducidos por sustancias del DSM-IV y se amplían a otros.

- 5) Aparece por primera vez en el DSM-V el trastorno de juego dentro de la categoría de trastorno por consumo de sustancias.
- 6) Las sustancias pasan de 11 en el DSM-IV a 10 en el DSM-V, al hacer una reorganización de las mismas. Quedan las siguientes: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, estimulantes, tabaco y otras sustancias.
- 7) Se introduce el síndrome de abstinencia del cannabis. El síndrome de abstinencia para la cafeína no se incluye, solo aparece en el apartado C del manual.

A continuación se muestra una tabla que equipara los criterios para el trastorno por consumo de sustancias del DSM-IV y DSM-V.

Tabla 7: Criterios del DSM-IV y DSM-V para el trastorno por consumo de sustancias.

	DSM-IV Abuso (a) (\geq 1 <i>criterio</i>)	DSM-IV Dependencia(b) (\geq 3 <i>criterios</i>)	DSM-5 Trastorno por consumo de sustancias (c) (\geq 2 <i>criterios</i>)
Uso peligroso	X	-	X
Problemas sociales/interper sonales relacionados con el consumo	X	-	X
Incumplimiento de los principales roles por su consumo	X	-	X
Problemas legales	X	-	-
Síndrome de abstinencia (d)	-	X	X
Tolerancia	-	X	X
Usa mayor cantidad/más tiempo	-	X	X
Intentos repetidos de dejarlo/Controla r el consumo	-	X	X

Deja de hacer otras actividades debido al consumo	-	X	X
Crawing	-	-	X

a) Uno o más criterios de abuso dentro de un periodo de 12 meses y sin diagnóstico de dependencia. Aplicable a todas las sustancias excepto a la nicotina. b) Tres o más criterios de dependencia dentro de un periodo de 12 meses. c) Dos o más criterios del trastorno por consumo de sustancias en un periodo de 12 meses. d) El síndrome de abstinencia no está incluido para el cannabis, inhalantes y trastornos alucinógenos del DSM-IV. El síndrome de abstinencia del cannabis se ha añadido en el DSM-5.

Fuente. Adaptado de Hasin et al. (2013, p.836).

2.5 FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

En el ámbito de la drogodependencia es frecuente la aparición de los términos de factores de riesgo y factores de protección. Ambos términos cumplen una función esencial en la aparición o en el retraso del trastorno por consumo, por lo que se procede a su explicación y desarrollo.

En primer lugar, un factor de riesgo es una característica interna y/o externa al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno (Clayton, 1992). Cuatro de las características principales que se dan en la gente adicta son: la baja autoestima y un autoconcepto negativo, carencia en habilidades sociales, inestabilidad emocional e inmadurez emocional (Pons Díez, 2004: 73-76).

Según Molina Galindo (2005: 326-327) los factores de riesgo son los siguientes:

- Historia familiar de alcoholismo: dentro de la familia, la historia del alcoholismo de algunos de sus miembros, suele citarse como un factor que puede predecir el abuso de drogas.
- Pautas educativas: los déficits o los excesos de disciplina, la excesiva implicación de unos de los padres acompañada del desentendimiento o permisividad del otro, son factores asociados al uso indebido de drogas.
- Actitudes y modelos de conducta: las actitudes positivas de los padres hacia el uso de drogas, aparecen asociadas al uso indebido de sustancias por parte de los hijos en numerosas investigaciones.
- Conflictos familiares: predice mejor los problemas de conducta que la propia estructura de la familia. Además, la ausencia de lazos familiares y la baja implicación de la madre hacia sus hijos predice el inicio de consumo.
- Fracaso escolar: en el caso de la escuela, todos aquellos factores que alienan de alguna forma al individuo también son factores de riesgo.
- Factores de personalidad: desde las primeras etapas de la infancia se puede detectar el riesgo, especialmente si el niño/la niña presenta agresividad,

hiperactividad, rebeldía, pobre autocontrol, búsqueda de sensaciones, dificultad para relacionarse, etc.

- Grupo de iguales: la asociación con pares consumidores es uno de los factores más asociados con el uso de drogas.

