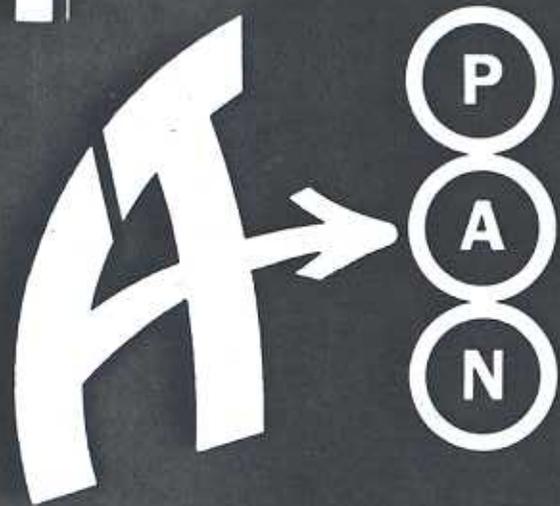


Revista de

**ANALISIS TRANSACCIONAL
y PSICOLOGIA HUMANISTA**



A E S P A T

Apartado 8 222 • 28080 MADRID

V. 49. 1 SEMESTRE 2003. AÑO XXI

REVISTA DE ANALISIS TRANSACCIONAL
Y PSICOLOGIA HUMANISTA

(Boletín informativo de ASOCIACION ESPAÑOLA
DE ANALISIS TRANSACCIONAL -AESPAT-)

Edita: AESPAT (fundada en 1978)

- Domicilio social: C/. Clara del Rey, n.º 44 - 7.ª A
28002 Madrid
- Junta Directiva: - Teléf. y Fax: 91 433 94 13
- Correo electrónico: aespap@mundofree.com
- Apdo. Correos: 8.222 - 28080 Madrid

Junta Directiva de AESPAT

Presidenta: María Yolanda Sánchez Galán
Secretaria: Gloria Alonso
Tesorero: David Gil Sánchez
Vocal de Formación y Contratos: Área Organizaciones: Antonio Ares Parra
Área de Clínica: M.ª Victoria Artiach Elvira
e Iciar Garmendia Izaguirre
Vocal de Publicaciones: Juan García Moreno
Delegados de Zona
Alicante: Juan Cruz Moreda Pérez de Eulate
Zaragoza: Jesús Serrano García
Cataluña: Josep M.ª Ferrán Torrent

Consejo Editorial

- **Dirección Institucional:** Junta Directiva de AESPAT
- **Dirección Técnica:** Juan García Moreno

Realización: GRÁFICAS DEHON - La Morera, 23-25. Torrejón de Ardoz

Depósito Legal: M-36843-1981

ISSN: 0212 - 9876

R.P.I. n.º 1095354 (provisional)

N.I.F.: 1095554

El Consejo Editorial de la Revista no asume necesariamente el punto de vista expresado en esta Revista; son los propios autores los responsables de su contenido.

EDITORIAL

En este presente número de la Revista os presentamos los siguientes trabajos: "Encuentro entre culturas", de Francisco Rodríguez Rioboo; "Un informe sobre investigación social: El programa Pax Alba", de Josep-María Ferran i Torrent; los dos artículos sobre "El estrés postraumático y los trastornos disociativos. Pautas para su tratamiento" (Parte I y Parte II), de Mario C. Salvador; y un amplio informe sobre "Tratamiento psicológico en la adicción a la cocaína y otros psicoestimulantes", de M.ª Consuelo Llinares Pellicer; y la "Carta a los socios" de la Presidenta de AESPAT, incluida en la Catexis.

Una vez más, pedimos a todos los socios de AESPAT su cooperación en la marcha de la Revista. Los excelentes trabajos presentados en el XI Congreso Español de A.T. podrían tener su desemboque lógico en su publicación a través de estas páginas. De esta manera tendría cumplimiento aquel dicho: "el recibir se complementa con el dar". No sólo deberíamos esperar **recibir** los artículos informativos y formativos de la Revista, sino también **dar** a la misma mis reflexiones y realizaciones en torno a la psicología y la psicoterapia para compartirlas con otros.

*Os deseamos a todos
unas relajantes y recuperadoras
vacaciones de verano.*

SUMARIO

ENCUENTRO ENTRE CULTURAS. Francisco Rodríguez Rioboo	3
INFORME SOBRE INVESTIGACIÓN SOCIAL: EL PROGRAMA PAX ALBA. Josep-Maria Ferrant i Torrent	11
EL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS. PAUTAS PARA SU TRATAMIENTO (PARTE I). Mario C. Salvador	14
EL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS. PAUTAS PARA SU TRATAMIENTO (PARTE II). Mario C. Salvador	19
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN LA ADICCIÓN A LA COCAÍNA Y OTROS PSICOESTIMULANTES. M ^a Consuelo Llinares Pellicer	26
CATEXIS	55
NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS	57

ENCUENTRO ENTRE CULTURAS

-Conferencia Inaugural del Congreso de AESPAT en Toledo, 6 Septiembre, 2002-

FRANCISCO RODRÍGUEZ RIOBBOO

Catedrático de Filosofía Social y de la Cultura
en la Escuela Universitaria de Trabajo Social
de la Universidad Complutense de Madrid

El término cultura puede acabar en un inoperante constructo generalizante si no se aplican al mismo las diversas especificaciones que le harán más útil y funcional.

Esto es lo que pretende el autor con el siguiente trabajo centrado, sobre todo, en la cultura española y toledana.

Nos recuerda Rafael Conte, en "*Una cultura portátil*", que Goebbels decía: "cuando oigo la palabra cultura saco el revólver". Conte, cuando oye la misma palabra lo que saca es la tarjeta de crédito. Yo, cuando me mientan la cultura, la tarjeta no la saco porque no la tengo y tampoco el revólver, que no tengo ni quiero tener, aunque reconozco tener un miedo difuso a que un día cualquiera, un martes de noviembre —sin que pueda, con el coñac lórquiano, disfrazarme— sobre las cinco de la tarde, dando clase sobre una cuestión que bien pudiera titularse "la cultura como coartada", un Goebbels menor me saque no una pistola, pero sí un papel lleno de sellos donde aparezca, tras "políticamente incorrecto", una condena ejemplar. Pero la verdad es que eso no ha pasado y qué voy a contarles yo de los miedos imaginados.

Sin embargo, para no ser menos que Goebbels y Conte, yo también saco algo cuando oigo la palabra cultura; saco un pequeño y atestado diccionario que contiene más de quinientas acepciones del término cultura y me pregunto: "¿Con cuál de ellas, más o menos, coincidirá la que acaba de proferir mi interlocutor?"

En 1963 los antropólogos Kluckhohn y Kroeber examinan quinientas definiciones de cultura y desde entonces acá han seguido lloviendo definiciones; no, no tengan miedo, no pienso, llevado por el cruel y pedagógico instinto profesoral, contárselas todas; ni siquiera trataré de reducir las a una docena larga; su previsible enojo y la cercanía del Tajo me hacen ser muy comedido.

Que las palabras dejen hueco para que el que las oiga las llene como el buen Dios y su imaginación le den a entender; eso que llaman polisemia, es una de las condiciones esenciales para que el hombre construya auténticos discursos humanos, que es lo mismo que decir poéticos; ciertamente es así —piensen ustedes en el daño que están haciendo al habla los léxicos, y aún sintaxis, extraídos de los lenguajes binarios de las máquinas—, pero tampoco hay que excederse en la polivalencia. Y eso es lo que ha pasado con el concepto de cultura, que ha tenido fortuna, se ha hecho millonario —de significaciones, claro— y el dineral semántico ha terminado por robarle la identidad: qué curioso, le ha pasado igual que a nosotros.

Quiero recordar, a este respecto, dos cosas: una bien conocida pero algo olvidada,

que cultura viene del *colere* latino, que nos remite a tres ideas básicas: cultivar, proteger y honrar (de ahí su significación de culto religioso); la otra cosa que quiero recordar es la vieja figura ciceroniana: que al igual que se cultiva el agro, la *agricultura*, también se puede y se debe cultivar el alma, *cultura animi*. Con esa etimología y con la felicísima imagen de Cicerón, se puede elaborar sin más ayudas, una estupenda teoría de la cultura. Dejaremos esa especulación para otro día. Lo cierto y verdad es que la ambigüedad del concepto de cultura no es una mera cuestión académica, sino que afecta de lleno a su uso social y político, y por supuesto, a toda construcción conceptual que la tenga por base, como *encuentro de culturas*, por ejemplo. Piénsese en cultura entendida como identidad colectiva (su uso más extendido), con toda la imprecisión, claro está, que conlleva concepto tan amplio; no es necesaria excesiva imaginación para figurarse los usos y abusos que los poderes políticos y los fácticos pueden hacer con un término de fronteras tan elásticas. Pero el problema no queda ahí, ya que llegado el momento pueden ser aprovechados los desplazamientos del concepto: de identidad colectiva a subculturas dominantes, tal vez minoritaria, tal vez construida artificialmente; de ésta a producto refinado del espíritu —lo que suele llamarse alta cultura— que con un mínimo de habilidad puede trocarse en exigencias de civilidad que terminarán parando en códigos éticos que las oligarquías culturales elaboran para un racional disfrute del pueblo, que al final se encontrará con una cultura popular en la que no tuvo arte ni parte. Todos estos desplazamientos, y más, permite el difuso concepto de cultura.

Tampoco podemos olvidar que la génesis de la cultura nos sumerge en interminables polémicas que terminan por afectar a su comprensión y uso: que la cultura sea un repertorio de estrategias psicológicas de sublimaciones, al modo freudiano; la estructura inconsciente y universalizable de Lévi-Strauss; un producto epifenómico de un sistema de dominación, en la interpretación

filomarxista o, simplemente, un conjunto de símbolos compartidos, tramas de significación comunes a un grupo humano (en Geertz, por ejemplo); todo ello no es ajeno al modo de recoger y dar sentido al hecho cultural.

Al fin, ya que la implacable pasión pedagógica me gana como siempre la partida, un último recordatorio antes de meternos en faena. A mi modo de ver es esencial tener en cuenta que hablar de cultura es activar, de inmediato, el campo ideológico al que pertenece. Digo cultura y ya está ahí su viejo e inseparable envés, naturaleza, dispuesta a calentarnos la cabeza. En el mundo de las ideas la relación entre ambas es un mihura que da, por mucho que se quieran establecer puentes, síntesis y mediciones entre ellas, cornadas por aquí, cornadas por allá. Decir cultura es poner en movimiento otro no menos galano par de opuestos, localismo y universalismo, y ya tienen ustedes servida la discusión. Y no tardarán en aparecer relativismos, antirelativismos, anti-antirelativismos (en Geertz, en Rorty); historicistas y esencialistas no quieren perderse la greca y ya se aprestan a darse de cachetes, unos, me refiero a los cachetes, que pretenden dejar huella a perpetuidad, los otros, más pasajeros pero igualmente dolorosos. Un lío.

Y vamos a decir algunas cosas sobre el encuentro de culturas; la primera es pura aplicación de todo lo anterior: Aparte del cómo se verifica el encuentro, que a nadie se nos escapa su importancia, ¿qué realidades culturales son las que se encuentran? Los hechos históricos no están ahí, mundos y lirondos, con alguna que otra plasticidad, para que las ideologías les asignen un lugar en su rompecabezas, sino que ellos mismos, los hechos, son construcciones culturales y, claro está, la polisemia de la que antes hablábamos puede jugar un papel decisivo. Por ejemplo, y sin ir más lejos, lo que unos denominan encuentro cultural, término apropiado, me parece a mí, para algunas realidades de este orden y en ningún modo generalizable, otros lo llaman conquista o invasión. Y no es una cuestión terminológica, ni mucho menos.

Si quisiéramos responder a la pregunta anterior, la respuesta variará en función de la etapa histórica en que nos situemos. En las sociedades tradicionales, a pesar de las fracturas y segmentaciones originadas por los sistemas de dominación, podemos encontrar una cierta homogeneidad cultural —con sus dos valencias clásicas, lo culto y lo popular, y contando, claro está, con el factor regional— que sería producto de una identidad colectiva cohesionada por la religión y las fuentes de la tradición; dicho de otra manera, valga el ejemplo, en el siglo XVI-XVII español, un marqués adinerado, un hidalgo arruinado, un cordelero y un gañán, a parte de privilegios y unos a cuestras con el sentimiento del honor y otros con el de la honra, mantenían los mismos códigos de constreñimiento con su legítima —en líneas generales y al margen de las peculiaridades de clase—padeían un mismo sistema de miedos básicos, sabían, con pocas diferencias, qué hacer con los excluidos —concretamente qué barbaridad hacer—, se morían casi igual y comían cosas muy parecidas: eso sí, unos apenas las comían y a otros les sobraba. Cuando hablamos del encuentro de la cultura española y las culturas indígenas de América, lo que llevaron nuestros esforzados viajeros —se pueden añadir otros calificativos menos galantes— fue lo que con la inevitable imprecisión, podríamos llamar, ciertamente, la cultura española.

Si hoy, en una especulación del todo inverosímil, nos volviéramos a echar a la mar y nos encontraríamos a los mismos morados en las mismas y bellísimas tierras, ¿qué pasaría? Yo me lo figuro, y ustedes también, pero como no es figuración dulce la dejamos a medio imaginar. Se llenaría de antropólogos y conservacionistas —a ambos respeto profundamente y comparto con ellos—, vendrían múltiples ONG —esforzadas organizaciones sin duda— y, ahí nos duele, desembarcaría el mercado. Mercado, mercado, mercado, esa es la clave. No serían necesarios el alcohol y las viruelas para diezmar las poblaciones indígenas, esas son fórmulas rudas y trasnochadas. Bastaría con abrir un McDonald e instalar un repetidor de televisión. Claro está que esto es una

pura especulación catastrofista que seguramente se aleja de la realidad. Volvamos a lo nuestro. A lo que yo quiero ir es a cómo podría definirse la cultura española que allí iría.

Se encuentran la cultura española y la indígena —repartida en su bendita diversidad— de acuerdo; pero definir hoy a la primera se torna más complicado.

Hasta la mitad del siglo que se nos acaba de ir, más o menos, uno podría hacerse alguna idea de lo que pudiera ser la cultura española, tratando de conjugar su diversidad territorial. No lo sé, pero en esa definición tendrían que entrar siestas, hambres, botijos, encinas, fandangos, señontos, marineros altos y rubios como la cerveza, tricorrios, calamares en su tinta, encierros, vecinitas de enfrente, romerías, adelfas, mucho luto, miedo, sacristanes, cal, mucha cal en la fachada y, por supuesto, una amplia muestra de lo mucho y bueno de lo que se pisa en tierra de tanta viña. Ya sé que faltan muchas cosas, pero ésas las pueden poner perfectamente ustedes.

Sin embargo, hoy, y esto es fácilmente extensible a Occidente, este casero intento de definición se tomaría mucho más complicado. Las identidades colectivas han sufrido fracturas importantes, una de las cuestiones básicas a la que cualquier análisis sociocultural debe hacer frente, y ahora puede resultar complicado tratar de acotarlas. Los procesos de modernización han barrido las viejas identidades de los grupos primarios y nos han convertido, en expresión de Balandier "en erráticos buscadores de identidades". Pero el que busca, de cuando en cuando, encuentra, y al tiempo que han desaparecido las identidades clásicas se ha desplazado la particularidad del grupo al individuo, y éste termina por integrarse en nuevas solidaridades forjadas en torno a nuevos valores.

Acosado por la uniformización y el anonimato, mermada su identidad, el individuo intenta recuperarla mediante lo que se ha venido a llamar *identidad a la carta*. El individuo moderno recoge su material cultural de fuentes culturales heterogéneas y, literalmente, se pone a hacer bricolaje. Qué remedio.

En la casa donde vivo, el vecino de enfrente, por lo tranquilo que se manifiesta en las juntas de comunidad y por alguna que otra información que el cotilleo con su chica de la limpieza me ha proporcionado, sé que hace yoga y probablemente ha coqueteado con el zen. Es homosexual y vegetariano. Al lado tengo un tridentino mujeriego al que supongo perdido en las espesas redes del morapio y la chistorra. En el piso de abajo, un matrimonio agnóstico y estresado. Yo me dedico a hacerme preguntas existenciales sin respuesta en los espacios que quedan vacantes entre la cerveza y el agua de Vichy. ¿Cuál de los cuatro vecinos irá a la América imaginada? Si vamos los cuatro podemos complicar eso que se llama la comunicación cultural, pero si vamos toda la casa y los de la casa de ustedes se van a hacer un verdadero lío. Sin duda crearán que somos una cultura hiperpaganizada que adora a múltiples dioses, cada cual al suyo. Algunos, claro está, coincidimos en adorar al mismo Dios. También se supone, y a lo mejor es mucho suponer, que todos coincidimos en aceptar la convivencia en la diversidad y unas cuantas reglas del juego democrático (ello pudiera ser nuestro mejor regalo en el encuentro).

Sea como fuere, la verdad es que se produce una auténtica explosión de nuevas formas de identidad –tal vez precarias, no lo sé– y de tantas “culturas” que aparecen, que ya no quieren llamarse subculturas, no caben más en el saco.

Como nos dice Geoffrey Hartman en el *Fatídico asunto de la cultura*, “hoy nos encontramos con la cultura de la fotografía, la cultura de las armas, la cultura de los servicios, la cultura de los sordos, la cultura del fútbol, la cultura de la dependencia, la cultura del dolor, etcétera”. Seguramente ustedes añadirían otras de mayor densidad: la cultura ecológica, la cultura gay, la cultura del dinero, la cultura de la violencia y, cómo no, si piensan en la vieja Hispania, las delicadas y espirituales culturas del sablazo y del pelotazo y la dulce y solidaria cultura *del que venga detrás que arree*. ¿Cuáles de ellas

se embarcarán en nuestro viaje imaginario? ¿Todas? ¿Lo decidiría el Ministerio de Cultura? ¿El mercado? La última posibilidad me parece aterradoramente próxima a la realidad.

Podríamos cortar por lo sano, recuperar una visión más unitaria de cultura y no darle ese nombre a lo que en realidad son subculturas, grupos de interés, grupos de afinidad, tendencias sociales; pero la diversidad seguiría subsistiendo y llegaría, más tarde o más temprano a nuestra América redescubierta. Todo ello nos plantea algunas cuestiones ligadas al encuentro de culturas y a sus respectivos préstamos culturales, partiendo de la base, que creo que es la que más podría interesarnos aquí, que una de las culturas en el Occidente moderno.

En primer lugar, la proliferación de identidades, algunas en franca oposición y de conflictiva convivencia, presupone el riesgo real de que aportemos sistemas culturales donde abundan las contradicciones. Esto, ciertamente, siempre ha sido así, en el intercambio de culturas van incluidos sus respectivos sistemas de contradicciones; la diferencia es que hoy este sistema se ha extendido notablemente. En Occidente tenemos una rica herencia espiritual, hoy más o menos trenzada con otras no menos ricas tradiciones de la espiritualidad oriental. Y por supuesto, un patrimonio estético, ético y político de excepcional importancia; pero hay una poderosa y omnipresente cultura de lo material –en su sentido angosto, empobrecedor– donde don Dinero ejerce de maestro de ceremonias: ¿Las dos las presta Occidente? ¿O una más que otra? Al lado de la valiosísima cultura del respeto a la tierra y a la vida hay otra cultura implacable de la depredación; tenemos importantes movimientos por la paz, pero la violencia crece aquí y allá. Hay corrientes que se esfuerzan para que lo que comamos no tenga demasiadas porquerías, pero al tiempo nos venden pura toxina con algo de pollo para darle sabor, o lo que es peor, nos la recubren con chocolate para dársela a los críos; prolongamos la vida pero dilatamos los tiempos de muerte.

Inútil seguir acumulando las oposiciones de nuestra modernidad, la pregunta sigue manteniéndose igual: en el intercambio cultural, de hecho, ¿hay más cruz que cara o más cara que cruz? La respuesta dependerá de las circunstancias del encuentro y de la cultura en cuestión que intercambia. En cualquier caso, cuando éste es desigual –después lo veremos– los sistemas de incongruencias pueden ser muy erosivos para la cultura más débil.

Todas las sociedades tienen una lógica –no siempre visible, sino más bien al contrario– y una retórica, que como tal, es ostentadamente manifiesta. En la lógica pueden anidar intereses más bien tirando a obscuritos, de los que no es correcto hablar en pública; la retórica, ¡ah, la retórica! Ella sí que está llena de albos desintereses, de cordiales ideales. Piensen ustedes en el mundo romano de los dos últimos siglos de la República y los dos primeros del Imperio. La lógica, conquistar, explotar tierras y hombres, saciar la Roma insaciable (sólo unos datos: 30.000 esclavos se hicieron en Tarento en el 209 a.c.; 40.000, como mínimo, en la campaña del 174 en Cerdeña; 150.000 en el Epiro, el 167; Mario hizo 150.000 esclavos contra los cimbrios, y César, en todas sus campañas, llegó fácilmente al millón; en el mercado de Delos podían venderse unos 10.000 esclavos al día, casi todos para Italia).

La retórica romana: el fraternalismo universal de origen estoico, la concordia, esto es, la unión de corazones que haría de toda la especie humana una sola familia profundamente unida. Tendríamos que preguntarnos cuál es nuestra lógica y cuál nuestra retórica y qué hacemos con ellas en nuestros encuentros culturales. Nosotros no vamos a responder a esta pregunta, pero no es nuestra intención cantar con esas bonitas músicas del viejo folk americano la conocida y triste historia de lo que sucedió con los riquísimos bombones rellenos con pequeñas dosis de cianuro.

El tema de la diversidad cultural de la que hablábamos nos lleva a otra cuestión que creo importante, y es que el hecho de que

esa diversidad conviva es ya un nuevo e importante producto a ofrecer en el encuentro cultural; inicialmente, la diversificación puede resultar desestructuradora, pero a largo plazo puede tener efectos benéficos. Dicho de otra manera, la tolerancia –y dejamos aparte el uso tópico de que es objeto– es virtud decisiva para evitar que el encuentro de culturas se transforme en encontronazo, y más que virtud diríamos instrumentos intelectual que posibilita que los inevitables mestizajes se den con más fluidez y menos coste humano.

