

Trastornos adictivos | BOLETÍN INFORMATIVO

Vol. 2 - No. 2
mayo – agosto 2017

ISSN: 2518-4288
IRNPS: 2430

GRUPO DE INVESTIGACIONES SOBRE ADICCIONES
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA



Boletín Trastornos adictivos

¿Qué es?

El boletín Trastornos Adictivos es una publicación seriada cuatrimestral coordinada por el Grupo de Investigaciones sobre Adicciones (CEDRO) de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana que tiene como objetivo contribuir a divulgar resultados científico-técnicos y los avances relacionados con la prevención y atención de dicha problemática de salud en Cuba y el resto del mundo. Permite la actualización sobre las consecuencias y abordaje del uso indebido de drogas y de la práctica de actividades adictógenas desde una perspectiva interdisciplinaria y multisectorial, siendo consecuente con las prioridades y objetivos del Sistema Nacional de Salud. Consecuentemente con su adscripción universitaria brinda información actualizada sobre el enfrentamiento al flagelo de las adicciones desde las aristas docente, investigativa y extensionista.

¿A quién va dirigido?

Es un servicio orientado a todos los profesionales de la salud de Cuba y en especial a aquellos que integran la comunidad universitaria y que asumen ésta temática como la arcilla fundamental de su quehacer en aras de contribuir al bienestar físico psíquico y espiritual de nuestro pueblo. Desde esta perspectiva contribuye a incrementar la cultura general integral de los interesados.

¿Cómo usarlo?

Se distribuye en formato electrónico a los usuarios de la Red Académica sobre Adicciones. También puede ser consultado y descargado en <http://instituciones.sld.cu/cedro/boletin>, disponible desde el portal de instituciones de Infomed.

¿Para qué?

Este boletín se concibió para mantener actualizados regularmente a los usuarios acerca de la repercusión de la temática Adicciones en la salud humana. No se trata de un servicio concebido para la toma de decisiones médicas, sino para orientar sobre las tendencias más actuales en el ámbito de la docencia, la asistencia, las investigaciones y la extensión universitaria.

¿Quién realiza el servicio?

El boletín Trastornos Adictivos lo realiza un comité editorial integrado por expertos en los temas de prevención y atención a las adicciones de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Proyecciones futuras

Las proyecciones futuras del boletín son posicionarse como un recurso informativo de excelencia que sirva de base científica a quienes se forman como profesionales de la salud, a quienes abordan esta problemática desde la vertiente científico técnica y a quienes en el día a día asumen la responsabilidad de atender a los pacientes víctimas de este flagelo.

¿Qué beneficios ofrece a los usuarios?

Nuestros tres números anuales aportan información necesaria para mantenerse actualizado en un tema que demanda sistematicidad y operatividad por sus implicaciones sobre la salud humana. Su utilización como base bibliográfica por los cursistas del Diplomado Nacional Abordaje Integral de las Adicciones y de la Maestría en Prevención del uso Indebido de Drogas, coordinadas desde CEDRO, constituye otro beneficio de gran valía para su equipo de realización. Este es un servicio que puede ser usado en Cuba y en cualquier otro lugar, por una institución o persona.

Neuropsicología, adicciones y Mindfulness	Página 3
El acompañamiento terapéutico en el campo de las adicciones	Página 7
Caso clínico: alergia a drogas de abuso en adolescentes	Página 20
DESDE INTERNET: Nuevo cóctel letal de opioides detectado en varios estados norteamericanos	Página 27
Un regalo de esperanza	Página 29

NEUROPSICOLOGÍA, ADICCIONES Y MINDFULNESS.

Por Raquel Ruiz Iñiguez

Universidad Nacional de Estudios a Distancia. Madrid, España

Basado en AEMIND - MINDFULNESS Y ADICCIONES (Tomás V, del Pino M y Climent A) Documento elaborado por la Asociación Española de Mindfulness.

La asociación Española de Mindfulness y Compasión (AEMind) es una asociación sin ánimo de lucro, que nace en 2008, dedicada a la promoción y formación de profesionales de la salud y la educación interesados en integrar la atención plena (mindfulness) en la práctica clínica y educativa. Su objetivo es mejorar la calidad de las intervenciones terapéuticas y educativas y promover el desarrollo de la conciencia, tanto del paciente como del terapeuta.

Mindfulness, cuya traducción sería “atención plena” o “consciencia plena” tomó notoriedad en occidente con Kabat Zinn (Universidad de Massachusetts) al aplicarlo para la mejora del estrés en 1978. Desde entonces, el interés y la investigación en intervenciones basadas en mindfulness están aumentando de manera exponencial, particularmente en el terreno de la neurociencia¹⁻³. Entre otros, se ha demostrado efectiva en la prevención de recaídas de la depresión⁴ y en la mejora de la ansiedad y el estrés⁵⁻⁷.

Actualmente, profesionales de la salud mental están descubriendo el potencial de mindfulness para el propio desarrollo personal, la mejora de la relación profesional, la alianza terapéutica y el cambio en psicoterapia. Investigaciones recientes realizadas por clínicos y neurofisiólogos sobre las aplicaciones prácticas, han puesto de manifiesto que el Mindfulness puede incrementar la eficacia de diversas formas de psicoterapia. Mientras que algunas intervenciones se centran en los aspectos de conciencia y atención (las prácticas basadas en la meditación), otras se centran en la aceptación, el desprendimiento y la compasión (prácticas de aceptación y compasión). Las intervenciones terapéuticas más conocidas basadas en mindfulness incluyen la Reducción del Estrés basada en Mindfulness⁸ (MBSR); Terapia Cognitivo-Conductual basada en la Aceptación⁹ (ABCBT); la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness¹⁰ (MBCT); el Programa Psicoeducativo Basado en Mindfulness¹¹ (MBPP); la Terapia de Aceptación y Compromiso¹² (ACT); la Meditación del Amor Amable o Universal¹³ (LKM) y el Diálogo Interno¹⁴ (CMT).

Entre los diversos factores que están implicados en las adicciones y dentro de los biológicos, se encuentran los que tienen que ver con el funcionamiento cerebral y la perpetuación de la adicción. En este sentido debemos considerar que las personas que han desarrollado una adicción, padecen un trastorno que altera el funcionamiento cerebral y que les dificulta la adecuada toma de decisiones, debilita el control de los impulsos y potencia las respuestas automáticas, sobre todo las relacionadas con el consumo de sustancias u otras conductas adictivas. Entre el consumo de sustancias psicoactivas y las disfunciones cerebrales se puede dar una relación bidireccional. Es decir el consumo de sustancias durante periodos prolongados, genera cambios estructurales y funcionales en el cerebro, pero además el mal funcionamiento de determinadas estructuras cerebrales favorece la aparición de adicciones o la consolidación de las mismas.

Los cambios que puede experimentar el cerebro de un adicto, se relacionan entre otros factores, por variables como la historia de consumo, tipo de sustancias consumidas, frecuencia, tasa y vulnerabilidad individual entre otros. Desde la neuropsicología existen modelos y teorías explicativas sobre el inicio y mantenimiento de las conductas adictivas^{15, 16}. Desde esta perspectiva, estas aportaciones tienen en común el planteamiento de que el consumo de drogas desencadena cambios neuropsicológicos y neuroanatómicos que a su vez producen una neuroadaptación funcional en las funciones cognitivas, motivacionales, conductuales y emocionales que influyen en el funcionamiento psicosocial y calidad de vida de las personas con adicciones. Especialmente las funciones alteradas se relacionan con la capacidad de atención, concentración, procesamiento de la información y ejecución de planes de acción (programar conductas dirigidas a objetivos y tomar decisiones adaptativas, habilidades que se agrupan bajo el concepto de “funciones ejecutivas”).

Los distintos modelos neurocientíficos de las adicciones han tratado de asociar los sustratos neurobiológicos con las manifestaciones comportamentales observadas en las adicciones. Desde los modelos clásicos de adicción se ha enfatizado en el papel de los llamados “circuitos de recompensa” o “placer”, en los que se plantea el papel reforzante a corto plazo de las sustancias y los mecanismos de la tolerancia, dependencia y evitación del síndrome de abstinencia, en la consolidación del consumo a largo plazo¹⁷. En los diferentes modelos que han ido surgiendo están los neuroevolutivos,

los que postulan una transición entre procesos de impulsividad (búsqueda de reforzamiento positivo) y compulsión (alivio de malestar), los modelos más centrados en la sensibilización de los mecanismos motivacionales, y los basados en las alteraciones de la toma de decisiones. Se ha buscado una perspectiva dirigida a las funciones de evaluación, rehabilitación y aplicación clínica.

Alteraciones neuropsicológicas relacionadas con el consumo de drogas.

En las publicaciones realizadas por Verdejo y Bechara¹⁸, se revisan los principales hallazgos neuropsicológicos relacionados con los efectos residuales del consumo crónico de varias sustancias de abuso. En el caso de los opioides y la heroína, los efectos residuales están relacionados con la afectación de los procesos ejecutivos de flexibilidad, planificación e inhibición, impulsividad y toma de decisiones. Además de observarse con frecuencia alteraciones en velocidad del procesamiento, atención, procesos visoespaciales y memoria operativa. La variable tiempo de abstinencia facilita que algunos de estos déficits de la atención y flexibilidad sean reversibles.

Para los consumidores de cannabis se han asociado alteraciones temporales en velocidad de procesamiento, atención, memoria, control ejecutivo, toma de decisiones, durante el periodo activo de consumo y días posteriores. Aunque se ha encontrado en varios estudios que la comparación en distintos momentos de abstinencia, apuntan a que una gran mayoría de estas alteraciones parecen recuperarse en abstinencia mantenida. Sin embargo, los procesos deficitarios que parecen mantenerse en el tiempo, se dan en memoria y además en rendimiento ejecutivo parecen perpetuarse más en el tiempo y están relacionadas con la mayor gravedad de la adicción y una edad de inicio de consumo más temprana.

En el caso del alcohol, se han realizado múltiples investigaciones, encontrando que el abuso se relaciona con múltiples alteraciones estables en la velocidad del procesamiento de la información, habilidades psicomotoras, organización visoperceptiva, memoria y control ejecutivo. En los consumidores de cocaína se apunta a la presencia de alteraciones en funciones de atención, memoria, habilidades psicomotoras y funciones ejecutivas (inhibición de respuesta, flexibilidad y toma de decisiones). También se ha encontrado que el mayor tamaño del efecto se asocia a mayores alteraciones en atención y funciones ejecutivas.

En conclusión, desde la perspectiva neuropsicológica de las adicciones, la genética, el temperamento y las variaciones inter-individuales en la maduración cerebral y el desarrollo cognitivo y socio-afectivo pueden generar en determinadas personas una mayor susceptibilidad al inicio del consumo, que se ven reflejadas en un deficitario funcionamiento de los procesos de control inhibitorio y de toma de decisiones. Cuando ya se ha iniciado el consumo la sensibilización de los sistemas interoceptivos, motivacionales y de estrés, y la exacerbación de los déficits de flexibilidad y toma de decisiones pueden tomar la conducta adictiva en habitual e inflexible, maximizando las dificultades para aprender de los errores y acometer decisiones más adaptativas.

La investigación neurobiológica ha confirmado que con la práctica de Mindfulness, se facilita un cambio inmediato en nuestro estado mental y si la práctica se prolonga durante bastante tiempo, lo que en un principio era una modificación funcional transitoria, se convierte en cambios permanentes en la estructura cerebral, que implican modificaciones también duraderas en la manera de ser y reaccionar del sujeto, sería el cambio de un rasgo en su personalidad¹⁹

Existe suficiente consenso para poder afirmar que Mindfulness, en cualquiera de sus formas de expresión, es un estado mental. Tal y como ha planteado Siegel, el estado mental es como el patrón total de activaciones del cerebro en un momento concreto en el tiempo y señala que un estado mental tiene dos funciones fundamentales: coordinar la actividad del momento y crear un patrón de activación cerebral que tendrá mayor probabilidad de producirse en el futuro. Con la repetición de un estado mental, estamos incrementando la probabilidad de que estados parecidos se produzcan con una frecuencia mayor.