Por otro lado, se encuentran los factores de protección, que actúan de forma contraria a los factores de riesgo. Los factores de protección serían aquellos atributos individuales, condición situacional, ambiente o contexto que reduce la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento desviado (Clayton, 1992)

Aunque puedan parecer polos opuestos, existe un mecanismo de riesgo-protección, en el cual los factores de protección, de algún modo, interactúan sobre los factores de riesgo y los modulan en su relación de probabilidad respecto a los consumos de drogas ejerciendo una función protectora (González Menéndez, 2004; Navarro, 2003)

Clayton (1992) define cinco grandes principios generales en relación a los factores de riesgo y factores de protección:

1. Los factores de riesgo pueden estar presentes o no en un caso concreto. Cuando un factor de riesgo está presente, es más probable que la persona use o abuse de las drogas que cuando no lo está.
2. La presencia de un solo factor no es garantía de que vaya a producirse el abuso de droga y, por el contrario, la ausencia del mismo no garantiza que el abuso no se produzca. Lo mismo sucede en el caso de los factores de protección. El abuso de drogas suele ser probabilístico y, en todo caso, es el resultado de la intervención conjunta de muchos factores influyendo en ella.
3. El número de factores de riesgo está directamente relacionado con la probabilidad del abuso de drogas, aunque este efecto aditivo puede atenuarse según la naturaleza, contenido y número de factores de riesgo implicados.
4. La mayoría de los factores de riesgo y de factores de protección tienen múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos influye de forma independiente y global en el abuso de drogas.
5. Las intervenciones directas son posibles en el caso de alguno de los factores de riesgo detectados y pueden tener como resultado la eliminación o reducción de los mismos, disminuyendo la probabilidad del abuso de sustancias. Por el contrario, en el caso de otros factores de riesgo la intervención directa no es posible, siendo el objetivo principal atenuar su influencia y así reducir al máximo la posibilidad de que estos factores lleven al consumo de drogas.

3. PREVENCIÓN

3.1 DEFINICIÓN

Los programas de prevención orientados a las personas drogodependientes han sido modificados desde su aparición hasta la actualidad, debido a los diversos cambios que se han producido en materia clínica y social sobre el propio asunto.

En Plan Nacional sobre drogas considera que un programa de prevención es un “conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y servicios, realizados simultáneamente o sucesivamente con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar unos objetivos determinados (impedir o retrasar la aparición de conductas de consumo o abuso de drogas) en una población definida”.

El término de prevención se refiere a una variedad de estrategias coordinadas entre sí, con objetivos específicos, metas concretas y grupos diana definidos, mientras que el término prevención es un término mucho más genérico que alude a cualquier actuación, evidentemente con intencionalidad preventiva, pero que no está integrada ni coordinada, ni es tan específica (Gutiérrez Resa, 2017)

3.2 NIVELES DE LA PREVENCIÓN

La actuación en prevención de las drogodependencias como los niveles en que ésta se contextualiza ha cambiado considerablemente tras el curso del tiempo, especialmente entre los años 80 y 90.

Según Becoña (2002), el campo de la prevención de las drogodependencias hasta hace unos años se hacía la diferenciación de la prevención en tres tipos, a partir de la propuesta hecha por Caplan (1980). Los tipos de prevención que éste planteaba eran: prevención primaria, secundaria y terciaria.

- Prevención primaria: la intervención se produce de forma previa a la enfermedad, por lo que su objetivo es bloquear su aparición, creando factores de protección y reduciendo los factores de riesgo.
- Prevención secundaria: el objetivo que persigue es disminuir el problema ocasionado por un consumo previo, es decir, evitar el aumento del problema o enfermedad.
- Prevención terciaria: la intervención está destinada a individuos con una enfermedad por consumo o adicción. Su objetivo es la rehabilitación y disminución de daños.

Con la llegada de los años 90, la visión sobre la drogodependencia cambia y comienza a dirigirse hacia el grado de riesgo entre la población consumidora. Los términos en los niveles de prevención de modifican y se intercambian por: Prevención universal, prevención selectiva, prevención indicada y prevención determinada.

A continuación se detallan cada una de ellas.

Prevención Universal:

Prevención Determinada:

Este tipo de prevención, según Pantoja Vargas y Añaños Bedriñana (2020: 120) está dirigida a aquellos individuos que viven definitivamente en el mundo del abuso de drogas, que han convertido a éstas en su vida y que son reacios a abandonar su situación.

El objetivo que persigue es reducir los daños en las personas con problemas de consumición y disminuir en la medida mayor posible los riesgos atribuidos a éstos.

Además de las modalidades de prevención mencionadas anteriormente, existen dos tipos de prevención en relación al tipo de programa que se desee llevar a cabo o al tipo de población sobre la cual desarrollarlo; la prevención específica y la prevención inespecífica.