Para que las culturas se conozcan hace falta tiempo, claro está, pero también es imprescindible que se muestren tal como son, sin excesivas restricciones. Que se vean bien, que se toquen, que se conozcan, que el otro y lo otro se conviertan en el espejo donde contemplen lo que fueron y ya han olvidado, lo que podría ser pero quedará o no serlo; lo que llegarán a ser, gustando o no, cuando se hagan mayores. Para que se busquen y esa búsqueda no encuentre demasiados obstáculos, es necesario consentir. Eso no es fácil y probablemente, al menos hoy en día, se exige un sistema político abierto con todo un buen aparejo de prescripciones antidiscriminatorias. No he querido decir democracia porque me conozco, y concepto tan noble y vapuleado me incita, como el capote al toro, a embestir. Y eso lleva tiempo. Volviendo a lo nuestro, los particularismos excluyentes dando y la tolerancia parando, esa es la cuestión. No sabemos dónde están los límites de la tolerancia y hasta dónde los códigos éticos –y los estéticos– dicen “hasta aquí hemos llegado”; sabemos distinguir el canibalismo cultural de “no me toques ni un pelo”, pero entremedias hay, qué se yo, dos o tres hectáreas que no sabemos si son de Juan o de Pedro. No, no sabemos mucho, pero, con todas sus ambigüedades, no ignoramos que necesitamos de ella, de la tolerancia, para que se inicie un aceptable noviazgo cultural.

Sin embargo, de *facto*, los casos se complican. El aparato de la tolerancia puede portarlo una cultura y otra no, y termina por crear agravios comparativos en una de las

colectividades. Por otra parte, la difusión de las fórmulas de la tolerancia entre la generalidad de la ciudadanía no es sencilla; quiero decir que lo que no es sencillo es su aceptación profunda, que es la que vale. La arcana polaridad endogrupo-exogrupo y las diferencias culturales no siempre toman la vía de la complementariedad, sino del enfrentamiento. Las subculturas de la pureza racial, o cultural, complican más la situación, olvidando que más de uno y más de dos, en cuanto hurguemos en la genealogía somos mestizos. Aún conociendo esa ascendencia, tal vez baste dos generaciones para que el arriscado ellos-nosotros, en su valencia de rechazo, vuelva a las andadas.

Volviendo a esa pieza clave de la convivencia intercultural que es la tolerancia, imposible no recordar —sobre todo estando en el imperial Toledo, crisol de culturas— a esa España que dio el interesante modelo de convivencia que todos conocemos.

Con Fernando III el Santo y su hijo, el Rey Sabio, se dio con cierta plenitud un fenómeno que hace paradigmático el S. XIII español. Las tres religiones del *Libro*, las tres culturas construidas alrededor de un Dios riguroso, lograron, tras haberse llevado bastante mal —dejamos ahora los ensayos andaluces— llevarse. La clave, sencilla, una de cal y otra de arena: tolerancia y segregación. El principio coránico de tolerancia con respecto a las gente del *Libro* fue aceptado por el cristianismo triunfante y pudo hablarse de que una relativa igualdad presidió la convivencia (sí, sólo relativa, las comunidades judía y musulmana eran toleradas siempre y cuando no peligraran los principios cristianos).

No olvidemos —y va en la lógica del tiempo— que la apostasía estaba castigada con pena de muerte y el proselitismo estaba severamente prohibido, sobre todo el judío y el musulmán, particularmente el primero; si algún judío tenía la desafortunada idea de "ligar" —digámoslo con término desentado que equilibre la gravedad de la sanción— con una cristiana, no le felicitaban por su talante exogámico, sino todo lo contrario: "Atrevencia et osadía muy grande facen los

judios que yacen con las cristianas, et por ende mandamos que todos los judíos contra quien fuere probado aquí adelante que tal cosa hayan fecho, que mueran por ello". La prohibición de tener contacto sexual con las cristianas, por parte de judíos y musulmanes, estaba justificado por ser estas esposas espirituales de Cristo. Desde esta lógica, las consecuencias de la escaramuza exogámica, aunque se moviera en el plano de lo simbólico, no dejaban de ser embarazosas. A fin de evitar que las castas se encontraran en lugares de expansión, se asignó a cada una días diferentes en los baños públicos.

Con endogamia, ciertamente, pero se logró que las rigurosas culturas del *Libro* lograran convivir. En cualquier caso estas prescripciones, encaminadas a mantener la pureza religiosa del grupo y evitar el conflicto intergrupar, no pudieron impedir el milagro del mozárabe y del mudéjar. Nuestro arte, nuestra literatura, nuestras músicas, están llenas de mezquitas y también hay sinagogas.

Esta convivencia, con todas sus limitaciones, no iba a durar eternamente. El epitafio de Fernando III († 1252) figura en cuatro idiomas: latín, castellano, árabe y hebreo. El de Isabel y Fernando sólo estaba en latín. La convivencia ya estaba rota. Con respecto a la tolerancia, que es una realidad de difícil construcción social y un concepto que si se le hurga analíticamente se nos complica bastante, sólo quisiera recordar un paradigmático comentario —cambiándolo un poquito para adaptarlo a nuestro negocio— de Kierkegaard: lo que algunos portavoces oficiales de la cultura nos dicen sobre la tolerancia es tan decepcionante como cuando en casa de un comerciante se lee en un letrero: "Aquí se plancha". Va uno con su ropa para que se la planchen y se lleva el gran chasco: el letrero estaba allí para venderse.

Y ahora, pensando en que no debemos tardar en ir finalizando, dos cuestiones que nos suscita inevitablemente el análisis intercultural. La primera, una obviedad que no siempre se recuerda: lo intercultural es constitutivo de lo cultural.

Pienso, y no es pensamiento nada original, que las culturas alcanzan la madurez cuando se han medido con otras. Decía Ortega en *Prólogo para alemanes*: "Pienso, en efecto, que toda cultura necesita periódicamente el enfrente con alguna otra. Y ese enfrente supone conocimiento, intimidad previa con esta, en suma, influencia. Es más, pienso que se trata de uno de los dos hechos radicales en la historia humana: Uno es la aparición de culturas autóctonas, pero el otro es la fertilización de una por otra".

Para Lévi-Strauss, tan distante intelectualmente de Ortega, también es exigencia la comunicación intercultural para potenciar la capacidad creativa de una cultura pero, piensa el reconocido antropólogo, un exceso de comunicación puede producir pérdida de diferenciación generando procesos de homogeneización. Nos dice en *Historia de Lynx*: "el deber sagrado de la humanidad es conservar igualmente presentes en el espíritu los dos términos —se refiere a la diferencia y al intercambio—, jamás perder de vista el uno en beneficio exclusivo del otro; guardarse, claro está, de un particularismo ciego que tendería a reservar el privilegio de la humanidad a una raza, una cultura o una sociedad; y tampoco olvidar nunca que una humanidad confundida en un género de vida único es inconcebible, porque se trataría de una humanidad osificada". Sea como fuere, toda construcción cultural precisa en un momento dado encontrar al otro, a lo otro, para volver sobre sí misma con la mirada informada por la alteridad.

En una monografía del CIS sobre Lévi-Strauss, Abad Muñoz nos comenta sobre esta cuestión: "Lévi-Strauss hace de esta capacidad de identificación con el otro el verdadero origen de la condición humana, porque nos permite reconocernos a nosotros mismos sólo a través del *Otro*. De modo que no es desde la identificación primera del *Yo* como llegamos al *Otro*, sino al contrario. Enfrentados ante la mirada del *Otro*, y tanto más cuanto más *Otro* y diferente sea, los hombres alcanzamos a reconocernos a nosotros mismos compartiendo una misma condición".

Con todos los peligros metodológicos que traen los transvases de la esfera del individuo al grupo, algo parecido pudiéramos decir de la idea de alteridad entre culturas. Claro que, a decir verdad, cuando las culturas se encuentran, puede pasar de todo. Cuando son individuos o pequeños grupos los que se adentran en una cultura distinta, realmente distinta, se puede producir una de las experiencias más intensas que puede vivir el hombre: la fascinación.

Piensen en los viajeros ingleses y franceses que visitaron la estupefaciente España del siglo XIX. Algunos quedaron embriagados de por vida ante su cautivadora singularidad. La seducción cultural es un viejo fenómeno que atrapa lo mismo a Marco Polo que a los últimos antropólogos en la Polinesia. A este respecto, nos cuenta Ortega en *Memorias de Mestanza* que el colmo de la felicidad bien pudiera estar en encontrarse de súbito en un marco tan sugestivo como lejano del propio. Nos dice Ortega: "debía cada cual hacer una lista de situaciones imaginarias que a su juicio representarían formas superlativas de la delicia del vivir. Yo tengo hecha esta lista, y uno de sus *desiderata* consiste en lo siguiente: ser inglés, que me durmiesen con un hipnótico en Oxford y me despertasen en Córdoba en un huerto de naranjos. Esa primera emoción del hombre nórdico ante la inverosimilitud del naranjo es una forma máxima de existencia".

Lo que no nos dice Ortega es que esa forma máxima de existencia pronto sería desbordada en cuanto el inglés fuera, entre copas de manzanilla y zorzaes fritos, paseado por la judería, por la calle de las flores. Unas cuantas soleares de Córdoba, y el guiño de una bella y enigmática gitana, terminarían por hacer perder el conocimiento al inglés que creyéndose muerto daría las gracias a Dios por haberle llevado al cielo. Pero también pueden producirse, entre culturas dispares, situaciones más enojosas, y aún diríamos cómicas si no fueran esencialmente dramáticas; nos cuenta Lévi-Strauss en *Raza e historia*, como ejemplo de etnocentrismo, el extravagante caso de las Grandes Antillas, al poco de descubrirse Améri-

ca: por un lado "los españoles enviaban comisiones de investigación para indagar si los indígenas poseían o no alma; por parte de los indígenas se procedía a la inmersión de los prisioneros blancos, a fin de comprobar, prolongando la vigilancia, si sus cadáveres estaban o no sujetos a putrefacción".

El otro puede ser el cielo o el infierno. Si lo segundo, es sospechoso de proceder de la más absoluta ajenez, aquella que bordea lo inhumano, pero no debemos desmoralizarnos, el español terminó por aceptar que el indio también tenía alma, y el indio tuvo tiempo sobrado de comprobar, sin necesidad de experimentos, que el cuerpo del blanco era tan corruptible como el suyo. Fue el mestizaje posterior la demostración más contundente de ello.

Y ahora vamos a plantear brevemente una cuestión que creemos conocida pero poco tenida en cuenta, teórica y prácticamente: en el encuentro cultural, si ambas culturas tienen dotaciones culturales parejas se produce —o es factible que se produzca— el intercambio cultural, y el mestizaje, al margen de otras variables, queda facilitado al desprenderse de marcas discriminatorias. Si una de las culturas está claramente mejor pertrechada que la otra —superioridad tecnológica, organización política, potencial militar, capacidad comercial— las posibilidades de que la más débil quede desestructurada son amplias. Lo de que *el pez gordo se come al chico* es históricamente compro-

vable, aunque a veces entra en juego otro dicho, *de lo que se come se cría* o por decirlo de forma más precisa, se produce la "venganza del vencido", como en la Grecia sometida militarmente por una Roma que fue colonizada culturalmente por ella. En la América colonizada por anglosajones, en la América de las películas del Oeste que veíamos en nuestra niñez, se hablaban antes de llegar el hombre blanco 500 lenguas entre, aproximadamente, 2.000 tribus. ¿Qué quedó de todo eso? Los tasmanios, uno de los pueblos iniciales más singulares que hemos llegado a conocer, desaparecieron del mapa en el tiempo récord de sólo 75 años. El último representante, una mujer, semialcoholizada creo recordar, murió en 1877. De la diversidad humana que habitaba las inconmensurables selvas de la Amazonia, gran parte es ya leyenda, pero de seguir así, y si se mantiene el mismo entusiasmo depredador, no faltará mucho para que el indio y la selva sólo puedan ser contemplados en viejas fotografías.

El progreso tecnológico descontrolado y guiado por la razón instrumental, semirotos los anclajes humanistas, tiende a crear desintegraciones en los países donde se forja; pero cuando se instala en culturas técnicas y socioeconómicamente elementales las conduce a la aculturación o a la desaparición. Esperamos que eso ocurra cada vez menos. Muchas gracias por haberme escuchado.

INFORME SOBRE INVESTIGACIÓN SOCIAL: EL PROGRAMA PAX ALBA

Director: JOSEP-MARÍA FERRAN I TORRENT

Profesor de Psicología y Pedagogía,
Maestro de Pedagogía Terapéutica, Logopeda y de Educación Infantil,
Decisiólogo. Delegado de AESPAT en Catalunya

El autor de este artículo presenta el planteamiento del programa de investigación-acción social educativa PAX-ALBA, que se desarrolla en tres comarcas catalanas: Baix Camp, Tarragonès y Priorato, para la prevención de riesgos de autoexclusión emocional, donde el modelo A.T. es un instrumento global e íntegro de apoyo esencial para potenciar la comunicación, la motivación y el trabajo en equipo del voluntariado y de la acción cívica educadora.

El planteamiento del programa de investigación-acción social educativa PAX-ALBA, tiene como principios la importancia de la educación como acción que favorece el pleno desarrollo de la persona humana por un lado y la formación para el respeto en el ejercicio de la tolerancia y la libertad de los principios democráticos de la convivencia. Su objetivo, por lo tanto, es facilitar contextos, estímulos y recursos que favorezcan este pleno desarrollo cimentado en los valores del espíritu crítico responsable y la creatividad en todas sus posibilidades.

En la actualidad, el objetivo PAX-ALBA (Paz es actitud) se centra en identificar cien técnicas, denominadas "pax alba", que son básicas y elementales de las necesidades educativas de la ciudadanía catalana de la Sociedad de la Información del siglo XXI.

La metodología PAX ALBA parte de diversos recursos relevantes: autores de técnicas educativas, terapias, deportes, cultura alternativa, modelos psicológicos de apoyo a la educación. A partir de estos recursos encontrar las técnicas más significativas y funcionales de la capacidad competencial de

la ciudadanía actual y los retos básicos y fundamentales.

La hipótesis de investigación: Calculamos que las técnicas pax alba podrán recopilarse en 100.

Primera pregunta: ¿Cuáles son estas 100 técnicas PAX ALBA?

Al menos 11 son del A.T., entre otros modelos como la PNL y otros autores, que es específico en la bibliografía seleccionada de este informe.

Segunda pregunta: ¿Para qué sirve esta recopilación?

Identificadas las necesidades educativas de una persona, se proponen tres técnicas pax alba como diana de aprendizaje inmediato: técnicas blancas.

La técnica CERADA! es la metodología para identificar cuáles son las técnicas pax alba de cada persona para llegar a un diseño potencial generalizado (perfil general PAX ALBA), e identificar en cada persona qué técnicas necesita consolidar para llegar al pleno desarrollo competencial óptimo e íntegro.

Las técnicas blancas son, por lo tanto, las técnicas que una persona en concreto y a ni-

vel individual decide aprender como prioritario, para responder a sus necesidades educativas (conciencia de déficit, nivel de insuficiencia, manifestación de preocupación, etc.) con implicaciones en todas las dimensiones de la persona: personal, familiar, social y laboral.

Este tipo de formación alternativa supone un proyecto íntimo de promoción y de crecimiento personal a partir de decidir las propias expectativas por el propio sujeto, el cual es el protagonista.

En general, se identifican en un proceso de cooperación entre el agente (decisiólogo o agente de apoyo a la toma de decisiones) y el propio sujeto: entre 1 a 3 técnicas que deben trabajarse por medio de talleres de cultura de grupo con metodología simbólico-vivencial, durante un periodo de tiempo prudencial: lo más frecuente es un mes.

Este aprendizaje se cubre en tres fases. La primera, la concienciación y el entrenamiento (CE) de la técnica blanca, a nivel personal e integración en las técnicas de grupo.

La segunda fase, en situaciones de recurrir en actividades (RA) dirigidas para la consolidación de la técnica. Uso de técnicas de grupo de dramatización y representación teatral.

La tercera fase, en situación espontánea y de la vida cotidiana, con decisiones, actuaciones e interacciones (DAI). Uso de la técnica de la agenda de decisiones.

Las nuevas técnicas blancas pasan por las tres fases citadas en un proceso hasta que son consolidadas por la inteligencia contingente y por su potencial actitudinal. Por ahora, hemos descubierto cinco estilos de formación alternativa para favorecer este progreso de crecimiento personal.

La inteligencia contingente es la capacidad inteligente de una persona en cualquier momento de su vida de forma espontánea, teniendo en cuenta su cultura de entrenamiento y su cultura de tomar decisiones, en el uso de las técnicas pax alba.

Para llevar a cabo este programa hemos recogido en el ámbito territorial de tres comarcas catalanas: Baix Camp, Tarragonés y

Priorato, las necesidades educativas, usando las técnicas del reclamo por medios escritos de soporte de papel y por internet, de la entrevista presencial, por teléfono y por internet, y del cuestionario.

Como punto de referencia de consulta tenemos las competencias básicas del Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya, en sus ámbitos social, matemático, tecno-científico, lingüístico y laboral.

Por ejemplo se pueden consultar:

<http://www.xtec.es/~ecastejo/compe.pdf>

La demanda social de la población diana de las tres comarcas se centra:

1. A nivel laboral: Población de titulados universitarios en paro; oferta de cursos centrados en las capacidades de la exposición oral, y resolución de supuestos prácticos en la acción educativa y en la lectura comunicativa.
2. A nivel cultural: en los ámbitos tecno-científico; navegación por internet con atención, sobre todo, a mujeres de más de 45 años.
3. A nivel general: En los ámbitos lingüístico-social con base emocional (afectivo-sexual). Este programa está dirigido a la prevención de riesgos de autoexclusión emocional, donde el modelo A.T. es un instrumento global e íntegro de apoyo esencial para potenciar la comunicación, la motivación y el trabajo en equipo de personas interesadas: parejas, jóvenes (mayoría chicas), mujeres (solteras, viudas, separadas... con algún proceso de duelo emocional), y personal (mujeres entre 45-75 años) pro voluntariado y de la acción cívica educadora.

EL USO DEL ANÁLISIS TRANSACCIONAL

Usamos como técnicas los 10 instrumentos del Análisis Transaccional (KERTÉSZ, 1997) y el contrato. Constituyen las 11 técnicas de las 100 de PAX-ALBA. Dentro del instrumento del análisis de las transaccio-

nes: los circuitos de conducta. Las respuestas de circuito OK ante un estímulo de circuito NO OK.

La demanda de habilidades en los circuitos OK que pueden ser: creativo, emocional, racional y afirmativo. Frente a estímulos del circuito NO OK: sometido, sometedor, combativo activo, combativo gracioso, adolescente, maniático, lastimador y lastimero. Hay cuatro formas de respuesta frente a nueve estímulos NO OK, incluyendo la conducta autista. La demanda se centra en madres entre 40 y 55 años como necesidad de comunicarse con sus hijas/os. Y, también, en este campo nos encontramos con la clave de las dificultades en la relación educativa en general y de la tarea docente. Más en concreto en la gestión de conflictos en el aula.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abozzi, P. (1999). *Manual de autohipnosis. Un método eficaz para la transformación personal. Ejercicios para resolver los problemas de cada día: el estrés. La inseguridad. El miedo*. Barcelona: Martínez Roca.
- Álvarez, R.J. (1996). *Manual práctico de P.N.L. (Programación Neurolingüística)*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.

Bertherat, T. (1998). *La guarida del tigre. Antigimnasia para el dolor de espalda y las contracciones musculares*. Buenos Aires: Paidós.

Brennan, R. (1993). *La técnica Alexander*. Barcelona: Kairos, Biblioteca salud.

Britton, B. (2002). *El músculo del amor. Cómo encontrar y estimular el famoso punto G*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

Dilts, R. (1996). *Programación Neurolingüística. Identificación y cambio de creencias. Un camino hacia la salud y el bienestar*. Barcelona: Ediciones URANO.

Dilts, R. (1999). *Creación de modelos con Programación Neurolingüística. Un método para adquirir las habilidades que definen a la persona con éxito*. Barcelona: Ediciones URANO.

Fuentes, J.M. (2000). *Meditación Vipassana. Un instrumento de Bienestar*. Zaragoza.

Kertész, R. (1997). *Análisis Transaccional Integrado*. Buenos Aires: Editorial IPPEM.

Mohl, A. (1998). *El aprendizaje de Brujo: PNL. Manual de ejercicios prácticos de Programación Neurolingüística*. Buenos Aires: Editorial Sirio, S.A.

O'Connor, J.; Prior, R. (1998). *La venta con Programación Neurolingüística. Desarrolle sus habilidades para utilizar con éxito el nuevo modelo de venta*. Barcelona: Ediciones.

EL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS. PAUTAS PARA SU TRATAMIENTO (PARTE I)

MARIO C. SALVADOR*

En esta serie de dos artículos (Parte I y Parte II) revisaremos la fenomenología del estrés posttraumático (EPT) y los trastornos disociativos como síndromes frecuentes en las consultas clínicas, aunque poco conocidos, así como las directrices generales para su abordaje terapéutico (Parte II).

El trauma es el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona.

Cuando las personas se sienten demasiado sobrepasadas por sus emociones, los recuerdos no pueden transformarse en experiencias narrativas neutras (Janet, 1919). El terror se convierte en una fobia al recuerdo que impide la integración (síntesis) del acontecimiento traumático y fragmenta los recuerdos traumáticos apartándolos de la conciencia ordinaria, dejándolos organizados como percepciones visuales, preocupaciones somáticas y reacciones conductuales (Janet, 1894).

El EPT son "síntomas persistentes de arousal elevado" en el SNA. En el EPT el suceso traumático no se recuerda y se relega al pasado de la misma forma que otros hechos pasados; el almacenamiento de los recuerdos sigue pautas distintas que en los recuerdos ordinarios. El trauma continúa entrometiéndose con realidades visuales, auditivas y/o somáticas en la vida del paciente. Una y otra vez reviven las experiencias amenazantes que han sufrido, reaccionan-

do en el cuerpo y la mente como si estuvieran ocurriendo en el presente.

Los síntomas asociados al EPT son:

- Reexperimentar intrusivamente el evento en varias formas sensoriales (flashbacks);
- Evitar recordar el trauma tratando de negarlo, hablar de él, etc.;
- Hiperarousal crónico en el SNA;
- Entumecimiento emocional (que conlleva depresión, somatizaciones, anhedonia, falta de motivación, estados disociados);
- Reacciones emocionales intensas y abruptas;
- Problemas de sueño;
- Trastornos disociativos y problemas de memoria;
- Agresiones contra uno mismo u otros.

El EPT se diagnostica cuando estos síntomas duran más de un mes y se combinan con pérdidas en el funcionamiento de áreas tales como el trabajo o las relaciones sociales.

