

RECONSTRUCCIÓN PERSONAL, PROGRAMA PARA TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

Dorantes Marinez, Luis Enrique; Rico Hernandez, Víctor Salvador*

*Instituto de Psiquiatria del Estado de Baja California.

vrigo66@hotmail.com

RESUMEN:

Objetivo general: Brindar tratamiento médico psicoterapéutico integral a los adictos a sustancias psicoactivas en el estado de baja California.

Objetivos específicos:

- Despertar una conciencia de enfermedad en la población adicta.
- Crear expectativas alternas, con elementos de novedad, en el manejo para aumentar el rapport de la población blanco.
- Modificar positivamente el concepto que se tiene del modelo de tratamiento médico-psiquiátrico.
- Manejar el síndrome de abstinencia a sustancias psicoactivas.
- Rehabilitar y brindar elementos que aseguren una adecuada reinserción familiar, laboral y social.

Marco teórico: El enfoque empleado en el programa para el abordaje de los usuarios de sustancias psicotrópicas a tratar para su rehabilitación se basa en el empleo de técnicas y procedimientos derivados de conocimiento medico-psicológico. Se considera a todo usuario de drogas como portador de enfermedad que afecta su funcionamiento físico, mental y social, pero al mismo tiempo con la posibilidad de recibir ayuda en la disminución de los síntomas que componen la enfermedad y una oportunidad de cambio en el patrón compulsivo de consumo a mediano y largo plazo.

Estrategias del programa Se divide en las siguientes fases:

- Esclarecimiento (realizar un diagnostico)
- Desintoxicación rápida (disminución de los síntomas de supresión)
- Reconstrucción (consiste en psicoterapia grupal bajo el modelo cognitivo-conductual, estructurado en 20 etapas)
- Enfrentamiento-confrontación (sesiones de seguimiento).

RECONSTRUCCIÓN PERSONAL, PROGRAMA PARA TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

OBJETIVO GENERAL

Brindar tratamiento médico y psicoterapéutico integral a los adictos a sustancias psicoactivas dentro y fuera de los Centros de Readaptación Social del Estado de Baja California.

OBJETIVO ESPECÍFICOS

Despertar una conciencia de enfermedad en la población adicta de los centros de readaptación social.

Crear expectativas alternas, con elementos de novedad, en el manejo para aumentar el rapport de la población blanco.

Modificar positivamente el concepto que se tiene del modelo de tratamiento médico-psiquiátrico.

Manejar el síndrome de abstinencia a sustancias psicoactivas.

Rehabilitar y brindar elementos que aseguren una adecuada reinserción familiar, laboral y social.

ESTRATEGIAS

Impulsar actividades informativas.

Utilizar denominaciones secundarias para conceptos convencionales. Pero cuidando el compromiso de una atención fundada en sólidas bases científicas.

Brindar una evaluación médico-psiquiátrica y tratamiento sintomático de la abstinencia.

Psicoterapia cognitivo-conductual.

Implementar al manejo formal, el uso de patrones de conducta repetitivos con significado autorreferencial para el grupo.

Observar y evaluar al paciente durante otras actividades e interacciones fuera de la sala de terapia.

Influir y motivar a que otras actividades dentro de las Instituciones Penitenciarias sean acordes a la filosofía y estrategias de Reconstrucción Personal.

MARCO TEÓRICO

El enfoque empleado para el abordaje de los usuarios de sustancias psicotrópicas a tratar para su rehabilitación se basa en el empleo de técnicas y procedimientos derivados de conocimiento médico-psicológico. Es decir, se considera a todo fármaco dependiente como portador de una enfermedad que afecta su funcionamiento físico, mental y social (familiar y laboral), pero al mismo tiempo con la posibilidad de recibir ayuda en la disminución de los síntomas que componen la

enfermedad (estados disfóricos, variaciones en su comportamiento, alucinaciones, pánico, etc.) y una oportunidad de cambio en el patrón compulsivo de consumo a mediano y largo plazo.

Debido a esto es que antes de entrar en la descripción de cuales son esas técnicas y procedimientos con las que el programa de Reconstrucción Personal opera, es necesario hacer una breve descripción que encuadre como una entidad nosológica al fenómeno de las adicciones.

