

**CONSUMO DE MDMA (EXTASIS):
ANÁLISIS DE UN CASO DE POLITOXICOMANIA**

**Emilio Sánchez Hervás
Vicente Tomás Gradolí**

Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
UNIVERSIDAD DE VALENCIA.

RESUMEN

En los últimos años el MDMA (éxtasis) se ha convertido en la sustancia psicoactiva de elección entre los sujetos que realizan consumos de tipo recreacional durante los fines de semana. En la actualidad se considera que dicha sustancia no posee potencial adictivo, aunque de su consumo se derivan diversas complicaciones debido a su toxicidad. En el siguiente artículo se describe un caso de politoxicomanía, en el que el sujeto presenta consumos abusivos de varias sustancias en torno al MDMA. Finalmente la situación deriva a un problema de adicción a opiáceos, lo que motiva la demanda de tratamiento.

Palabras clave: *MDMA, OPIÁCEOS, ADICCIÓN, POLITOXICOMANÍA, TOLERANCIA, DEPENDENCIA.*

SUMMARY

In recent years MDMA (ecstasy) has been changed into the psychoactive substance of choice between the individuals that make consumptions of recreational type during the weekends. Nowadays it is considered that the said substance doesn't have addictive potential, although it is due to its consumption the reason why several complications appear because of its toxicity. A case of multiple drug addiction is described in the following article, the individual presents improper consumptions of several substances about MDMA. Finally, the situation inclines towards a problem of opiates addiction and this cause the deman treatment.

Key words: MDMA, OPIATES, ADDICTION, MULTIPLE DRUG-ADDICTION, TOLERANCE, DEPENDENCY.

INTRODUCCION

Extasis, es el nombre que con más frecuencia se utiliza para denominar a una variante de la metanfetamina, cuyo nombre químico es MDMA (3,4 metilendioxi metanfetamina) (Camí, 1995). Sintetizada originalmente en Alemania en 1914 y patentada por los laboratorios Merck Pharmaceutical Company con la intención de emplearla como anorexígeno, nunca llegó a estar disponible comercialmente y fue olvidada durante los 40 años siguientes hasta que en 1973 se publicó el primer informe que indicaba la psicoactividad de la MDMA a cargo de Hardman y col, (1973). La MDMA es una sustancia semisintética. Está relacionada con varias sustancias que se encuentran en las plantas, pero también es un miembro de una familia más grande de compuestos psicoactivos sintetizados en los laboratorios químicos.

En los años setenta algunos psiquiatras estadounidenses utilizaron la MDMA como coadyudante en psicoterapia de corte analítico. Su empleo parece que favorecía la comunicación entre terapeuta y paciente, incrementando en este último la autoestima (Blasco y col, 1991). Shulgin y Nichols publicaron por primera vez los efectos de la MDMA en el contexto terapéutico (Eisner, 1995).

El uso clandestino de la MDMA, apareció en los años sesenta en los EE.UU en torno al movimiento de la «psicodelia» junto a otras sustancias

como las anfetaminas, el LSD y otras variantes metanfetamínicas (Camí, 1995). En el año 1985 dejará de estar disponible legalmente, al ser incluida en la lista I del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de Naciones Unidas, clasificada como droga de alto riesgo potencial de abuso y sin uso médico aceptado (Eisner, 1995).

Un estudio realizado en Estados Unidos indicaba que buena parte de lo que se vende por MDMA son anfetaminas o combinados de anfetaminas con otras drogas (Renfroe, 1986). En Inglaterra hay informes según los cuales gran parte de lo que se presenta como éxtasis es en realidad ketamina (un anestésico con propiedades alucinógenas). En nuestro país los decomisos de «pastillas» de éxtasis se multiplican cada año (en el año 1995 la cantidad ascendió a 75.000), muchas de las cuales contienen anfetamina o metanfetamina, otras sustancias emparentadas con ellas y diversos productos de distinta procedencia (Camí, 1996).

La MDMA es un estimulante más específico de la conciencia empática. A diferencia de las sustancias psicodélicas, la MDMA no produce muchos de los efectos atribuidos a estas sustancias. No es alucinógeno en dosis normales, no se pierde la coordinación y no se producen efectos desorganizadores del pensamiento. Sus efectos en humanos no son equiparables a los producidos por los alucinógenos (Nichols, 1986).