En el núcleo del EPT están las **perturbaciones somáticas**. Son síntomas de terror físico que son característicos del hiperarousal del SNA:

- Tasa cardíaca acelerada,
- Sudor frío,
- Respiración rápida,
- Palpitaciones cardíacas,
- Hipervigilancia,
- Reacciones de sobresaltos.

Cuando estos síntomas son crónicos pueden provocar:

- Trastornos del sueño,
- Pérdida de apetito,
- Disfunciones sexuales,
- Dificultades de concentración.

El EPT puede ser disparado repentinamente por recuerdos externos o internos del evento traumático; cualquier estímulo (visual, auditivo, somático, olfativo, etc.) puede activar el recuerdo que, rompiendo las barreras defensivas del Yo, irrumpe en la conciencia de la persona. El recuerdo traumático puede ser activado incluso cuando el paciente adopta una postura física que recuerda la vivida en el momento del trauma, este fenómeno es conocido como Estados Dependientes. De este modo, los síntomas somáticos, por sí solos, pueden disparar la reacción del EPT, ya que las sensaciones y reacciones somáticas son un recuerdo en sí mismos del episodio traumático.

El EPT implica un alto nivel de disfunción diaria.

LA MEMORIA Y LOS RECUERDOS TRAUMÁTICOS

Los recuerdos traumáticos se caracterizan por un sentido de estar "fuera del tiempo" e inmutabilidad, no tienen ninguna función social, y son reactivados por un estímulo desencadenante.

Estos recuerdos traumáticos son estados en los que el suceso traumático se reexperimenta parcial o completamente. Son recuerdos intrusivos experimentados como **flashback**, reexperimentación del suceso traumático en parte o enteramente. El más familiar es el flash back visual o auditivo, pero también puede aplicarse a síntomas somáticos que replican el trauma de alguna manera. Son vívidos como si el trauma continuara u ocurriera de nuevo.

Los recuerdos traumáticos son, pues, como parásitos en la mente que no se han codificado como un recuerdo normal.

Los flashbacks pueden ocurrir tanto mientras estamos despiertos como en pesadillas que perturban el sueño. Contienen experiencias sensoriales de sucesos terribles revividos con tal realismo e intensidad que es difícil diferenciarlos de la realidad del momento.

Los flashbacks visuales y auditivos son los más comunes. Son menos familiares los flashbacks emocionales, conductuales o somáticos.

Ejemplos de hiperarousal son: sobresaltos reflejos, alteraciones emocionales no explicables de otro modo. El dolor físico o la irritación intensa pueden explicarse también con el fenómeno de flashbacks. Los flashbacks conductuales son más frecuentes en niños que reaccionan sus experiencias traumáticas en lugar de verbalizarlas.

Debido a una excesiva hiperactivación del SNA y al exceso de cortisol parece que el hipocampo queda inhibido, impidiendo un procesamiento normal de la experiencia vivida. El hipocampo es una estructura cerebral implicada en la categorización, seriación del tiempo -secuencia-, contexto y asignación de un significado adaptativo de la experiencia. Parece que el terror bloquea el hipocampo, de manera que no puede procesarse la información; si algo dispara el recuerdo hoy se siente como "fuera de tiempo", como ocurriendo en el presente; el paciente pierde el sentido de que está experimentando algo que ha ocurrido en el pasado.

Cuando el hipocampo queda inhibido el recuerdo permanece codificado en sus componentes sensoriales y de manera no integrada. Los recuerdos se viven como fragmentados y disociados: la persona recuerda sólo aspectos parciales que pueden referirse a cualquiera de los componentes sensoriales (visuales, auditivos, somáticos, olfativos...).

Estamos hablando de los dos tipos de memoria implicados en la codificación de experiencias:

- **La memoria implícita:** implica recuerdos almacenados como imágenes, sen-

* Mario C. Salvador es el Director de ALECÉS, Instituto de Psicoterapia Integrativa (Lugo, Spain), Analista Transaccional Clínico en entrenamiento, Nivel II en EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), y Psicoterapeuta Integrativo. www.aleces.com

saciones, emociones y conductas automáticas. Es una memoria sensorial.

- **La memoria explícita** implica los hechos, la secuencia y la resolución (significado). Es una memoria narrativa.

El recuerdo ordinario implica relegar un suceso a la historia: en una posición en la línea del tiempo de la vida de la persona. Durante el trauma, las piezas no se juntan: el trauma congela el proceso integrador y la información no se integra en esquemas como los recuerdos ordinarios.

HIPERAROUSAL Y BIOLOGÍA DEL TRAUMA

El EPT puede alternar periodos de hiperactividad con periodos de estar exhaustos debido a los efectos del hiperarousal traumático del SNA. Los recuerdos del trauma que se ha sufrido pueden aparecer repentinamente, provocando pánico instantáneo. Las personas se asustan no sólo del trauma, sino de sus propias reacciones al trauma, debido a que son un recuerdo de las respuestas somáticas vividas en el trauma y han quedado asociadas.

Las experiencias de vida negativas o traumas trastornan el equilibrio bioquímico del sistema fisiológico de procesamiento de información del cerebro. Esta falta de equilibrio impide que la información sea procesada y llegue a un estado de resolución adaptativa con el resultado de que las percepciones, emociones, creencias y significados derivados de la experiencia quedan, en efecto, "trabados" en el sistema nervioso.

El trauma, particularmente en los estadios tempranos del desarrollo cerebral, deteriora el funcionamiento mental y emocional y afecta a la fisiología mucho más de lo que creíamos. El recuerdo traumático se almacena de una forma muy diferente a un recuerdo ordinario: en el hemisferio derecho de forma fragmentada, no integrada y separada del centro del lenguaje del cerebro (área de Broca); lo cual explica por qué la terapia verbal está frecuentemente limitada para el tratamiento del trauma y por qué mu-

chos pacientes traumatizados no pueden narrar su vivencia ("terror inenarrable").

Del nacimiento a los tres años el hipocampo no está maduro y, por tanto, no puede procesarse la experiencia en una memoria narrativa y a largo plazo. Las personas pueden recordar sucesos de la infancia como memorias implícitas con respuestas somáticas pero no narrativas.

El trauma psicológico causa una *disociación del procesamiento hemisférico*. Como hemos dicho, los recuerdos permanecen fragmentados en sensaciones somáticas, estados afectivos intensos y no pueden traducirse en narraciones. El trauma temprano causa lo que Schore (1998) llamó "poda sináptica" en el cortex frontal orbital y crea una perturbación en el sistema simpático-parasimpático que provoca hiperarousal, una mala lectura de las claves externas y una dificultad de calmarse y tranquilizarse; esta dificultad en la regulación de los afectos es un asunto central en el tratamiento de las personas traumatizadas. Las personas viven sobrestimuladas (Schore, 1998). La poda sináptica afecta también a la habilidad para experimentar estados emocionales positivos y predispone a la persona hacia la depresión. Afecta al vínculo con otros, y a la capacidad de regular el dolor corporal.

El arte, el EMDR, el movimiento y el juego activan el hemisferio derecho.

LA DISOCIACIÓN

La disociación es un síntoma de estrés agudo y es una sintomatología asociada al EPT. Parece ser una forma de fragmentación de la conciencia; va desde simplemente "olvidarse" de lo que uno va a hacer hasta una *Desorden de Identidad Disociativo* (Múltiple Personalidad). La disociación es una fragmentación de la conciencia.

Disociación significa que los aspectos emocionales, sensoriales, cognitivos y conductuales de la experiencia traumática no son integrados.

Las reacciones a un suceso altamente estresor son: **Lucha-Huida-Parálisis**. Cuan-

do se percibe que no se puede luchar o escapar, y es inminente la muerte o es una grave amenaza, el cuerpo se hiela o se paraliza; en este estado la persona entra en una **REALIDAD ALTERADA**. Esto es una reacción instantánea e instintiva (más allá del control del individuo). Muchos se sienten culpables por no actuar y no saben que ésta es una reacción programada biológicamente.

En la parálisis se segregan endorfinas, como anestésicos naturales, y, en última instancia, la psique se disocia de la experiencia. Así, los recuerdos traumáticos parecen flotar libremente en lugar de ocupar un lugar en el pasado.

El **Desorden disociativo** se define como "...una perturbación o alteración de las funciones normales de identidad, memoria o conciencia".

El **tipo de disociación experimentado en el EPT implica:** sentido del tiempo alterado, reducción de las sensaciones de dolor, ausencia de terror, negación a recordar.

Los trastornos disociativos pueden ir desde niveles de:

- Amnesia,
- Sentirse anestesiado y no sentir dolor,
- Cortar las emociones (embotamiento o entumecimiento),
- Sentirse fuera del cuerpo (despersonalización),
- Sentirse alejado de la realidad (irrealidad),
- Separar diferentes partes de la personalidad (DID; el más grave).

Es posible que la disociación sea un intento de la mente de huir cuando no podemos escapar.

Levine propone que durante el trauma los elementos de la experiencia se desconectan. Una persona con EPT puede relatar posteriormente un recuerdo visual perturbador (imagen), y una emoción fuerte conectada (afecto), pero puede no encontrarle ningún sentido (disociación del significado); un niño puede mostrar conductas repetitivas después de un trauma (conducta), pero no muestra ninguna emoción (afecto disociado).

LA PERSONA TRAUMATIZADA SE VUELVE MIEDOSA NO SÓLO DEL TRAUMA EN SÍ SINO DE SUS REACCIONES AL TRAUMA. LAS SEÑALES FÍSICAS QUE UNA VEZ APORTARON INFORMACIÓN ESENCIAL SE VUELVEN PELIGROSAS YA QUE ESTÁN ASOCIADAS AL TRAUMA.

Muchos clientes traumatizados entran en terapia con un amplio rango de quejas: dificultades de relación, quejas de somatización, ansiedad, depresión, trastornos alimenticios, trastornos disociativos, autoagresiones, abusos de sustancias, trastornos de regulación de los afectos, cambios repentinos de carácter...

En el abordaje terapéutico original, Janet para el EPT distinguía tres fases:

1. Contención, estabilización y reducción de síntomas;
2. Modificación de los recuerdos traumáticos;
3. Integración y rehabilitación de la personalidad.

El objetivo del tratamiento del EPT es ayudar a la persona a vivir en el presente, sin comportarse o sentir de acuerdo a exigencias irrelevantes que pertenecen al pasado. Psicológicamente significa que las experiencias traumáticas han de ser situadas en **TIEMPO Y LUGAR PASADO** y distinguidas de la realidad presente.

No obstante, el hiperarousal, las revivencias intrusivas, el entumecimiento y la disociación continúan confundiendo el presente con el pasado.

Es importante tener en cuenta cuando se trabaja con personas traumatizadas que:

1. Las personas con EPT no atienden a estímulos neutros: su cerebro está dirigido por los estímulos traumáticos. Viven en el pasado; no toman información nueva;
2. Tienen un sistema límbico más activo y las terapias habladas no descondicionan el sistema límbico;
3. Tienen una pérdida de capacidad para analizar y categorizar la información;

4. No son capaces de utilizar el lenguaje para distanciarse del estímulo peligroso;
5. Se dispara el trauma tanto por estímulos internos como externos asociados al trauma original.

En la Parte II de este artículo, señalaremos las directrices y líneas de actuación básicas para el tratamiento de las personas severamente traumatizadas y propondremos el método EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) como una técnica específica para la desensibilización emocional y el procesamiento cognitivo adaptativo de los recuerdos traumáticos dentro de un enfoque integrativo de la psicoterapia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Herman, J.L. (1994). *Trauma and Recovery*. HarperCollins Publishers.
- Parnell, L. *EMDR in the treatment of Adults Abused as Children*. Norton Professional Book.
- Rothschild, B. *The Body Remembers. The psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. Norton Professional Book.
- Van der Kolk, B.A. & Ducey, C.P. (1989). The psychological processing of traumatic experience: Rorschach patterns in PTSD. *J. Traum Stress*, 2, 259-274.
- Van der Kolk, B.A. & Van der Hart, O. (1991). The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago*, 48, 425-454.

EL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS. PAUTAS PARA SU TRATAMIENTO (PARTE II)

MARIO C. SALVADOR*

En esta segunda parte propondremos las etapas y los asuntos prioritarios a tener en cuenta en el tratamiento del estrés posttraumático (EPT), así como algunas consideraciones necesarias en la curación de esta patología. Proponemos el EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) como la metodología de tratamiento y reprocesamiento de los recuerdos traumáticos.

GUÍA PARA EL TRATAMIENTO DEL TRAUMA SEVERO

Diferentes autores proponen una secuencia de etapas necesaria para el tratamiento de las personas que han sido sometidas a traumas severos o acumulativos. En la *Tabla 1* expongo una comparación entre las etapas propuestas de Judith Herman en relación con las etapas propuestas por Eric Berne, de manera que podamos emparejar los distintos enfoques:

Como había señalado en la parte I de este artículo, es importante tener en cuenta, cuando se trabaja con personas traumatizadas, que:

1. Las personas con EPT (Estrés Posttraumático) no atienden a estímulos neutros: su cerebro está dirigido por los estímulos traumáticos. Viven en el pasado; no toman información nueva;
2. Tienen un sistema límbico más activo y las terapias habladas no descondicionan el sistema límbico;

Tabla 1.-Relación entre las etapas de J. Herman y las de E. Berne.

Fases de recuperación de un shock (Herman)	Fases de tratamiento (Berne)
Seguridad y	Contrato,
Empoderamiento (capacitación).	Descontaminación,
Recuerdo +	Desconfusión,
Duelo, alicción (Mourning), Redecisión,	
Reconexión	Reaprendizaje,
(Reorientación).	Terminación

3. Tienen una pérdida de capacidad para analizar y categorizar la información;
4. No son capaces de utilizar el lenguaje para distanciarse del estímulo peligroso;

* Mario C. Salvador es el Director de ALECÉS, Instituto de Psicoterapia Integrativa (Lugo, Spain), Analista Transaccional Clínico en entrenamiento, Nivel II en EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), y Psicoterapeuta Integrativo. www.aleces.com

5. Se dispara el trauma tanto por estímulos internos como externos asociados al trauma original.

De acuerdo a Van del Kolk (1998) parte del tratamiento es enseñar a los pacientes a prestar atención a los estímulos no traumáticos como forma de descondicionar el sistema límbico.

En el abordaje original de los fenómenos postraumáticos y disociativos Janet distinguía tres fases en el tratamiento del EPT:

1. Contención, estabilización y reducción de síntomas;
2. Modificación de los recuerdos traumáticos;
3. Integración y rehabilitación de la personalidad.

En esencia, estas tres fases recogen e incluyen las etapas propuestas por Herman y Berne.

El objetivo del tratamiento del EPT es ayudar a la persona a vivir en el presente, sin comportarse o sentir de acuerdo a exigencias irrelevantes que pertenecen al pasado. Psicológicamente significa que las experiencias traumáticas han de ser situadas en TIEMPO Y LUGAR PASADO y distinguidas de la realidad presente.

No obstante, el hiperarousal, las revivencias intrusivas, el entumecimiento y la disociación continúan confundiendo el presente con el pasado.

Muchos clientes traumatizados entran en terapia con un amplio rango de quejas: dificultades de relación, quejas de somatización, ansiedad, depresión, trastornos alimenticios, trastornos disociativos, autoagresiones, abusos de sustancias, trastornos de regulación de los afectos, cambios repentinos de carácter...

Hemos de hacer un diagnóstico adecuado de la sintomatología para un tratamiento adecuado.

En adelante, expongo las consideraciones oportunas en el tratamiento del trauma, así como los asuntos importantes a considerar, apoyados en los fundamentos expuestos en la parte I de este artículo. Seguiré las etapas propuestas por Janet para su mayor simplicidad.

ETAPA I. CONTENCIÓN, ESTABILIZACIÓN Y REDUCCIÓN DE SÍNTOMAS

Esta primera etapa es particularmente indicada con personas que manifiestan abundante sintomatología disociativa o, incluso, múltiple personalidad; en las que la capacidad relacional y el vínculo con otros seres humanos han quedado severamente dañados.

Debido a que las personas severamente traumatizadas sufrieron lesiones importantes en los vínculos de confianza con otros, y falta de control sobre la situación y sobre las emociones y conductas vividas, lo primero a considerar son los asuntos siguientes:

- Seguridad con el terapeuta y en el setting: "el mundo no es seguro", "no puedo confiar en nadie". Es importante que el paciente adquiera el control de la situación y de su experiencia interna. Hemos de considerar si todavía vive en una relación abusiva y tratar esto. Son necesarios contratos de seguridad que bloqueen el hacerse daño a sí mismo: en la casa, al conducir...;
- Descontaminación en cuanto a la responsabilidad: estos pacientes creen haber merecido el abuso; hemos de descontaminar las creencias que mantienen la disociación;
- Potenciar las opciones y sentimiento de control: en terapia hemos de transmitir que puede elegir y sentirse controlador (en cuanto al lugar físico en el despacho, el ritmo...);
- Tratar los asuntos de límites interpersonales: el espacio y la distancia son un asunto esencial en las personas que han sufrido abusos. Debido a que en el trato interpersonal traumático han sido muchas veces invadidos, su consciencia de las sensaciones ha quedado como anestesiada o, a veces, anulada.

Esta etapa primera incluye pues:

- a) Ayudar a la persona a *identificar y etiquetar las sensaciones y emociones sentidas en el cuerpo y aprender a vivirlas como señales que informan de necesidades internas y relacionales*

que requieren un curso de acción adecuado, en lugar de interpretarlas como peligrosas.

- b) *Enseñarles técnicas de regulación y contención emocional:*

- Respirar y calmarse;
- Aprender a visualizar lugares de seguridad, recuperar las figuras de apoyo y seguridad... *Es útil:*
 - o Crear visualizaciones para enseñarle a distanciarse de la experiencia traumática (pantalla de cine, imaginar desde la ventana de un tren); cambiar la imagen a blanco y negro, imaginar al niño cogido de la mano del Adulto; imaginar al Niño siendo protegido por una figura nutritiva;
 - o Imaginar al Niño estando protegido por una pantalla de cristal que lo separa del abusador.

- c) *Identificación, Desarrollo e Instalación de Recursos Internos y externos.* Habitualmente empleo EMDR en la instalación y reforzamientos de estos recursos para realzar la experiencia positiva.

- d) *Recuperar situaciones y momentos en los que la persona demostró competencia* (en los estudios, aprendizaje de habilidades...).

- e) Crear un PN (Padre Nutritivo) interno que desarrolle habilidades de autocontrol y calma.

- f) Identificación de experiencias positivas diarias, ya que tienden a interpretar las experiencias negativamente y buscar lo negativo en cada día.

- g) Crear una relación entre el Adulto y el Niño como una parte de la personalidad que es competente en hacerse cargo y manejar su vida personal.

- h) *Contener el Hiperarousal* del SNA. Es como aprender a usar el cuerpo y frenar la hiperactivación. Mientras el hiperarousal es demasiado elevado, el hipocampo no será capaz de entrar en funcionamiento como núcleo implicado en el procesamiento de los recuerdos traumáticos.

- i) Hemos de enseñar al paciente a desarrollar un yo observador (Adulto), de manera que pueda mantener la distancia psicológica necesaria para "observar" sus recuerdos sin revivirlos de manera regresiva.

- j) Es muy importante enseñar y desarrollar **Habilidades de enraizamiento:** sentir el cuerpo y estar consciente de las sensaciones, fortalecer la estructura muscular con ejercicios...

- k) Desarrollar la capacidad de nombrar y manejar afectos y reacciones somáticas. Es un requisito absolutamente necesario antes de la exploración de los recuerdos traumáticos; de otro modo, el peligro es la retraumatización sin beneficio alguno.

En definitiva, antes de la exploración de los recuerdos traumáticos hemos de desarrollar todas aquellas habilidades que faciliten al paciente mantener el contacto con la realidad presente y con el terapeuta de forma que pueda contener los flashbacks.

ETAPA II. MODIFICACIÓN DE LOS RECUERDOS TRAUMÁTICOS

La exploración del pasado será un imprescindible para la resolución del trauma; habremos de invitar a la persona a recordar y enfrenar su autodefensa de evitación y negación de la realidad.

En esta etapa después de la anterior de Preparación podemos seguir las siguientes fases:

- 1) Síntesis (compartir todas las partes del trauma);
- 2) Reprocesamiento e integración.

Hemos de insistir en la conveniencia de no tratar los recuerdos hasta que la relación es segura y el paciente posee los recursos y habilidades para contenerlos.

El OBJETIVO de esta etapa es separar el pasado del presente.

Una vez que el paciente sabe cómo contenerse, controlarse y conseguir el control de la situación, podemos pasar a la SÍNTESIS.

El propósito de la síntesis es aliviar la disociación ayudando a los diferentes alters a compartir sus experiencias traumáticas respectivas, tanto las unas con las otras como con el terapeuta.

Las abreacciones o catarsis descontroladas de afectos traumáticos sobrecogedores o abrumadores conduce a estados de hiperarousal y, a veces, a una descompensación psicológica. El punto de vista hidráulico de los afectos ("están dentro y necesitan salir") está en contraste con la noción de Janet de que el afecto, así como otros elementos del trauma, necesitan ser realizados/reprocesados e integrados o "metabolizados".

La síntesis terapéutica de los recuerdos traumáticos es una acción mental intencionada, fundamentada en una decisión consciente de la personalidad global, o de los alters implicados en la experiencia traumática.

Al narrar el trauma, cuanto más detalles cuente el paciente, más riesgo hay de hiperarousal. Monitorizar la activación del SNA y llevar al paciente a que frene sus reacciones somáticas facilitan la sensación de control y dominio y la experiencia de poder tolerar y digerir.

Una técnica útil es dividir la narración en tres fases:

1. **Nombrar el trauma** ("sufrí abuso a los 9 años"). Hemos de chequear continuamente el estado físico del cliente. Si aumenta el arousal, hemos de parar;
2. **Delinear los asuntos principales del trauma, sin detalles:** ("hubo una explosión, fui arrojado al suelo, fui capaz de pedir ayuda..."). Sólo decir los asuntos. Si el paciente entra en detalles, podemos interrumpirlo, cambiar de tema...;
3. **Cuando está listo, el paciente puede narrar el incidente en detalle...** Es aconsejable interrumpir periódicamente y chequear el nivel de hiperarousal. Si se eleva, podemos emplear anclajes, conducir la visualización del lugar seguro...