La prevención específica es aquella que pretenden influir en el consumo de sustancias a través de focalizar la importancia en las propias drogas. (Gutiérrez Resa, 2017) ofrecen las siguientes características basándose en diferentes autores:

- La reglamentación legal para restringir el consumo de drogas.
- La promoción de medidas educativas para proporcionar conocimientos, formar actitudes y generar hábitos de vida sana.
- El establecimiento de medidas sociales en favor de determinados grupos, particularmente los grupos de riesgo.

En segundo lugar, la prevención inespecífica pretende alterar los consumos indirectamente, a través de programas o actuaciones o ámbitos nada conectados en principio con el uso de drogas. Este tipo de actuaciones se centran en actividades que no están relacionadas con las drogas, como fomentar actividades deportivas, promover iniciativas para ocupar el tiempo libre, etc (Gutiérrez Resa, 2017)

En relación a los objetivos que persiga el programa al que pertenezcan, se pueden encontrar estrategias de reducción de la demanda o estrategias de reducción de la oferta.

Las estrategias de reducción de la demanda tienen por objetivo reducir el consumo de sustancias por parte del individuo. La prevención orientada a la reducción de la demanda se centra en el individuo y pretende cambiar la percepción que éste tiene de las drogas, sus actitudes y su conducta, así como reducir los posibles factores de riesgo que pueden inducir a su consumo y entrenarlo en habilidades necesarias para hacer frente a las mismas. (Gutiérrez Resa, 2017)

Por otro lado, las estrategias de reducción de la oferta persiguen el objetivo de reducir o eliminar la cantidad de sustancias psicoactivas disponibles. Se adoptan medidas de control de su producción, transporte, almacenaje o distribución, es decir, que las actuaciones propuestas se dirigen a la producción, tráfico y venta de las drogas, procesos en los que están implicados productores, elaboradores, traficantes, personas que lo financian, transportistas, intermediarios, vendedores, personas encargadas de blanquear el dinero procedente de su venta en el mercado, etc (Gutiérrez Resa, 2017)

A continuación, siguiendo a Gutiérrez Resa (2017) se explica cada tipo de estrategia perteneciente a la reducción de la demanda o de la oferta.

Estrategias de reducción de la demanda:

-Estrategias de influencia: el objetivo es influir en que el individuo cambie la actitud hacia las drogas. Son estrategias informativas, orientadas en la difusión de información sobre las drogas y efectos, resaltando los aspectos negativos. Entre las actuaciones se encuentran:

-Campanñas publicitarias en los medios de comunicación.

-Información en el etiquetado de las sustancias legales sobre los riesgos que su consumo implica para la salud.

-Medidas informativas y de cambio de actitudes.

-Estrategias de desarrollo de competencias: promueven y desarrollan distintas habilidades personales que permitan al individuo afrontar mejor las situaciones de riesgo y posibles presiones que favorezcan el consumo. Entre las estrategias se encuentran: promover las habilidades de resistencia a la presión social, habilidades generales de interacción social o habilidades para la toma de decisiones.

-Estrategias de modificación medioambiental: tienen por objetivo modificar las condiciones del entorno social, familiar o escolar que puedan influir en el consumo, o fomentar aquellos factores que impidan la aparición del consumo. Se fomentan los programas de alternativas de ocio y tiempo libre.

Estrategias de reducción de la oferta:

-Estrategias de protección y control: promueven estrategias que regulan la disponibilidad y accesibilidad a las sustancias psicoactivas. Reducen la oferta y las oportunidades de consumo. Algunas medidas de establecen son:

-Establecer un límite de edad para la venta o consumo.

-Incrementar sus precios aumentando los impuestos que las agravan.

-Regular la venta y el consumo en determinados lugares o regular los horarios de venta.

-Prohibir la publicidad y el patrocinio.

3.3 PRINCIPIOS DE PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

Varios son los principios que regulan la actuación o los valores de la prevención en drogodependencias. El NIDA (1997) plantea los siguientes:

1. Los programas de prevención se deberían diseñar para realzar los factores de protección e invertir o reducir los factores de riesgo.