Los cambios que las sustancias psicotrópicas producen en el comportamiento derivados de la fisiopatología resultante de su consumo nos permiten delimitar los cuadros ocasionados (1) por la súbita aparición de la misma en la circulación sanguínea, (2) mantenimiento de los niveles por la repetida administración y (3) la disminución (repentina o gradual) por la suspensión del consumo. Cada uno de estos casos deriva en lo que conocemos como intoxicación, dependencia y abstinencia, respectivamente.

La intoxicación, en estos casos aguda, se describe como un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotrópicas o de alcohol que produce alteraciones a nivel de la conciencia neurológica, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento, así como de otras funciones y respuestas fisio-psicológicas. La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo, y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia. Aún cuando los síntomas de la intoxicación no tienen por que reflejar siempre la acción primaria de la sustancia, existen algunos lineamientos o criterios diagnósticos que pueden delimitarse de manera general.

En esta guía mencionamos sólo los síntomas y signos correspondientes a la intoxicación por las sustancias más comúnmente utilizadas en la población adicta de nuestra región. De la misma manera proporcionamos una descripción de lo correspondiente al cuadro de dependencia y abstinencia. En lo que respecta al manejo farmacológico y psicoterapéutico empleado por Reconstrucción Personal, será atendido en sus secciones correspondientes.

Criterios para la dependencia de sustancias

Podemos considerar que una persona ya es dependiente cuando el consumo de la sustancia de que se trate ya sigue un patrón de consumo desadaptativo que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativos. La *dependencia* gira en torno a dos fenómenos bien identificados: La tolerancia y la abstinencia. La primera caracterizada por una necesidad de consumir cantidades marcadamente crecientes de una sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, en otras palabras, el efecto que se alcanza con las mismas cantidades disminuye claramente con su consumo cotidiano. La segunda, caracterizada por la aparición de síntomas marcadamente molestos, en algunos casos incapacitantes, desencadenados por la suspensión en el consumo. El mal llamado *síndrome de abstinencia* (Entendiendo por el término síndrome a el conjunto de signos y síntomas que se presentan siempre juntos independientemente de la etiología) en realidad es diferente para cada sustancia que lo provoca. Es así que, como se mencionará más

adelante, el conjunto de síntomas que se presentan en la abstinencia a la cocaína es distinto del que se presenta en la abstinencia a heroína o a metanfetaminas.

En la dependencia, además de la (1)abstinencia y la (2)tolerancia, existe (3)un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia; (4) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un cigarrillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia; (5) hay una reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia; y (6) se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Todo lo anterior se debe haber presentado en algún momento de un período continuado de 12 meses.

Tratamiento de la abstinencia

El manejo de la *Abstinencia* convencionalmente se encamina hacia la atenuación o control de los síntomas y la vigilancia de posibles descompensaciones orgánicas. Por ejemplo, en el caso de la *abstinencia a metanfetaminas* es frecuente el uso de benzodiazepinas y neurolépticos considerando que las consecuencias más frecuentes son los cuadros de ansiedad, las ideas delirantes y las alucinaciones. En el caso de los *opiáceos* el criterio es similar, por lo que también se administran ansiolíticos, neurolépticos, antidiarreicos y analgésicos.

En todo momento se hace imprescindible una evaluación previa de cada caso por medio de la elaboración de una historia clínica completa. Este tipo de exploración invariablemente debe incluir el reconocimiento del estado mental en el que se encuentra el interno al momento de iniciar el manejo.

Por desgracia, durante mucho tiempo la fármacodependencia se ha considerado simplemente como un problema moral; de esto ha resultado que todos los factores complejos que contribuyen a su producción no han recibido, por algunos sectores de la comunidad terapéutica, la atención científica que merecen y el interés en tratarlo no concuerda con la gravedad del problema social. Es necesario aproximarse al paciente manteniendo en mente que su problema surge de diferentes factores de cuyos orígenes y manifestaciones no siempre él está consciente. Se debe revisar la vida y experiencias mentales del paciente con el propósito de descubrir los principales condicionantes que lo han inducido a consumir sustancias.