Como procedimiento terapéutico Mindfulness busca que los aspectos emocionales y sensoriales (de carácter no verbal) sean aceptados y vividos en su propia condición y naturaleza, sin ser evitados y sin intentarlos controlar. Factores ya conocidos como la exposición y la autorregulación de las técnicas de biofeedback, que permiten vivir los fenómenos perceptivos y sensoriales tal y como son. Siegel en sus trabajos²⁰ nos aporta que cuando la mente no está implicada en una tarea concreta, tiende a implicarse en procesos narrativos, relacionando el pasado con el futuro y construyendo nuestro propio self, con el que nos identificamos.

Estas actividades que se localizan en las zonas mediales de la corteza prefrontal. Cuando estas funciones se activan demasiado, el sujeto vive en el futuro y se instala un discurso de temor o de deseo. De forma contraria, cuando dedicamos la atención a lo que sucede en el presente, la actividad de las zonas mediales de la corteza prefrontal decrece y entran en acción los circuitos nerviosos, lo que nos permite demostrar un patrón psicobiológico que acompaña al estado de meditación y que se caracteriza por: un estado de alerta relajada y una disminución en la actividad del sistema nervioso periférico (común en las técnicas de autocontrol), una actividad sostenida del sistema nervioso central (específica de la meditación) y cambios electroencefalográficos específicos de la vigilia y el sueño (con el mantenimiento de la atención). Así pues las funciones ejecutivas que se ven beneficiadas por la práctica de Mindfulness las podemos agrupar según los componentes que coinciden con las nueve funciones de la corteza prefrontal

1. Las capacidades necesarias para formular metas y/o diseño de planes.
2. Las facultades implicadas en la planificación de los procesos y las estrategias para lograr los objetivos.
3. Las habilidades implicadas en la ejecución de los planes.
4. El reconocimiento del logro/no logro y de la necesidad de alterar la actividad, detenerla y generar nuevos planes de acción.
5. Inhibición de respuestas inadecuadas.
6. Adecuada selección de conductas y su organización en el espacio y en el tiempo.
7. Flexibilidad cognitiva en la monitorización de estrategias.
8. Supervisión de las conductas en función de estados motivacionales y afectivos.
9. Toma de decisiones.

Dificultades en el tratamiento de las adicciones. los caballos de troya: la conciencia de trastorno, la motivación, craving y recaída y el diagnóstico dual.

Los trastornos adictivos por sustancias se caracterizan por una dificultad para controlar el consumo y una tendencia a persistir en el mismo a pesar de sus crecientes consecuencias adversas. Tal y como hemos citado en el apartado anterior los modelos neuropsicológicos contemporáneos conciben la adicción como un proceso neuroadaptativo que conlleva alteraciones significativas de los circuitos fronto-estriados, incluyendo distintas secciones de la corteza prefrontal (orbitofrontal, dorsolateral y medial), regiones límbicas y paralímbicas (amígdala, hipocampo, ínsula) y ganglios basales. Las alteraciones de estos circuitos repercuten sobre el funcionamiento de los sistemas neuropsicológicos responsables del procesamiento motivacional, emocional y del control ejecutivo.

La noción de “falta de conciencia” sobre la patología adictiva y sus efectos secundarios es inherente a muchas de las disfunciones de estos circuitos. La modificación de los sistemas interoceptivos, motivacionales y afectivos puede contribuir a mantener un “sesgo atencional” persistente sobre las necesidades de consumo que impide el acceso y la consideración de otras señales homeostáticas. Recientes estudios indican que las alteraciones del funcionamiento de la ínsula (la región clave para el procesamiento e integración de señales interoceptivas) pueden subyacer a las dificultades de los individuos adictos para “ganar acceso” a las señales emocionales necesarias para “percatarse” de las implicaciones del trastorno y orientar conductas alternativas. Asimismo, la consolidación de un patrón de respuesta impulsivo conlleva la desconsideración del input asociado a información demorada, donde se incluirían la mayoría de las repercusiones negativas de la adicción.

En este sentido, sabemos que la capacidad para imaginar eventos emocionales futuros está vinculada al funcionamiento de la corteza orbitofrontal, una de las regiones más persistentemente afectadas por la adicción. Por otro lado, una vez instaurado el proceso adictivo, muchos de los procesos orientados a la búsqueda y consumo de drogas (p.e., la programación de hábitos motores) pueden operar de manera sofisticada sin plena supervisión o control consciente. Finalmente, la disfunción de los mecanismos ejecutivos afecta sustancialmente a la capacidad del individuo para mantener la correspondencia entre intención y acción ²¹ y para integrar toda la información necesaria para “hacerse consciente” de sus déficits y de las repercusiones de los mismos sobre su entorno²²

En resumen, si para “ser consciente” de los síntomas o las repercusiones de cualquier trastorno necesitamos tener acceso a toda la información (interna y externa) sobre los mismos, tener capacidad de integrar y supervisar correctamente esa información para comprender sus implicaciones y disponer de habilidades para usar esa información para establecer objetivos e implementar conductas dirigidas al cambio, en la adicción encontramos que muchos de los procesos que subyacen a estas capacidades están significativamente deteriorados. En estas instancias podemos hablar de la “falta de conciencia” –y no de “negación”–, como un déficit metacognitivo que resulta de disfunciones en distintos niveles de procesamiento e integración de la información y que se vincula al deterioro de los circuitos fronto- estriados que regulan la adicción²³

Dado que tal y como hemos visto la adicción implica evitación y falta de conciencia, por lo tanto es lógico razonar la necesidad del objetivo de un aumento de conciencia y de la capacidad de experimentar la vida con claridad, tal cual es, con calma y sin evasión. Mindfulness es precisamente practicar eso, es la apertura a la experiencia sin juzgar y momento a momento. De esta forma el papel del terapeuta es facilitar un cambio en la conciencia, hacer que las consecuencias negativas del consumo sean más notables. Sin embargo eso es algo que resulta particularmente problemático por los efectos en la memoria además de los efectos condicionantes tan potentes. Los estados de conciencia necesarios para el proceso de cambio son variables y están directamente relacionados con la motivación del paciente.

Referencias bibliográficas

- (1) Tang, Y.-Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*. 2015; 16(4), 213–225.
- (2) Lazar, S., Kerr, C., Wasserman, R., & Gray, J. Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*. 2005.
- (3) Toga, E. The unique brain anatomy of meditation practitioners: alterations in cortical gyrfication. 2012; 1–9.
- (4) Williams MJ, Crane C, Barnhofer T, Brennan K, Dugan D, Fenell M. et al. Mindfulness Based Cognitive Therapy for preventing relapse in recurrent depression: a randomized dismantling trial. *Journal of Consultin and Clinical Psychology*. 2013; 78, 3.
- (5) Klainin-Yobas, P., Cho, M. A. A., & Creedy, D. Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2012; 49 (1), 109–121.
- (6) Schutte, N. S., & Malouff, J. M. A meta-analytic review of the effects of mindfulness meditation on telomerase activity. *Psychoneuroendocrinology*. 2014; 42, 45–48.
- (7) Goyal M, Singh S, Sibinda EMS, Gould NF, Rowland-Seymour A, Sharma R et al. Meditation Programs for Psychological Stress and Well-being A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2014; 174(3): 357-368
- (8) Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. New York: Delacorte; 1990.
- (9) Shawyer F, Farhall J, Mackinnon A, Trauer T, Sims E, Ratcliff, K et al. A randomised controlled trial of acceptance based cognitive behavioural therapy for command hallucinations in psychotic disorders. *Behav Res Ther*. 2012; 50 (2): 110-121.
- (10) Segal ZV, Williams JG, Teasdale JG. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse. New York: Guilford Press; 2002.
- (11) Chien WT, Lee IYM. The mindfulness-based psychoeducation program for Chinese patients with schizophrenia. *Psychiatr. Serv*. 2013; 64 (4): 376-379.
- (12) Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behav Ther*. 2004; 35 (4): 639-665.
- (13) Salzberg S. Loving-Kindness: The Revolutionary Art of Happiness. Boston: Shambhala; 1995.
- (14) Gilbert P. Evolutionary approaches to psychopathology: the role of natural defences. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*. 2001; 35: 17-27.

- (15) Robinson TE. y Berridge KC. Addiction. Annual Review of Psychology. 2003: 54, 25-53.
- (16) Neurociencias y Adicción. Sociedad Española de Toxicomanías, 2011
- (17) Koob GF. y Le Moal M. Drug Addiction, dysregulation of reward, and allostasis. Neuropsychopharmacology. 2001: 24, 97-129.
- (18) Verdejo-García A y Bechara A.. Neuropsicología de las funciones ejecutivas. Psicotema. 2010: vol. 22.nº2 pp 227-235.
- (19) Simón V. Aprender a practicar mindfulness: Barcelona: Sello Editorial, 2011
- (20) Germer C, Siegel R. and Fulton P.. Mindfulness and Psychotherapy. New York: Guilford Press, 2005
- (21) Moeller SJ, Maloney T, Parvaz MA, Alia-Klein N, Woicik PA, Telang F. y Goldstein RZ.. Impaired insight in cocaine addiction: laboratory evidence and effects on cocaine-seeking behaviour. Brain 2010: 133, 1484-1483.
- (22) Verdejo-García A, Rivas-Pérez C, Vilar-López R. y Pérez García M. Strategic self-regulation, decision-making and emotion processing in poly- substance abusers in their first year of abstinence. Drug and Alcohol Dependence. 2007: 86, 139-146
- (23) Tirapu J; Fernandez M; Verdejo A. Conciencia y negación en adicciones. Neurociencias y Adicción. Manual SET, 2010

EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPEUTICO EN EL CAMPO DE LAS ADICCIONES

Prof. A.T. Vladimiro Alexis Chiattonne

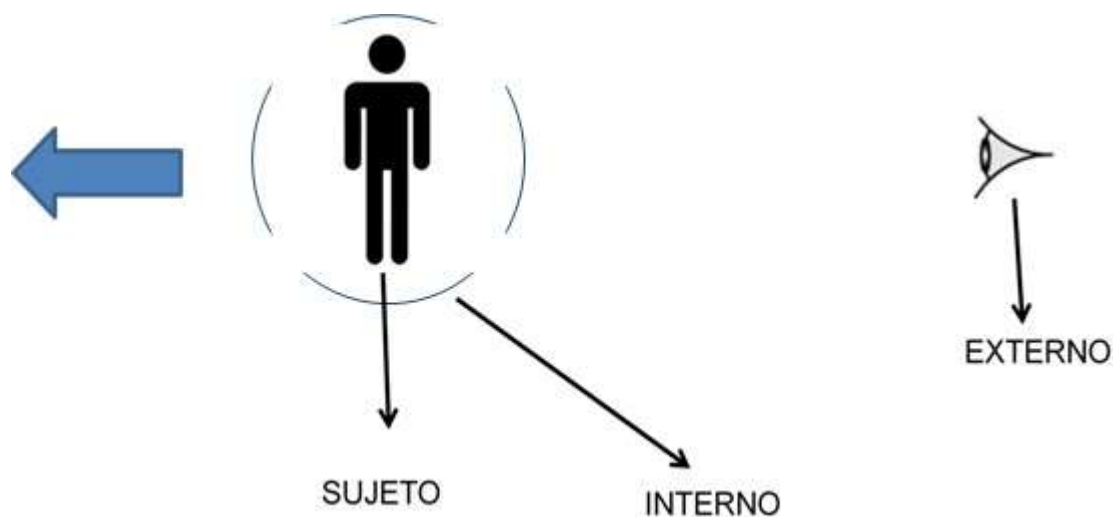
Si bien el acompañamiento terapéutico tuvo su génesis en campo específico del tratamiento de las adicciones en la república Argentina, el desarrollo teórico es más bien escaso por estos días, hay una creciente necesidad de generar redes de conocimiento y de circulación del saber, para poder propiciar espacios de tratamiento alternativos a los ya establecidos o, peor aún, a una condena judicial. Si bien en varios países de América Latina, luego del consenso de Panamá (2010) en cuyo cuerpo señala que ha:

“Observado con preocupación:

Que los trastornos mentales y por uso de sustancias psicoactivas (particularmente debido al consumo nocivo de bebidas alcohólicas) representan, por un lado, una gran carga en términos de morbilidad, mortalidad y discapacidad, y por el otro, que existe una brecha de atención importante, lo que significa que un alto número de personas afectadas no acceden a un diagnóstico y tratamiento adecuados.”