En estas fases, el terapeuta ha de ayudar a descontaminar las DISTORSIONES COGNITIVAS, contrastar con pruebas de realidad,

y ayudar al paciente a considerar que la experiencia tuvo un INICIO (precursores), UN DESARROLLO Y UN FINAL, que fue algo que pasó y ahora está a salvo y tiene nuevas opciones.

Es aconsejable resolver primero los sucesos que siguieron al trauma antes de tratar el trauma mismo: esto refuerza el sentido de que "ya acabó".

A veces, separar el pasado del presente puede hacerse a nivel físico simplemente: sugerirle que mueva un dedo o se levante y pasee mientras cuenta un recuerdo. Si, por ejemplo, durante el trauma estaba paralizado: "no pude moverme entonces, pero puedo ahora". Esto proporciona una vivencia correctiva nueva y una asociación somática distinta con el recuerdo.

En esta etapa podemos enseñar al cliente a:

- Identificar los ESTÍMULOS ACTIVADORES DE LOS RECUERDOS;
- MANTENER UNA CONSCIENCIA DUAL: "aunque estoy recordando algo terrible, ahora estoy a salvo";
- Cuando hay partes disociadas hemos de invitar al cliente a mantener diálogos frecuentes con el Niño interno, o los diferentes alters, para calmarle, consolarle y transmitirle que ya no está solo.

Curar el trauma implica ligar todos los aspectos del recuerdo y/o todas las partes de la personalidad.

El cliente necesita ser ayudado a sentir y pensar al mismo tiempo; formular conclusiones coherentes mientras siente.

En este momento, el paciente estará preparado para poder enfrentarse al recuerdo revivido de su experiencia traumática, disponiendo de los recursos necesarios y el contacto con el presente indispensable para desensibilizar y reprocesar las conclusiones dolorosas y defensivas allí tomadas.

Propongo el EMDR o Estimulación Bilateral como una técnica altamente efectiva para el tratamiento de estos recuerdos. En mi experiencia, cuando el paciente está preparado y confía en sus capacidades y en el terapeuta, el tratamiento con EMDR funciona

na como un excelente catalizador de la Re-decisión del paciente.

Desensibilización y Reprocesamiento de Recuerdos traumáticos con EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

El tratamiento de eventos traumáticos con el método de EMDR está basado en la hipótesis de que hay un componente fisiológico en cada dolencia. Está probado que cuando ocurre un incidente que es "traumático", el equilibrio excitatorio/inhibitorio, que es necesario para que ocurra el procesamiento de la información, está perturbado. Esta traumatización provoca una sobreexcitación de un locus específico del cerebro y se presenta una patología neuronal (Pavlov, 1927). Podemos decir que en la experiencia traumática se "congela" la información en su forma original (Memoria implícita). Se genera la misma ansiedad, la misma imagen, así como la misma evaluación negativa del sí mismo y el mismo afecto. Al no poder ser procesada en forma adaptativa esta información se manifiesta en las patologías propias del stress post-traumático (EPT) y se manifiesta como pensamientos intrusivos, "flashbacks" y pesadillas (Shapiro, 1989 a).

Estos eventos fisiológicos son aparentemente contrarrestados por los movimientos oculares en sí mismos (u otras formas de estimulación rítmicas bilaterales), que podrían restablecer el equilibrio excitatorio/inhibitorio, permitiendo que la información "congelada" sea desensibilizada, procesada e integrada adaptativamente (Shapiro, 1989 a). Cuando se utiliza en cierta forma, esto parece causar la cesación de la sintomatología del EPT después de un tratamiento con EMDR. Aparentemente, el procesamiento total de la información es catalizado por el método, resultando una difusión de las imágenes traumáticas, una completa reestructuración cognitiva, junto con una neutralización del afecto negativo (Shapiro, 1989 a; 1989 b). Así, una vez procesado e integrado parece que no hay más nada negativo al cual retornar.

El trauma psicológico causa una *disociación del procesamiento hemisférico*. Los recuerdos permanecen como fragmentados en sensaciones somáticas, estados afectivos intensos y no pueden traducirse en narraciones. Parece que el terror bloquea el hipocampo, de manera que no puede procesarse la información; si algo dispara el recuerdo hoy se siente como "fuera del tiempo", como ocurriendo en el presente; el paciente pierde el sentido de que está experimentando algo que ha ocurrido en el pasado. El trauma temprano causa lo que Schore (1998) llamó "poda sináptica" en el cortex frontal orbital y crea una perturbación en el sistema simpático-parasimpático que provoca hiperarousal, una mala lectura de las claves externas y una dificultad de calmarse y tranquilizarse. Las personas se vuelven sobreestimuladas (Schore, 1998). La poda sináptica afecta también a la habilidad para experimentar estados emocionales positivos y predispone a la persona hacia la depresión. Afecta al vínculo con otros, y a la capacidad de regular el dolor corporal.

En personas traumatizadas, debido a que la conexión amígdala-hipocampo es interrumpida, la información no se integra y archiva. Permanece en una manera fragmentada: información visual, afectiva, táctil, olfatoria, auditiva y somatosensorial. En el trauma se desactiva el área de Broca (la parte lingüística del cerebro) y causa un "terror inenarrable" para muchas personas; no pueden hablar o explicar lo que viven. Son incapaces de comunicar lo que sienten.

La metodología EMDR, como una forma de Procesamiento Acelerado de Información puede desbloquear el sistema de procesamiento de información del cerebro.

El tratamiento completo de EMDR tiene un abordaje en tres niveles:

- I. *El terapeuta debe dirigirse al incidente original que estableció la estructura cognitiva/afectiva;*
- II. *Evocar los disparadores ambientales e internos actuales que estimulan la conducta desadaptada; y*

III. *Instalar una respuesta cognitiva conductual deseada, incrementando así el sentido de la eficiencia del cliente.*

Mientras que los primeros dos elementos son necesarios para desensibilizar la respuesta ansiosa, el tercer elemento (instalación) permite que se establezca una nueva pauta imaginaria que incrementa la posibilidad de un efecto terapéutico a largo plazo **in vivo**.

Se obtiene el mantenimiento adicional de los efectos del tratamiento instruyendo al paciente a que *anote durante la semana siguiente cualquier incidente o recuerdo que le provoque ansiedad o lo inhabilite en sus tareas habituales*. Estos "trastornos" son desensibilizados en la próxima sesión. En el tratamiento se anima a los clientes a mirar todo como una "retroalimentación" más que como "fracaso", y cada desensibilización, reestructuración cognitiva, e instalación de conductas positivas, facilita un funcionamiento más efectivo en las semanas siguientes.

TRATAMIENTO CON EMDR

El recuerdo/cognición es tratado terapéuticamente requiriendo que el cliente mantenga en su mente uno o más de los siguientes elementos:

- Una imagen visual del recuerdo,
- Una evaluación negativa de sí mismo,
- La respuesta sensorial y emocional.

El proceso terapéutico incluye la medición de las emociones perturbadoras y la evaluación cognitiva del cliente. Esto sirve como monitor para obtener el efecto deseado.

Asimismo, se emplea una medida de los cambios de las creencias del cliente en relación a la evaluación deseada de sí mismo / cognición positiva en una escala de Validación de las Cogniciones (VoC) desarrollado por la Dra. Shapiro. Se compone de una Escala Diferencial Semántico de siete puntos (1 = completamente falso, 7 = completamente verdadero). Esta escala provee una rápida evaluación de la estructura cognitiva del cliente mientras se le pide que se concentre en el recuerdo que se quiere procesar. Los clientes son interrogados: "¿Qué pa-

labras sobre usted mismo o sobre el incidente concuerdan mejor con la imagen?" Ésta es la cognición negativa dolorosa. Luego son interrogados acerca de cómo les gustaría sentirse y que presenten una frase que refleja este sentimiento deseado. Esta declaración deseada de sí mismo es medida con el VoC.

El arte, EMDR, el movimiento y el juego activan el hemisferio derecho.

ETAPA III. INTEGRACIÓN Y REHABILITACIÓN

Con una síntesis y reprocesamiento exitoso el recuerdo traumático deja de operar a un nivel sensoriomotor.

El recuerdo traumático se ha transformado de ser una reexperimentación intrusiva a ser una historia narrativa relacionada con el acontecimiento traumático dentro del campo global de consciencia. Herman (1992) afirma que las experiencias centrales en esta etapa son "el empoderamiento y la reconexión" (p. 197).

El reprocesamiento (o realización según la terminología de Janet) es la formulación de una creencia acerca de lo que ocurrió (el trauma), cuando ocurrió (en el pasado), y a quién ocurrió (al self). El trauma se convierte en algo personalizado, relegado al pasado, y contiene propiedades simbólicas en lugar de sensoriomotoras.

El reprocesamiento implica una experiencia de la historia personal como propia de uno. Proporciona una transición desde el reinado de las intrusiones traumáticas disociativas no-verbales hasta el proceso mental secundario, en el que las palabras construyen un significado y dan forma, transformando la experiencia en un recuerdo narrativo.

La integración o asimilación implica un cambio multidimensional en la vida del superviviente. Como ha dicho un superviviente: "No tengo que vivir más mi vieja historia ahora que la conozco; estoy creando una nueva cada día. No estoy ya atado a mi guión".

En muchos casos el paciente ha de aprender a llorar profundamente la pérdida de la infancia que nunca ya puede ser recuperada, la soledad y el dolor que han perdurado, la pérdida de tiempo, dinero, educación, trabajos, relaciones, y energía empleada en evitar o pelear con las secuelas del trauma, y finalmente, la terrible verdad que debe llevarse encima para el resto de la vida.

La tarea del terapeuta en esta etapa es escuchar empáticamente la narración de la historia, repetidamente, si es necesario. La narración hace la historia más real y personal, así como cambia la vivencia del trauma de una experiencia autista (en aislamiento), a una vivencia de compartir en la relación con alguien y ligado a una alianza terapéutica. El superviviente ya no está solo en el trauma. Las palabras permiten al paciente formar nuevas estructuras semánticas que le permitirán asimilar el trauma.

Cuando utilizamos EMDR generalmente, esta fase tiene lugar en el mismo proceso de desensibilización y durante el procedimiento de reprocesamiento e instalación de la nueva cognición positiva adaptativa. Generalmente, es el propio paciente el que llega por sí mismo a estas nuevas cogniciones y redediciones de manejar su realidad en adelante de una manera distinta y funcional. Parece que EMDR pone en conexión los recursos que la persona dispone en otras áreas de su vida con los comportamientos estancos en los que estaba almacenado el recuerdo traumático.

Exposición a nuevas experiencias rehabilitadoras (Reorientación)

Los pacientes necesitan exponerse activamente a experiencias que les proporcionen sentimientos de dominio y placer. Comprometerse en actividades físicas, tales como deportes o actividades al aire libre, expe-

riencias físicas gratificantes tales como masajes, o actividades artísticas pueden ser vivencias que el paciente asuma, ya que no están contaminadas por el suceso traumático, y pueden servir como el punto de partida para nuevas experiencias gratificantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Armstrong, N. and Vaughan, K. (1994). *An Orienting Response Model for EMDR*. Paper presentado en la reunión de New Wales Behavior Therapy Interest Group. Sydney, Australia.
- Herman, J.L. (1994). *Trauma and Recovery*. HarperCollins Publishers.
- Lipke, H. (1992). *Manual for the teaching of Shapiro's EMDR in the treatment of combat-related PTSD*, EMDR Institute.
- Nicosia, G.J. (1994). *The QEEG of PTSD with EMDR*. Paper presentado en la Conferencia Internacional, Sunnyvale, California. Copias disponibles en *Neuro Diagnostics*. 4927 Centre Ave Pittsburgh, Pennsylvania, 15213.
- Parnell, L. *EMDR in the treatment of Adults Abused as Children*. Norton Professional Book.
- Rothschild, B. *The Body Remembers. The psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. Norton Professional Book.
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movement, Desensitization and Reprocessing Basic Principle, Protocols and Procedures*. New York: Guildford Press.
- Van der Kolk, B.A. & Ducey, C.P. (1989). The psychological processing of traumatic experience: Rorschach patterns in PTSD. *J. Traum Stress*, 2, 259-274.
- Van der Kolk, B.A. & Van der Hart, O. (1991). The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago*, 48, 425-454.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN LA ADICCIÓN A LA COCAÍNA Y OTROS PSICOESTIMULANTES

M^a CONSUELO LLINARES PELLICER*

Psicóloga de la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) en la Mancomunidad de Municipios de Safor (Gandía)

De entre las drogas originales, queremos destacar la cocaína.

La cocaína sigue siendo una droga de abuso con alta prevalencia en las sociedades occidentales. Ésta ha sido ampliamente consumida debido en parte a la idea de que no producía ninguno de los efectos adversos atribuidos a otras drogas de abuso. En la actualidad se está demostrando que esta idea es falsa, dados los problemas que aparecen entre sus consumidores, y que su poder adictógeno dificulta el abandono de su consumo.

Las drogas de diseño se caracterizan por derivarse de otras ya conocidas de modo sintético y por presentar una mayor potencia que las drogas originales.

La intervención psicológica es fundamental en el tratamiento de estas adicciones, por ello expondré cuáles son los objetivos a conseguir, las técnicas y estrategias psicológicas que se utilizan con mayor frecuencia, y las características fundamentales del tratamiento psicológico.

INTRODUCCIÓN

La mayoría de las drogas producen en el ser humano modificación de su estado de conciencia, con la inducción de estados más o menos placenteros de sedación o activación, facilitando algunas el contacto social o disminuyendo la tensión inherente al mismo.

Así, al principio, bajas dosis de estimulantes producen una serie de efectos euforizantes que parecen libres de consecuencias negativas. El estado de alerta y la sensación de bienestar disminuyen la ansiedad y la inhibición social e intensifican la energía,

la autoestima, la sexualidad y las emociones estimuladas por experiencias interpersonales, pero sin distorsiones perceptivas ni alucinatorias. De alguna manera actúan como lubricantes sociales.

Si bien la cocaína y las anfetaminas son estructuralmente distintas, sus efectos neuroquímicos y clínicos son muy similares. No ocurre así con las llamadas "drogas de síntesis" que, aunque estructuralmente están relacionadas con las anfetaminas, también lo están con una sustancia alucinógena, la mescalina y, por lo tanto, comparten propiedades de ambos compuestos y con una actividad farmacológica distinta a la de

las sustancias estimulantes o las alucinógenas.

Sea como fuere, todas ellas son susceptibles de generar trastornos por su consumo o inducirlos, y tanto la CIE-10 como el DSM-IV recogen, aunque con algunas diferencias, los distintos cuadros relacionados con los psicoestimulantes.

Para el diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de cocaína y de otros estimulantes, al igual que para otras drogas de abuso, se requiere la demostración mediante historia clínica, el examen físico y las pruebas de laboratorio. Hay que tener en cuenta la relación temporal entre la toma de la sustancia y la aparición y curso de los síntomas, prestando atención a si preceden al consumo, se presentan durante el consumo o después del mismo, así como el tiempo que persisten y la evolución de los mismos.

1. LAS DROGAS

1.1. LAS DROGAS ORIGINALES: COCAÍNA, ANFETAMINAS...

COCAÍNA

De entre éstas quiero destacar la **cocaína** que ha sido ampliamente consumida debido en parte a la idea de que no producía ninguno de los efectos adversos atribuidos a otras drogas de abuso.

En la actualidad se está demostrando que esta idea es falsa, dados los problemas que van apareciendo entre sus consumidores, y a que su poder adictógeno dificulta el abandono de su consumo.

La cocaína es un alcaloide que se extrae de las hojas de la planta de coca, arbusto originario de las regiones tropicales de los Andes, muy abundante en Perú, Bolivia, Brasil, Chile, Argentina, Las Antillas e Isla de Java.

Las hojas de coca secas contienen diferentes cantidades de cocaína entre 5-12 gr./kgr., dependiendo de las zonas de cultivo.

Fue usada por los indios de América Central y de los Andes mucho antes de la creación del imperio Inca. Los incas restringieron su consumo a la nobleza y el clero. Su uso facilita la realización del trabajo en las penosas condiciones inherentes a las grandes altitudes. Las hojas producen los mismos efectos mentales que la sustancia pura, pero su masticación da lugar a un paso enlentecido desde el estómago a la sangre, por lo que su entrada y actuación sobre el cerebro es más paulatina y menos intenso que el producido por la inyección o inhalación de la cocaína extraída de las hojas y utilizada en forma de polvo.

Los españoles que la suministraban a los indios para incrementar su rendimiento en las minas, la trajeron a Europa en el siglo XVI. El neurólogo Fedro Mantegazza publicó a mediados del siglo XIX un ensayo sobre la hoja de coca en el que indicaba algunas de las sensaciones que su consumo le había producido, entre las que se encontraban la euforia general, el aumento de la fuerza muscular, un sentimiento de creciente agilidad, un suave fluir de las ideas, placidez y un delicioso estado de alerta.

Albert Nieman aisló la cocaína a mediados del siglo XIX. A finales de dicho siglo se hizo famoso el denominado "vino Mariani", en el que la droga aparecía mezclada con vino, del que era destacable su delicioso sabor. La sustitución del vino por agua de soda dio lugar a la aparición de la Coca-cola. Descubiertos los efectos adictógenos de la coca, ésta fue sustituida por cafeína. Es curioso señalar que al inspirarse su creador en las propiedades psicólogo-medicinales atribuidas al vino Mariani, la coca-cola fue inicialmente vendida no sólo como estimulante sino como un producto medicinal.

Dentro del campo de la medicina, Sigmund Freud recomendó el uso de la cocaína para el tratamiento de la histeria, la depresión, la hipocondría y los desórdenes digestivos.

* C/ San Miguel, 7, pta. baja. 46713 Bellreguard (Valencia).

Al final del siglo pasado, Karl Koller descubrió sus propiedades de anestésico y describió su uso en operaciones oftalmológicas, siendo el primer anestésico local que se ha utilizado en diversas áreas de la cirugía menor como la ocular y la dental. El éxito del uso de la cocaína como anestésico dio lugar a investigaciones sobre la búsqueda de derivados o compuestos parecidos que mimetizaran o mejoraran sus efectos anestésicos evitando los adictivos. La cocaína y sus derivados, que fueron introducidos en 1905, son hoy básicos para la anestesia local.

La cocaína es un estimulante del sistema nervioso central y del sistema nervioso vegetativo que se manifiesta por un aumento de la actividad y disminución del sueño y del apetito.

Existen dos formas químicas de cocaína, la sal hidrocloreto y la base libre. La cocaína es biológicamente activa en ambas, pero las dos formas tienen propiedades físicas diferentes y se absorben por el cuerpo de un modo diferente.

El hidrocloreto de cocaína se disuelve fácilmente en agua, se aspira por la nariz ("esnifado") o se inyecta de forma intravenosa. También se toma cocaína en forma de "base libre" (crack). El crack se obtiene por disolución en agua, cuyo pH se alcaliniza, extrayéndose el éter o cloroformo, que es evaporado posteriormente. El resto es más volátil. Su absorción por los pulmones es lo suficientemente rápida para conseguir una elevación de sus niveles en plasma.

A diferencia de otras dependencias en las que la supresión significa la aparición de unos síntomas físicos que "obligan" al consumo diario para su evitación, con la cocaína se pueden presentar patrones de consumo compulsivos, alternados con periodos de abstinencia, si bien la exposición reiterada lleva a un síndrome de dependencia, con consumo diario y con síntomas de abstinencia tras su interrupción.

Otra forma de consumo es la combinación de heroína y cocaína ("speed-ball"), combinación de un psicoestimulante con un opiáceo y en la que se mezclan los efectos

de ambas drogas. Una de las razones que explica la elevada prevalencia del consumo de un estimulante y un opiáceo es que cada una de las drogas contrarrestan los efectos secundarios de la otra; la heroína calma la agitación engendrada por la cocaína, mientras que esta última permite al toxicómano experimentar el efecto euforizante de la heroína sin adormecerse.

Tanto la administración intravenosa de cocaína, como el uso del crack en cigarrillos son más peligrosos para la salud que la inhalación nasal de la droga. La concentración máxima de cocaína en sangre aparece mucho antes que con los otros métodos de administración. El acortamiento del tiempo de comienzo de su actuación puede estar relacionado con el aumento de sus efectos nocivos.

La drogodependencia constituye un importante problema sanitario por los costes humanos, sociales y económicos que conlleva. En la aparición y el mantenimiento de una drogodependencia participan numerosas variables. En gran medida la aparición de una drogodependencia está condicionada por las características farmacológicas de la sustancia. Pero hay también **factores no farmacológicos** que condicionan la génesis de esta patología, entre ellos podemos citar:

- Las características individuales como la edad;
- La existencia de patología que conlleve el consumo reiterado de determinados fármacos;
- La presencia de alteraciones psicológicas que pueden predisponer la aparición de este tipo de patología;
- Existencia de factores sociales y ambientales tales como: la disponibilidad, las modas, la presión del grupo social y el aprendizaje previo con sustancias socialmente toleradas pero no exentas de riesgo, que pueden facilitar el desarrollo de la dependencia.

La concurrencia de todos o parte de estos factores en un individuo puede precipitar la aparición del proceso.

Consideramos DROGA a toda "aquella sustancia psicoactiva con acción reforzante positiva, capaz de generar dependencia física, psíquica o ambas, y que ocasiona en muchos casos un gran deterioro psicoorgánico y de conducta social".

La drogodependencia genera **graves consecuencias** que se podrían agrupar en dos grandes epígrafes:

A) Efectos nocivos para el Individuo

Entre ellos cabe citar:

- A.1. El síndrome de déficit de actividad, con astenia, disminución de la actividad intelectual y motora, introversión y pasividad;
- A.2. La disminución de las defensas y la aparición de infecciones locales y sistémicas, entre las que hay que destacar la lupatitis viral, las endocarditis bacterianas y micóticas y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA);
- A.3. El peligro de muerte por sobredosificación y por intoxicación con otras sustancias utilizadas en el comercio fraudulento de drogas (como estricnina, quinina, talco, polvo de ladrillo);
- A.4. La aparición de psicopatología como psicosis esquizofrénica (tras el consumo de anfetaminas, LSD y fenciclidina), psicosis paranoide y depresión (con cocaína), etc.;
- A.5. El desarrollo de efectos tóxicos específicos de cada tipo de droga;
- A.6. El riesgo de escalada o paso del consumo de drogas con menor poder de adicción a las drogas más activas y de mayor potencial generador de dependencia.