2. Los programas de prevención deberían tener como objetivo todas las formas de abuso de drogas, incluyendo el consumo de tabaco, alcohol, marihuana e inhalantes.
3. Los programas de prevención deberían incluir estrategias para resistir el ofrecimiento de drogas, reforzar el compromiso personal contra el uso de drogas e incrementar la competencia social, junto con el refuerzo de las actitudes contra el uso de drogas.
4. Los programas dirigidos a los adolescentes deberían incluir métodos interactivos, como grupos de discusión de compañeros, más que la enseñanza didáctica de técnicas aisladas.
5. Los programas de prevención deberían incluir a los padres o cuidadores que refuercen lo que los chicos están aprendiendo y que genere oportunidades para discutir en la familia sobre el uso de sustancias legales e ilegales y la postura que adopta la familia sobre su uso.
6. Los programas de prevención deberían ser a largo plazo, durante la etapa escolar con repetidas intervenciones para reforzar las metas de prevención originales.
7. Los esfuerzos de prevención centrados en la familia tienen un mayor impacto que las estrategias que se centran únicamente en los padres o únicamente en los chicos.
8. Los programas comunitarios que incluyen campañas en los medios de comunicación de masas y cambios en las políticas, son más efectivos cuando se aplican junto con intervenciones en la escuela y en la familia.
9. Los programas de la comunidad necesitan reforzar las normas contra el uso de drogas en todos los marcos de prevención de abuso de drogas, incluyendo la familia, la escuela y la comunidad.
10. La escuela ofrece la oportunidad de alcanzar a todas las poblaciones y también sirve como importante escenario para subpoblaciones específicas en riesgo de abuso de drogas.
11. La programación de la prevención debería ser adaptada para tratar la naturaleza específica del problema del abuso de drogas en cada comunidad.
12. A mayor nivel de riesgo de la población objetivo, el esfuerzo preventivo debería ser más intensivo y debería comenzar antes.
13. Los programas de prevención deberían ser específicos para la edad de los individuos a los que va dirigido, apropiados al nivel de desarrollo y ser sensibles culturalmente.

Por otro lado, desde el Plan Nacional sobre Drogas (1996) se afirman los siguientes principios para los programas de prevención de drogodependencias:

- 1) Deben tener una adecuada correlación con las características específicas del problema en el seno del colectivo social en el que se desarrolla el programa, debiendo para ello estar debidamente ajustados a la valoración previa de las necesidades.

- 2) Deben cumplir unas exigencias metodológicas en su planificación, implementación y evaluación.
- 3) Deben estar basados en teorías contrastadas, debiendo estar considerados, por tanto, como áreas de trabajo científicas.

3.4 ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ADICCIONES

En España se pueden encontrar varios programas de prevención de drogodependencias originados de diversas instituciones. Sin embargo, desde el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, se crea la Estrategia Nacional sobre Adicciones, que cumple una función crucial y de gran importancia sobre la prevención a nivel nacional.

La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 se presenta como un documento participativo y de consenso, acordado entre todas las Administraciones Públicas, las organizaciones no gubernamentales del sector, las sociedades científicas, los centros de investigación, y todas aquellas instancias públicas y privadas que forman parte del Plan Nacional sobre Drogas. (ENA 2017-2024)

La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 se fundamenta y apoya en las dos que le precedieron (Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 y Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2016, así como en los tres Planes de Acción que desarrollaron ambas Estrategias (Plan de Acción sobre Drogas 2005-2008, en el caso de la primera Estrategia, y Planes de Acción sobre Drogas para los períodos 2009-2012 y 2013-2016, respectivamente, en el caso de la segunda) (ENA 2017-2024)

Los objetivos generales que se plantean en el ENA 2017-2024 son:

- Disminuir los daños asociados al consumo de sustancias con potencial adictivo y los ocasionados por las adicciones comportamentales.
- Disminuir la presencia y el consumo de sustancias con potencial adictivo y las adicciones comportamentales.
- Retrasar la edad de inicio a las adicciones.

Como objetivos estratégicos presenta:

- Reducir la presencia y promoción de las drogas y de otras conductas susceptibles de generar adicción.
- Limitar la accesibilidad de los menores a las drogas y a otras conductas susceptibles de adicción.
- Promover una conciencia social de riesgos y daños provocados por las drogas y adicciones, aumentar la percepción del riesgo asociado al consumo y a determinadas conductas adictivas y contar con la participación ciudadana a este propósito.
- Reducir la injustificada percepción en la sociedad y especialmente en menores, sobre la “normalidad” de los consumos de drogas, fundamentalmente de cannabis y de alcohol.

- Desarrollar habilidades y capacidades personales que reduzcan la vulnerabilidad frente a los consumos de drogas y otras conductas susceptibles de provocar adicción.
- Promover conductas y hábitos de vida saludables, usos saludables de las nuevas tecnologías y alternativas de ocio sanos, incompatibles con el abuso de sustancias y otras conductas adictivas.
- Detectar precozmente y prevenir los consumos de mayor riesgo (Consumo por parte de menores, embarazadas, durante la conducción de vehículos...)

Para llevar a cabo los distintos programas de prevención y las áreas de actuación e intervención, desde el ENA 2017-2024, se plantean dos metas con sus respectivas áreas de actuación.