El paradigma del tratamiento de las adicciones ha cambiado, pero solo en aquellos países en que la política ha permitido el cambio. El acompañamiento terapéutico no fue ajeno a esa visibilidad que le permitió la política o mejor dicho fue uno de los benefactores de un cambio político y social que se vivió en la década de los 60' momento en el que emergió y que desde entonces sigue demostrando su efectividad clínica, en el contexto del trabajo interdisciplinario, si bien su denominación ha ido mutando entre cercanías amistosas como la de “Amigo Calificado” y otras un poco menos felices como la de “Amigo Rentado”, sea cual fuere el nombre que se le puso a la profesión su cotidianeidad fue y es el elemento vital, la herramienta fundamental para la construcción de ese vínculo necesario para el desarrollo del acompañamiento terapéutico, de ahí la necesidad de la interdisciplina que le otorga un Rol y le ayuda a perfilar su función, desarrollando estrategias en conjunto. Con respecto a la incorporación de un profesional acompañante terapéutico en el tratamiento de esta problemática la colega Mexicana Erika Orozco Orozco, en su texto *“Propuesta de Escucha en las adicciones: Pensar la relación en la sustancia desde el Acompañamiento Terapéutico”* propone que: *...“Se apueste desde el Acompañamiento Terapéutico la elección de “Elegir, no elegir” desde la terapéutica de la escucha y del acto, sin negar del todo la vida e intentando vincularse con el otro con las palabras dichas y la dicha del lenguaje”*, ¿qué nos dice la colega en este interesante ensayo?, podemos vislumbrar varias opciones como respuesta pero la primera que emerge aquí es la evidente efectividad clínica que nos ofrece la cotidianeidad que se entrama en la construcción de un vínculo distinto, ¿en que se distingue ese vínculo de cualquier otro?, pues de la pertenencia necesaria que debe tener el acompañante terapéutico con el equipo interdisciplinario, si el lector puede apreciar, al comienzo no realice ninguna introducción acerca de las

adicciones, sino que comencé con el trabajo del acompañante terapéutico en las adicciones, esto se debe a que el profesional debe adaptarse a un concepto de tratamiento que es el equipo interdisciplinario quien lo define, el acompañante terapéutico no va a trabajar con las adicciones, sino con el adicto, su trabajo se perfila en un concepto **BIO-PSICO-SOCIAL**, este concepto indivisible es el que debe tener presente al momento de su intervención en la clínica, si solo se quedase con la patología su trabajo sería puramente biologicista, si se enfocase a él porque se detendría en conceptos psicológicos y si solo le preocupase que vuelva a su círculo íntimo, este concepto social lo alejaría de una observación valdadera que se basa en el individuo, el acompañante terapéutico observa en la clínica cotidiana, lo que no puede observar el médico, el psicólogo, el trabajador social, etc. Debe aprovechar ese lugar predilecto para observar un todo que luego complementará con el análisis del equipo interdisciplinario donde se irán tejiendo las estrategias necesarias para luego llevar a cabo en el campo clínico, así nos explica, nuevamente, la colega Erika Abril Orozco en su texto *“Acompañar Terapéuticamente las adicciones: “La posibilidad de escuchar a un sujeto durante el acto cotidiano y artístico”* donde ya es su introducción señala como un pleonasma su carácter dual de psicoanalista y acompañante terapéutico, y continua diciendo: *...”Pues, me he venido preguntando el por qué no, o a partir de cuándo y cómo, el posicionamiento del analista se deslindó de esta otra posibilidad, en la cual más allá de las palabras entre analista y analizante, se posibilita el acto analítico, inclusive fuera del consultorio. ¿Renunciar al lugar del analista?, o ¿Reinventar el lugar del analista?!”*...ante esta disyuntiva que nos presenta la colega, me atrevo a interponer mi parece, la respuesta esta, simplemente en los títulos, veamos, si hablamos de analista y nos dice que existe una palabra entre analista y analizante es en ese vínculo donde subyace la diferencia, el análisis, el acompañante terapéutico acompaña y es allí donde está su efectividad clínica no renuncia tiempo en el análisis que tendrá lugar en el espacio interdisciplinario. Veamos que nos dice el Lic. Gustavo Rossi, en su libro *“Lo cotidiano sus redes y sus interlocutores”*: *.....“La ubicación que tiene el AT nos lleva a una interrelación entre dos polos: lo externo y lo interno, lo íntimo (de un sujeto y una familia) y lo público. El AT está en ese borde, con su palabra, con su participación en una escena cotidiana, se presenta como otro que llega desde el exterior. Que debe trabajar a partir de su lugar de “extraño”, para convertirse en alguien “no anónimo”, significativo para el sujeto...”*, ¿podemos aquí ver la acción de un analista?, ¿describe el Lic. Gustavo Rossi una acción que le sea posible a otro actor del equipo interdisciplinario, que no sea la acción precisa de un acompañante terapéutico?



Sigamos con el texto de la Lic. Orozco, en el que nos dice: *”...por qué nombrar a un grupo de acompañantes terapéuticos realizando una intervención clínica en acto, y no sólo nombrarlo como el Acompañamiento Terapéutico como un dispositivo Clínico, haciendo énfasis que tal dispositivo, está sostenido por la subjetividad de varios y por la inter-subjetividad que se sostiene a partir de lazos afectivos, que también podríamos nombrarlo en términos psicoanalíticos como transferencia. Misma que circula entre los acompañantes terapéuticos, y entre el acompañante y el acompañado, con la cual se posibilita un decir, muchas veces acompañado o no de un acto de lo cotidiano y de lo artístico, justo allí donde sólo había una compulsión a la repetición sin palabras, o bien, con palabras vacías de significado para que el propio sujeto escuche algo de sí mismo y de su historia que lo ha constituido y arrojado a una repetición. En este sentido, cada acompañante*

terapéutico junto con su equipo de trabajo, posibilita mediante un acto cotidiano o artístico, un acto también subjetivante y no alienante...”, este párrafo cargado de conceptos fundamentales en la experiencia clínica:

1. ¿Es el Acompañamiento Terapéutico un dispositivo?
2. El termino transferencia, es lo que los acompañantes terapéuticos nombramos como vínculo.

La Lic. Alicia Donghi en su texto *“La función del Acompañante terapéutico en las adicciones”* dice en la pag.282, *“...La contención consiste en ser el cuadro o el marco de su recaída ya que suele investir el encuadre en lugar de investir el objeto transferencial. Por eso hay que trabajar en red con los que están...”*, reforzando así el concepto BIO-PSICO-SOCIAL del que hablábamos en el principio, pero especialmente a la necesidad del trabajo interdisciplinario. También enumera algunas funciones del acompañante terapéutico en la clínica de las adicciones:

- Operar en las recaídas
- Sostener al sujeto en su cotidianeidad
- Favorecer la inserción y reinserción social
- Favorecer la recreación de lazos sociales
- Favorecer la continuación del tratamiento
- Entre otras cosas

A Propósito del encuadre el Lic. Gustavo Rossi en su texto *“USOS Y VARIACIONES DEL “ENCUADRE” EN EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO”*, dice que: *...“Un encuadre, rescatando el aporte de A. Green, representa ese “elemento tercero que irrumpe en la relación dual”. Algo del orden de una ley, que atraviesa al paciente, a la familia, a los ats, y a los terapeutas o equipos institucionales. Podríamos forzar esta idea diciendo que es una ley con efectos al “interior” de la práctica terapéutica, o mejor dicho que resguarda un “interior” para dar lugar a la relación transferencial, con una dimensión de inscripción “externa” a esa práctica terapéutica. Se relativiza igualmente lo de interior y exterior, y la alusión al “marco o cuadro” nos habla también de un circuito que hace borde”...*, o sea, diagramando el encuadre en el acompañamiento terapéutico, podemos pensarlo así:

EL ENCUADRE

Es enmarcar el comienzo de un tratamiento, aclarando de antemano cual será nuestro rol designada por el equipo. Kuras de Mauer y Resnisky: 2 aspectos a tener en cuenta

1. LA CONSIGNA AL PACIENTE:

como ordenador de la relación que comienza, evitando ambigüedades respecto a la función de nos convoca

2. EL ACUERDO LABORAL:

es un convenio que el AT realiza con quienes requieren su servicio. Donde se especifica y determina:

- Cantidad de horas
- Franja horaria
- Honorarios
- Lugares donde se desarrollará la tarea
- Alcances del AT

- Objetivos del tratamiento

Pero, realmente cual es la función del acompañante terapéutico en el campo clínico de las adicciones. De todas las experiencias antes mencionadas podemos extraer una especificidad de este dispositivo, esto es: El acompañante terapéutico trabaja desde la demanda de un equipo interdisciplinario en la cotidianidad del acompañado, observando en medio, en el medio que es la génesis de la problemática, la adicción no nace en el hospital, ¿por debería ser tratada allí?, el profesional será los ojos del equipo, y en el seno de este se analizará lo observado para desarrollar nuevas estrategias de tratamiento, lo efectivo es que, como dice el Lic. Alejandro Chévez, en su texto “La cuestión Del Amigo, La amistad y el extranjero” del libro “Acompañamiento terapéutico en España” (Cap. 7) de la editorial grupo 5:...” Más allá de la cuestión del semejante y su relación con la “amistad”, nuestro planteo consiste en centrar la práctica y la reflexión teórica en una Lógica del Extranjero, para construir un marco referencial que permita crear un escenario imaginario (el vínculo), que admita la inclusión simbólica de un extraño (el acompañante terapéutico). La vida cotidiana del acompañado será entonces el lugar a donde el acompañante terapéuticodeberá ser invitado, pero sin la pretensión de ser aceptado como igual, sino como extranjero, sin ocultar la violencia implícita y , por tanto, la amenaza que su presencia extraña representa, sin olvidar, al fin y al cabo, su condición de extranjero”... Amigo Calificado, Amigo Rentado, Shadow, Extranjero, son todas denominaciones que denotan distancia, unas más cercanas otras más lejanas, pero todas imponen un límite, una distancia que nos permita poder operar, debemos poner una distancia, y esa es la distancia que impone el encuadre, la pertenencia a un equipo interdisciplinario y su especificidad, este tridente necesario es lo vertebral del trabajo en el campo clínico y lo que garantiza la efectividad, estos tres elementos tienen su propia características ya que están atravesados por leyes que le son propias al lugar donde se efectúa el acompañamiento (domicilio, institutico, etc.), leyes propias del tratamiento específico y leyes propias que habiliten esta práctica.