La diferencia existente entre la MDMA y los alucinógenos o psicodélicos en cuanto a estructura y actividad, llevó a Nichols (1986), a proponer un nuevo término que definiera las acciones de estas sustancias. Se trata del término «ectactógeno», que viene a significar «entrar en contacto con uno mismo», efecto que parecen experimentar los sujetos que consumen la sustancia.

Nichols (1986), describe la MDMA como una sustancia que intensifica la comunicación y la exploración de las relaciones interpersonales. En un estudio de otro autor (Greer, 1986), se señala la sensación de intimidad y la cercanía en las relaciones con otras personas que experimentaron los sujetos incluidos en el estudio. Downing (1986), señala como efectos producidos por la MDMA, la euforia, el incremento de energía emocional y física y una sensación de elevada autoestima.

Según algunos autores la MDMA puede clasificarse como afrodisíaco. Su uso parece estimular el contacto físico, pero hace que ese contacto sea específicamente menos sexual. En realidad disminuye la necesidad de alcanzar el orgasmo, pero aumentan las sensaciones placenteras asociadas al contacto del cuerpo. En este sentido, parece que la MDMA no aumenta

la excitación o el deseo sexual en una mayoría de individuos. Tanto en los hombres como en las mujeres, la MDMA intensifica los aspectos sensuales del sexo. Puede que eso se deba al aumento de las sensaciones de intimidad emocional (Buffum y Moser, 1986).

La administración de MDMA produce elevación de la presión sanguínea y la frecuencia cardíaca (Downing, 1986). Produce una serie de efectos secundarios comunes: tensionamiento de la mandíbula, movimiento rápido de los ojos (nistagmo), tensión muscular y disminución del apetito. Otros efectos secundarios que aparecen con menor frecuencia son: dificultad para caminar, escalofríos, sudoración, dolor de cabeza, mareo, incapacidad para alcanzar el orgasmo y vómitos. También es posible que aparezcan síntomas psicósomáticos que pueden adquirir diversas formas (Greer y Tolbert, 1986; Hayner, 1986). A dosis bajas no se presentan alucinaciones (Downing, 1986). La mayoría de los efectos físicos desaparecen a las 24 horas, sin embargo algunos de ellos pueden permanecer algunos días más. Sólo algunos individuos desarrollan alteraciones neuropsiquiátricas relacionadas con el consumo de MDMA. Es probable que la existencia de alteraciones psiquiátricas preexistentes haga más vulnerables a determinados sujetos (Camí, 1995). El riesgo de efectos adversos sería mayor ante el consumo de dosis masivas.

La tolerancia a la MDMA aumenta con rapidez después de varias administraciones sucesivas. Los efectos de la administración parecen disminuir si se toma con una frecuencia de dos o tres días, y los efectos «deseados» de la sustancia cambian con sucesivas dosis, apreciando en lugar de dichos efectos «deseados», otros de tipo secundario como los descritos anteriormente (Peroutka, 1989). El uso repetido de dosis elevadas puede provocar intoxicación, apareciendo entre otros síntomas: palpitaciones, hipertermia y alucinaciones.

Debido al rápido aumento de la tolerancia causada por el uso repetido, y al aumento de efectos secundarios desagradables, la mayoría de la gente aprende con rapidez que la MDMA sólo puede consumirse ocasionalmente. Tomar demasiado no parece gratificante. Por esta razón se afirma que la MDMA no es una droga adictiva, no existiendo base alguna para poder afirmar que cause dependencia (Wolfson, 1986).

De los estudios realizados hasta el momento no se deduce que el consumo de MDMA siga un patrón característico al de otras drogas que producen dependencia. Los consumidores no refieren sintomatología de dependencia, ni desarrollo de «craving» o deseo compulsivo (Beck, 1990;

Solowji y col, 1992). La no existencia de grupos poblacionales que presenten consumo crónico de la sustancia hace pensar que el patrón de consumo no favorece el establecimiento de dependencia (Camí, 1995).

Los patrones de consumo relacionados con la MDMA están delimitados por la historia de uso de esta sustancia. En sus comienzos su uso se restringía a experiencias psicoterapéuticas y también a experiencias místicas o ritualistas relacionadas con el movimiento de la «psicodelia» de los años setenta. En los últimos años este patrón inicial de consumo ha derivado a un consumo de tipo recreacional en grupos de jóvenes consumidores también de otras sustancias (Sánchez y Berjano, 1996) y asociado a fiestas en grandes discotecas en las que predomina lo que se conoce como música «máquina».