Meta 1: Hacia una sociedad más saludable e informada.

Áreas de actuación:

- Prevención y reducción del riesgo.
- Atención integral y multidisciplinar.
- Reducción de daños.
- Incorporación social.

Meta 2: Hacia una sociedad más segura.

Áreas de actuación:

- Reducción y control de la oferta
- Revisión normativa
- Cooperación judicial y policial a nivel nacional e internacional

Para realizar los diversos programas de prevención de manera óptima y correcta, se debe clarecer cuál será la población receptora de los diversos programas. Según el PNSD, la población diana sería:

- ⌋ La sociedad en su conjunto
- ⌋ La familia
- ⌋ La población infantil, adolescentes y jóvenes
- ⌋ La comunidad educativa
- ⌋ La población laboral
- ⌋ Los colectivos en situación de especial vulnerabilidad

4. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

4.1 DEFINICIÓN

Cuando se trata a un individuo con un trastorno por consumo es muy frecuente que aparezca lo que se conoce como recaída. Las definiciones de recaídas son variadas, comprenden desde un único consumo de una sustancia después de un período de abstinencia, hasta el retorno al patrón de consumo previo al inicio del tratamiento (Connors et al., 1996).

Según Morcillo García (2015) las maneras de desarrollarse la recaída son:

- 1) Aguda, en el establecimiento rápido y fulminante de los síntomas. El tiempo que transcurre entre el saneamiento y el desarrollo de los síntomas, tiempo en adaptarse a la nueva vida, entonces los síntomas de recaída van maltratando agudamente el proceso que se estaba llevando a cabo hasta ese momento.
- 2) Crónica, los síntomas debilitantes van progresando de forma gradual pero severa. El tiempo transcurrido entre la obtención de la salud física y la recaída es mucho más insidioso y prolongado. El organismo se va volviendo disfuncional cada día.

Trujols, Tejero y Casas (1996) refieren que en el tratamiento de las conductas adictivas, los procesos de recaída de los pacientes ya desintoxicados constituyen un reto asistencial continuo e ineludible debido a la elevada frecuencia con que se presentan. Además, señalan la relevancia del impacto psicológico que las recaídas en los hábitos tóxicos generan en el curso del trastorno por dependencia del paciente adicto, en los terapeutas y en la propia dinámica asistencial.

Los factores y variables que se han identificado con más claridad que pueden predecir una recaída son: los problemas psicosociales, los estados emocionales negativos, la ansiedad, la autoeficacia, la comorbilidad psicopatológica, la severidad adictiva y algunas otras variables relacionadas con el proceso de tratamiento. Parece ser que, en general, la recaída supone un importante desafío en el tratamiento de cualquier trastorno de la conducta, incluyendo el trastorno relacionado con el consumo de drogas (Sánchez-Hervás, Llorente Del Pozo, 2012).

4.2 CRAVING

Es importante mencionar el concepto de “craving” que hace referencia al deseo incontrolable por consumir o que implica un profundo sentimiento de anhelo hacia el mismo. En muchas ocasiones, es este fenómeno el responsable de las recaídas en los individuos, además del abandono o retirada temporal del tratamiento, por lo que es un concepto muy importante y clave en el consumo.

Del concepto craving surgen algunas discusiones en torno a sus características, Morcillo García (2015) plantea unos factores comunes en las distintas teorías:

-El deseo o craving a drogas forma parte de la adicción.

5. TRABAJO SOCIAL Y POBLACIÓN DROGODEPENDIENTE

5.1 MODELOS DE INTERVENCIÓN

Desde el ámbito de Trabajo Social, la atención e intervención hacia la población drogodependiente forma parte de su historial desde hace varios años. Los primeros programas orientados hacia dicho colectivo se han modificado y evolucionado hasta originar varios modelos de intervención.

El ámbito de trabajo social que dedica su intervención a la población drogodependiente o con patología dual, es el trabajo social sanitario. Para comprender como se instaura el trabajo sanitario en España es necesario hacer un breve recorrido de la profesión en el país.

El trabajo social en España antes de los años 50 se realizaba a través de profesionales independientes o en hospitales regidos por Órdenes religiosas. A partir de los años 50 comienzan a instaurarse una serie de organismos no gubernamentales y privados, y hospitales para atender patologías concretas. Pasada la década comenzarían los trabajadores sociales, (en la época denominados como asistentes sociales) a trabajar en hospitales psiquiátricos y hospitales generales.