Sea donde fuere, el país que lo implemente, el acompañamiento terapéutico será efectivo en el campo de las adicciones, porque su función es trabajar con el individuo y sus desavenencias, solo necesita un espacio y un equipo al cual pertenecer.

Referencias bibliográficas:

- Erika Orozco Orozco, en su texto *“Propuesta de Escucha en las adicciones.*
- Gustavo Rossi, en su libro *“Lo cotidiano las redes y su interlocutores”*
- Gustavo Rossi en su texto *“USOS Y VARIACIONES DEL “ENCUADRE” EN EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO.*
- Alicia Donghi en su texto *“La función del Acompañante terapéutico en las adicciones”* dice en la pág. 282
- Alejandro Chévez, en su texto *“La cuestión Del Amigo, La amistad y el extranjero”* del libro *“Acompañamiento terapéutico en España”* (Cap. 7) de la editorial grupo 5

ALERGIA A DROGAS DE ABUSO EN ADOLESCENTES

A. Armentia Medina (*), S. Martín-Armentia (*), P. del Villar (*), M. González Sagrado (**), RM Conde Vicente (**), B. Martín-Armentia (***) (*) Unidad de Alergia. Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. (**) Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. (***) Unidad de apoyo a la investigación.

Caso Clínico:

Paciente de 11 años de edad que fue remitido por su pediatra a nuestra Unidad de alergia por un cuadro de urticaria idiopática. Se repite los fines de semana y se acompaña de edema geni- tal. Se realizan pruebas alergológicas de rutina y se evidencian unas pruebas cutáneas por prick positivas a pólenes de gramíneas (*lolium perenne*), pápula obtenida con diámetros de 10x10 mm). Se recomiendan antihistamínicos y medidas de prevención de alergia a pólenes.

A los 12 años es estudiado de nuevo por cuadro grave recidivante de urticaria y angioedema que se reproduce los fines de semana. Se realizan de nuevo pruebas y se evidencia positividad a pólenes y a látex. Se mide la inmunoglobulina específica (IgE) a látex 9.72 KU/L. Prick 20x24 mm. Se explican medidas de evitación y se retiran frutas con reactividad cruzada con látex (kiwi, aguacate, papaya, castaña, tropicales).

El paciente confiesa en privado estar enamorado desde los 11 años y tener relaciones sexuales los fines de semana con preservativo de látex, por lo que aconsejamos su evitación.

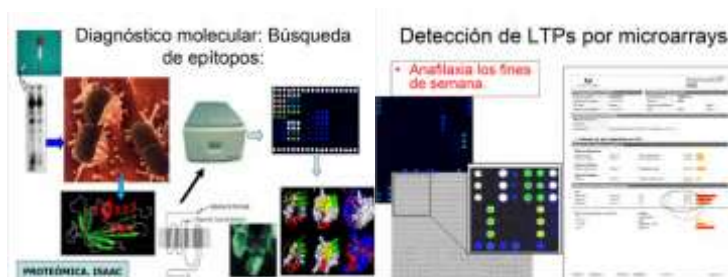
A los 13 años acude de nuevo por asma de difícil control, que empeora los fines de semana. En las pruebas se detectan Prick positivos a látex, (IgE 9.49 KU/L), Pólenes (IgE 12.3) y tabaco (IgE 16.3 KU/L). Se le aconseja dejar este hábito y se insiste también en la evitación del látex.

A los 14 años se realiza el cuarto estudio. En esta ocasión por anafilaxia en fin de semana e intento de suicidio. Látex (IgE 7.4 KU/L), tabaco (IgE 11 KU/L), tomate (15.3 KU/L).

Niega haber tenido contacto con látex o tabaco. Se atribuye a pizza con tomate. Se retira tomate de la dieta, pero persisten anafilaxias los fines de semana.

A los 15 años se realiza la quinta consulta por anafilaxia bifásica durante un concierto, que precisó ingreso en UVI. No refería ingesta de alimentos sospechosos. Había bebido alcohol y fumado. En esta ocasión se detectaron IgE positivas a tomate (92.9 KU/L), látex (59.7KU/L), ta- baco (63.8KU/L). Se detecta un nuevo alérgeno: semilla de adormidera (50.6 KU/L). En este mo- mento se sospecha que consume drogas de abuso, y el paciente así lo ratifica. Había consumido *cannabis* desde los 11 años, heroína desde los 14 y en sólo dos ocasiones cocaína. Se realizan pruebas con diferentes extractos de drogas y un análisis molecular por arrays de 112 alérgenos recombinantes y nativos. Se obtienen pruebas positivas en prick a *cannabis* 19x10. IgE 1,7 KU/L y a semilla de adormidera 10x10mm. IgE específica a *papaver somniferum*: 4,2 KU/L, siendo el prick e IgE a cocaína negativos.

El estudio molecular reveló sensibilización grave a proteínas transportadoras de lípidos (LTPs), y de estructura terciaria similar en *cannabis* y tomate (Figura 1).



El paciente es informado de que estas proteínas (LTPs) son altamente alérgicas y pueden cau- sarle un cuadro muy grave de hipersensibilidad, posiblemente mortal, por lo que él decide dejar este consumo, permaneciendo asintomático hasta que ya a la edad de 20 años comienza a tra- bajar en una envasadora de aceite de semillas de girasol, sufriendo nueva anafilaxia. Se detecta LTPs positivas a semilla de girasol y se advierte a la inspección médica, pero no se reconoce su problema por especialistas laborales y el paciente pierde su trabajo.

Discusión del caso clínico

La importancia de este caso clínico es que fue el origen de una investigación sobre la posibilidad de alergia a drogas de abuso.

Los informes del Plan Nacional sobre Drogas en los últimos años, subrayaban importantes cambios en los patrones de consumo entre los que destacan el incremento de determinadas drogas, principalmente *cannabis*, heroína y psicoestimulantes (cocaína, anfetaminas y nuevas drogas de diseño).

Era posible que las respuestas adversas a las drogas no fueran únicamente de tipo tóxico. Las drogas, son productos farmacológicamente activos como las penicilinas o los venenos de himenópteros, alérgenos para los que se ha demostrado respuestas de hipersensibilidad graves. En el caso de estos últimos, la inmunoterapia con venenos es altamente eficaz.

Sugerimos que las drogas podían poseer alérgenos vegetales similares a los de los pólenes y plantas, que provoquen también en población predispuesta una respuesta alérgica. Era posible que esta respuesta inmune y la toxicidad a las mismas estuvieran relacionadas y que el organismo realmente responda con un mecanismo tóxico-inmunológico. La población joven es la más afectada por ambas enfermedades (alergia y dependencia) y pudiera existir un nexo de unión entre ellas. Por ello iniciamos una línea de investigación sobre este tema (1).

El objetivo de nuestro estudio fue valorar hipersensibilidad alérgica mediada por IgE a cocaína en grupos de pacientes consumidores de cocaína y otras drogas de abuso que acuden a ACLAD (Asociación Castellano-Leonesa de ayuda a drogodependientes) y en pacientes alérgicos atendidos en el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

Pensamos que si la detección de sensibilización a drogas fuera posible por métodos alergológicos se abriría una vía diagnóstica terapéutica con importantes repercusiones sociales, legales y de salud. También se tendría un nuevo método para prevenir anafilaxias intraoperatorias por anestésicos derivados del opio y de la cocaína.

La justificación del trabajo fue lograr nuevos métodos que permitieran el diagnóstico de la hipersensibilidad a drogas de abuso incluso en momentos en que no se está consumiendo (que es la limitación de las técnicas actuales) y conocer factores predictivos de riesgo de sufrir una reacción de hipersensibilidad.

Para concluirlo con éxito fue necesario una unión multicéntrica (Facultad de Farmacia, Departamento de Inmunología, Universidad del País Vasco, Sección de Alergología, Hospital Río Hortega, Asociación de ayuda a drogodependientes, SACYL y multidisciplinar (Alergia, Pediatría, Salud Pública, Toxicología, Inmunología, Médicos especialista en drogodependientes, Análisis Clínicos, técnicos de investigación).

Incluimos en el estudio 340 pacientes extraídos de una base de datos de 23.000 pacientes atendidos en la consulta de Alergia de nuestro Hospital que tenían respuesta positiva a drogas de abuso, pólenes, tabaco, tomate y látex como posibles alérgenos implicados por reactividad cruzada. Incluimos pacientes de la asociación de ayuda a drogodependientes (ACLAD) en los que habíamos demostrado respuesta alérgica positiva a drogas y también controles sanos de hemodonación en los que cualquier hipersensibilidad a alérgenos había sido descartada, como controles (figura 2).

Grupo de pacientes	Número pacientes	Concluyeron el estudio
Consumidores habituales de Cannabis	50	42
Alérgico al tabaco	25	21
Alérgicos al tomate	25	25
Alérgicos a pólenes de gramíneas	40	34
Alérgicos al látex	18	18
Controles población sana hemodonación	180	180
Controles niños prematuros	20	20
TOTAL	358	340

Realizamos en todos ellos pruebas “in vivo” con extractos de diferentes drogas y pruebas de provocación inhalativa y también in vitro (inmunodetecciones, western blott y análisis molecular por técnica de arrays. Demostramos que la determinación de anticuerpos IgE específicos a estas drogas tenía una elevada sensibilidad y especificidad (1).

Finalmente, hemos identificado la secuencia peptídica del alérgeno principal del *cannabis* (una proteína de transferencia lipídica (LTP) y hemos podido sintetizar un alérgeno recombinante a partir del ARN de hojas de *Cannabis sativa L. spp sativa cv. Kompolti* procedentes del jardín botánico de la Universidad de Bonn. Este extracto alérgico ha sido útil en el diagnóstico y prevención de la alergia a *cannabis* (2,3).

En otro estudio posterior extractos de *Papaver somniferum* obtenidos de las semillas de la cápsula del opio se han utilizado en el diagnóstico de alergia a opioides, lo que ha facilitado el diagnóstico prequirúrgico de alergia a analgésicos y anestésicos opioides (4).

Los dos hallazgos han promovido patentes nacionales y europeas, y en la actualidad se están usando mundialmente (5-7).

Como conclusión, se debe considerar a los adolescentes, sobre todo atópicos, como personas con riesgo de padecer hipersensibilidad a drogas de abuso. Esta posibilidad no debe de ser subestimada pese a su juventud.

Proyecto de estrategias de promoción de salud en estudiantes de 1re año de medicina de la ELAM con Problemas relacionados con la Salud Mental con énfasis en consumo de alcohol (2017-2020)

Dra. MSc Zenaida Genoveva Valdés Batista, Dr. Rafael Masso Lobaina, Lic Yaima Terry Rodríguez, Promotor de Salud: Osadany Santana Tamarí

INTRODUCCIÓN:

Antecedentes en la Escuela Latinoamericana de Medicina.

Investigaciones realizadas en la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) avalan la existencia de factores de riesgo psicosociales que repercuten en la salud mental en los estudiantes. Entre ellos la presencia de desórdenes afectivos como rasgo y estado, el consumo de alcohol peligroso, perjudicial y dependiente e ingresos por complicaciones del consumo de alcohol: accidentes, violencia, heridas y contusiones.

Se han generado violencia entre estudiantes en comunidades cercanas, percepción de fracaso académico con metas docentes no acordes con sus capacidades intelectuales reales mediadas por diferentes factores (barrera idiomática, base académica deficiente acorde a la carrera de medicina e inadaptación al régimen becario relacionada con la alimentación, con la convivencia por la transculturalidad, con la lejanía prolongada de sus familias y diversidad religiosa en una comunidad cerrada.