PROCEDIMIENTOS DE RECONSTRUCCIÓN PERSONAL

Basados en los conceptos teóricos explicados, el programa de Reconstrucción Personal se divide en las siguientes fases:

- ESCLARECIMIENTO

Realizar un Diagnóstico y explicar al paciente en que consiste el tratamiento

- DESINTOXICACIÓN RÁPIDA

Disminuir los síntomas de la supresión, acortar la misma y comenzar la deshabituación

- RECONSTRUCCIÓN

Ayudar a los pacientes a comprender la imprecisión de sus suposiciones cognoscitivas y aprender nuevas estrategias y maneras de hacer frente a los problemas

- ENFRENTAMIENTO-CONFRONTACIÓN

Conciencia de necesidad de mantenerse en abstinencia

- REINSERCIÓN

Sostenimiento de la abstinencia

Esclarecimiento

Objetivo: Brindar la información así como la confianza necesaria para decidir iniciar o no su tratamiento al programa. Además de dar a conocer las condiciones del tratamiento.

Definición: Primera fase de atención donde se obtiene información del paciente que nos permita concluir en un diagnóstico multiaxial y entonces decidir el inicio del tratamiento, sea o no farmacológico (es decir con o sin el M5). Así mismo se le explica al paciente en que consiste el tratamiento de rehabilitación, en todas sus fases.

En esta Fase se inicia el Rapport y se establecen los acuerdos necesarios para el tratamiento, llegando finalmente al consentimiento por escrito del paciente para integrarse al programa.

Metodología: Entrevista no estructurada, Medico-paciente. El interno dentro del CERESO puede acudir a tratamiento por diversos medios: voluntario, referido por el juez, por autoridades centro, incluso a petición familiar. Se inicia con una entrevista no estructurada medico-paciente en la que se le brinda información de las condiciones del tratamiento y se explica en que consiste el mismo, así mismo se lleva a cabo labor de convencimiento para lograr su cooperación para recibir tratamiento.

Por medio de esta entrevista, el médico inicia contacto con el interno tratando de obtener información que al final nos conduzcan a la elaboración de un diagnóstico multiaxial. Se lleva a cabo una minuciosa recolección de datos biográficos, psicológicos y clínicos, en medio de un ambiente que en apariencia es informal, pero el médico nunca pierde de vista dos objetivos: ganar la confianza del interno y completar los datos contenidos en el formato de la historia clínica (incluyendo un examen físico completo) y el examen mental convencionales. Es por esto que la

entrevista se conduce adoptando la actitud de una plática casual.

Debido a que nos estamos refiriendo al abordaje de entidades nosológicas bien definidas y clasificadas como alteraciones mentales y del comportamiento utilizamos la clasificación diagnóstica propuesta por la Asociación Psiquiátrica Americana, incluyendo sus cinco ejes diagnósticos, mismos que a continuación se describen:

EJE I. **Trastorno clínico**

(Condición que es el foco de la atención principal).

El eje I describe todos los trastornos incluidos en la clasificación excepto los trastornos de la personalidad y el retraso mental (mismos que se han incluido en el eje II. Cuando se presentan más de un trastorno del Eje I, debe indicarse en primer lugar el diagnóstico principal o el motivo de consulta. Cuando una persona presente un trastorno del Eje I y otro del Eje II, se supondrá que el diagnóstico principal o el motivo de consulta corresponden al Eje I, a menos que el diagnóstico del Eje II vaya seguido de la frase "diagnóstico principal" o "motivo de consulta".

EJE II. **Trastornos de la Personalidad.**

(Retraso mental)

El Eje II incluye los trastornos de la personalidad y el retraso mental, también puede utilizarse para hacer constar mecanismos de defensa y características desadaptativas de la personalidad. Enumerar los trastornos de la personalidad y el retraso mental en un eje separado asegura que se tomará en consideración la posible presencia de trastornos de la personalidad y retraso mental, anomalías éstas que pudieran pasar desapercibidas cuando se presta atención directa a trastornos del Eje I, habitualmente más floridos.

EJE III. **Condición médica general.**

El Eje III incluye las enfermedades médicas actuales que son potencialmente relevantes para la comprensión o abordaje del trastorno mental del sujeto. Estos estados están clasificados fuera del capítulo "Trastornos Mentales" de la CIE-10.

Las enfermedades médicas pueden relacionarse con los trastornos mentales de diferentes modos. En algunos casos es evidente que la enfermedad médica constituye un factor causal directo para el desarrollo o empeoramiento de síntomas mentales, y que los mecanismos implicados en este efecto son fisiológicos. Cuando se supone que un trastorno mental es consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica, en el Eje I debe diagnosticarse un trastorno mental debido a enfermedad médica, y esa enfermedad debe registrarse tanto en el Eje I como en el Eje III.