B) Efectos nocivos para la Sociedad

Entre estos podrían agruparse el cortejo de reacciones antisociales que acompaña a la drogodependencia tales como: hurtos, falsificación y mercado de recetas, tráfico de drogas, homicidios, suicidios, accidentes de tráfico y laborales, incremento de la agresividad, síndrome de desmotivación, etc.

Cada tipo de dependencia presenta características especiales en lo que se refiere a la epidemiología de la forma de abuso, la sintomatología acompañante, la aparición del síndrome de abstinencia y de desintoxicación que requiere una descripción individualizada.

Entre las formas más frecuentes de llegar al abuso de cocaína según la Comisión para Marihuana y Drogas de Abuso, se citan el **consumo experimental, recreativo, circunstancias, intensificado y compulsivo**.

La Asociación Americana de Psiquiatría la considera una droga poderosamente adictiva, y estima que la dependencia psicológica a cocaína podría clasificarse como un trastorno mental por dependencia de drogas.

A pesar de que se utiliza con fines recreativos esta sustancia origina cambios neuroquímicos que de forma acumulativa y reforzados por su fuerte apoyo psicológico pueden hacer que el consumo esporádico pase a ser compulsivo.

La intervención psicológica es un elemento fundamental en el tratamiento de esta adicción, por ello paso a exponer cuáles son los objetivos a conseguir en este tratamiento, las técnicas psicológicas que utilizo con más frecuencia en los distintos periodos que componen el tratamiento psicológico con el paciente, las características fundamentales del tratamiento psicológico, y aquellas cuestiones que se pueden abordar en un tratamiento dirigido a una persona que tiene una adicción a los psicoestimulantes.

PAUTAS DE CONSUMO DE LA COCAÍNA

Algunos estudios de tipo epidemiológico intentan obtener información acerca de las vías de administración, la frecuencia de uso, las dosis y el consumo conjunto de otras sustancias. En la mayoría de países la vía clásica de administración ha sido la inhalación, aunque a veces precediendo a la vía endovenosa. En EE.UU. se está popularizando la inhalación de cocaína base, mien-

tras que fumar pasta de coca es el método de consumo más común en Sudamérica.

A parte de la vía de administración utilizada, las pautas de consumo muestran una gran variación en cuanto a frecuencia, regularidad, dosis y medio social.

Así puede variar desde dosis bajas de uso diario a dosis elevadas de un consumo controlado hasta una utilización compulsiva, y de una finalidad social-recreativa a un consumo solitario. El riesgo de adquirir una dependencia está en relación con una frecuencia y un consumo elevados.

En general, la utilización de cocaína se asocia con otras sustancias como alcohol, heroína o hipnosedantes, así la mayoría de los pacientes que acuden en demanda de tratamiento son politoxicómanos.

La vía más frecuente de administración de la cocaína entre los tratados por esta droga es la vía intranasal (esnifada). Los análisis de las muestras de cocaína reflejan que cada vez es más común su adulteración con anfetaminas y cafeína.

En España se han decomisado pequeñas cantidades de cocaína-base libre, y hay datos informales de que algunos heroinómanos consumen base libre obtenida por ellos mismos procesando el clorhidrato de cocaína.

La cocaína es un potente estimulante del sistema nervioso central (SNC) y al igual que cualquier droga psicoactiva su uso se ve influenciado por factores de tipo ambiental, personal y de los distintos preparados y vías de administración.

Desde el punto de vista psicológico los efectos que produce dependen del tipo de preparado, de las dosis, de las pautas de consumo (vía de administración, frecuencia, situación ambiental).

Uno de los efectos más importantes es la disminución subjetiva de la sensación de cansancio, apetito y sueño.

A la euforia consecuente del consumo de altas dosis de cocaína le sigue un síndrome de abstinencia caracterizado por depresión, letargia, insomnio, irritabilidad, anergia, cambios en el apetito, náuseas, entrecimiento psicomotor, trastornos en el ritmo del sueño, hipersomnia y ansia de droga (craving).

FORMAS DE PRESENTACIÓN DE LA COCAÍNA Y VÍAS DE ADMINISTRACIÓN

a) Hojas de coca

Contiene del 0,5-1,5%. Se consumen masticadas y la forma más frecuente es alcalinizar con ceniza o calcio el medio bucal para facilitar su absorción, también puede ser utilizada en infusión.

b) Pasta de coca (pasta o basuco)

Contiene 40-90% de sulfato de cocaína. Se consume fumada, mezclada con tabaco o marihuana.

c) Cocaína (coca, nieve)

Contiene 12-75% de clorhidrato de cocaína. Se consume por vía nasal o endovenosa. Si se consume conjuntamente con heroína se denomina "speed-ball".

d) Cocaína base (free base, base, crack)

Contiene 10-80% de alcaloide de cocaína. Se consume por inhalación nasal o fumada.

En la actualidad podemos afirmar que hay pocos heroinómanos puros, mientras sí existen muchos heroinómanos que consumen cocaína o ex-heroinómanos que se han pasado al consumo de la cocaína.

Se cree que el perfil farmacocinético de la cocaína fumada junto con la aparición del sida, ha sido uno de los factores que ha precipitado el desplazamiento del consumo de cocaína por vía endovenosa al consumo por vía endonasal (esnifada).

La vía fumada es prácticamente equivalente a la endovenosa tanto en efectos farmacológicos como subjetivos, pero evitando riesgos de contagio de enfermedades infecciosas.

PATRONES DE CONSUMO DE LA COCAÍNA

Los patrones de consumo entre los cocaínómanos son muy irregulares. Está correc-

tamente identificado el consumo compulsivo, pero hay una serie de patrones previos e intermedios que hacen muy difícil delimitar si el paciente presenta o no dependencia. Se han identificado 4 patrones de consumo que cronológicamente pueden o no presentarse así:

a) Uso experimental

Periódico y no limitado a la cocaína; los jóvenes usan la cocaína como parte de su politoxicomanía en busca de más efectos de otras drogas psicoactivas.

b) Uso recreativo

Los individuos de este grupo se asemejan a los bebedores sociales y presentan un consumo controlado. Su uso facilita un cierto contacto social y se utiliza con finalidad estimulante. Este uso raramente se encuentra en los fumadores de crack o en los que utilizan la vía endovenosa.

c) Consumo circunstancial

Implica tomar cocaína en ciertas condiciones o en una situación particular: vacaciones, fiestas, experiencias de combate, etc. Es cualitativamente diferente a las anteriores. No es algo accidental sino que el individuo presenta una mentalidad de búsqueda de droga, aunque difícilmente acepta que sea así.

d) Uso intensificado

Es el patrón de consumo más frecuente en aquellos que utilizan la vía intranasal (esnifada), de frecuencia diaria. Son inhaladores que pasan a fumadores de crack, o bien se da en fumadores de free-base.

e) Consumo compulsivo

El uso de cocaína se convierte en organizador de la propia vida. La alteración en la esfera social, física y psicológica es muy visible. La cantidad, frecuencia, duración y coste, aumenta y no puede ser controlado por el individuo. Es el patrón de consumo tí-

pico de los fumadores de crack. Además en este grupo es frecuente los consumos de fin de semana, en el cual se consumen grandes dosis (BINGE).

En general, estos pacientes suelen tener escasa conciencia de dependencia y muchas veces se les ha de convencer de que tienen una verdadera adicción, pues son muy refractarios a reconocer su problema.

En general, el usuario dice que lo toma cuando quiere, cuando le apetece y no tiene problemas respecto a su patrón de uso.

En cuanto a la evolución en el tiempo de estos patrones de consumo parece ser que los individuos van haciendo consumos recreacionales repetidos a lo largo del tiempo, hasta que acaban teniendo problemas con la cocaína.

Parece que los consumidores experimentales o recreacionales que persisten en el uso van pasando etapas hasta llegar al uso compulsivo de la sustancia. No se sabe la duración de los periodos, ya que estos no son uniformes.

CONSECUENCIAS ORGÁNICAS

El número de muertes asociadas al consumo de cocaína, al igual que en el caso de la heroína, también ha aumentado en los últimos años. El mecanismo en la mayoría de los casos es el "status epiléptico" que puede provocar una obstrucción de las vías aéreas o paro respiratorio. Otras causas pueden ser: arritmia o la acidosis láctica o respiratoria severa.

La mayoría de estas muertes se asocian a la administración endovenosa o a fumar cocaína base, aunque también existe un incremento de las muertes por inhalación de cocaína.

La vía de administración también puede influir en cuanto a la patología asociada, así la vía endovenosa provoca todas aquellas complicaciones inherentes a la falta de asepsia conocida en otras adicciones, predominando los cuadros de tipo infeccioso, SIDA, hepatitis, etc., o lesiones locales como la tromboflebitis.

El fumar pasta de coca o cocaína base se ha relacionado con alteraciones del intercambio gaseoso a nivel pulmonar siendo frecuentes las bronquitis.

La inhalación nasal prolongada de cocaína provoca una reacción inflamatoria con ulceración que puede progresar hasta una perforación del septum nasal. La existencia de una patología orgánica previa, como una insuficiencia coronaria, aumenta el riesgo de trastornos en relación con la taquicardia y la hipertensión que provoca la cocaína.

La asociación de heroína más cocaína (speed-ball) provoca una depresión del centro respiratorio más fácilmente que cuando se consumen aisladas.

PATOLOGÍA PSÍQUICA

- * - Depresión,
- Ansiedad,
- Insomnio,
- Psicosis cocaínica.

EPIDEMIOLOGÍA

La cocaína sigue siendo una droga de abuso con alta prevalencia en las sociedades occidentales. En nuestro país, en los últimos años, parece aumentar el consumo de drogas estimulantes, como la cocaína, con formas de utilización más poderosas (base, crack), tal y como reflejan los estudios epidemiológicos, con una mayor prevalencia en varones. Sin embargo, la generalización de su uso hace que aumente el consumo social de cocaína entre mujeres, con patrones de consumo semejantes a los que realizan los varones. Se está produciendo una feminización del consumo de cocaína, que no es exclusivo de determinadas clases sociales y se realiza con un patrón semejante a los varones.

La Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas realizada en 1997, a nivel nacional, sobre un total de 12.445 personas de ambos sexos y edades comprendidas entre 15 y 65 años, pone de manifiesto que la co-

caina es la sustancia psicoactiva más frecuentemente consumida tras el alcohol, tabaco y cannabis (DGPNSD, 1999). Un 3,2% de los encuestados declara haber consumido alguna vez cocaína, mientras que el consumo de cocaína base, basuco o crack es bastante inferior (0,4% de los encuestados declaran haberla consumido alguna vez).

Un 1,53% y un 0,80% declaran haber consumido cocaína durante el último año y el último mes respectivamente, y tan sólo un 0,15% de los encuestados verbaliza haber consumido durante el último año cocaína base, basuco o crack (0,04% de consumidores durante el último mes).

El informe de 1995 realizado por el Sistema Estatal de Información de Toxicomanías (SEIT), pone de manifiesto un importante y progresivo incremento del número de personas admitidas a tratamiento por cocaína en España en el periodo 1987-1995 (197 sujetos en 1987 frente a 1.990 en 1995; incremento superior al 1.000%).

La cocaína según este informe, sería la responsable del 5,4% de los episodios de urgencias relacionados con el consumo de drogas.

La mayoría de las personas que consumen cocaína tienen entre 20-35 años, con una edad de inicio entre los 15 y los 25 años, siendo la relación hombre-mujer de 3:1 (Gossop, M., et al. (1994). "Cocaine: patterns of use, route of administration and severity of dependence". *B.R.J. Psychiatry*, 4, 164-660).

El DSM-IV ofrece una prevalencia global del 0,2% para la dependencia de cocaína. En nuestro medio existe una prevalencia de 0,6% - 2,3% de adictos a cocaína entre la población de 15 a 44 años (SEIT (1995). *Sistema de Información sobre Toxicomanías. Plan Nacional de Drogas*).

El consumo inhalatorio continúa siendo el más utilizado por la población general, con un patrón de consumo de fin de semana y con carácter social, mientras que los poliadictos presentan otros patrones y vías de consumo como la vía parenteral o la pulmonar en forma de base o crack (Comish, J.W., et al. (1996). "Crack Cocaine abuse: an epi-

demio with many public health consequences". *Ann. Rev. Public Health*, 17, 259-273).

Es muy frecuente la dependencia al alcohol entre los adictos a la cocaína, encontrando en algunos estudios que el 61% han sido dependientes del alcohol previamente a la dependencia de cocaína, y el 29% presentan esta dependencia en el momento de la evaluación (Rounsaville, B.J., et al. (1991). "Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers". *Arch Gen. Psychiatry*, 48, 43-51).

Los dependientes de cocaína que también dependen del alcohol difieren de los pacientes sólo alcohólicos en que son más jóvenes, viven con mayor frecuencia solos o con familia de origen, comienzan el consumo de alcohol más temprano, consumen mayor número de sustancias y presentan peor evolución (Brown, T.G., et al. (1993). "Alcohol and cocaine abusers 6 months after traditional treatment. Do they fare as well as problem drinkers". *J. Subs. Abuse Treat*, 10, 545-52).

En general los consumidores de cocaína mantienen altísimas proporciones de consumo de otras sustancias psicoactivas, existiendo escaso número de consumidores puros.

La cocaína es la sustancia psicoactiva que con mayor frecuencia se asocia con trastornos mentales. Según el estudio ECA, estos adictos presentan un riesgo 11 veces superior de padecer un trastorno mental añadido frente a los no adictos; y los que tienen trastornos mentales presentan un riesgo mayor de tener una dependencia a la cocaína.

La prevalencia del consumo de cocaína en pacientes con esquizofrenia es del 15 al 50%, ya que su consumo, puede reducir los síntomas positivos y negativos de esta enfermedad. Por otra parte, los que abusan del consumo de cocaína, sin un diagnóstico de esquizofrenia, suelen ser policonsumidores, muchos de ellos con problemas de abuso de alcohol, conductas antisociales y problemas de comorbilidad psiquiátrica. Los trastornos psiquiátricos hallados con más frecuencia en dependientes de cocaína son

depresión mayor, alcoholismo y personalidad antisocial.

EFFECTOS PRODUCIDOS POR LA COCAÍNA

La cocaína es un potente adictógeno con capacidad de generar dependencia. Sus síntomas más importantes se manifiestan en forma de alteraciones del estado de ánimo, por lo que se considera que su abstinencia es más psicológica que fisiológica. Las manifestaciones iniciales asociadas a la abstinencia (hipersomnolencia, disforia, anergia, y depresión) son menos dramáticas que las asociadas a otras drogas como los opiáceos o el etanol, por lo que sus consumidores no se dan cuenta de su dependencia a la droga. A dosis bajas aumenta la actividad locomotora, mientras que a otras más elevadas da lugar a comportamientos estereotipados. El uso de concentraciones aún más altas produce convulsiones y puede conducir a la muerte.

Esta droga altera tanto los comportamientos condicionados como los no condicionados, y es un fuerte reforzador de su propio uso. Su acción sobre la neurotransmisión dopaminérgica es el determinante primario de sus efectos reforzadores. Esta acción se produce sobre las neuronas dopaminérgicas procedentes del área tegmental ventral, que median las propiedades reforzadoras de las drogas de abuso. Se ha demostrado que la cocaína es una de las drogas con mayor capacidad de reforzamiento. En humanos se ha descrito que un adicto a la cocaína puede llegar a inyectarse hasta veinticinco veces en un día. Los efectos secundarios que acompañan a su uso son psicosis, taquicardia, fallos cardíacos y el riesgo del SIDA, cuando se comparten las jeringuillas utilizadas para su inyección.

La repetida administración de cocaína desarrolla tolerancia y sensibilización. La sensibilización puede jugar un importante papel en los ataques de pánico, en la paranoia y en la letalidad inducidos por la admi-

nistración de cocaína. La sensibilización puede depender de un entorno determinado. El desarrollo de tolerancia puede jugar un importante papel en el progresivo aumento de las dosis que necesitan los adictos.

Junto con los opiáceos y el alcohol, la cocaína es la droga de abuso de la que más datos moleculares se disponen. Tras su inyección aguda parece inhibir la recaptación de catecolaminas y de serotonina. Su unión al transportador de dopamina produce un cambio conformacional en éste, que disminuye su afinidad por dopamina, con lo que disminuye su recaptación. El aumento de dopamina en el espacio intersináptico produce diversos efectos como pueden ser la inhibición de las síntesis de dopamina o la inhibición de la liberación de neurotransmisores por parte de las células postsinápticas en caudado, núcleo accumbens y corteza prefrontal medial.

La inhibición de la recaptación de serotonina en el rafe dorsal y de norepinefrina en el locus cerúleo pueden ser los responsables de la inhibición de la actividad neuronal que se produce en dichas áreas. El efecto de la cocaína sobre el transportador de norepinefrina puede contribuir a algunas de sus acciones nocivas sobre el sistema cardiovascular, que incluso pueden llegar a ser letales.

Los cambios producidos en la dinámica de la neurotransmisión dopaminérgica, tras la administración de cocaína, se producen tanto en la vía mesolímbica como en la nigro-estriatal. La alteración de esta segunda vía estaría relacionada con los efectos motores observados tras su administración, mientras que la de la primera lo estaría con sus efectos reforzadores. El resultado parece ser una disminución en la neurotransmisión dopaminérgica, cuyo origen podría radicar en la pérdida de sensibilidad que se produce en los autorreceptores que regulan la actividad presináptica. La alteración de la funcionalidad de estos receptores dopaminérgicos podría estar relacionada con el desarrollo de la tolerancia.

Los efectos tóxicos producidos por la administración crónica de cocaína, pueden in-

volucrar la participación de aminoácidos excitatorios como el glutámico. Se ha visto que un subtipo de receptor para glutamato, denominado N-metil-D-aspartato (NMDA) puede modular la actuación de la dopamina, así como estar implicado en el desarrollo de tolerancia. Otros estudios apuntan a que la serotonina puede contribuir a un efecto aversivo de la cocaína, que limite su autoadministración, con lo cual diversos agonistas o antagonistas serotoninérgicos podrían participar en la eliminación de la adicción a la cocaína.

INTOXICACIÓN POR COCAÍNA

Ésta se corresponde con el efecto deseado por el paciente, pero cuando consumen más cantidad de la tolerada acuden o son llevados a un servicio de urgencias manifestando un patrón de signos y síntomas bastante constante: dilatación pupilar, y aumento de la actividad psicomotora, de los reflejos y de los signos vitales, ansiedad, sudoración, sequedad de boca y agitación; en ocasiones con conductas estereotipadas como rechinar de dientes. A veces presentan síntomas psiquiátricos, se muestran reacios hasta el punto de padecer un delirio paranoide con deterioros de la realidad.

El tratamiento en estos casos requiere atender a los posibles problemas físicos (arritmias) y valorar los síntomas psiquiátricos, ya que en ocasiones no requieren tratamiento. Como regla general, si la agitación y la hiperactividad constituyen los síntomas predominantes, el tratamiento de elección será la administración de benzodiazepinas; si, por el contrario, los síntomas principales son las ideas delirantes u otros síntomas psiquiátricos, se indica la administración de un neuroleptico o de ambos.

ABSTINENCIA DE LA COCAÍNA

La abstinencia depende de la cantidad consumida y del patrón de consumo. Generalmente el paciente consumidor ocasional

de dosis bajas presenta un síndrome de abstinencia leve con letargia, debilidad, irritabilidad, dolores y molestias inespecíficas y trastornos del sueño.

El paciente con consumo compulsivo de cocaína o crack puede presentar depresión grave con ideación suicida, ansiedad, trastornos del sueño y desesperanza después del episodio de compulsión. Estos síntomas suelen denominarse *crash* y tienen una duración hasta de cuatro días. Luego aparece un periodo de abstinencia de unas 10 semanas, con "craving", anergia, ansiedad y anhedonia. El periodo final de extinción, hasta la abstinencia completa, puede tener una duración indefinida.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los efectos euforizantes de la cocaína se deben a su actividad sobre la neurotransmisión del S.N.C., estando implicados los sistemas dopaminérgico, serotoninérgico y noradrenérgico. Por ello, podremos distinguir básicamente dos tipos de abordajes terapéuticos generales en el tratamiento de la dependencia de la cocaína: a) por un lado, los tratamientos que actúan modificando la respuesta de la cocaína en el S.N.C., y por otro, b) los tratamientos que impiden que la cocaína llegue al S.N.C.

ANFETAMINAS

La anfetamina es un simpaticomimético potente que origina en el sistema nervioso central una estimulación generalizada incrementando, de forma pasajera, el estado de vigilia, locuacidad, lucidez, capacidad de concentración mental y retención de ideas. Producen una sensación de sobrevaloración y un incremento de la capacidad para realizar tareas simples repetitivas. Disminuyen la sensación de fatiga e incrementan la actividad motora. Ejercen también un efecto estimulador del centro respiratorio e inhiben el apetito.

Uno de los efectos que facilita el desarrollo de abuso es la sensación euforizante que originan. La duración de esta sensación depende del preparado y de la vía de administración, oscilando entre 6-20 horas.

Al igual que la cocaína todos los preparados anfetamínicos presentan una base de caída con intenso agotamiento físico y mental cuando descienden los niveles de la sustancia.

El desarrollo de dependencia es fundamentalmente de tipo psicológico, pero la privación brusca origina la aparición de un síndrome de abstinencia caracterizado por:

- intensa fatiga,
- depresión,
- apetito voraz,
- hipersomnia.

La anfetamina fue sintetizada en 1887 por Edeleano, su efecto estimulante no fue descrito hasta que en 1933 Gordon Alles resintetizó el fármaco en un intento por encontrar un sustituto a la efedrina en el tratamiento del asma. El resultado fue una anfetamina denominada "benzedrina" que, además de un importante efecto broncodilatador, producía efectos estimulantes y euforizantes. Desde entonces se ha venido utilizando con muy diversos fines; así durante la II Guerra Mundial fue utilizada por ambos bandos para mejorar el rendimiento de las tropas. Posteriormente fueron el uso recreativo, la mejora del rendimiento intelectual (estudiantes ante los exámenes) o físicos (atletas), o su poder anorexígeno en el tratamiento de la obesidad, los que propiciaron su utilización por la población general, mucho más cuando su dispensación no precisaba de receta médica. La aparición de importantes efectos secundarios como la cardiotoxicidad, la capacidad de producir psicosis o el riesgo de abuso/dependencia, fueron limitando su uso, hasta que en la década de los ochenta el programa Prosereme de revisión farmacoterapéutica provocó su práctica desaparición de las farmacias y secundariamente de la calle, limitándose el uso terapéutico al tratamiento de la narcolepsia y del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

A mitad de los ochenta comienza a extenderse en nuestro país el uso de un nuevo grupo de sustancias relacionadas estructuralmente con la d-anfetamina, denominadas "drogas de diseño" o "drogas de síntesis" tales como la 3,4-metilendioxianfetamina (MDA), 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA), etc., con un perfil farmacológico mixto psicoestimulante/psicomimético. Su semejanza con drogas ampliamente demandadas y su novedad estructural que evitaba la persecución legal al no estar incluidas en la lista de sustancias prohibidas, fueron las responsables de su reactualización y popularización en la población, especialmente entre los adolescentes/jóvenes.