Se trata de viejos problemas ante nuevos contextos dados por la incorporación de estudiantes de convenio financiados por los gobiernos de sus países de origen, etc. Dichos estudiantes no reciben su asistencia médica convencional en la ELAM, ya que por ello responde el Seguro Médico, que en estos casos no incluye la asistencia médica de seguimiento por equipo de salud mental en la ELAM, solo urgencias donde se trasladan a hospitales de referencia.

El proyecto de estrategias de promoción de salud en estudiantes de 1re año de medicina de la ELAM con problemas relacionados con la salud mental con énfasis en consumo de alcohol (2017-2020) se propone convertir la ELAM en una Comunidad Terapéutica Modificada con énfasis en la prevención del consumo de alcohol.

La salud mental es el estado del bienestar emocional y psicológico en el cual un individuo puede utilizar sus capacidades cognitivas y emocionales, funcionar en sociedad, y resolver las demandas ordinarias de la vida diaria, es decir la capacidad de las personas para enfrentarse satisfactoriamente a los retos de la vida.

La Salud Mental es la capacidad que tiene un individuo para establecer relaciones armoniosas con otros y participar en modificaciones de su ambiente físico, social o de contribuir en ello de modo constructivo. Si se considera la comunidad como un espacio que rebasa los límites físico-territoriales alcanzando la formación de un sentido psicológico de comunidad, es preciso valorar que es la propia comunidad la responsable de autogestionar sus valores, creencias, culturas y por tanto su propia salud mental.

Este carácter intersectorial de la Salud Pública en Cuba es premisa básica para la sostenibilidad de los proyectos de cambio y en ello juegan un papel determinante la Educación para la Salud y los proyectos de intervención. El consumo de alcohol constituye una de las adicciones más difundidas actualmente por su carácter legal y aceptación en la población de la mayoría de los países del mundo occidental. Devienen en una preocupación ante la magnitud de los daños biológicos y sociales provocados por su uso frecuente y embriagante, aun sin llegar a ser el individuo dependiente de esta droga.

Ante esta situación se despliegan acciones en las que se destaca el papel del profesional de la salud desde su actuar regulador y como agente de cambio que planifica, ejecuta y controla estrategias de intervención asistencial en un mundo caracterizado por la complejidad de los procesos y por las influencias de los adelantos científico-técnicos. En este sentido los esfuerzos están dirigidos al logro de una óptima calidad de vida del individuo, la familia y la comunidad mediante la integración de acciones intersectoriales en la comunidad donde se considera al hombre como un ser social, psíquico, biológico.

En el mundo actual dos mil millones de personas ingieren alcohol como parte de su estilo de vida y 77 millones son alcohólicos identificados, pese al subregistro que lo vinculan con más de 60 tipos de enfermedades y lesiones. Esta situación causa 1,8 millones de muertes anualmente. Estudios realizados indican que en Cuba la situación no es diferente:

En la población mayor de 15 años hay 430 mil alcohólicos (5%) y 860 mil bebedores de riesgo (10%). Debido a esta situación el uso del alcohol se relaciona con el 30% de accidentes del tránsito fatales y al 50% de los divorcios y problemas laborales. Cabe destacar que es alarmante la tendencia del uso irresponsable del alcohol de parte de los jóvenes en las últimas décadas. Es importante significar que las apreciaciones comunitarias vinculan los riesgos sociales solamente a su potencialidad adictógena, sin valorarlo como droga portera al consumo de otras sustancias, ni la alta peligrosidad y nefastas repercusiones de los comportamientos bajo su influencia.

A pesar de que se han implementado estrategias para combatir el flagelo de las drogas, de manera particular del alcoholismo, aún es imperativo que se perfeccionen estas a nivel de trabajo comunitario y se logre la implicación de los profesionales de la salud con las competencias necesarias para desarrollar acciones de prevención en salud, en particular, del alcoholismo, debido a las razones citadas anteriormente.

Considerando que las acciones de prevención contribuyen al perfeccionamiento de los estilos de vida en los jóvenes como síntesis del nivel de vida (condiciones materiales) y la concepción de vida (cultura en salud) y que la prevención en salud es el resultado del trabajo integral y multisectorial, entonces, la solución anticipada del referido problema se expresa en el presente proyecto extensionista para la prevención de las adicciones en la ELAM.

Prevenir es ante todo, ayudar a mejorar la capacidad de grupos y comunidades para movilizar redes de solidaridad, para diseñar y construir de manera conjunta su futuro, fortaleciendo los valores ciudadanos, la identidad cultural y los recursos para el manejo del conflicto. Teniendo en cuenta que el fin último de la prevención es el logro del bienestar y el desarrollo humano, abarca todo el proceso evolutivo del ser humano, de manera que un programa de prevención en drogodependencia no tiene porqué centrarse en el problema del consumo, la prevención tiene un horizonte más amplio, centrando su interés en el grueso de la población no sintomática, enfocando los esfuerzos en una intervención a mediano y largo plazo sobre los factores de riesgo y los factores protectores que actúan respectivamente, propiciando o impidiendo la aparición del fenómeno adictivo.

Por ello se orienta a incentivar procesos culturales e interpersonales propicios al afianzamiento de actitudes, valores y estrategias comunicativas que favorezcan la neutralización de los factores de riesgo y la aparición de factores protectores, recurriendo para ello a metodologías que apoyan el incremento del protagonismo social, el desarrollo personal y grupal, la amistad, la solidaridad, el diálogo y la convivencia. Existen principios en los que se sustenta una intervención comunitaria como son la potencialización de factores protectores dentro de la comunidad y la disminución de los de riesgo.

La prevención de las adicciones es un fenómeno multifactorial porque no es privativo de una sola entidad, en él inciden varias disciplinas, por ejemplo: Medicina, Psiquiatría, Toxicología, Psicología, Pedagogía, Sociología, Política, y todos los sectores disponibles en una comunidad. En primer lugar en su diagnóstico y tratamiento precoz como prevención secundaria, en segundo lugar, por la incidencia y los daños que produce sobre la salud, sus repercusiones sociales, económicas, políticas, éticas y legales.

El cambio de conducta en los jóvenes en relación con el consumo de alcohol y otras adicciones debe ser el resultado de un proceso educativo en el que juegue un papel determinante el contenido axiológico de determinados hechos, formas de ser, manifestación de sentimientos, actuaciones o actitudes humanas, con una significación social buena y que provocan una reacción de aprobación y reconocimiento en el contexto de las relaciones interpersonales, que trascienden a nivel de la conciencia del joven.

La ELAM se inserta en una comunidad universitaria que comparte valores, identidades, religiones, referentes culturales, metas y normas propias que la definen como tal. Actualmente existen nuevos contextos en dicha comunidad, dado por la persistencia de dos proyectos en los que se mantienen los principios fundacionales de la institución como un escenario donde se forman futuros profesionales de la salud para el mundo con principios éticos, humanistas y de solidaridad. Es válido aclarar que ambos proyectos tienen en el orden práctico manejos y reglamentos diferentes, que involucran desde lo sociocultural hasta los problemas de salud en general y particular en la salud mental. No obstante se han creado las mismas condiciones estructurales, materiales y gozan del saber de prestigiosos profesionales que cumplen con el afán de su educación integral.

Por lo anteriormente descrito el proyecto valora a la ELAM como una comunidad terapéutica modificada. El propósito es transformar dicha comunidad ya que cuenta con los recursos materiales necesarios y recursos humanos capacitados

guiados por principios y reglamentos bien delimitados para modificar todas aquellas determinantes de salud que estén afectando la calidad de vida de los estudiantes, modificando su estado actual acorde a los pilares y propósitos de la Organización Panamericana de la Salud, que se pueden concretar en acciones de promoción de salud por y para la comunidad donde los principales actores para el cambio sean los propios estudiantes.

OBJETIVOS

General:

Contribuir a la reducción del consumo de alcohol en los estudiantes de primer año de la ELAM teniendo en cuenta las perspectivas culturales, sociales, económicas, físicas y de género

Específicos:

1. Identificar los factores de riesgo individual, familiar, escolar y comunitario que afectan la salud mental de los estudiantes investigados, así como los recursos humanos y materiales con que cuenta la comunidad para su modificación.
2. Incrementar los conocimientos, sobre las consecuencias y medidas de prevención del consumo de drogas, psicotrópicos, estupefacientes y sustancias similares en los estudiantes de medicina.
3. Promover actitudes de rechazo al consumo irresponsable de alcohol, en el 50 de los adolescentes y jóvenes en el primer año de la ELAM.

METODOLOGÍA:

El diseño metodológico de la estrategia de intervención se adhiere a un paradigma de investigación-acción para el cual se emplearán métodos teóricos, empíricos y estadísticos. Actualmente se encuentra en etapa de implementación. El universo lo constituyen todos los estudiantes de la ELAM con una matrícula actual de 2806 y la muestra estará constituida por los estudiantes de primer año con una matrícula actual de 1439.

Como procedimiento fundamental se emplearán métodos teóricos, empíricos (técnicas cuali-cuantitativas) y estadísticos. Entre los métodos empíricos se utilizaran:

1. Los resultados de la aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), así como encuesta autoaplicada por el Departamento de Orientación y Desarrollo Estudiantil de la ELAM (DODE) para su caracterización que evalúa factores individuales, familiares, escolares y comunitarios. Partiendo de un diagnóstico real se direccionará la intervención.
2. Grupos Focales: Se realizará para el diagnóstico cualitativo y para obtener información de necesidades de aprendizaje, vivencias, necesidades sentidas dentro de la comunidad por los estudiantes y trabajadores, así como identificación de factores de riesgo, protectores que potencian la problemática y recursos con que cuenta la comunidad para su solución.
3. Observación Directa: El equipo de investigadores abrirá una hoja para la observación directa en el terreno de todos los problemas detectados por ellos en las diferentes áreas de la escuela. Al final se comprobará si existe coincidencia de lo referido por los informantes claves de la comunidad con lo corroborado en el trabajo de terreno. Y a su vez se utilizó como técnica de los grupos focales.

Se identificaran las necesidades sentidas que se obtengan en la realización de los grupos focales para precisar los factores de riesgo individual, familiar, escolar y comunitario que afectan la salud mental con énfasis en consumo de alcohol de los estudiantes investigados, así como los recursos humanos y materiales con que cuenta la comunidad para su modificación

Resultados esperados:

- Modificados los factores de riesgos individuales, escolares y comunitarios y potencializados los protectores.
- Visualizados y fortalecidos con sistematicidad los recursos materiales de la comunidad que pueden ser utilizados para lograr las metas del proyecto.

Meta:

- Lograr la caracterización biopsicosocial de los estudiantes y los recursos con que cuenta la comunidad en un 90%.
- Lograr que al 70 % de los estudiantes se les aplique el instrumento de clasificación para consumo de alcohol.

Actividades:

Realizar las encuestas autoaplicadas a los estudiantes a su ingreso, aplicar instrumento diagnóstico (AUDIT), realizar grupos focales con estudiantes, trabajadores y directivos de la universidad, determinar el orden de prioridades de los problemas y necesidades sentidas de la comunidad relacionados con el consumo de alcohol e incrementar los conocimientos, sobre las consecuencias del consumo de alcohol en los estudiantes de medicina.

Resultado Esperado

- Que el 70 % de los estudiantes conozcan sobre las consecuencias y medidas de prevención.

Meta:

- Empoderar al 70 % de los estudiantes en el tema de consumo responsable de alcohol.

Actividades

1. Realizar talleres con el objetivo de:

- Potenciar el autocuidado y el consumo responsable de bebidas alcohólicas.
- Implementa el entrenamiento en entrevista motivacional para potenciar los cambios de comportamiento en los estudiantes consumidores de alcohol.
- Creación y Fortalecimiento de las consejerías sobre el alcoholismo y elaboración y distribución de materiales educativos.
- Talleres de formación de facilitadores

2. Actualizar sistemáticamente las tecnologías de la información y las comunicaciones de la universidad para la transmisión de mensajes educativos y prevención del alcoholismo.