La Ley General de Sanidad del año 1986 incluye una reforma psiquiátrica que afirmaba que la asistencia psiquiátrica debía considerarse como una prestación más del sistema sanitario, por lo que la atención debía prestarse desde el ámbito comunitario. Aquí encuentra sus inicios el trabajo social sanitario, y por ende la atención directa especializada en el contexto de salud mental a la población afectada por un trastorno por consumos o patología dual en la profesión.

Gutiérrez Resa (2007) plantea cuatro modelos de intervención a las drogodependencias desde el trabajo social:

El modelo ético-jurídico concede la mayor importancia a la sustancia consumida. Su objetivo es evitar el consumo en los individuos. Es un modelo caracterizado por la represión, la estigmatización y criminalización.

El modelo médico-sanitario considera al consumidor un enfermo que necesita de un diagnóstico, tratamiento y cura. El objetivo que persigue es reducir el consumo y aumentar el control sobre las sustancias. Sus estrategias originan estigmatización y prejuicios.

El modelo psicosocial otorga la importancia al individuo y su comportamiento en relación sustancia-individuo-contexto. Establece diferencias entre la cantidad, frecuencia y modalidades de consumo de drogas. Este modelo afirma que existen factores individuales que pueden llevar a probar una sustancia, además de factores grupales que incitan al consumo. El objetivo que plantea es reducir la tendencia al consumo y modificar determinados estereotipos culturales que disminuyan la presión grupal.

El modelo sociocultural da importancia al contexto social y cultural entre los elementos interactuantes, afirmando que las drogas adquieren su significado no tanto por las características farmacológicas como por la manera en que la sociedad determina sus usos

y consumidores. Plantea que el consumo se debe considerar como una relación entre la sustancia, el individuo y el contexto.

Los profesionales de trabajo social han debido de adaptarse y modificar su trabajo en base a los modelos o estereotipos que influían sobre la persona drogodependiente, de tal forma que las respuestas que estos daban eran variables.

Tabla 8. Modelos de trabajo social sobre las intervenciones en drogodependencia.

Estereotipo	Imagen social	Respuesta Social	Modelo
El drogodependiente es un delincuente.	Transgresión normativa. Inseguridad.	Medidas legislativas y punitivas.	Modelo ético-jurídico.
El drogodependiente es un enfermo.	Capacidad de las sustancias que afectan el funcionamiento de los organismos y la dificultad de éstos de hacer frente a la agresión.	Medidas sanitarias.	Modelo médico-sanitario.
El drogodependiente es una víctima de las desigualdades sociales.	La influencia de factores sociales que intervienen en la adquisición y mantenimiento de la drogodependencia. Vulnerabilidad en función de la desigualdad social.	Medidas de integración y apoyo social.	Modelo socio-cultural.

Fuente: PNSD. Actuar es posible, 1998.

Gutiérrez Resa (2017) afirma que en la actualidad, en el ámbito de las drogodependencias los profesionales del trabajo social junto a otros profesionales constituyen el conjunto “mediadores sociales” como núcleo básico capaz de desarrollar una estrategia preventiva en el ámbito comunitario.

Desde los distintos programas, el conjunto de actuaciones pretende: mantener un nivel informativo básico sobre las drogas más utilizadas, sensibilizar a la población para que adopte las medidas oportunas ante la aparición de nuevas patologías o nuevas formas de consumo, ofrecer la posibilidad de que cualquier persona contacte con un profesional, y concienciar a la población de que el fenómeno de las drogas afecta a todo el mundo,

directa o indirectamente, indicando que es imprescindible su participación (Ramón, E.2001)

En el ámbito de trabajo social, se plantea necesario que los profesionales que se dediquen al área de drogadicción, deben de ser profesionales especializados y cualificados para ello y mantenerse informados constantemente sobre los avances en el campo y las modificaciones en la intervención.

Desde el área del trabajo social comunitario se fomenta que las diversas problemáticas sociales sean asunto propio de la comunidad, por lo que actúan sobre las mismas procurando resolverlas acompañándose de la población.

El trabajador social en el ámbito comunitario debe ser conocedor de personas, instituciones, asociaciones, redes sociales y problemas, además de coordinador del conjunto de agentes sociales que abordan las drogodependencias. En consecuencia, y a pesar del auge de los servicios especializados para la atención de los problemas específicos de drogodependencias, es conveniente recuperar desde el trabajo social funciones propias de prevención e integración (Gutiérrez Resa, 2017)

En la actualidad se plantea y defiende que la figura del profesional del trabajo social cumpla un papel de coordinación entre los diversos programas de prevención e intervención. Se busca una intervención integral basada en la coordinación no sólo entre los programas, sino entre sectores y servicios especializados.