Los efectos subjetivos de la d-anfetamina están en relación con las características del sujeto, del ambiente, de la dosis de la droga y de la vía de administración (oral, inyectable, esnifada, e inhalada-fumada); en general, produce un estado de excitación, euforia, aumento de la energía, del estado de alerta, de la actividad psicomotora y de la autoconfianza, junto con la disminución de la sensación subjetiva de cansancio, de hambre y de sueño. En el caso de las "drogas de diseño", a los efectos comentados se suman: alteraciones de la percepción (distorsiones y mayor agudeza perceptiva, alucinaciones acústicas y alucinaciones visuales); facilitación de las relaciones interpersonales (mayor empatía, aceptación de otros, locuacidad, etc.) e incremento del deseo sexual.

Su uso prolongado produce dependencia psicológica y tolerancia, siendo controvertida la existencia de dependencia fisiológica y síndrome de abstinencia, que algunos autores lo achacan a factores o efectos psíquicos más que a la propia droga. Sin embargo, **la supresión brusca del fármaco** genera un conjunto de síntomas de intensidad variable en relación con la cantidad y el tiempo de consumo, que agrupados por fases se inician con la "bajada" o "crash" caracterizada por ánimo disfórico, ansiedad, agitación e intenso deseo de dormir, sin que suela estar presente el deseo de droga. La "bajada" se continúa con un segundo perio-

do en el que domina la anhedonia, la disforia y una marcada disminución de la energía física y mental que se prolonga durante días y semanas. Tras la recuperación de esta fase reaparece el "craving" o ansia de droga, motivo en muchos casos de recaída.

FARMACOCINÉTICA

Tras la administración oral de anfetaminas, la absorción se produce entre las 3-6 horas, produciéndose los picos plasmáticos máximos a las 2 horas, y la vida media alrededor de 6-12 horas, variando ésta según el pH urinario. Los porcentajes unidos a proteínas plasmáticas suelen ser bajos y oscilan entre el 15-30%. Estas sustancias se distribuyen ampliamente por el organismo aunque presentan cierta predilección por el SNC, pulmón y riñón. La metabolización es hepática y se basa esencialmente en la deaminación de la fenilsopropilamina a fenilacetona, posteriormente este producto se oxida a ácido benzoico y se excreta por vía renal en forma de conjugados glucurónicos y glicínicos. La acidificación de la orina aumenta la excreción de estos compuestos por reducción de la reabsorción tubular, hecho que hay que considerar en el tratamiento de la intoxicación anfetaminica.

TOXICIDAD AGUDA

El Cuadro Clínico que produce la intoxicación anfetaminica presenta una gran variedad de síntomas derivados de la sobreestimulación simpática de origen central y periférico, con afectación fundamentalmente a nivel cardiovascular y neurológico. Se inicia en la primera hora tras el consumo, prolongándose durante seis o más horas. En general, aparece cefalea, escalofríos, palpitaciones y aumento de la presión arterial que puede acompañarse de alteraciones cardíacas (taquicardia paroxística, fibrilación auricular y/o ventricular, angina, infarto agudo de miocardio) y "dolor torácico". Las complicaciones respiratorias también están

presentes, pudiendo aparecer un cuadro de depresión respiratoria y, en otras ocasiones, edema agudo de pulmón que complica el pronóstico. En el aparato digestivo es habitual la aparición de sintomatología como: anorexia, náuseas, vómitos, alteraciones en el tránsito (diarrea/estreñimiento), calambres abdominales, sequedad de boca, y sabor metálico. También se producen alteraciones en el aparato genitourinario con afectación de la libido y dificultad para la micción por contracción del esfínter vesical. Las alteraciones hidroelectrolíticas con pérdidas de iones y agua, la hipertermia, en ocasiones complicada con convulsiones, y los fenómenos de coagulación intravascular diseminada (CID), rabdomiólisis e insuficiencia renal pueden conducir a la muerte.

La intoxicación por anfetaminas a nivel del S.N.C., produce un cuadro de estimulación caracterizado por insomnio, estado de alerta, excitación, euforia, cefalea, bruxismo, hiperreflexia, irritabilidad, aumento de la actividad motora, temblor fino, midriasis y visión borrosa. Asimismo, pueden o no acompañarse de sintomatología psiquiátrica como cuadros de ansiedad, crisis de pánico, depresión intensa o psicosis.

TOXICIDAD CRÓNICA

Entre las complicaciones somáticas asociadas al consumo crónico de anfetaminas se describen fibrosis pulmonar, granulomas pulmonares, hipertrofia ventricular derecha, hipertensión pulmonar, edema agudo de pulmón, coagulación intravascular diseminada, hepatopatías inespecíficas, etc.

Las manifestaciones psicopatológicas consisten fundamentalmente en disminución del apetito, labilidad emocional, irritabilidad, alteración del sueño, insomnio/somnolencia, etc. También pueden aparecer psicosis o comportamientos estereotipados.

La llamada psicosis por anfetaminas es una psicosis tóxica que recuerda las manifestaciones agudas de una esquizofrenia paranoide. Ésta es más frecuente en sujetos consumidores de grandes cantidades de

anfetaminas de forma crónica; se caracteriza por ideación delirante de persecución y/o referencia, alucinaciones, hiperactividad, comportamiento auto y/o heteroagresivo, movimientos involuntarios y comportamientos estereotipados.

CLÍNICA, ABUSO E INTOXICACIÓN

Aunque la cocaína y las anfetaminas son estructuralmente distintas, sus efectos neuroquímicos y clínicos son muy similares; sin embargo la vida plasmática de la cocaína es de 90 minutos y la vida media de la euforia inducida por ella es de 45 minutos, mientras que la vida media plasmática y duración de la euforia inducida por las anfetaminas es de 4 a 8 veces más prolongada. El abuso de anfetaminas dura a menudo más de 24 horas, con una o varias horas entre readministraciones.

Los estimulantes producen una magnificación neuroquímica del placer experimentado, un estado de alerta y sensación de bienestar, disminuyen la ansiedad y la inhibición social e intensifican la energía, la autoestima, la sexualidad, y las emociones. Mientras se está intoxicado se focalizan cada vez más las sensaciones internas de tipo eufórico, apartándose, según transcurre el tiempo, de lo que empezó siendo una experiencia social.

Las consecuencias del consumo de anfetaminas pueden variar desde una reacción aguda de ansiedad a un cuadro de psicosis, con conductas violentas, o una depresión intensa. Los efectos estimulantes están exagerados con el abuso de dosis altas, produciendo desinhibición, empeoramiento del juicio, grandiosidad, impulsividad, hipersexualidad, hipervigilancia, acciones repetidas compulsivas y una extrema agitación psicomotriz. Caso de persistir el consumo compulsivo, aparecen ansiedad, hiperactividad e irritabilidad, mezclados con la euforia. En algunas personas sin psicopatología preexistente, pueden aparecer estados graves de pánico transitorio acompañados por temor a una muerte inminente.

Entre los cuadros de intoxicación aguda destacan la sobredosis y la psicosis anfetamínica. La sobredosis puede cursar con un grado de agitación variable, estado confuso, dolor torácico, temblores, bruxismo, hiperreflexia, pupilas dilatadas, taquicardia, hipertensión, arritmias, hiperpirexia y diaforesis; una de las complicaciones principales son las convulsiones. La psicosis anfetamínica remeda las manifestaciones agudas de una esquizofrenia paranoide y cursa con delirios, ideas paranoideas, conductas estereotipadas, alucinaciones y comportamiento agresivo.

La utilización regular y constante de anfetaminas produce una tolerancia relativamente rápida a los efectos psicológicos y conductuales. La abstinencia de las anfetaminas se caracteriza por letargia, fatiga, insomnio o hipersomnia, y depresión que puede ser severa; en general desaparecen en 4-5 días, aunque los efectos residuales de la depresión pueden persistir durante meses; a veces los pacientes experimentan pesadillas por la alteración del ritmo del sueño.

SÍNDROME DE DEPENDENCIA

El tratamiento de la dependencia de anfetaminas viene a ser el mismo que el tratamiento descrito en la dependencia de cocaína. Únicamente hay que considerar variables como la precocidad del consumo que suponen la frecuente aparición de la familia en el tratamiento y la utilización de técnicas específicas de terapia familiar como elemento importante de la intervención.

MODALIDADES DE CONSUMO

Las anfetaminas han sido utilizadas desde su comercialización como sustancias de abuso con fines estimulantes, en muchas ocasiones de forma circunstancial-situacional por estudiantes, deportistas, trabajadores de turnos nocturnos, y en general por todos aquellos que deseaban aumentar su

rendimiento psicoorgánico o también como productos anorexizantes.

Actualmente su único uso médico aceptado se reserva para la narcolepsia y ocasionalmente en el "trastorno por déficit de atención" infantil.

FORMAS DE USO Y VÍAS DE ADMINISTRACIÓN

La absorción de las anfetaminas es rápida y completa por vía oral, aunque algunos drogodependientes prefieren su uso por vía intravenosa diluyendo y administrándose los preparados comerciales o los obtenidos en el mercado ilegal ("speed") con lo que aumentan la rapidez e intensidad de sus acciones.

Los efectos de las anfetaminas por vía oral aparecen a los 15-30 minutos, variando levemente según su cinética, siendo los efectos euforizantes tanto más intensos cuanto más rápidamente atraviesan la BHE y alcanzan el SNC. Se metabolizan en el hígado y parte del producto se excreta por la orina, en forma libre, sin metabolizar.

A dosis bajas (5-30 mgr) y en sujetos no habituados, producen:

- estimulación del SNC,
- euforia,
- disminución de la fatiga,
- insomnio,
- sensación subjetiva de aumento del rendimiento,
- disfunciones sexuales al dificultar la erección y retardar la eyaculación,
- el efecto se mantiene durante 3-6 horas apareciendo gradualmente:
 - + ligero humor depresivo,
 - + irritabilidad,
 - + cansancio,
 - + somnolencia (bajada).

Ocasionalmente pueden producir reacciones paradójicas o de hipersensibilidad disfórica, apareciendo:

- humor disfórico,
- marcada ansiedad e inquietud motriz,
- temblor en extremidades,

- cefalea,
- vértigo e insomnio prolongado.

A altas dosis (100-1000 mgr)

A esta dosis y, sobre todo, por vía intravenosa aparece de forma inmediata:

- una sensación grande de euforia y bienestar,
- desaparición del cansancio físico,
- aceleración de todos los procesos intelectuales con similitud a un estado mániaco.

Al remitir estos efectos aparece ansiedad intensa, desestructuración del comportamiento y confusión mental, distimias depresivas y agresividad, que concluyen con una intensa astenia y somnolencia.

Los efectos simpaticomiméticos se manifiestan por un:

- aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria,
- aumento de la tensión arterial,
- relajación de la musculatura lisa,
- midriasis,
- anorexia.

Con el uso habitual la tolerancia se produce rápidamente, apareciendo dependencia psíquica intensa y requiriéndose dosis crecientes para evitar las manifestaciones de abstinencia (astenia, somnolencia, letargia, irritabilidad, ánimo deprimido).

En consumidores regulares y, sobre todo, cuando las cantidades empleadas son altas o por vía intravenosa puede desencadenarse una psicosis anfetamínica -forma de psicosis tóxica, bastante semejante en su sintomatología a la esquizofrenia paranoide.

RIESGOS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS

Síndrome de Abstinencia

En éste se distinguen dos fases:

- 1) **Fase Inmediata:** Esta fase se caracteriza por:
 - fatigabilidad,
 - trastornos del sueño,

- alteraciones del apetito,
- irritabilidad,
- cansancio y humor depresivo.

Esta fase puede mantenerse durante semanas o meses, según la intensidad y duración del consumo previo.

2) **La Intoxicación por Anfetaminas:**

Se caracteriza por:

- Inquietud psicomotriz,
- agitación, temblor,
- insomnio, fiebre,
- confusión mental,
- en algunos casos, delirium y crisis de pánico.

La estimulación del aparato cardiovascular puede producir cefaleas intensas, taquicardias, palpitaciones y arritmias cardíacas, así como hipertensión, sudoración, calambres abdominales, náuseas, vómitos y diarreas.

La muerte por sobredosis de anfetaminas puede producirse por: hipertensión, shock cardiovascular, crisis convulsivas o hemorragia cerebrovascular.

Las dosis tóxicas varían ampliamente, aunque los efectos tóxicos son raros con dosis inferiores a 15-30 mgr, dependiendo además de la vía de administración.

Usuarios experimentales algunos han sobrevivido a dosis de 400-500 mgr, pero existen fallecimientos tras dosis i.v. de 120 mgr.

Al utilizarse las anfetaminas por vía endovenosa pueden producir hemorragias intracraneales subaracneideas como consecuencia de la hiperactividad simpática y la consiguiente hipertensión. También se han descrito hematomas intracerebrales y angitis necrosante así como oclusión de pequeños vasos con las correspondientes complicaciones neuropsicológicas.

1.2. DROGAS DE DISEÑO: ÉXTASIS Y SIMILARES

Reciben este nombre las drogas derivadas de otras ya conocidas y sintetizadas clandestinamente. Todas estas drogas se ca-

racterizan por presentar una mayor potencia que las drogas originales. Esto facilita su tráfico ilegal, dado que pocos gramos se pueden cortar posteriormente en muchas dosis, facilitándose al mismo tiempo los accidentes por intoxicación.

Estas drogas fueron sintetizadas en los laboratorios alemanes de E. Merk y su patente se formalizó en 1914. Fue ensayada por su interés como anorexígeno, pero nunca pasó de la etapa preclínica. Permaneció ignorada hasta los años setenta, cuando se desvelaron los estudios de Hardman et al. sobre su toxicidad preclínica comparativa con respecto a otros psicomiméticos.

Su consumo comienza a aumentar a mediados de los 80, cuando empieza a utilizarse, sobre todo, en medio de la denominada "new age", pasando posteriormente a ser consumida por los seguidores de la "house music", que después ha tenido como descendientes directos la música tecno, "hard core", música Bakalao. En esta época se empieza a demostrar la neurotoxicidad del MDMA, y es a partir de los 90, sobre todo en Europa, cuando empiezan a aparecer complicaciones psiquiátricas asociadas al uso de esta sustancia.

Las drogas de diseño de mayor difusión en la actualidad derivan de los opiáceos, anfetamina, fenciclidina y metacualona.

FENCICLIDINA

La fenciclidina (PCP) denominado en argot "polvo de ángel" fue originariamente desarrollada en los años 50 como agente analgésico y anestésico, no llegando nunca a utilizarse su uso en humanos por los trastornos postoperatorios que producía, reservándose su uso al campo veterinario.

La PCP permite distintas vías de administración: **fumándose** mezclada con tabaco o marihuana, **esnifada** con cocaína, **ingerida**, **inyectada**.

Los efectos de esta droga guardan relación directa con la dosis. Sobrevienen al minuto de la inhalación o la hora de la inges-

ción, persistiendo hasta un máximo de 6 horas. Posee un mecanismo de acción no bien conocido, aunque se supone en parte similar al de las anfetaminas y la cocaína.

Los efectos habituales consisten en:

- euforia,
- vivencias de despersonalización y signos de hiperactividad simpática,
- nistagmus vertical y/o horizontal.

La intoxicación por PCP cursa con hipertensión, taquicardia, hipertermia o hiperreflexia.

Psiquiátricamente las complicaciones comprenden:

- cuadros alucinatorios o delirantes siendo frecuentes la hiperestesia y las alucinaciones auditivas.

Las dosis altas (10-15 mgr) frecuentemente se asocian a gran agresividad, combatividad y una agitación psicomotriz difícilmente controlable.

Dosis superiores a 20 mgr pueden producir: convulsiones, acidosis, catatonía, coma y depresión respiratoria.

DERIVADOS DE LA METAQUALONA

Comercializada en España como fármaco inductor del sueño (páldan), apenas ha sido objeto entre nosotros, de uso no terapéutico, a diferencia de EE.UU. donde es muy popular como droga de abuso siendo obtenida ilegalmente.

La intoxicación se manifiesta por:

- ataxia y letargia, estando precedidas por un periodo de estimulación y desinhibición.

La sobredosis determina hiperactividad muscular y coma.

LAS FENILETILAMINAS

Una nueva sustancia psicoactiva ha comenzado a aparecer, en los últimos años, con frecuencia en los medios de comunicación social: **el éxtasis**, nombre comercial con que se conoce a la 3,4 metilendioxi-metanfetamina (MDMA).

Este producto se asocia generalmente en Europa a determinadas formas de ocio juvenil, y conserva erróneamente una cierta imagen de sustancia exenta o con bajos riesgos asociados a su uso.

Las feniletilaminas constituyen en la actualidad el grupo más amplio de sustancias psicodélicas conocidas, existiendo tanto derivados naturales como sintéticos.

Las feniletilaminas naturales, proceden de aceite volátiles que podemos encontrar en gran número de especies vegetales: cactus (peyote, San Pedro), nuez moscada, el macis, azafrán, cáñamo aromático, perejil, eneldo y sazafrán. **En cuanto a las sintéticas** se denominan con el acrónimo de su fórmula química (MDA, MDEA, TMA, DOB, DOET, DOM, PMA, etc.).

El prototipo de las feniletilaminas es la **Mescalina (3, 4, 5-trimetoxifeniletilamina)** alcaloide, presente en diversas especies de cactus como el peyote y el San Pedro. Producto utilizado durante siglos en ritos y ceremonias religiosas. Dado que fue uno de los primeros alucinógenos que se lograron aislar, se convirtió en centro de interés científico durante la primera mitad de este siglo, hasta que en los años 60 fue desplazada por el LSD.

La dosis efectiva es de unos 200 mgr (3-5 botones de cactus) iniciándose los efectos a los 60 minutos y manteniéndose durante unas 6-10 horas. Frecuentemente aparecen náuseas o vómitos acompañadas de sudoración y midriasis.

Los efectos psicológicos que provoca son similares a los del LSD aunque se diferencia en la mayor actividad simpática y en que determina menores alteraciones en el curso y contenido del pensamiento, en el estado de ánimo y menores vivencias de despersonalización.

El MDA o 3,4-Metilendioxi-anfetamina es un producto químicamente emparentado con el safról, sustancia contenida en el aceite de sazafrán, alcanfor y nuez moscada, de fácil síntesis en el laboratorio.

El investigador G. Alles comunica en 1953 durante un congreso de psicofarmacología sus experiencias con la sustancia de abuso,

difundiéndose su consumo en los 60 como "droga del amor" o "anfetamina para amantes". Declarada ilegal en el 1978, poco a poco su uso es gradualmente reemplazado por la **MDMA (éxtasis)**.

Los efectos se producen con **dosis superiores a 50 mgr**, siendo la **dosis estándar 100-150 mgr**, produciendo una euforia de tipo anfetamínico y una intensa emotividad y facilitación del contacto interpersonal.

A las dosis habituales muchos consumidores refieren:

- aumento de confianza,
- introspección asociada a hiperestesia táctil, todo ello sin cambios perceptivos ni despersonalización.

Estos efectos se mantienen durante **unas 8 h.**, produciéndose, tras los mismos, un periodo de agotamiento físico y mental.

A altas dosis se comporta como un potente simpaticomimético. Aunque se desconoce la dosis letal media, la mayoría de episodios de intoxicación grave se han producido con **dosis superiores a 500 mgr.**, si bien existen casos documentados de fallecimientos con dosis sensiblemente inferiores (200 mgr.) próximas a las dosis recreativas.

EL MDMA (ÉXTASIS)

Es una sustancia simpaticomimética. La dosis oral efectiva es de 75-100 mgr. Sus efectos se inician a los 30 minutos, llegando a una fase de meseta en los 30-60 minutos posteriores; estos efectos serían de tipo anfetamínico (aumento de la energía, euforia, locuacidad, disminución del sueño y del apetito), de tipo simpático (sequedad de boca, sudoración, midriasis, nistagmus horizontal, tensión muscular, hiperreflexia, aumento de la presión arterial, taquicardia) y de tipo pseudo-alucinatorio (desarrollo de una hipersensibilidad sensorial, alteración de la percepción subjetiva del tiempo, disminución de la sensación de alejamiento de los demás).

Aproximadamente en una hora estos leves efectos simpaticomiméticos dan paso a:

- un estado de relajación,
- ligera euforia,
- sentimientos de mayor capacidad de "insight" emocional e intimidad con los otros.

En general, estos efectos pueden mantenerse con menor intensidad durante algunas horas más, experimentándose letargia y anorexia con frecuencia hasta 24 horas después. Siendo una sustancia simpaticomimética no nos sorprenderá que la intensidad de dichos efectos esté en relación con la dosis ingerida, ni tampoco las diferentes variaciones en la respuesta individual que existen ante la misma dosis de cualquier agente simpaticomimético.

RIESGOS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS

A parte de las medidas generales tendientes a controlar las convulsiones, la hipertermia y la rehidratación, se ha señalado la conveniencia de forzar la diuresis con manitol, desaconsejándose la alcalinización de la orina.

Otra modalidad de reacción adversa referida recientemente en el Reino Unido es la aparición de la hepatitis aguda unos 8-15 días tras la ingesta de dosis no elevadas, manifestándose clínicamente como ictericia, elevación de encimas hepáticas, y evolucionando en algunos casos a la necrosis hepática masiva.

También han sido descritos cuadros de dolor torácico sin disnea, taquicardia u otra sintomatología asociada, siendo al parecer producido por espasmos de la musculatura intercostal, así como algunos casos de hemorragia intracraneal.

Por último, señalaremos algunos trastornos neuropsiquiátricos que se han relacionado con el uso de MDMA (éxtasis).

En la práctica diaria es cada vez más frecuente atender jóvenes en quienes el desencadenamiento de la psicosis se ha producido tras el uso de éxtasis, generalmente en combinación con otras sustancias.

En los casos que hemos encontrado en la literatura, habitualmente se trata de una

psicosis tóxica desencadenada por dosis elevadas o repetidas de la sustancia que clínicamente se presenta como un cuadro alucinatorio-delirante o de estupor catatónico.