3- Promover actitudes de rechazo al consumo irresponsable de alcohol, en los adolescentes y jóvenes en el primer año de la ELAM.

Resultados esperados.

- Identificados los profesionales, estudiantes y trabajadores que puedan intervenir en el proyecto
- Evaluados los conocimientos de los estudiantes sobre las consecuencias y medidas de prevención el consumo de alcohol.
- Crear actitudes de rechazo ante el consumo irresponsable de alcohol en los trabajadores de la institución.
- Lograr que los estudiantes tengan información sobre la repercusión social del consumo irresponsable de alcohol

Actividades

- Intervenciones breves acorde a las problemáticas detectadas en las técnicas aplicadas relacionadas con el consumo de alcohol donde se involucren todos los sectores de la comunidad ELAM.
- Servicio de consejería que incluye programa de desintoxicación y deshabituación en consumo de alcohol.
- Servicio de Clínica de Estrés
- Servicio de Rehabilitación y Fisioterapia para el aprendizaje de ejercicios de relajación y autorelajación.
- Formación de Promotores PARES

- Creación de espacios mensuales de recreación sin alcohol teniendo en cuenta cultura; religión y países: talleres literarios y de pintura, obras de teatro, cines debates, exposiciones de pintura, danzas, concursos de talentos artísticos.
- Celebración de días de felicidad con logotipo relacionados a: Cuerpo y Mente saludable. No consumo, Consumo responsable, Mi entorno Saludable. Resp. ESM. GTAA, DODE, Residencia Estudiantil .Departamento de Trabajo Educativo, junta estudiantil, dirección de logística, CTC, UJC.
- Espacio de Consejería Mensual con estudiantes para el intercambio u orientación del a los eventos del mes. Resp. ESM; Junta estudiantil, Dpto de Trabajo Educativo.

Acercamiento al funcionamiento de los grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos como alternativa y/o complemento al tratamiento profesional de las adicciones.

MSc. Luis Roberto Gómez Alarcón

La adicción a drogas –además de, o más que una enfermedad crónica no transmisible-, constituye un verdadero desafío de enfrentamiento social en la modernidad ante las nuevas tendencias mundiales de legalización por pasos de algunas drogas ilegales, la aparición indetenible y diversificada de drogas de síntesis, el aumento del consumo de medicamentos sin prescripción médica con fines de abuso y el consumo no social de alcohol.

Su característica de no transmisibilidad, cae en terreno de la relatividad cuando vemos la marcada influencia e incidencia que tiene en todos los grupos sociales, principalmente en los jóvenes. Téngase en cuenta que la principal vía psicopatogénica de establecimiento de la enfermedad adictiva en nuestra sociedad parece ser –o indica mi especulación investigativa y experiencia en la comunidad-, la sociocultural, y que las noxas o factores ambientales son de trascendental importancia, y se consolida la enfermedad cuando el consumo se establece como estilo de vida.

Pienso, sin el menor atisbo de duda, que en el tratamiento de la adicción a drogas, un carácter y acción ecuménica tiene que ser convicción y praxis. Todo lo que pueda aportar algo al mejoramiento de un paciente adicto debe tener cabida y espacio en cualquier tratamiento, sin, por supuesto, suplantar jerarquías, necesidades objetivas, imposición de métodos, escuelas, ideologías, religiosidad..., y, lo más importante, las características personalógicas del adicto, el individuo, su individualidad.

“La autoayuda” se ha ganado una reputación banal y superflua no por gusto ni en vano; sobran, pululan en demasía, sistemas, librillos, personajes y cuánto se nos pueda ocurrir en función de “verdades” para ayudar a los seres humanos, o para que nos “ayudemos” nosotros mismos, que distan mucho de algún valor científico, racional, lógico, de experiencia empírica, y hasta humanístico. No es mi propósito evaluar sistemas de autoayuda, y sería irrespetuoso si lo hiciera, pues no he hecho investigación alguna al respecto ni siquiera conozco a profundidad la diversidad que en ellos existe. Esto es sólo una opinión personal, que no pretende vilipendiar sistemas de autoayuda y mucho menos a personas que hacen uso de su práctica ni a los que las enseñan. Los de valor demostrado y la ciencia constituida son de dominio del auditorio.

Voy a exponer el funcionamiento y características de los grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos (AA) y principalmente de Narcóticos Anónimos (NA), a partir del estudio que he hecho de ellos desde sus propias Comunidades, desde sus textos, la experiencia y la convivencia. Y aunque parezca contradictorio, o cuanto menos, ambiguo, por lo dicho por mí hasta ahora, aplaudo sin reparo alguno a los grupos de AA y NA.

La poesía y la mística, la leyenda y la ficción acompañan la etapa fundacional por los años treinta del pasado siglo de AA; así como también la bella realidad del encuentro de un médico cirujano y un corredor de la bolsa de valores –ambos inclusive, alcohólicos-, que dio una nueva visión al mundo de la enfermedad y la recuperación de los alcohólicos y posteriormente del resto de los drogadictos. Por eso creo que no es necesario ahondar mucho en ello, y dejar esa faceta a los historiadores.

Alcohólicos Anónimos surgió el 10 de junio de 1935 en Akron, Ohio, USA, en una reunión en un restaurante, entre William Griffith Wilson, un corredor de bolsa de Nueva York y el Dr. Bob Smith, un eminente cirujano de esa ciudad. Ambos tenían graves problemas con su manera de beber. Bill había permanecido sobrio por 6 meses y ese día el Dr. Bob tomó su última copa. Ese día dos alcohólicos se reunieron para conseguir la sobriedad. En la actualidad se calcula que hay alrededor de 116,000 grupos y más de dos millones de miembros en el mundo que han logrado su recuperación a través de esta comunidad.

Alcohólicos Anónimos (AA) Es Comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver el problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo. Para ser miembro el único requisito que se requiere es el deseo de dejar la bebida. Es una asociación sin ánimos de lucro y sin afiliaciones a religiones o partidos políticos. Otra de sus características descollantes es que tiene prohibido estatutariamente recibir cualquier tipo de ayuda económica pública o privada, ni subvenciones ni donaciones. Se sostiene con las contribuciones, de ordinario muy pequeñas, de sus miembros. Eso garantiza su independencia de cualquier organismo, público o privado (1).

Claro, como todo en esta vida, hay antecedentes, y en el caso de AA, están en los llamados Grupos Oxford que experimentaron en esa región inglesa prácticas lo que ellos llamaban los cuatro absolutos: Pureza; Honestidad; Amor; Falta de egocentrismo. Tras un breve periodo de tiempo asociado en los grupos de Oxford, los fundadores de AA se dieron cuenta de que la rigidez y el fundamentalismo cristiano, o religioso, de estos no tenían cabida en su programa espiritual. AA acentúa formas de buscar soluciones de manera autónoma, independiente, al margen de la institucionalidad y como alternativa al poder y el estatus quo; así como una esencia de libertad individual que se respeta hasta lo más profundo, aunque vaya hasta en detrimento de la lógica y el sentido común; y esto hace satisfacer a sus miembros de manera muy especial, y que en mi opinión concommita con un rasgo observable en muchos adictos como consecuencias de la enfermedad, relacionado con la ingobernabilidad.

Yo no conozco comunidad alguna en la historia de la humanidad que tenga un carácter y práctica en su funcionamiento más ecuménica que AA y NA. Tan es así que el único requisito para pertenecer a ellas es querer, y una vez miembro de la Comunidad nadie puede echarle de ella, sólo tú abandonarla y regresar o no cuando lo decidas; además de, obviamente, no importan raza, clase social, identidad sexual y de género, credo religioso o la ausencia de este, ideología... Repito, no conozco Comunidad alguna –hago notar que uso la palabra Comunidad y nunca organización, porque uno de sus principios es precisamente no organizarse-, de personas que tengan estas características de respeto a la individualidad y la libertad que los grupos de AA y NA.

Consta de un programa de doce pasos y doce tradiciones para ser practicados por sus miembros -si ellos quieren-, como esencia y razón de ser, que según sus creadores contiene lo mejor de la experiencia médica y religiosa de la cultura de la humanidad, y que respeta cualquier otra idea que quiera incorporar a dicha práctica cualquier adicto de manera individual. Curioso, ¿verdad? También tiene doce conceptos para el servicio regional y mundial.

A esto se suma un texto básico (libro azul) que está hecho a partir de la experiencia personal de los adictos a lo largo de los años; otros muchos textos para la comprensión de la práctica del programa y el funcionamiento de la estructura de la Comunidad.

Los grupos de NA son como el hijo ya crecido de AA, que tiene su momento fundacional a mediados de los años cuarenta y asume toda la experiencia y estructura de su progenitor AA, y va a enriquecer la práctica del programa a partir de las características del consumo de las drogas ilegales, principalmente, sin contradecir la esencia paterna y con la libertad de sus miembros de pertenecer y practicar en ambas Comunidades a la misma vez por razones de necesidad y obvias –dígame poli consumo y principalmente la abstinencia total a todo tipo de drogas que asume NA, y el reconocimiento que hace al alcohol como una droga a la que tiene que abstenerse el adicto aunque no sea alcohólico o ni siquiera haya consumido alcohol en su vida. Muchos van a ser los puntos de contacto con la práctica profesional.

Tienen entre sus novedades un autodiagnóstico de veintinueve preguntas muy interesante que el que se acerca a la Comunidad puede usar si así lo quiere –oferta muy tentadora-, que cualquier especialista en adicciones validaría sin miramiento alguno de duda.

Si tienes alguna duda acerca de si eres o no adicto, tómate unos minutos para leer estas preguntas y contestarlas lo más honestamente que puedas.

1. *¿Consumes alguna vez a solas?*
2. *¿Has sustituido una droga por otra, creyendo que ésta en particular era tu problema?*
3. *¿Has manipulado o mentido a algún médico para conseguir una receta?*
4. *¿Alguna vez has robado drogas, o has robado algo para conseguirlas?*
5. *¿Consumes habitualmente alguna droga al levantarte o al acostarte?*
6. *¿Has consumido alguna droga para contrarrestar los efectos de otra?*
7. *¿Evitas a la gente que no aprueba tu consumo de drogas?*
8. *¿Has consumido alguna vez una sustancia sin saber qué era o qué efectos tenía?*
9. *¿Tu consumo de drogas, ha afectado negativamente tu rendimiento en el trabajo o en los estudios?*

10. *¿Te han detenido alguna vez por consumir drogas?*
11. *¿Has mentido alguna vez sobre el tipo de drogas o la cantidad que consumías?*
12. *¿Pones la compra de drogas por encima de tus responsabilidades económicas?*
13. *¿Has intentado alguna vez parar o controlar tu consumo?*
14. *¿Has estado en la cárcel, en el hospital o en algún centro de rehabilitación por culpa de las drogas?*
15. *¿Tu consumo de drogas altera tus hábitos de comer o dormir?*
16. *¿Te aterroriza la idea de estar sin drogas?*
17. *¿Crees que es imposible para ti vivir sin drogas?*
18. *¿Dudas alguna vez de tu sano juicio?*
19. *¿Crea conflictos en tu casa tu consumo de drogas?*
20. *¿Alguna vez has pensado que sin drogas no encajas, o no podrías divertirte?*
21. *¿Alguna vez te has puesto a la defensiva o te has sentido culpable o avergonzado por tu consumo?*
22. *¿Piensas mucho en las drogas?*
23. *¿Tienes miedos irracionales o indefinidos?*
24. *¿Tu consumo de drogas ha afectado tus relaciones sexuales?*
25. *¿Has consumido otras drogas además de tus favoritas?*
26. *¿Alguna vez has consumido drogas por culpa de problemas emocionales o por tensiones?*
27. *¿Has sufrido alguna vez una sobredosis?*
28. *¿Continúas consumiendo a pesar de las consecuencias negativas?*
29. *¿Piensas que tal vez tengas problemas de drogas?*

¿Soy adicto? Esta es una pregunta que sólo tú puedes contestar. Todos hemos contestado sí a distinta cantidad de preguntas. El número en sí no tiene tanta importancia como el hecho de saber cómo nos sentíamos por dentro y cómo la adicción había afectado nuestra vida.