EJE IV. **Problemas psico-sociales y ambientales. (Consultar Anexo 1)**

En el Eje IV se registran los problemas psico-sociales y ambientales que pueden afectar el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los trastornos mentales, un problema psico-social o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, un estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos

personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona. Cuando una persona tiene problemas psico-sociales o ambientales múltiples, el clínico debe tomar nota de todos aquellos que juzgue relevantes. En general. El clínico sólo debe hacer constar aquellos problemas psico-sociales y ambientales que hayan estado presentes durante el año anterior a la evaluación actual. Sin embargo, el clínico puede decidir el registro de problemas psico-sociales y ambientales acaecidos antes del año anterior si han contribuido claramente al trastorno mental o se han constituido en un objetivo terapéutico.

EJE V. **Evaluación de la actividad global. (Consultar Anexo 2)**

El Eje V incluye la opinión del clínico acerca del nivel general de actividad del sujeto. Esta información es útil para planear el tratamiento y medir su impacto, así como para predecir la evolución. El registro de la actividad general en el Eje V puede hacerse utilizando la escala de evaluación de la actividad global (EEAG). La EEAG puede ser particularmente útil al seguir la evolución del progreso clínico de los sujetos en términos globales, utilizando una medida simple. La EEAG sólo debe ser cumplimentada en relación a la actividad psicosocial, social y laboral. Las instrucciones especifican: "No incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales)". En la mayoría de los casos las evaluaciones de la EEAG deben referirse al período actual (es decir, el nivel de actividad en el momento de la evaluación) puesto que las evaluaciones de la actividad actual reflejarán generalmente la necesidad de tratamiento o intervención.

Una vez que se ha convencido al paciente de recibir tratamiento y habiéndole explicado las características del programa, el médico sondeará el nivel de motivación, así como la conciencia inicial del paciente con el siguiente ejercicio. Es común que en esta fase el adicto se muestre convencido de dejar de consumir y deseoso de comenzar el tratamiento de recuperación. Al preguntársele suelen referir solo los aspectos negativos del consumo de droga.

Desintoxicación rápida (M-5)

Objetivo: Una vez concluidos los 5 días de tratamiento médico, el interno se encuentra sin presentar signos y síntomas de abstinencia.

Marco conceptual: Existe una gran cantidad de métodos y aplicaciones neurofarmacológicas de las que el clínico puede auxiliarse para estabilizar a un paciente en el proceso de abstinencia. En todo momento, como ya se mencionó anteriormente, la decisión de tratamiento invariablemente tiene que ser tomada después de haber analizado cuidadosamente no solo las necesidades de alivio sintomático del paciente, sino también el estado médico y mental por el que está cursando ya que, desde luego, existen contraindicaciones para cualquier método que se vaya a emplear.

En reconstrucción personal adoptamos el esquema de desintoxicación rápida, lo que obedece

a las características de la población a atender, los tipos de drogas de impacto más frecuentemente utilizadas, así como la farmacodinamia de estas últimas. De los censos realizados en los CERESOS de Mexicali y Tijuana destacaron como principales drogas de impacto las **metanfetaminas** (cristal) y los **opiáceos** (heroína). En tercero y cuarto lugar aparecen la **marihuana** y **cocaína**, respectivamente.

En la búsqueda de un mejor entendimiento de la planeación del manejo farmacológico nos vemos en la necesidad de entender cual es la trayectoria y alteraciones que las sustancias psicoactivas producen al momento de tener contacto con los diferentes órganos y sistemas.

Neurotransmisores: Los sitios del sistema nervioso central en donde actúan las drogas son conocidos como neuroreceptores. Por lo regular estos neuroreceptores funcionan como activadores o depresores de la neurona en la que se encuentren por medio de estímulos de sumación entre ellos mismos. Las sustancias endógenas que trabajan a este nivel son conocidas como neurotransmisores. Por medio de técnicas de biología molecular actualmente se han identificado diferentes tipos y subtipos de neuroreceptores, llegando incluso al detalle de conocer las secuencias proteicas específicas de todos ellos. Para que una molécula sea clasificada como neurotransmisor debe reunir los siguientes criterios:

- (1) La molécula es sintetizada en el interior de la neurona;
- (2) está presente en la neurona presináptica y es liberada en la despolarización en cantidades fisiológicamente significativas;
- (3) cuando es administrada exógenamente, como droga, es capaz de mimetizar los efectos del neurotransmisor endógeno; y
- (4) existe un mecanismo en la neurona o en la hendidura sináptica para remover o inactivar a la sustancia.