Además de estos trastornos psicóticos (psicosis atípica crónica y psicosis paranoides) se han comunicado también asociados al uso de MDMA, depresiones severas con riesgo de suicidio, ataques de pánico, flashbacks, trastornos de la memoria, y cognitivos, trastornos de ansiedad, clínicamente muy similares a los cuadros descritos con otros estimulantes como la cocaína y otras anfetaminas.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Teniendo en cuenta que las patologías psiquiátricas por consumo de éxtasis vienen presentándose desde hace pocos años no hay hoy por hoy un tratamiento específico para el tratamiento; si se han publicado tratamientos sintomáticos con un número pequeño de pacientes. Lo que sí parece demostrado es que los fármacos serotoninérgicos protegen de la neurotoxicidad producida por el consumo de MDMA. Asimismo, parece que los neurolepticos atípicos pueden ser fármacos de primera elección en el tratamiento de la psicosis inducidas por el éxtasis. También en los trastornos depresivos se recomienda la utilización de ISRS; y en los ataques de pánico y trastornos de ansiedad han sido utilizados con éxito las benzodiacepinas.

2. "INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA" EN LA ADICCIÓN A LOS PSICOESTIMULANTES

Sin duda, uno de los modelos más relevantes en el campo de las adicciones es el que proponen Prochaska y DiClemente con su modelo transteórico, siendo uno de

los más aceptados por la comunidad científica que centra su trabajo en la asistencia clínica de pacientes adictos. La denominación de "transteórico" tiene que ver con el interés epistemológico de dichos autores por el tema de la integración teórica entre diferentes escuelas de terapias psicológicas más relevantes en el campo de la psicoterapia: el modelo psicodinámico, el modelo cognitivo-conductual, el modelo gestáltico, el modelo sistémico...

En la actualidad podemos mencionar tres grandes modelos psicoterapéuticos que han revolucionado el tratamiento psicológico de las adicciones, ya sean éstas químicas o conductuales. El primer modelo es el que acabamos de citar, es decir, el modelo Transteórico del Cambio. El segundo modelo, es el de la Entrevista Motivacional de Miller y Rollnick, cuyo modelo supone un cambio de perspectiva en el análisis y en el abordaje del difícil tema de la motivación hacia el tratamiento, además de una reconsideración de la importancia del estilo del terapeuta en el manejo relacional con los pacientes adictos. Ha supuesto una reconsideración del clásico estilo confrontacional, y ha abierto la posibilidad de otros estilos terapéuticos como el empático. El tercer modelo, es el de la Prevención de Recaídas de Allan Marlatt, como el autor más emblemático en la defensa del entrenamiento preventivo de los pacientes que siguen tratamientos de su dependencia psicológica a fin de reducir la probabilidad de recaídas posteriores en el consumo de sustancias o en conductas adictivas no químicas. Si bien es cierto que las recaídas constituyen una realidad habitual en el tratamiento de pacientes adictos a los psicoestimulantes, lo más adecuado terapéuticamente tanto para estos pacientes como también para los terapeutas es la aceptación de esta realidad y la desensibilización hacia el tema a través de un modelo teórico que lo explique, y del cual se puedan derivar abordajes terapéuticos efectivos. Cada uno de estos autores ha aportado una visión más realista en el tratamiento psicológico de las adicciones, lo cual ha ale-

jado a los pacientes y a sus terapeutas del "estado de indefensión" en el que a menudo se encuentran inmersos, en el proceso de recuperación.

Según el Modelo Transteórico del Cambio, el cambio en las adicciones nunca es lineal, ni categórico (abstinente-no abstinentes), sino que siempre es sometido a un proceso dinámico y en cierta manera inestable. Sin embargo, el patrón básico de avance o retroceso en las etapas fundamentales del cambio es probablemente más dimensional y continuo que no categorial o cualitativo. De ello, se deduce que las intervenciones psicológicas deben siempre adecuarse a la etapa de cambio en la que se encuentra el paciente, o al modelo terapéutico en el que ese paciente se halla. Por lo tanto, el modelo transteórico aconseja adecuar las intervenciones con un determinado paciente de una forma estrictamente individual y personalizada.

Este modelo considera a cada persona adicta en función de su proceso de cambio "personalmente intencional", esto quiere decir que en el cambio el paciente atraviesa por diferentes etapas, que pueden ser momentos, días, meses o incluso años. Cuando me refiero al término "personalmente intencional" hago referencia al hecho de que en el caso de pacientes con adicciones a sustancias psicoactivas ilegales, a menudo los factores motivacionales proceden de factores externos, como problemas económicos, familiares, judiciales, etc. En cualquier caso, siempre es importante que exista una mínima intención personal derivada de un proceso de toma de decisiones consciente, en la que el paciente valore los elementos positivos y negativos de la adicción en su vida personal. A este proceso se le denomina técnicamente como "balance decisional". Sólo en el caso de que el paciente reconozca una predominancia de los elementos negativos sobre los positivos, aunque sea de una forma poco estable temporalmente, aparecerá la intención personal, y posteriormente el compromiso personal consciente de cambiar.

ESTADIOS DE CAMBIO

El Modelo transteórico de cambio considera los siguientes pasos, **momentos terapéuticos** o estadios temporalmente prolongados. Éstos son los siguientes:

1. Precontemplación,
2. Contemplación,
3. Preparación para la acción,
4. Acción,
5. Mantenimiento,
6. Recaída,
7. Finalización.

1. Precontemplación

Los adictos a los psicoestimulantes situados en este estadio de cambio no se plantean modificar su conducta adictiva, ya que no son conscientes (o lo son en un mínimo grado) de que dicha conducta, y el estilo de vida relacionado con la misma, representen un problema, al ser los aspectos gratificantes que se obtienen de ella superiores a los aversivos. No se trata de que no puedan hallar una solución, sino de que no pueden ver el problema. Los adictos precontempladores pueden ser adictos no informados acerca de su adicción, o personas que se resisten activamente a ser informadas. Estos adictos no se evalúan a sí mismos como que tienen una conducta problema que deben cambiar, por lo tanto, si acuden a tratamiento lo hacen presionados por los demás (familia, problemas laborales, judiciales, etc.), y con el objetivo de conseguir que la presión disminuya o desaparezca, al menos temporalmente pueden mostrar algún tipo de cambio, pero una vez que la presión externa haya disminuido, suelen reanudar rápidamente su patrón de vida y estilo conductual previos.

2. Contemplación

En este estadio los adictos a los psicoestimulantes son conscientes de que existe un problema y consideran seriamente la posibilidad de abandonar la conducta adictiva, pero todavía no han desarrollado un compromiso fuerte de cambio. Durante esta fase

el individuo toma conciencia progresivamente de la existencia de una problemática engendrada por su conducta adictiva, y empieza a plantearse la posibilidad de abandonarla, ya que los aspectos gratificantes que obtiene de ella empiezan a equilibrarse respecto a los aversivos que van paulatinamente aumentando. Los contempladores se esfuerzan en comprender su adicción, sus causas, sus consecuencias y su posible tratamiento, y manifiestan una necesidad importante de hablar sobre ello.

3. Preparación para la acción

Este estadio se caracteriza tanto por ser la etapa en la que el adicto toma la decisión y se compromete a abandonar su conducta adictiva, como por ser la fase en la que la persona adicta realiza algunos pequeños cambios conductuales (disminuir la dosis de cocaína consumida u otros psicoestimulantes), aunque dichos cambios no cumplan los criterios necesarios (abstinencia total de la cocaína) para considerar que el adicto se halla en el siguiente estadio, el de acción. También es el momento en el que el paciente se informa sobre los posibles recursos sanitarios o psicosociales que le pueden ayudar en el proceso de cambio que va a iniciar. En esta etapa es en la que aparece en el adicto el clásico "compromiso de abstinencia" que dirigirá su intención y sus esfuerzos de la forma más coherente que le sea posible hacia el proceso de cambio y la consecución de un mantenimiento de la abstinencia. En este estadio, el paciente se continúa reevaluando a sí mismo y sus problemas, pero se va sintiendo cada vez más seguro de su decisión de cambiar. Esta reevaluación personal se centra más en su futura personalidad y menos en la anterior y más problemática.

4. Acción

Este estadio es la etapa en la que el individuo cambia con o sin ayuda profesional su conducta manifiesta y encubierta, así como las condiciones ambientales que le afectan, con el objetivo último de superar la adicción.

Este estadio requiere un compromiso importante y una considerable cantidad de tiempo y energía, e implica y representa los cambios conductuales más manifiestos. Estos cambios del estadio de acción (el logro de la abstinencia), al ser más visibles para las personas cercanas al adicto, conllevan un mayor reconocimiento externo y refuerzo social. La mayoría de las personas, incluyendo algunos profesionales, equiparan erróneamente acción y cambio, omitiendo tanto el trabajo previo indispensable de preparación para la acción como los considerables esfuerzos necesarios para mantener y asentar posteriormente los progresos realizados en el estadio de acción. El proceso de cambio se inicia en la propia etapa de precontemplación, aunque se pueda considerar como inherente, dado que todo paciente adicto considera o se plantea la posibilidad de cambiar sus condiciones de vida, aunque ello ocurra a un nivel interno y no conlleve cambios conductuales manifiestos. En esta etapa las frecuentes experiencias de "craving" se convierten en verdaderas señales de alarma que general conductas de afrontamiento a fin de poderlas modular para que no acaben consumiendo.

5. Mantenimiento

En este estadio, el individuo intenta conservar y consolidar los logros manifiestos y significativos alcanzados en el estadio anterior, y prevenir una posible recaída en la conducta adictiva. Esta etapa no consiste, pues, en una ausencia de cambio sino en una continuación activa del mismo. Los individuos adictos a los psicoestimulantes situados en el estadio de mantenimiento pueden tener miedo no sólo de recaer sino incluso del cambio en sí mismo, ya que éste puede convertirse en amenazante debido al miedo a la recaída, con lo cual pueden derivar hacia un estilo de vida excesivamente rígido y estructurado, comportándose como si cualquier cambio de sus nuevas pautas conductuales pudiera implicar una recaída. Las experiencias de "craving" son también importantes en esta etapa, pero en general ya no

son vividas como "sensaciones de urgencia" para consumir. Continúa estando presente la duda conceptual de si es posible hablar en términos psicológicos de una etapa posterior de finalización o bien sólo podemos hablar de un mantenimiento de la abstinencia de por vida en el caso de un paciente adicto.

6. Recaída

Una recaída ocurre cuando las estrategias de estabilización y mantenimiento de la abstinencia fallan. En este sentido, una recaída puede producirse tanto en el estadio de acción como en el de mantenimiento de la abstinencia. Los individuos que recaen, a no ser que la recaída sea el resultado mediato y planificado de una decisión conscientemente adoptada, pueden enfrentarse a sentimientos de fracaso y desesperanza, así como también de culpa y frustración, y consecuentemente su sentido de autoeficacia se ve seriamente afectado. Habitualmente, se ha pensado que la experiencia de un proceso de recaída a lo largo del proceso de ésta, significa un retroceso a un estadio de cambio inicial; de hecho muchos pacientes tras unos primeros días de reconsideración de los objetivos terapéuticos personales del propio paciente, se reincorporan a un proceso de acción. El grado de retroceso en los estadios de cambio dependerá de la experiencia de pérdida de control sobre la sustancia y sobre el propio estilo de vida en un sentido directamente proporcional. Muchos adictos a los psicoestimulantes, en función del grado de severidad de su adicción al inicio del proceso de cambio, experimentarán procesos de recaída de gran impacto y con consecuencias muy negativas para sí mismos y para su propio entorno; en tal caso, el tiempo que el paciente requerirá para volver a una etapa de mantenimiento de la abstinencia será mayor. Un adecuado entrenamiento terapéutico en prevención de recaídas reduce la posibilidad de un mayor retroceso en el proceso de cambio tras la experiencia de una recaída en el consumo. El impacto de un "consumo pun-

tual", y no de un patrón estructurado de recaída, es más discreto sobre el proceso de cambio y a lo sumo puede representar en algunos casos un retroceso en la etapa de cambio anterior, la de acción.

7. Finalización

Este estadio implicaría que la total desaparición de la conducta adictiva a un largo plazo, y que el mantenimiento del nuevo patrón conductual, no supusiera ningún esfuerzo significativo de tiempo o de energía en relación con cualquier conducta del repertorio del ex-adicto.

OBJETIVOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN A LOS PSICOESTIMULANTES

Entre los objetivos como psicoterapeuta que me planteo conseguir para el tratamiento de esta adicción paso a exponer los siguientes (ver *Tabla 1*).

El primer objetivo a conseguir es que el paciente reconozca y se haga consciente de que tiene un problema. **El segundo**, es aumentar la motivación de la persona para el tratamiento. Antes de iniciar un tratamiento es necesario saber cuál es la motivación

para el cambio. En un primer momento, las estrategias motivacionales van a ocupar un lugar central para que el paciente admita que tiene una adicción y que tome la decisión de abandonarla. El nivel de motivación al cambio será una de las claves para la elección del recurso terapéutico más apropiado para cada individuo. Por ello buscaremos la intervención más adecuada para el paciente en función de su motivación al cambio.

El tercer objetivo a lograr es el cese de la conducta adictiva. La dependencia constituye el eje central de la vida de la persona, de modo que las conductas asociadas ocupan la mayor parte del tiempo. El paciente puede abandonar sus responsabilidades personales, familiares, laborales, etc., para atender a su adicción a los psicoestimulantes. El tratamiento se inicia con la superación del síndrome de abstinencia, dependiendo su abordaje del problema de adicción en cuestión.

El cuarto objetivo, la deshabitación psicológica, es otro importante objetivo. Es fundamental manejar las fuertes respuestas de urgencia y síntomas de abstinencia que se desencadenan en el adicto ante objetos, pensamientos, sentimientos, lugares, personas, determinados momentos del día y/o recuerdos. Es muy importante que estas poderosas respuestas se extingan, rompiéndose las asociaciones entre los estímulos contextuales que las provocan.

El quinto objetivo consiste en mejorar el estado físico del paciente. El consumo de los psicoestimulantes cuando es crónico, puede producir daños en los distintos sistemas orgánicos del consumidor (ej. problemas cardiovasculares). En muchas ocasiones es primordial trabajar, también, aspectos relacionados con la adherencia a los tratamientos farmacológicos, la promoción de la salud, etc.

El sexto, es entrenar al sujeto en estrategias de prevención de la recaída, para que una vez abstinente,

sea capaz de mantenerse sin consumir a lo largo del tiempo, y que afronte adecuadamente las urgencias, las tentaciones al consumo, situaciones de afecto negativo, etc.

El séptimo, tiende a identificar y tratar otros síntomas y trastornos psicopatológicos asociados ("comorbilidad"), dando la importancia que cada uno pueda tener en el proceso integral del cambio terapéutico.

El octavo objetivo lo orientamos a producir cambios en el estilo de vida del individuo que le permitan la adaptación al medio familiar, social, laboral y comunitario. Ésta es una etapa crucial y suele ser la más larga en el proceso psicoterapéutico, ya que no sólo tiene que cambiar la forma en la que se desenvuelve socialmente sino que tiene que adquirir nuevas habilidades y recursos para consolidar un estilo de vida. Enseñar al paciente nuevas formas de ocupar su tiempo libre, de adaptarse a la vida cotidiana y restaurar las relaciones gratificantes con su pareja o con los miembros de la familia.

Como último objetivo considero necesario mejorar las esferas laboral y económica del paciente.

TÉCNICAS DE TRATAMIENTO MÁS HABITUALES EN EL TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN A LOS PSICOESTIMULANTES

Hay que diseñar un plan de tratamiento individualizado para cada paciente, en el que se incluyan diferentes técnicas de tratamiento, en diferentes momentos de la evolución de su trastorno (ver *Tabla 2*). Por ello, la importancia de realizar una adecuada evaluación del problema, en función de la que formularemos los objetivos terapéuticos específicos para cada individuo.

1. Técnicas motivacionales

La entrevista motivacional es de gran relevancia en el tratamiento de

las adicciones en general. Por ello es muy importante evaluar si aumenta la motivación del paciente para el tratamiento. Además, podemos utilizar varias estrategias para fomentar expresiones automotivacionales en los pacientes tales como: a) hacer balance entre el no cambiar y el cambiar (consiste en sopesar los pros y los contras de permanecer igual); b) elaborar las cuestiones planteadas (se le pide al paciente que profundice más en lo que ha expresado, que lo mire desde otros puntos de vista); c) llevar las cosas a los extremos (se le pide al paciente que imagine qué es lo mejor y lo peor que le podía pasar de seguir en la misma situación o en caso de que cambiase); d) mirar hacia el futuro (se le pide al paciente que imagine o se recree cómo será la vida más adelante); e) explorar los objetivos personales del paciente (el terapeuta y el paciente examinan las metas que tiene en mente el paciente); y, f) usar la paradoja, como forma sutil de confrontación que implica el empleo de ironía o sarcasmo. Puede ser una estrategia muy útil cuando el terapeuta ya ha establecido el vínculo con el paciente, no antes.

Tabla 2.- "Estrategias" y "técnicas" que utilizamos con más frecuencia en los tratamientos clínicos de personas adictas a los psicoestimulantes

1. Técnicas motivacionales.
2. Autoobservación.
3. Contratos de contingencias.
4. Programación de actividades.
5. Estrategias para afrontar las urgencias.
6. Estrategias para afrontar los pensamientos distorsionados.
7. Estrategias para rechazar el consumo.
8. Técnicas de solución de problemas.
9. Terapia Cognitiva.
10. Terapia de Grupo.
11. Abordaje Familiar.

*Tabla 1.-
Objetivos para el tratamiento de la dependencia*

1. Reconocimiento de un problema de adicción.
2. Incrementar la motivación para el tratamiento.
3. Dejar de consumir.
4. Deshabitación psicológica.
5. Mejoría del estado físico. Reducción del daño.
6. Entrenamiento en la prevención de recaídas.
7. Identificación y tratamiento de otros síntomas y trastornos psicopatológicos asociados (comorbilidad).
8. Adquisición de un nuevo estilo de vida.
9. Mejorar la actividad laboral y la situación económica.

2. Autoobservación

Consiste en tratar de atender deliberadamente a la emisión de la propia conducta y registrarla a través de algún procedimiento previamente establecido. Las ventajas de la autoobservación son: 1) es un procedimiento que enfatiza de manera implícita el control del individuo sobre su propia conducta; 2) facilita que el paciente tenga una retroalimentación continua de los cambios de su conducta; 3) es un procedimiento que el paciente puede llevar a todos los sitios; 4) es un poco costosa, pero elimina el sesgo asociado a la presencia de un observador externo, y 5) permite acceder a datos que sería imposible con otros métodos. El método más utilizado es el autorregistro de papel y lápiz.

3. Contratos de contingencias

El objetivo de este método es disminuir la conducta mantenida por los reforzadores de la droga e incrementar la conducta mantenida por reforzadores no relacionados con ella, administrando recompensas contingentes a la abstinencia (contingencias positivas) y, retirando contingencias positivas, si se comprueba que el sujeto ha emitido la conducta. El contrato de contingencias consta de dos elementos básicos: 1) estar de acuerdo en evaluar la abstinencia por los métodos acordados, y 2) la vinculación a una contingencia aversiva si se detecta el comportamiento que se pretende eliminar.

4. Programación de actividades

Se trata de planificar de forma sistemática, y negociada con el paciente, cada uno de los días de la semana, de hora en hora, las distintas actividades a realizar. Inicialmente son el terapeuta y la familia los que asumen la responsabilidad de la programación. Gradualmente el paciente debe ir adquiriendo un mayor control e iniciativa en la elaboración y puesta en práctica de ellas.

5. Estrategias para afrontar las urgencias

Son varias las estrategias que podemos utilizar cuando la persona experimenta fuer-

tes deseos de consumir, para que con ellas sea capaz de afrontar dicha urgencia y no consumir. Entre ellas destacamos las siguientes:

- Distracción.** Preparar una lista de actividades de distracción con el paciente anticipando futuros episodios de urgencia, especialmente actividades físicas (por ej. pasear, hacer ejercicios de relajación).
- Hablar acerca de la urgencia.** Cuando el paciente cuenta con apoyo, como familiares y amigos abstinentes, hablar con ellos acerca de la urgencia que puede reducir los sentimientos de ansiedad y vulnerabilidad que lo acompañan con frecuencia.
- Centrarse en la urgencia.** Primeramente hay que prestar atención a la urgencia, centrarse en las sensaciones en sí mismas (dónde ocurren en el cuerpo o en la mente y cuán intensas son). Segundo, centrarse en el área donde ocurre la urgencia, prestando atención a todas las señales afectivas y somáticas e intentado expresarlas verbalmente.
- Recordar las consecuencias negativas.** Muchos adictos cuando experimentan una urgencia tienen la tendencia a recordar sólo los efectos positivos. Para contrarrestar esta disposición, cuando experimenten una urgencia tienen que recordarse a sí mismos los beneficios de la abstinencia y las consecuencias negativas de continuar su comportamiento.
- Hablarse a uno mismo.** En muchas ocasiones se pueden detectar pensamientos automáticos que acompañan a la urgencia, pero están tan profundamente establecidos que la persona no es consciente de ellos. Estos pensamientos suelen tener un sentido de urgencia y de exageración de las consecuencias. En este caso para afrontar la urgencia, es importante detectar esos pensamientos automáticos y contrarrestarlos eficazmente, lo que se puede hacer más fácilmente si uno se habla a sí mismo en tono positivo.

Esto supone utilizar cogniciones tales como **desafiar al pensamiento y normalizar la urgencia.**

6. Estrategias para afrontar los pensamientos distorsionados

Son varias las estrategias que podemos utilizar cuando surgen pensamientos relacionados con la adicción, entre ellas vamos a presentar las siguientes:

- Pensar lo que sucedió después de la conducta que se quiere eliminar.** Las personas adictas pueden experimentar pensamientos positivos relacionados con la conducta y no suelen recordar lo malo de un episodio de consumo. El paciente puede centrarse en este recuerdo negativo.
- Desafiar los pensamientos.** Generar pensamientos que contrarresten los relacionados con el deseo (por ejemplo, "yo fui capaz de afrontar las urgencias en el pasado y puedo hacerlo otra vez").
- Revisar las consecuencias negativas.** Confeccionar una lista de consecuencias negativas para contrarrestar los pensamientos positivos.
- Distracción.** Confeccionar una lista de actividades y ponerlas en práctica cuando aparezcan estos pensamientos.
- Hablar.** Expresar los pensamientos relacionados con la adicción con alguien; es en la mayoría de los casos, una forma efectiva de disiparlos.