En algunas de estas preguntas ni siquiera se mencionan las drogas, porque la adicción es una enfermedad traicionera que afecta todas las áreas de nuestra vida, incluso las que en un principio parecen tener poco que ver con la droga. Los distintos tipos de drogas que consumíamos no tenían tanta importancia, como las razones que nos hacían tomarlas y el resultado que produjeron en nosotros (2).

En un encuentro internacional efectuado en La Habana de la Comunidad de NA –se han hecho varios encuentros, convenciones-, en la que tuve la oportunidad de estar, le escuché decir a un adicto norteamericano con quince años de “limpieza” – como ellos llaman a la abstinencia total y recuperación con la práctica del programa-, que “la práctica de los doce pasos de recuperación sirven al adicto para no cometer suicidio, y la práctica de las doce tradiciones para no cometer homicidio”. Entiéndase que los pasos te permiten no consumir, rehabilitarte y no acabar con tu vida, y las tradiciones te permiten la reinserción social y la buena convivencia dentro de la sociedad. Me pareció una síntesis maravillosa y esclarecedora de los principios y objetivos del programa.

Los puntos de contacto entre los tratamientos profesionales de terapia grupal y la práctica del programa de AA y NA son evidentes.

A partir de la abstinencia total y permanente –primer objetivo de la rehabilitación profesional-, comienza el camino de la recuperación. “Hice todo por drogarme, ahora todo por la rehabilitación...”

La práctica de los doce pasos y las doce tradiciones de las confraternidades de AA y NA, no entran en contradicción con los diez objetivos de la rehabilitación descritos por la estructura de tratamiento de la Comunidad terapéutica “Rogelio Paredes” del Hospital Psiquiátrico de La Habana, ni con otros sistemas de tratamiento de adicciones que se practican en el país; ni siquiera de los principios de iglesias evangélicas que trabajan en el rescate de adictos. Este ecumenismo por un objetivo común –la rehabilitación de adictos-, no debe perderse, sino que consolidarse aún más. Dice AA que ellos se apropiaron de lo mejor de la medicina y de la religión.

La diferencia fundamental entre la terapia profesional y las confraternidades de AA y NA, es el laicismo de la primera contra la representación metafísica del “poder superior” de AA y NA; y por supuesto, la ausencia de un terapeuta profesional. No se contradicen en esencia; sino, se complementan. Imagen neutralizadora positiva-“poder superior”. Diez objetivos de la rehabilitación, se integran en los doce pasos. Imágenes neutralizadoras, positivas y negativas, como parte de la tarjeta de concientización como práctica individual de terapia narrativa dentro del tratamiento de la Comunidad terapéutica “Rogelio Paredes”, se vincula y asemeja a la aceptación de un “Poder superior”.

Los doce pasos de Narcóticos Anónimos (2)	Objetivos de la rehabilitación profesional (3)
<p>1.-Admitimos que éramos impotentes ante nuestra adicción, que nuestra vida se había vuelto ingobernable.</p> <p>2.-Llegamos a creer que un Poder Superior a nosotros mismos podía devolvernos el sano juicio.</p> <p>3.-Decidimos poner nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios, tal y como lo concebimos.</p> <p>4.-Sin miedo hicimos un detallado inventario moral de nosotros mismos.</p> <p>5.-Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas.</p> <p>6.-Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios eliminase todos estos defectos de carácter.</p> <p>7.-Humildemente le pedimos que nos quitase nuestros defectos.</p> <p>8.-Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos hecho daño y estuvimos dispuesto a enmendarlo.</p> <p>9.-Enmendamos directamente el daño causado a aquellas personas siempre que nos fuera posible, excepto cuando el hacerlo perjudicaría a ellos o a otros.</p> <p>10.-Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos rápidamente.</p>	<p>1.- Abstinencia total y permanente.</p> <p>2.- Establecer un nuevo estilo de vida.</p> <p>3.- Rectificar rasgos negativos del carácter.</p> <p>4.- Reponer los daños infligidos en la etapa de consumo.</p> <p>5.- Fortalecer la espiritualidad opacada por el consumo.</p> <p>6.- Incorporar conocimientos básicos sobre las adicciones, identificando las consecuencias reversibles e irreversibles del consumo.</p> <p>7.-Establecer el tiempo necesario para rescatar a otros adictos.</p> <p>8.- Identificar y evitar las minas de contactos.</p> <p>9.- Identificar y desechar los pensamientos malolientes.</p> <p>10.- Establecer plena conciencia de que el riesgo de recaída le acechará hasta el final de sus días, si vuelve al consumo.</p> <p>(Vinculación de la carta de concientización y los indicadores de alerta de recaídas con cuarto y quinto pasos, y con inventario de AA y NA).</p>

Los doce pasos de Narcóticos Anónimos (2)	Objetivos de la rehabilitación profesional (3)
<p>11.-Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, tal como lo concebimos, pidiéndole solamente conocer su voluntad para con nosotros y la fortaleza para cumplirla.</p> <p>12.-Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los adictos y de practicar estos principios en todos los aspectos de nuestra vida.</p>	

Las doce tradiciones de Narcóticos Anónimos(2)	Carta de concienciación(3)
<p>1.-Nuestro bienestar común debe tener prioridad; la recuperación personal depende de la unión de NA.</p> <p>2.-Para el propósito de nuestro grupo sólo hay una autoridad fundamental: un Dios bondadoso tal como pueda manifestarse en nuestra conciencia de grupo. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza; no gobiernan.</p> <p>3.-El único requisito para ser miembro es dejar de consumir.</p> <p>4.-Cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a NA en su totalidad.</p> <p>5.-Cada grupo tiene un solo propósito primordial: llevar el mensaje al adicto que todavía sufre.</p> <p>6.-Un grupo de NA nunca debe respaldar, financiar ni prestar el nombre de NA a ninguna entidad allegada o empresa ajena, para evitar que problemas de dinero, propiedad o prestigio nos desvíen de nuestro propósito primordial.</p> <p>7.-Todo grupo de NA debe mantenerse a sí mismo completamente, negándose a recibir contribuciones externas.</p> <p>8.-NA nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros centros de servicio pueden emplear</p>	<p>1.- Imagen neutralizadora negativa de la tentación.</p> <p>2.- ¿A quién he dañado y debo recuperar?</p> <p>3.- ¿Por qué vía me convertí en adicto?</p> <p>4.- Daños causados por los tóxicos.</p> <p>5.- Tiempo libre.</p> <p>6.- Beneficios de la abstinencia.</p> <p>7.- Minas de contacto.</p> <p>8.- ¿En quién pienso?</p> <p>9.- Imagen neutralizadora positiva.</p>

Las doce tradiciones de Narcóticos Anónimos(2)	Carta de concienciación(3)
<p>a trabajadores especializados.</p> <p>9.-NA, como tal, nunca debe ser organizada, pero podemos crear juntas o comités de servicio que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven.</p> <p>10.-NA no tiene opinión sobre cuestiones ajenas a sus actividades; por lo tanto su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.</p> <p>11.-Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción; necesitamos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio y el cine.</p> <p>12.-El anonimato es la base espiritual de todas nuestras tradiciones, recordándonos siempre anteponer los principios a las personalidades.</p>	<p>Indicadores de alerta de recaídas (3).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Indiferencia. 2. Labilidad afectiva e hipersensibilidad. 3. Pocas ganas de hablar acerca de problemas y preocupaciones, situaciones. 4. Aislamiento social. 5. Romper con las rutinas saludables y su estructura. 6. Toma de decisiones impulsivamente.

Con el Juramento del toxicómano y la Cadena de solidaridad concluyen los grupos de psicoterapia en la Comunidad terapéutica "Rogelio Paredes".

Juramento del toxicómano.

Juro por la vida de mis seres más queridos que rechazaré durante veinticuatro horas, el consumo de los tóxicos que me esclavizan; así como reuniones y conversaciones tentadoras sobre los mismos.

Tendré siempre presente que el placer artificial que me producen se transforma en gran sufrimiento para los que me quieren y obstáculo para mis metas en la vida.

Muy grande es el sufrimiento de mis padres, que cuando me trajeron al mundo, tuvieron para mí aspiraciones diferentes a que me convirtiera en un toxicómano.

Yo también tengo otros planes y sufro mi adicción.

Por mis seres más queridos y por mí: debo rehabilitarme.

¡Si se puede!

Cadena de la solidaridad.

¡Unidos frente a las drogas sí se puede vencer! (3)

Igualmente los grupos de AA y NA tienen una forma habitual para despedir las reuniones-juntas, que hacen de forma oral coreada y con las manos entrelazadas y unidos en círculo, como acto de reafirmación de las convicciones que los hacen

permanecer en la Comunidad y hacer su propósito fundamental de ayudar al adicto que todavía sufre fuera de la Confraternidad (mensaje).

Las reuniones-juntas de AA se realizan a modo de tribuna y los miembros sentados en filas de bancos o sillas como en un templo católico o evangelista; sin embargo, NA lo hace a modo de círculo, que permite que todos siempre se puedan observar y la tribuna se hace desde el mismo puesto; como es usual en los grupos profesionales, e incluso en los grupos de ayuda mutua (GAM).

De forma empírica, por la experiencia acumulada durante años, se puede apreciar un funcionamiento coherente de la comunidad que, de alguna manera, tiene puntos de contactos, de coincidencia con el modelo transteórico de Prochaska, Diclemente y Northcross, y su forma de intervención a partir de las etapas por las que transita el adicto.

Cuando un adicto llega por primera vez a una junta de AA o de NA, todos se ponen en función de él, para ofrecerle información y experiencias que permitan al recién llegado iniciar un proceso de identificación con el grupo. Se insiste en la aceptación del primer paso –la bien llamada derrota-, para poder avanzar en la recuperación; es como transitar de la etapa precontemplativa a la contemplativa. Se les sugiere que asista a noventa juntas-reuniones sin tomar ninguna decisión y sin cuestionar nada, para que después lo haga. Esto le va a permitir, después de aceptar su problema con las drogas y querer hacer algo al respecto –contemplación-, transitar durante este período de la etapa de preparación a la de acción. La propia literatura de la Comunidad y sus miembros de más experiencia, sugieren, recomiendan que la práctica de los pasos se haga después de un tiempo participando en el grupo para que el adicto esté más preparado.

Son insistentes en la práctica de los pasos como única forma para la recuperación –aunque nunca obligatorio. Utilizan la opción de un padrino –de hecho uno de sus libros es El padrinzago, que establece el funcionamiento de esta herramienta con la característica de una autopista de doble vía; o sea, ayuda mutua entre el padrino y el ahijado. Aquí quizás radica uno de los principales problemas que advierte la Comunidad, y es que muchos de sus miembros no practican los pasos como sugiere el Programa, aunque se mantienen integrados en las reuniones-juntas. La práctica de los pasos, incluso, constituye una forma de terapia narrativa, ya que el adicto escribe las respuestas estructuradas en la Guía de los pasos –otro de los libros imprescindibles de NA-, para su ejecución; o sea, ellos tienen una guía diseñada con muchísimas preguntas por cada uno de los doce pasos que permiten al adicto adentrarse de una forma estructurada, organizada y profunda en la práctica del programa. Este proceso de autoconocimiento y de estrategias y acciones se hace con la ayuda de un padrino o no, es a elección del adicto.