El diseño de intervención específica en el ámbito comunitario y en drogodependencias pasa por adecuar la metodología por fases (Análisis, valoración, intervención, evaluación y conclusión del proceso) a las características propias que presentan los problemas derivados del consumo abusivo de drogas (Gutiérrez Resa, 2017). Al modelo de intervención en específico, se debe sumar un conocimiento sobre las sustancias psicoactivas, los tipos de consumidores y la comunidad en general.

Como servicios especializados en drogodependencias donde se puede encontrar la actuación del trabajo social, (Gutiérrez Resa, 2017), exponen los siguientes: centros ambulatorios de referencia, comunidades terapéuticas, centros de día, pisos tutelados, talleres ocupacionales, unidades de desintoxicación hospitalaria, unidades de mantenimiento con antagonistas y aversivos, centros de dispensación de agonistas, unidades móviles y centros de contactos, etc.

En Aragón se pueden encontrar varios centros especializados en la patología dual y drogodependencia. Algunos de ellos serían: CC Adicciones, Asociación Aragonesa Pro Salud Mental (ASAPME), Fundación Centro Solidaridad Zaragoza, Centro Municipal de Prevención de Adicciones (CMAPA), Unidades de Atención y seguimiento de adicciones.

A pesar de que el trabajo social en el área de drogodependencia cumple funciones de prevención y actuación desde varios ámbitos como el educativo, sanitario, familiar o personal, también tiene por objetivo la inserción social de los individuos con problemas de consumo.

CONCLUSIÓN

El estudio desarrollado ha mostrado la realidad de la patología dual, definiendo sus causas, diagnósticos, comorbilidad, los diferentes trastornos mentales existentes y diferentes hipótesis sobre la comorbilidad de trastorno mental y trastorno por consumo.

Por otro lado, ha mostrado aspectos de la drogodependencia tales como la clasificación de sustancias, los trastornos por consumo relacionados con el DSM-V, formas de consumo y factores de riesgo y protección.

Se han tratado conceptos de prevención y prevención de riesgos, incluyendo los principios que los rige, conceptos como “craving” o los diferentes niveles de prevención.

Por último, se han revisado los diferentes niveles de intervención que se han desarrollado a lo largo de la historia del trabajo social en la actuación sobre el colectivo de población con problemas de drogodependencia.

Tras la realización del presente estudio se ha comprobado cómo es necesario una revisión teórica sobre la patología dual, para conocer sus causas y la comorbilidad existente con un trastorno por consumo, ya que existe un desconocimiento general hacia esta enfermedad, lo que provoca la creación de estigmas y estereotipos peyorativos que afectan a la población que sufre de la misma.

Se considera necesario aumentar y continuar con las investigaciones sobre dicha patología, para aumentar así el conocimiento sobre la misma y de esta forma mejorar el tratamiento hacia los pacientes. A su vez, se plantea igual de necesario enfocar investigaciones en el ámbito de la drogodependencia, dirigiéndolas hacia el contexto social y sanitario, involucrando a las personas afectadas por trastornos de consumo, y detallar como puede llegar un problema de consumo a afectar a una persona tanto a nivel sanitario como en su esfera personal, social y comunitaria.

El presente trabajo deja varias líneas abiertas de investigaciones, tales como un proyecto de investigación centrado en las personas con patología dual que son intervenidas desde centros de rehabilitación o un estudio sobre cómo las familias de las personas afectadas viven esta enfermedad, tanto a nivel personal como en relación a sus familiares.

Con este estudio se pretendía, además de crear un marco teórico relacionado con la patología dual, naturalizar dicha enfermedad, reducir los prejuicios que recaen sobre la población afectada y mostrar como el trabajo social interviene en la misma.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. American Psychiatric Pub.
- Badia Llober, A. (2019). Clasificación de las drogas-OMS y sus efectos. Recuperado de <https://www.psicologia-online.com/clasificacion-de-las-drogas-oms-y-sus-efectos-918.html>
- Camacho, J. M. (2006). Los diagnósticos y el DSM-IV. 2006.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2018). *Memoria. Plan Nacional sobre Drogas 2018*.
- Del Moral, M., Fernández, P. L., Ladero, L., & Lizasoain, L. (1998). Conceptos fundamentales en drogodependencias. *Ladero L, Lizasoain L. Drogodependencias. Madrid (ES): Medica Panamericana, 1-25*.
- Errasti Pérez, J.M., & Al-Halabi Díaz, S. (2007). Drogas de diseño: Consumo y prevención. *Revista Padres y Maestros, 308,32-35*.
- Fernández Bustos, P. (2010). *Estudio de los factores de riesgos y protección del consumo de sustancias en adolescentes*. [Doctoral]. Universidad de Alcalá.
- García García, V. (2019). *Consumo de sustancias psicoactivas asociado al desempeño cognitivo, la depresión y otras variables psicológicas*. [Doctoral]. Universidad de Córdoba.