7. Estrategias para rechazar el consumo

Muchos pacientes no poseen en su repertorio conductual las habilidades necesarias para resistir la presión al consumo y rechazar los ofrecimientos. En este caso se recomienda entrenar al paciente, siguiendo la siguiente secuencia: 1) Decir NO con claridad; 2) mirar directamente a los ojos de la otra persona; 3) no utilizar falsas excusas ni dar explicaciones; 4) pedirle con firmeza a la otra persona que no le ofrezca nunca más;

5) no dejar la puerta abierta a futuros ofrecimientos; 6) en caso de que la otra persona insista, cortar la conversación (retirar las señales de escucha, aumentar la distancia corporal); y 7) retirarse inmediatamente de la situación de riesgo.

8. Técnicas de solución de problemas

Éstas son muy útiles en el tratamiento de las distintas adicciones. En ellas podemos distinguir **cinco fases**. La **primera**, reconocer el problema (¿tengo un problema?). Hay algunas pistas que pueden ayudar a la persona a reconocer que tiene un problema, como sentir ansiedad, ira, depresión, estar preocupado. La **segunda**, identificar y especificar el problema. Es más fácil resolver problemas concretos y bien definidos que los que se plantean de modo más impreciso. Si el problema es complejo, es aconsejable dividirlo en pequeñas secuencias, que sean manejables. La **tercera**, buscar distintas alternativas para solucionar el problema. Una estrategia muy útil para ello es la **tormenta de ideas**, que consiste en generar muchas soluciones sin considerar si son buenas o no, primando en este momento la cantidad sobre la calidad. La **cuarta** consiste en buscar entre las soluciones generadas la más adecuada (¿qué sucedería si...?) Hay que valorar las distintas alternativas, considerando las consecuencias positivas y negativas de las mismas en al esfera personal, interpersonal, social, laboral, etc. **Por último**, ponemos en práctica y evaluamos la solución escogida. El terapeuta debe subrayar que algunos problemas son fáciles de resolver, pero otros no. A veces hay que volver atrás en el proceso hasta dar con la solución más adecuada.

9. Terapia cognitiva

El objetivo de esta terapia es modificar los valores, creencias, pensamientos, actitudes, expectativas o percepción del sujeto relacionada. La terapia cognitiva parte de la premisa de que los trastornos se producen y mantienen debido a una serie de cognicio-

nes subyacentes distorsionadas, y a distintos errores en el procesamiento de la información. Las creencias disfuncionales tienen una gran relación con las urgencias al consumo, así como con otros problemas emocionales (ansiedad, depresión). El tratamiento se orienta a modificar los pensamientos y creencias erróneas del individuo (por ejemplo, "necesito consumir para funcionar y sentirme normal, el consumo me relaja, la sustancia me estimula") y enseñarle técnicas de autocontrol.

Una sesión terapéutica consta de **ocho elementos** que paso a describir: 1) establecer la agenda de la sesión; 2) comprobar el estado de ánimo del individuo; 3) unir los contenidos de la última sesión con la actual; 4) comentar los puntos programados para abordar durante la sesión; 5) diálogo socrático; 6) resúmenes parciales; 7) asignación de actividades para casa entre esa sesión y la próxima; y 8) retroalimentación del paciente sobre la sesión. Es muy importante que el paciente vaya asumiendo el modelo cognitivo, para que con ello se puedan cambiar sus pensamientos y creencias erróneas o inadecuadas.

Las técnicas que utilizo dentro de la terapia cognitiva son semejantes a las que se utilizan para otros trastornos: diálogo socrático, la reatribución, tareas para casa, análisis de ventajas y desventajas de consumir, identificar y modificar las creencias asociadas con las drogas, la técnica de imaginación y los autorregistros. Igualmente aplico **técnicas conductuales** como programación y control de actividades, juego de roles, entrenamiento en relajación, solución de problemas, ejercicio, control de estímulos, etc.

10. Terapia de grupo

Esta es una modalidad de tratamiento ampliamente utilizada y eficaz en un gran número de ámbitos clínicos. Incluye una gran variedad de elementos terapéuticos o mecanismos de cambio, muchos de los cuales son exclusivos de la terapia de grupo; estos van desde los factores terapéuticos comunes a muchos tipos de grupos

(como la universalidad, el altruismo, la catarsis y la provisión de información) a la variable de aprendizaje interpersonal. Varios de estos factores terapéuticos pueden operar en cada tipo de grupos en un momento dado. Los terapeutas debemos entender los mecanismos particulares de cambio que actúan a fin de facilitar su acción y completar la labor del grupo.

En el abordaje grupal utilizo técnicas e intervenciones comunes a otros niveles de intervención y otras muy específicas. Algunas de estas intervenciones singulares incluyen trabajar el aquí y ahora, la transparencia del terapeuta y la utilización de varios recursos de procedimiento.

De hecho, el poder de la terapia de grupo radica en su adaptabilidad. Esta terapia es tan flexible y eficiente que probablemente sea la única psicoterapia que pueda adaptarse a una variedad casi infinita de ámbitos, objetivos y pacientes.

Las ventajas que nos aporta trabajar grupalmente vienen dadas por lo siguiente: a) se aumenta la eficacia de los métodos de aprendizaje (técnicas de afrontamiento, técnicas de control cognitivo, técnicas de reducción de la depresión, habilidades sociales y de autocuidado); b) se delimitan los objetivos comunes a alcanzar; c) se incrementan la motivación, la participación y la generalización de los aprendizajes; d) se posibilita un escenario para el modelado y el ensayo de conducta; e) se proporciona una retroalimentación inmediata al confrontarse con los otros; f) se facilita mayor número de alternativas de solución de problemas ya que cada miembro del grupo aporta al resto sus intentos; g) los miembros del grupo pueden funcionar como refuerzo al resto; h) la identificación con los otros ayuda a asumir las propias dificultades; i) potencia al máximo todas las características personales.

La diversidad de grupos de terapia es enorme, según su composición, sus referentes teóricos, los objetivos a conseguir, etc. Así nos encontramos con grupos de tipo conductual, psicoanalíticos, de análisis transaccional, etc.

Formación del grupo

Aunque no existe una regla general para la formación de los grupos, pues la inclusión de los miembros de un grupo depende de diferentes criterios, uno de los elementos que tengo en cuenta a la hora de formarlos es la similitud de sus integrantes, ya que no resulta práctico la existencia de una diferencia grande de edad entre los sujetos que componen el grupo. **Otros aspectos que también trabajo son:**

1. Establecer la norma de abrirse y compartir emociones y experiencias.

La cohesión es muy importante en un grupo. El objetivo inicial para el abordaje del grupo de adictos a los psicoestimulantes es favorecer el desarrollo de esta cohesión.

2. Crear un marco para todos los miembros.

Los pacientes acceden al tratamiento con una amplia variedad de expectativas, incluso contrarias a la propia terapia, por ello intento proporcionarles un marco de referencia común.

3. Instituir y poner en marcha un modelo de cambio.

Tras establecer la necesidad de descubrir y corregir las propias cogniciones y valoraciones, trato de mostrar al grupo cómo se lleva a cabo esto. Además introduzco los mecanismos para transferir los efectos del tratamiento fuera del grupo de terapia. Para ello suelo utilizar variadas técnicas, tales como: "tareas para casa", "utilización de contratos", "modelado", "ensayo de la conducta y presentación de papeles", "ejercicios estructurados", "reforzamiento por los compañeros".

En este grupo de adictos a los psicoestimulantes también trabajo habilidades sociales y asertivas, autocontrol emocional, y el afrontamiento de situaciones de consumo así como la prevención de recaídas.

Objetivos de la terapia de grupo con los adictos a los psicoestimulantes

- Estos grupos de terapia ayudan a disminuir la tendencia a la negación y a

la huida, facilitando la aceptación del problema.

- Aumentan la motivación para mantenerse abstinentes.
- Facilitan el poder afrontar las condiciones emocionales que a menudo acompañan a la adicción.
- Dan respuesta a la intensa necesidad, que tienen las personas que sufren esta adicción, de sentirse aceptados.
- Incrementan la capacidad de reconocer, anticipar y encontrar alternativas a situaciones que pueden precipitar una recaída.
- Facilitan la introspección después de verse reflejados en los demás.
- A partir de las vivencias de sentimientos y reacciones de los demás, les ayuda a aceptar más fácilmente sentimientos similares en ellos mismos.

Criterios para evaluar la inclusión de estos pacientes en un grupo

Para incluir a estos pacientes en un grupo de terapia tengo en cuenta varios factores:

- Un buen conocimiento del paciente que nos permite descartar motivos que impidan ofrecerle esta alternativa;
- Valorar el momento de la relación terapéutica, del paciente y del grupo en el que incluimos al paciente;
- Evaluar la indicación teniendo en cuenta no sólo el beneficio del paciente, sino también considerando si la indicación es correcta para el propio grupo.

En la entrevista tomo los datos de filiación del paciente y los datos más relevantes de su historial clínico. También tengo en cuenta la motivación para seguir el tratamiento, así como las posibles resistencias que por otra parte debemos considerar normales. A través de la entrevista aclaramos dudas y falsas opiniones que suelen darse en pacientes que nunca han formado parte de un grupo de terapia.

La dinámica del grupo al que pertenecerá el paciente es algo a valorar cuidadosamente, puesto que la mayoría de las veces los

grupos irán incorporando miembros a medida que vamos dando altas (grupos abiertos). Cuando incorporamos un paciente al grupo valoramos que éste no esté en una situación de crisis que pueda entorpecer la acogida que se dé al paciente.

Al final de la entrevista entrego al paciente un documento con las normas más significativas del grupo, para que además de proporcionarle información podamos discutir cualquier duda o temor normal que se pueda producir ante esta situación.

Para incluir un paciente en un grupo de terapia deberemos tener en cuenta los siguientes factores:

- El paciente deberá estar abstinente;
- Es importante que sepa su diagnóstico y acepte el tratamiento;
- Un síntoma de buen pronóstico de trabajo en grupo suele ser la capacidad de introspección y el compromiso de asistir a las sesiones.

Consideramos contraindicaciones de grupo todas aquellas circunstancias que puedan interferir al grupo y/o paciente:

- Si el paciente no puede mantener la abstinencia deberemos recapacitar y considerar otras posibles alternativas terapéuticas que no comprometan la estabilidad del grupo;
- La presencia de alteraciones psiquiátricas concomitantes como puedan ser psicosis o psicopatías serán motivo de exclusión. Para ello deberemos efectuar un buen diagnóstico que tenga en cuenta la patología dual, que a menudo existe en nuestros pacientes.

Normas del Grupo

- La puntualidad, la regularidad y la discreción, son normas generales para todos los miembros del grupo;
- La abstinencia es una de las normas clave para el buen funcionamiento del grupo.

En el caso de consumos esporádicos el paciente debe comunicarlo en las siguientes sesiones; el terapeuta de grupo puede ayudarlo si éste tiene dificultades para hacerlo.

El terapeuta deberá enviar una carta en el caso de que el paciente no asista durante algunas semanas al grupo sin previo aviso. Puede ser más efectivo realizar una llamada telefónica, ya que de esta manera podremos aclarar los motivos de sus ausencias injustificadas y animar al paciente a retomar las sesiones o, en el caso de recaída, facilitarle una visita con su terapeuta individual para evaluar la gravedad de la recaída.

11. Abordaje Familiar

La familia puede desempeñar un papel muy significativo al comienzo del tratamiento, si el paciente tiene dificultad para mantenerse abstinente ante la presencia del síndrome de abstinencia. Es conveniente explicar al familiar cuáles van a ser sus reacciones físicas y psicológicas más importantes del mismo. El familiar debe acompañar al paciente a lo largo del día para evitar que consuma o recaiga de forma anticipada, especialmente si su deseo de consumir aumenta de forma considerable.

El abordaje familiar puede establecer objetivos diferentes en función del encuadre teórico que se adopte. Así, **desde el modelo psicodinámico**, el objetivo es elaborar las pérdidas familiares, mostrar los procesos proyectivos, mejorar sus relaciones y proporcionar el crecimiento individual y familiar. **Desde el modelo conductual** es la conducta concreta y observable, el cambio de contingencias de refuerzo social, el refuerzos de conductas adaptativas. Por último, **el modelo sistémico** trata de reorganizar la estructura familiar, permeabilizar la autoridad y buscar alternativas a los problemas. También puede buscar la interrupción de los circuitos y los modos comunicacionales más alterados o buscar las excepciones y las cosas positivas para rescatarlas.

BIBLIOGRAFÍA

- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. & Liese, B.S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. N.Y.: Guilford Press.
- Becoña, E., Rodríguez, A. y Salazar, I. (1999). *Drogodependencias V. Avances*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Berne, E. (1983). *Introducción al Tratamiento de Grupo*. Barcelona: Grijalbo.
- Caballo, V. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Carroll, K.M., Rousaville, B.J., Gordon, L.T., Nich, C., Jatlow, P., Bisighini, R.M. & Bawin, F.H. (1994). Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. *Arch Gen. Psychiatry*, 51; 177-187.
- Casas, M. y Gossop, M. -Eds.- (1995). *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona, Sitges: Ediciones neurociencias, 191-221.
- Casas, M., Gutiérrez, M. y San, L. (1995). *Avances en drogodependencias*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Coletti, M. y Linares, J.L. (1997). *La intervención sistémica en los Servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona: Paidós.
- DiClemente, C.C. (1991). Motivational Interviewing and the Stages of Change. In W.R. Miller and S. Rollnick -Eds.-, *Motivational Interviewing Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Brunner/Mazel.
- Gamella, J.F. y Álvarez, A. (1997). *Drogas de Síntesis en España: patrones y tendencias de adquisición y consumo*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior. Madrid.
- Graña, J.L., Esbec, E. y Muñoz Rivas, M. (1999). Evaluación psicológica en drogodependencias. En J. Cabrera -Eds.-, *Medicina Legal en drogodependencias*, p. 91-146. Madrid: Harcourt.
- Kaplan, H.L. y Sadock, B.J. (1996). *Terapia de Grupo*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Meana, J.J. y Barturen, F. (1993). *Psicoestimulantes: cocaína, anfetaminas y xantinas. Avances en farmacología de Drogodependencias*. Bilbao: Instituto Deusto de Drogodependencias. Universidad de Deusto.
- Peris, J. (1996). Repeated cocaine injections decrease the function of striatal gammaaminobutyric acid receptors. *J. Pharmacol Exp. Ther*, 276, 1002-1008.
- San, L., Arranz, B. y Ramírez, N. (1999). Tratamiento psicofarmacológico de la dependencia a cocaína. *Trastornos Adictivos*, 1, 34-47.

CARTA DE LA PRESIDENTA DE AESPAT

Madrid, 12 de Mayo de 2003

Estimado/a socio/a:

Nos ponemos en contacto para informar del desarrollo de actividades que se están realizando en AESPAT.

- Se ha procedido a pasar las cuotas del año 2003, a todos los socios. Si existiese algún problema con el cobro de la misma, os informaremos personalmente.
- Se está preparando el próximo nº de la Revista con el objetivo de que en Junio o Julio la recibáis en vuestros domicilios.
- Se solicita a todos los socios que posean correo electrónico que lo faciliten, con el fin de ser más eficaces a la hora de informar sobre el desarrollo de actividades de la asociación y que los costes de correo sean menores para AESPAT.
- La Asociación está organizando varias actividades:
 - Actividad de Caminoterapia que posiblemente se denominará "Congreso Itinerante" y se desarrollarán en el mes de Septiembre de 2003, en algunas etapas del Camino de Santiago.
 - Cursos de Reciclaje en A.T.
 - Actividad impartida por M^º Victoria Artiach Elvira, el domingo 1 de Junio de 2003, de 12 a 13,30 horas en la Calle Eugenio Salazar, 23, Bajo. Se solicita confirmación de asistencia por e.mail, aespat@mundofree.com o por teléfono: 91 433 94 13. Tras la conferencia tomaremos juntos el aperitivo.

Esperando que las noticias sean de agrado de todos

Un saludo afectuoso,



Yolanda Sánchez Galán,
Presidenta de AESPAT

NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS

1. Los trabajos se enviarán mecanografiados, a doble espacio y en tamaño folio (Formato DIN-A4), en una sola cara. Su extensión no podrá exceder de 30 folios que serán numerados. Se enviarán tres copias del trabajo y otras tres copias en papel satinado de todas las figuras o gráficos.
2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material anteriormente publicado o emplear fotografías de personas identificables.
3. En los artículos publicados se indicará el nombre y apellidos del tutor, y el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.
4. Los trabajos, ateniéndose a las **normas de publicación de la APA (Publication Manual of the American Psychological Association, 1994)**, aceptadas y exigidas universalmente para cualquier publicación de cierta solvencia dentro del campo de la psicología, deberán tener en cuenta los **siguientes puntos**:
 - Deben ir precedidos de un RESUMEN de no más de 100 palabras de extensión.
 - En las **citas** de autores que se realicen a lo largo del texto:
 - Si éstas son "**no literales**" se mencionará el(los) apellido(s) de autor(es) y el año de su publicación entre paréntesis. **Ej.:** La psicoterapia es una actividad intensamente personal (Tyler, 1977).
 - Si las citas son "**literales**", el texto citado se enmarcará con un "entrecorillado" al principio y al final, mencionando a continuación y entre paréntesis la página del susodicho texto publicado. **Ej.:** Según Tyler (1977): "El éxito parece depender tanto de lo que es el terapeuta como de lo que dice y hace" (pág. 266).
 - Las **Referencias Bibliográficas**, relacionadas con las citas de autores del texto y que dan categoría a una publicación, serán listadas al final del artículo, ateniéndose a las siguientes normas:
 - **Si se cita un libro**, se menciona(n) el(los) **apellido(s)** y la letra inicial del **nombre** de cada autor; después, se coloca el **año** de la publicación entre paréntesis seguido de **punto**, y a **continuación el título del libro en cursiva y negra**, y los nombres de la **ciudad** y **editorial**. **Ej.:** Dandler, R. y Grínder, J. (1980). *La estructura de la magia*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
 - **Si se cita el capítulo de un libro**, de autor(es) diferente(s) al del capítulo, se menciona el autor(es) del capítulo, como anteriormente; después del año entre paréntesis, se pone el título del capítulo, poniendo a continuación: En - Inicial del nombre y apellido(s), título del libro (*en cursiva y negra*), páginas del capítulo, ciudad y editorial. **Ej.:** Labrador, F.J., Cruzado, J.A. y Vallejo, M.A. (1986). Trastornos asociados al stress y su tratamiento. En J.M. Buceta (Ed.) *Psicología clínica y salud: Aplicación de estrategias de intervención*, págs. 245-298. Madrid: UNED.

- Si se trata del artículo de una Revista, se pone en *cursiva y negra*, no el título del artículo sino el nombre de la Revista, poniendo después el tomo, número (*en cursiva y negra*) y páginas del susodicho artículo publicado. Ej.: Abadi, J.E. (1987). Teorías del yo y del sujeto psíquico en psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis*, XLIV, 3, págs. 375-397.

- Deberán evitarse en lo posible las notas al pie de página.
- El Consejo de Redacción se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien en aquellos casos en los que la originalidad o calidad del mismo no se considere suficiente, o también cuando no pueda relacionarse con los temas monográficos previstos. La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata, la cual se hará en el momento adecuado a las necesidades de la Revista, y estará sujeta a las correcciones adecuadas para una correcta publicación según forma y contenidos.
- El Consejo Editorial y el Consejo de Redacción pueden no identificarse ni responsabilizarse sobre los puntos de vista y afirmaciones sostenidas por los autores en sus comunicaciones originales.



SOLICITUD CONJUNTA DE ASOCIACIÓN A "AESPAT" Y DE SUSCRIPCIÓN A LA "REVISTA"

Deseo ser Socio de AESPAT y recibir su publicación, Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista, para lo que abonaré, al ser admitido, la cuota anual del año 2003 (43 € para España).

Apellidos _____ Nombre _____

Domicilio particular _____ C.P. _____

Teléfono y Fax _____ Fecha de nacimiento _____ Nacionalidad _____

Estudios: _____

Profesión o actividad a la que se dedica _____

Lugar de trabajo: Nombre, dirección y teléfono de la Empresa u Organismos (indicar ciudad, prefijo y código postal) _____

_____ a _____ de _____ del 200 ____

Firma del solicitante y D.N.I.

A CUMPLIMENTAR POR AESPAT

Presentado por: _____

Aceptado con fecha: _____ Número de socio: _____

Por: _____

BOLETÍN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

Señores: les ruego que atiendan, con cargo a mi cuenta/libreta, y hasta nueva orden, el recibo que anualmente les presentará AESPAT para el pago de mi Asociación a AESPAT y de la Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista.

Nombre y Apellidos: _____

Nº c/c o libreta: _____ / _____ / _____ / _____

Banco/Caja: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ C.P.: _____

Fecha y Firma: _____

Cortar y enviar al propio Banco o C.A.

CORTAR Y REMITIR A AESPAT, AL APARTADO 8.222. 28080 MADRID · FAX 91 433 94

CORTAR Y ENVIAR A APARTADO 8.222. 28080 MADRID. FAX 91 433 94 13



BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN A REVISTA DE ANÁLISIS TRANSACCIONAL Y PSICOLOGÍA HUMANISTA

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

Deseo suscribirme a la Revista de Análisis Transaccional por el período de un año, renovable sucesivamente hasta nuevo aviso.

Precio de suscripción anual, 2003, para España 19 €.

Apellidos: _____
Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____ Profesión: _____
Nº c/c o libreta: _____ / _____ / _____ / _____
Banco/Caja: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ C.P.: _____

- Señalar forma de pago:
- Domiciliación bancaria (rellenar autorización adjunta inferior) y enviar a Banco o Caja.
 - Transferencia bancaria a AESPAT,
Caja de Madrid - Sucursal 2038-1006-63-6001231467
C/. Conde de Peñalver, 6 - 28006 MADRID
Firma: _____

Cortar y enviar al propio Banco o C.A.

BOLETÍN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

Señores: les ruego que atiendan, con cargo a mi cuenta/libreta, y hasta nueva orden, el recibo que anualmente les presentará AESPAT para el pago de mi suscripción a la Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista.

Nombre y Apellidos: _____
Nº c/c o libreta: _____ / _____ / _____ / _____
Banco/Caja: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ C.P.: _____
Fecha y Firma: _____