Los tres principales tipos de neurotransmisores en el cerebro son las **aminas biogénicas** (dopamina, norepinefrina, epinefrina, serotonina, histamina y acetilcolina), **los aminoácidos** (Acido gamaaminoburítico (GABA) y glutamato) y **los péptidos**. Los neurotransmisores aminoácidos están presentes en poco más del 70% de todas las neuronas. Sin embargo, dependiendo de las funciones en las que se involucren, los neurotransmisores se encontrarán en mayor o menor proporción dependiendo de la región cerebral donde se produzcan obedeciendo a las necesidades de respuesta del área que se trate. Así tenemos que el tracto más importante para la dopamina es la región nigro-estriada, la mesolímbica y la tuberoinfundibular.

El tracto nigro-estriado se proyecta de la sustancia nigra a cuerpo estriado. Cuando son bloqueados los receptores de dopamina al final de este tracto por las drogas antipsicóticas clásicas el resultado es la manifestación de síntomas parkinsonianos, también conocidos como extrapiramidales. Debido a la asociación significativa que existe entre la enfermedad de Parkinson y la depresión, se piensa que de alguna manera el tracto nigro-estriado está involucrado con el control del estado de ánimo.

Además de los neurolépticos, existen otras drogas que afectan el funcionamiento del tracto

dopaminérgico. Tal es el caso de las anfetaminas y la cocaína, especialmente sobre los receptores D2. Las anfetaminas provocan la liberación de dopamina y la cocaína bloquea la captura de dopamina. De esta forma ambas sustancias incrementan la cantidad de dopamina presente en la sinapsis. La cocaína, especialmente cuando se encuentra en forma de crack, es quizás una de las sustancias más adictivas. Los sistemas dopaminérgicos pueden estar particularmente involucrados con el llamado sistema cerebral de recompensa.

En lo que respecta a la epinefrina y nor-epinefrina se sabe que alcanza sus mayores concentraciones en los cuerpos neuronales de la estructura cerebral conocida como locus ceruleus. Los axones de estas neuronas se proyectan a través de la región medial del lóbulo frontal hacia la corteza cerebral, el sistema límbico, el tálamo y el hipotálamo.

El sistema alfa adrenérgico también está involucrado en la producción de algunos efectos secundarios que pueden ser vistos muy frecuentemente con el uso de drogas terapéuticas. El bloqueo de los receptores alfa adrenérgicos es comúnmente asociado con sedación y con hipotensión ortostática. Otra droga que lleva a afectar este sistema es la **clonidina**, misma que está considerada como un agonista de los receptores alfa. Estos receptores regulan negativamente la producción y liberación de la norepinefrina. Debido a estas propiedades es que tiene utilidad su uso en nuestro sistema de manejo de la abstinencia a opioides.

La **serotonina** (principalmente localizada en los núcleos medial y dorsal del tallo cerebral, así como en la región caudal del locus ceruleus y la región interpeduncular. Estas regiones proyectan hacia los ganglios basales, el sistema límbico y la corteza cerebral) está involucrada en el mecanismo de acción de por lo menos dos sustancias ilegales: El **ecstasy** (3,4-metilelenedioximetamfetamina) y el **LSD** (Acido lisérgico de dietilamida). El sistema serotoninérgico es el principal sitio de acción del LSD, sin embargo el mecanismo exacto todavía no está muy claro. El ecstasy tiene un efecto doble, por un lado bloquea la captura de serotonina al mismo tiempo que es un inductor de la liberación masiva de serotonina.

Finalmente, el GABA es el neurotransmisor más abundante en el cerebro. Se sintetiza a partir del glutamato. Una vez liberado en la hendidura sináptica es capturado por la neurona presináptica y por la glía adyacente en donde es metabolizado con la ayuda de una enzima mitocondrial. El GABA está considerado como un neurotransmisor primario en las neuronas intrínsecas. Funciona como mediador en lo que corresponde a la retroalimentación inhibitoria. Lo relevante de este ácido es que uno de sus receptores también tiene afinidad por los medicamentos benzodiacepínicos. Más aun, las benzodiacepinas incrementan la afinidad del GABA por su receptor. Las β -carbolicinas son un tipo de droga que funciona como agonistas inversos en los receptores benzodiacepínicos, por lo tanto su actividad da como resultado una intensa ansiedad y puede llegar a desencadenar crisis convulsivas.