La incidencia de problemas derivados del uso de la MDMA no se constata en los sistemas de recogida de información oficiales (Plan Nacional sobre Drogas y Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías), y las demandas de atención en Centros Especializados en Atención a Drogodependencias siguen siendo en la mayoría de los casos por problemas de adicción a opiáceos (95%) y un 5% aproximadamente por problemas derivados del consumo de cocaína (Plan Nacional sobre Drogas, 1996). En cuanto a la repercusión sanitaria es escasa durante los últimos años. Según un reciente informe del Servicio de Información Toxicológica, entre 1991 y 1993 se constataron 15 casos de intoxicación aguda, una muerte durante el año 1994 y, 4 fallecimientos relacionados con el uso de esta sustancia durante el año 1995 (Camí, 1996).

Sin embargo, y a pesar de lo expuesto hasta ahora, en el tratamiento de sujetos con problemas de adicción a drogas se constata, cada vez con mayor asiduidad, la relación directa entre el consumo de sustancias que se han introducido recientemente en el mercado clandestino de drogas (éxtasis), y el consumo de sustancias (heroína y cocaína) que provocan que los individuos demanden finalmente atención por su problema adictivo. La evolución en el consumo de las diferentes sustancias, y el cambio en los patrones de consumo relacionado con esta evolución, nos dan información al respecto. En el tratamiento dirigido a estos individuos, es necesario detectar que tras la adicción a opiáceos, subyacen otra serie de factores específicos del consumo de éxtasis. En este artículo se intenta explicar el proceso de intervención llevado a cabo en un caso de un sujeto que presentaba problemas con el consumo de éxtasis y que, posteriormente, evolucionó a un problema de adicción a opiáceos.

MÉTODO

Historia

El paciente es un varón soltero de 25 años. Vive con sus padres, se encuentra en situación de desempleo sin subsidio, aunque realiza algunos trabajos de forma temporal en la rama agraria. Su padre (59 años) es agricultor, y el único que aporta dinero para el sustento familiar. Su madre (53 años) se dedica a las tareas domésticas. Tiene dos hermanos; uno de 24 años (desempleado) y, otro de 16 años (estudiante). Ambos conviven en el domicilio familiar y no presentan problemas asociados al consumo de drogas. Nuestro paciente no tiene ninguna cualificación profesional. Fue a la escuela hasta séptimo de EGB. No tiene antecedentes judiciales, pero tiene algunas causas pendientes por delitos menores (robos y peleas). No existen antecedentes psicopatológicos ni en el paciente ni en el entorno familiar. En la tabla 1 se detalla el historial de uso de drogas del sujeto, caracterizado por la temprana edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales.

Tabla 1.- Historial de consumo

SUSTANCIAS	EDAD DE INICIO	USO
TABACO	14	DIARIO
ALCOHOL	14	FS*
ANFETAMINAS	14	FS
ALUCINÓGENOS	15	FS
COCAÍNA	17	FS
ÉXTASIS	17	FS
HEROÍNA	20	FS
HEROÍNA	21	DIARIO
*fin de semana		

Tratamientos anteriores

El paciente estuvo anteriormente en tratamiento para deshabitación a drogas en una Unidad Ambulatoria de Drogodependencias en dos ocasiones:

- A los 22 años: llevó a cabo la desintoxicación y estuvo en tratamiento psicológico combinado con terapia de antagonistas opioides. Se mantuvo abstinentes a la heroína durante un año, pero se producían regularmente consumos de éxtasis, benzodiazepinas y alcohol.
- A los 24 años: realiza de nuevo desintoxicación a heroína y se mantiene abstinentes a esta sustancia durante tres meses. El tratamiento consistió en terapia psicológica + terapia con antagonistas opioides. Continúa con el consumo de éxtasis.

Evaluación

El proceso de evaluación se completó en un total de tres sesiones. En la primera sesión se recogió información mediante entrevista, un cuestionario biográfico y un historial de consumo (incluyendo conducta de consumo actual). Las sesiones segunda y tercera se utilizaron en la administración de los siguientes cuestionarios: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, 1970), Inventario de Depresión de Beck (Beck, 1961, 1980), 16 de Catell (Catell 1972; en su versión española, 1989), y el Cuestionario de Actitudes hacia las Drogas (Sánchez Hervás y Tomás Gradolí, 1997).