- Grau-López, L., Roncero, C., Daigre, C., Gonzalvo, B., Bachiller, D., Rodríguez-Cintas, L., ... & Casas, M. (2012). Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria. *Adicciones*, 24(2), 115-122.
- García Rico, S., & Arévalo Blázquez, D. (2015). La intervención con población drogodependiente en situación de calle. *Documentos de Trabajo Social. Revista de trabajo y acción social.*, 56, 94-112.
- Gutiérrez Resa, A. (2007). *Drogodependencias y Trabajo Social*. Sanz y Torres, S.L.
- Hasin, DS, O'Brien, CP, Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Budney, A., ... y Grant, BF (2013). Criterios del DSM-5 para los trastornos por uso de sustancias: recomendaciones y justificación. *Revista Estadounidense de Psiquiatría* , 170 (8), 834-851.
- Hasin, DS, Trautman, KD, Miele, GM, Samet, S., Smith, M. y Endicott, J. (1996). Entrevista de investigación psiquiátrica para trastornos mentales y de sustancias (PRISM): confiabilidad para abusadores de sustancias. *Revista Estadounidense de Psiquiatría* , 153 (9), 1195-1201.
- Iglesias, E. B. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*, 28(1), 11-20.
- Iglesias, E. B. (2014). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (110), 58-61.
- Marín Navarrete, R., Benjet, C., Borges, G., Hernández, A.-E., Nanni-Alvarado, R., Ayala-Ledesma, M., Fernández-Mondragón, J., & Medina-Mora, M.E. (2013). Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos

psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud Mental*, 36(6), 471-479.

Martínez Luna, N.G. (2019). *Comorbilidad Psiquiátrica y Evolución de Pacientes con Trastorno por Consumo de Sustancias y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactivas*. [Doctoral]. Universidad Autónoma de Barcelona.

Mateu Cogina, G. À. (2019). *Factores genéticos en patología dual*. [Doctoral]. Universidad Autónoma de Barcelona.

Mateu Codina, G.À. (2019). *Los factores de protección, de riesgos y la prevención de recaídas en población drogodependiente: Análisis socioeducativo del Programa de Comunidad de Proyecto Hombre en Granada y del Programa de Pyksida en Nicosia*. [Doctoral] Universidad de Granada.

Mestre Pintó, J.I. (2011). *Evaluación de una entrevista de cribado para la detección de comorbilidad psiquiátrica en sujetos consumidores de sustancias de abuso*. [Doctoral]. Universidad Autónoma de Barcelona.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017). *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024*. (pp. 1-69). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). *Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020*. (pp. 1-64). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Morcillo García, J. (2015). *Inteligencia emocional y prevención de recaídas en pacientes en tratamiento por dependencia a la cocaína*. [Doctoral]. Universidad Miguel Hernández.

- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*.
Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Órgano Oficial de la Sociedad Chilena de Neurología. (2014). DSM-5. Nueva clasificación de los trastornos mentales. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 52(1), 1-66.
- Órgano Oficial de la Sociedad Española de Toxicomanías. (2001). VIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Toxicomanías. *Trastornos Adictivos*, 3(4), 63-76.
- Pedrosa, E. P. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso: revista de educación*, (32), 147-173.
- Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2001*. (2001). Ministerio del Interior.
- Prados-Torres, A., del Cura-González, I., Prados-Torres, J.C., Leiva-Fernández, F., López-Rodríguez, J.A., Calderón-Larrañaga, A., & Muth, C. (2016). Multimorbilidad en medicina de familia y los principios Ariadne. Un enfoque centrado en la persona. *Atención Primaria*, 49(5), 300-307.
- Recio Vivas, A.M. (2013). *Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con patología dual. Análisis de su evolución en un Centro de Tratamiento Específico*. [Doctoral]. Universidad Rey Juan Carlos.
- Rementería, I. D. (2001). *Prevenir en drogas: paradigmas, conceptos y criterios de intervención*. CEPAL.
- Romaní, O. (2008). Políticas de drogas: Prevención, participación y reducción del daño. *Salud Colectiva*, 4(3), 301-318.

Roncero, C. (2015). La validez de instrumentos psicométricos: Un asunto capital en la salud mental. *Salud Mental*, 38(4), 235-236.