Farmacología de las drogas: Una vez revisado brevemente los sitios en los que actúan los psicotrópicos y estupefacientes estamos en condiciones de considerar algunas particularidades farmacológicas de algunas de las sustancias psicoactivas más utilizadas.

Metanfetaminas

RECONSTRUCCIÓN PERSONAL, PROGRAMA PARA TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

Iniciamos con las metanfetaminas debido su alto índice como droga de impacto o de uso primario. Todos los tipos de metanfetaminas son absorbidos rápidamente oralmente. En el caso de las metanfetaminas de diseño (de fabricación casera) encontramos que producen liberación de catecolaminas y serotonina. La serotonina está considerada como el principal neurotransmisor involucrado en la producción de alucinaciones.

Opioides y opiáceos

Los opioides actúan en receptores específicos o propios ya que existe su equivalente endógeno (endorfinas). Algunos de estos receptores (los μ -opiáceos) están involucrados en la regulación y la mediación de la analgesia, la depresión respiratoria, constipación y dependencia. Los α -receptores están relacionados con la analgesia, la diuresis y la sedación. Los opiáceos y los opioides tienen efectos importantes en los sistemas dopaminérgicos y noradrenérgicos. Actualmente está bien documentado que las propiedades adictivas de los opiáceos y opioides están mediados por la activación de la región tegmental ventral dopaminérgica, mismas que se proyectan hacia al corteza cerebral y al sistema límbico.

Cannabis

El principal componente de la cannabis es el $\Delta 9$ -THC. Sin embargo la planta contiene más de 400 compuestos químicos, de los cuales 60 están químicamente relacionados al $\Delta 9$ -THC. El receptor específico para la cannabis es un miembro de la familia de los relacionados con la proteína P y está relacionado con la inhibición de ella. Este receptor se encuentra ampliamente distribuido en los ganglios basales, el hipocampo, y el cerebelo. Sus concentraciones en la corteza cerebral son realmente bajas. Los estudios más recientes han demostrado que los cannabinoides afectan principalmente a las neuronas monoamínicas y GABAérgicas.

Tratamiento: La **naltrexona** es un antagonista sintético de opiáceo de larga duración con pocos efectos secundarios que se toma oralmente. Su uso se justifica plenamente debido a que no tiene efecto subjetivo o potencial alguno para el abuso y **no es adictiva**. Revierte los efectos de la heroína precipitando con ellos el proceso de abstinencia y acortando su duración. Todos los efectos de los opiáceos quedan completamente bloqueados y, por último, es de larga duración y tiene pocos efectos secundarios.

En el caso de la **clonidina**, tenemos que es un derivado imidazolínic, químicamente afín a la fentolamina y a la tolazolina. Debe sus acciones hipotensoras a la capacidad de estimular los receptores alfa-2 en el hipotálamo. Estos receptores son inhibidores y provocan depresión de los impulsos que vienen desde los centros vasomotores. Cualquier interrupción de las vías desde los centros vasomotores interfiere con esta acción.

Es también un agonista selectivo de los adrenorreceptores alfa-2 que inhibe el flujo simpático central a través de la activación de los adrenorreceptores alfa-2 en el centro vasomotor medular. La clonidina disminuye la presión arterial, la frecuencia cardiaca, el gasto cardiaco y produce sedación en relación a la dosis. A diferencia de los opiodes, produce menor depresión respiratoria, y a diferencia de las benzodiazepinas no potencia la depresión respiratoria con opiodes.

RECONSTRUCCIÓN PERSONAL, PROGRAMA PARA TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

La clonidina suprime los síntomas de privación de opiodes por la inhibición simpática central de receptores alfa-2. La clonidina actúa sobre los adrenorreceptores alfa-2 localizados en las neuronas de las astas posteriores de la médula espinal. También inhibe la liberación de neurotransmisores nociceptivos como la sustancia P (presináptica) y disminuye la despolarización postsináptica. Estos efectos no son antagonizados por la naloxona, pero sí por los antagonistas alfa-2 como la fentolamina.

Definición: Administración del protocolo de tratamiento farmacológico M5. Comprende Naltrexona y Clonidina.