Se realizan reuniones-juntas de estudio a través de la literatura –no utilizan ningún tipo de literatura ajena a la Confraternidad, aunque cualquier miembro en su tribuna puede citar o hablar de lo que quiera-, de temas escogidos por los miembros...; semanas de unidad, donde comparten con otros grupos y exponen temas; eventos regionales, nacionales e internacionales.

Tienen un libro titulado “Sólo por hoy”, que contiene un tema relacionado con la enfermedad y/o la recuperación, con una reflexión, por cada día del año, que utilizan diariamente en las reuniones-juntas si la conciencia del grupo o el grupo mismo no ha propuesto otro tema. Este mismo libro, además, tiene al final una experiencia vivida por algún adicto relacionada con los temas tratados; constituye realmente un texto muy valioso por las experiencias reales que evoca sin especulaciones vacuas. Sépase que toda la literatura de AA y NA está escrita como compilación de la experiencia de muchos adictos, según ellos; por supuesto, por las características del texto básico, libro azul, hay una metodología que tuvo que ser satisfecha por un determinado grupo de personas profesionales o vinculados a la edición literaria, o cuanto menos, debidamente asesorada.

Uno de sus principales valores de esta literatura, en mi opinión, está en la redacción diáfana, sencilla, directa, clara, que permite una comprensión para cualquier persona, y que es como una enciclopedia que permite al adicto buscar cualquier tema, con sus reflexiones y experiencias.

El grupo asume la celebración del primer año de abstinencia de cada uno de sus miembros con una reunión-junta de celebración; que inevitablemente siempre me recuerda el uso terapéutico del efecto Pigmalión tan necesario en la atención de esta enfermedad. Y no sólo por este evento; todo su funcionamiento incide en lo mejor, lo bueno, las capacidades, potencialidades, valores..., de los adictos en su lucha contra la enfermedad como una especie de efecto Pigmalión constante sobre imponiéndose a las desgracias y consecuencias de una vida activa en las drogas.

Tienen dos formatos principales de reuniones-juntas: abiertas y cerradas; en las primeras pueden participar personas interesadas que no sean adictas, familiares, amigos; incluso, profesionales de la medicina, la psicología, y en las segundas, sólo participan personas adictas y tienen una mayor incidencia e importancia por la profundidad y crudeza con que se abordan los temas y por la seguridad que aportan a sus miembros.

Siempre que llegue a cualquier reunión una persona por primera vez, por información, toda la junta en pleno y sus miembros, independientemente de lo que se estuviera haciendo, se pone en función del recién llegado, cambiando la estructura que llevaban o tenían prevista, incluso, la de una celebración.

Dicen los miembros de NA que el Programa no es para dejar de consumir; sino, para aprender a vivir. Esta máxima es la pretendida por cualquier tratamiento profesional, aún en las condiciones más difíciles para un paciente adicto.

NA dice que hace una sola promesa a sus miembros: “dejar de consumir, perder la obsesión por el consumo y encontrar una nueva forma de vida”. AA y NA tienen un solo propósito: pasar el mensaje de recuperación al adicto que sufre.

Las Confraternidades, Comunidades, grupos de autoayuda, de AA y NA, constituyen un sistema de seguridad para los adictos que quieren resolver su problema con las drogas. Son una red mundial siempre presta a acudir ante el llamado de un adicto. Con sólo hacer una llamada telefónica o hacer acto de presencia en una sede pidiendo ayuda, no será abandonado en ninguna circunstancia y contará con el apoyo incondicional de todos los miembros.

Como cualquier obra humana el problema está más en el individuo que en el propósito de la obra misma.

Todo lo que se haga con el fin de salvar la vida de un adicto es válido; quizás sea la única condición donde el pragmatismo –el fin justifica los medios-, no me alarma.

Referencias bibliográficas:

1. Alcohólicos Anónimos. Texto básico. World Services, Inc. Chatsworth, California.
2. Narcóticos Anónimos. Texto básico. World Services, Inc. Chatsworth, California.
3. Ricardo González. Grupos didácticos, reflexivos, inspirativos, con adictos; temas y tácticas. Editorial científico-técnica, La Habana, 2009.



DESDE INTERNET

Nuevo cóctel letal de opioides detectado en varios estados norteamericanos: Muerte Gris

La 'Muerte Gris', la nueva droga letal que es muy peligrosa incluso al tacto.
Por Josep Fita. lavanguardia.com.

Varios Estados norteamericanos están en alerta por la detección de estas sustancias potencialmente mortales. El mundo de las sustancias estupefacientes está en constante evolución. Y avanza a tal velocidad que resulta muy complicado, para aquellos que pretenden combatirlo, estar al día de las nuevas drogas que circulan por las calles. Cada cierto tiempo aparece un aviso alertando de la presencia en el mercado de una nueva sustancia, pero para cuando las autoridades ya la tienen analizada y catalogada –y conocen su potencial riesgo- ya han aparecido otras.



Este es el caso de la denominada Muerte Gris, un nuevo cóctel letal de opiáceos detectado en varios estados norteamericanos y que ha producido diversas muertes.

La Muerte Gris, que tiene una apariencia similar al cemento y que puede encontrarse tanto en formato compacto como en polvo, es una especie de combinado fatal que engloba cuatro sustancias distintas: heroína, fentanilo, carfentanilo y un opioide sintético llamado U-47700, sustancia detectada en algunas de las píldoras que se encontraron en la casa del cantante Prince tras su muerte.



Esta mezcla letal de sustancias contiene heroína, fentanilo, carfentanilo y el opioide sintético llamado U-47700

Por si solas, la ingesta de todas ellas ya resulta peligrosa; imagínense pues todas juntas. “Es una de las mezclas más aterradoras que he visto en casi 20 años de análisis de drogas químicas”, ha explicado a Associated Press Deneen Kilcrease, gerente de la sección de química de la Oficina de Investigación de Georgia, uno de los estados, junto con Alabama y Ohio, donde se ha detectado el combinado letal.

Es tan temible, que resulta peligroso incluso al tacto. Y es que esta nueva droga puede ser absorbida a través de la piel. Los consumidores tanto se la inyectan, como se la tragan, fuman o esnifan.

En España, por suerte, todavía no hay evidencias de la presencia de la Muerte Gris. Sin embargo, sí se han detectado muestras con U-47700. “También hemos analizado muestras de fentanilo y carfentanilo, pero procedían de fuera”, explica a La Vanguardia Núria Calzada, psicóloga y coordinadora estatal de Energy Control, el proyecto de reducción de riesgos de la oenegé Asociación Bienestar y Desarrollo

La 'Muerte Gris', una nueva amenaza (Mike Stewart / AP)

No obstante, y aunque todavía no estén presentes aquí, estas peligrosas sustancias poco a poco van traspasando fronteras. Sin ir más lejos, “el mes pasado se activó la alerta en el Reino Unido por la presencia de heroína adulterada con fentanilo y derivados que ha causado la muerte de varias personas”, advierte Calzada. Antes la alerta había sido activada en Canadá.

Calzada explica que desde que están analizando sustancias como el fentanilo, han empezado a tener naloxona a mano – el antídoto para revertir las consecuencias fatales del contacto con estos opiáceos-. “Es muy fácil que sólo manipulándolas puedas tener una sobredosis. Actúan a dosis muy bajas”, arguye. Incluso en Canadá “se están repartiendo kits con esta sustancia para que los consumidores, en caso de necesitarlo, puedan revertir la sobredosis”.

Otra de las sustancias que contiene la Muerte Gris es el carfentanilo, un derivado del fentanilo. Se trata de una droga 10.000 veces más potente que la morfina y que se usa, por ejemplo, como tranquilizante para elefantes. Se cree que este compuesto fue uno de los usados en la famosa crisis de rehenes del teatro Dubrovka de Moscú de 2002.

Aquel acontecimiento está grabado a fuego en la retina de muchas personas. El teatro, en el que habían unas 850 personas, fue tomado por unos 50 activistas chechenos que, armados con explosivos, exigían entre otras cosas la retirada de las fuerzas rusas de Chechenia.



De momento, este peligroso combinado de sustancias no se ha detectado en España (Mike Stewart / AP)

Debido a la arquitectura del edificio, los cuerpos especiales decidieron abortar cualquier tipo de acción que tuviera como fin hacerse con el control de la sala. En su defecto, apostaron por esparcir por el sistema de ventilación un agente químico. Cerca de 130 rehenes, y todos los asaltantes, murieron por el gas letal diseminado, una acción que fue muy criticada en su momento.

El Gobierno ruso nunca admitió el uso de carfentanilo en la crisis de los rehenes del teatro Dubrovka, pero diez años más tarde de aquel fatídico suceso, científicos británicos detectaron la presencia de esta sustancia en la ropa de varios supervivientes.

También hay evidencias de que los servicios de emergencia rusos que accedieron al recinto a atender a los rehenes recibieron la recomendación de llevar consigo naloxona. Sin embargo, como desconocían el uso del agente químico por parte de las fuerzas especiales, no hicieron acopio de una cantidad suficiente para atender a todos los afectados, y evidentemente no pudieron salvar la vida de todos ellos.

De momento, en Georgia tienen documentados en los últimos tres meses 50 casos de sobredosis con Muerte Gris, la mayoría en el área de Atlanta. “Antes podías acercarte a uno de nuestros científicos y preguntarle ‘¿qué estás analizando?’ Te decían que estaban trabajando con heroína o fentanilo. Ahora, hay veces que tienen la muestra delante y te dicen ‘bueno, de momento no lo sabemos”, arguye Mike DeWine, fiscal general de Ohio. Precisamente este Estado fue el que contabilizó más muertes por sobredosis de opiáceos en 2016, con más de 3.000.

Fuente: www.sertox.com.ar/ww

Un regalo de Esperanza

Prof. Rosa Elena Quiñones Colarte. Facultad de Ciencias Médicas Calixto García-

Durante más de cuarenta años fumé compulsivamente, a sabiendas del daño. Comencé por imitación, encendía cigarros a mis hermanos mayores, observaba con placer a papá fumar su tabaco después del café de las tres. En el preuniversitario, escuelas al campo, fiestas, fumé del cigarro de otros. Graduada universitaria consumí una caja diaria.

Fumaba si tenía hambre, terminaba de comer, estaba ansiosa, aburrida o emocionada, en ocasiones no me percataba de tener encendido un cigarro y prendía otro. Enfermé de la garganta, bronquitis, ignoré factores de riesgo familiares y personales, varios intentos de abandonar fracasaron, durante el embarazo pude pero recaí, volví a fumar.

En febrero de 2016 hice un segundo infarto, del primero ni me enteré, en la ambulancia, mi hijo, fiel y angustiado acompañante lamentaba el daño que me había hecho el cigarro. Decidí que si me salvaba no volvería a fumar ¡Y no lo volveré a hacer!

Viví dramáticas experiencias, un año después aún afronto una difícil rehabilitación con un estilo de vida muy diferente a mis preferencias, aprendí lecciones: reorganicé prioridades, quiero y valoro más la vida y la esperanza, no desperdiciaré la poca salud que me queda ni la calidad de ese tiempo. Siento profunda gratitud; hacia mi hijo, familiares, médicos compañeros de trabajo, exalumnos, amigos que me ayudaron a transformar la enfermedad grave en una valiosa epopeya, en un **“regalo de esperanza”**. **¡Muchas gracias a todos! Los quiero.**