Metodología: Antes de la administración de cualquier medicamento, el médico debe tener una idea clara de las características del paciente, por lo que:

- Se interrogan antecedentes de alergia a los compuestos del protocolo y otros fármacos.
- Se interrogan características del patrón de consumo actual (Tipo de droga, cantidad, frecuencia, tiempo de curso: ¿Desde cuando...?)
- Se seleccionan los pacientes con adicción a heroína y/o metanfetaminas que son a los que se les administrará el M5.
- Se monitorea con especial importancia la tensión arterial al inicio y durante el tratamiento, y si la cifra es menor de 90/60 mmHg no se inicia o se suspende la administración de clonidina y se administra de nuevo cuando la cifra rebasa los 90/60 mmHg. (Ver esquema de administración M5).
- Solo se administra a pacientes con síndrome de abstinencia por las drogas que se mencionan arriba. En los pacientes que no presenten ya signos o síntomas de abstinencia al inicio del protocolo, se les brinda tratamiento sintomático en caso necesario y se mantienen bajo observación médica continua. Se procede de igual manera para pacientes con abstinencia a otras sustancias.
- El paciente permanece en observación médica y aislamiento absoluto durante los 5 días de tratamiento, para evitar posibles accidentes causados por hipotensión arterial.
- En los pacientes que se inicia o durante el M5, se pueden emplear medicamentos sintomáticos en caso necesario con previa valoración médica.

Reconstrucción

Ayudar a los pacientes a comprender la imprecisión de sus suposiciones cognoscitivas y aprender nuevas estrategias y maneras de hacer frente a los problemas.

Tercera fase de atención que consiste en psicoterapia grupal bajo el modelo cognitivo conductual para la deshabitación al consumo de sustancias adictivas. Estructurado en XX etapas, en las que se entrena al paciente en la adquisición de habilidades del craving y enfrentamiento asertivo ante situaciones de riesgo para evitar el consumo de drogas.

Se basa en un razonamiento teórico subyacente en el cual el afecto y la conducta del

RECONSTRUCCIÓN PERSONAL, PROGRAMA PARA TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

individuo están ampliamente determinados por la manera en que estructura el mundo.

Se utiliza para evaluar y modificar cogniciones maladaptativas e inexactas.

Actividades complementarias (físicas, académicas y culturales) se contempla llevar una programación diaria de actividades que complementen un adecuado trabajo terapéutico.

Enfrentamiento – Confrontación

Objetivo: conciencia de necesidad de mantenerse en abstinencia.

Continúan bajo observación y seguimiento del psicólogo (RP 4).

Iniciar gestión de la necesidad de continuar en mantenimiento a través de la pertenencia a un grupo de ayuda mutua (RP GAM).

Se valoran posibles reingresos a las diversas etapas de reconstrucción personal.

El psicólogo hace derivaciones o referencia al área médica del programa en caso de detectar algunos de sus pacientes en el consumo de sustancias adictivas.

Reinserción

Objetivo: mantenimiento en abstinencia.

La abstinencia se logra por medio del mantenimiento a través de una serie de actividades como la promoción, practica de estilo de vida saludable y la participacion activa dentro del grupo de ayuda mutua (RP GAM) conformados por todos los egresados de la fase de enfrentamiento-confrontación.

RESULTADOS

| PROGRAMA RECONSTRUCCION PERSONAL | | | |
|--|---------------|------------|---------------|
| TOTAL DE INTERNOS ATENDIDOS EN EL PROGRAMA EN RP | | | |
| 01 OCTUBRE 2009 A 30 DE SEPTIEMBRE DE 2010 | | | |
| CERESOS | HOMBRES | MUJERES | TOTAL |
| MEXICALI | 2.607 | 235 | 2.842 |
| HONGO MEDIANA | 1.532 | 0 | 1.532 |
| HONGO MINIMA | 245 | 0 | 245 |
| TIJUANA | 4.775 | 213 | 4.988 |
| ENSENADA | 2.054 | 163 | 2.217 |
| TOTAL | 11.213 | 611 | 11.824 |

PROGRAMA DE RECONSTRUCCION PERSONAL

| CENTROS DE ADOLESCENTES | HOMBRES | MUJERES | TOTAL |
|--------------------------------|----------------|----------------|--------------|
| CDA MXLI | 112 | 3 | 115 |
| CEMA | 72 | 2 | 74 |
| CDA TIJUANA | 183 | 35 | 218 |
| CDA ENSENADA | 96 | 5 | 101 |
| TOTAL | 463 | 45 | 508 |