La evaluación en los problemas de adicción a drogas se completa con la determinación de sustancias en orina. Desde la primera sesión se realizaron determinaciones con una periodicidad semanal y diversas determinaciones aleatorias en distintos momentos del tratamiento y seguimiento.

De la información que se desprende en la evaluación, se constata la no existencia de trastornos de personalidad, ni de trastorno dual concomitante.

El cuestionario STAI consta de dos escalas que ofrecen puntuaciones en ansiedad diferenciada. En la escala Ansiedad-Rasgo, nuestro paciente obtiene una puntuación centil de 40, manteniéndose en los mismos niveles en las medidas postratamiento y al seguimiento (centiles 38 y 40). En cuanto a los resultados en la escala Ansiedad-Estado, se obtiene una puntuación centil de 45 en la medida pretratamiento, y centiles 35 y 40 en las medidas postratamiento y seguimiento respectivamente.

Las puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck indican la escasa incidencia de problemas afectivos en el paciente. Las puntuaciones fueron: 1, 3, 1 (pre, post y seguimiento).

En cuanto a las puntuaciones en el Cuestionario de Actitudes hacia las Drogas (instrumento en fase de experimentación creado por los autores sobre las base del CACHER (Sánchez Hervás y Tomás Gradolí, 1995), las puntuaciones en el pretratamiento indican la existencia de actitudes positivas hacia las drogas y las expectativas sobre los efectos esperados tras su administración. La medida de las actitudes en el postratamiento y en el seguimiento son sensiblemente inferiores. Los resultados pueden observarse en la tabla 2.

Tabla 2.- Cuadro resumen de las medidas de evaluación

*****	PRE	POST	SEGUI
STAI-R	40	38	40
STAI-E	45	35	40
BECK	1	3	1
CADRO *	140	60	45

*El «CADRO» (Cuestionario de Actitudes hacia las Drogas (Sánchez y Gradolí, 1997)), es un instrumento que se encuentra en fase experimental, basado en un instrumento anterior de los autores (CACHER. Sánchez Hervás y Tomás Gradolí, 1995).

Hipótesis Explicativa

El inicio en el consumo de sustancias psicoactivas por parte de nuestro paciente se produjo tal y como ocurre en la mayoría de los casos a través de la interacción con el grupo de iguales. La falta de información con respecto a las consecuencias del uso de determinadas sustancias, el refuerzo positivo que proporcionan las diferentes sustancias a través de sus efectos específicos en el organismo, el refuerzo negativo que se produce como consecuencia de la eliminación de estados emocionales displacenteros y, el refuerzo social que proporciona el grupo de iguales, han mantenido la

conducta de consumo del paciente hasta que tenía 20 años. El patrón de consumo hasta entonces se caracteriza por un uso recreativo durante los fines de semana, y asociado a determinados lugares y personas donde el consumo no sólo es reforzado, sino que constituye el único medio de relación social; «el que no consume, no pertenece al grupo». Las escasas habilidades sociales del paciente y su círculo reducido de relación (compuesto por consumidores de sustancias), perpetúan su conducta.

Como comentamos anteriormente, los efectos de la MDMA podrían ser utilizados por sujetos que, como en nuestro paciente poseen escasas habilidades sociales. Sin embargo, dado que la utilización de estas sustancias se realiza previamente al consumo de otras (alcohol y THC especialmente y, ocasionalmente cocaína), y que la combinación de estas sustancias se realiza en períodos ininterrumpidos de 24-48 horas, el cese de la conducta de consumo tiene como consecuencia la aparición de efectos secundarios negativos, entre los que se encuentran: inquietud, irritabilidad, insomnio, temblores y desestructuración cognitiva.

Es conocido en el entorno de sujetos consumidores de drogas, que los efectos secundarios negativos relacionados con la desaparición de los efectos producidos por el consumo de las diferentes sustancias («efecto bajada»), se mitigan si se administran sustancias con efectos depresores del SNC. Entre las sustancias que producen estos efectos, la más utilizada es la heroína, un opióide con gran potencial adictivo. El inicio en el consumo de esta sustancia se produce siguiendo el mismo patrón de consumo que para el resto de sustancias (fines de semana) y, utilizando la vía de administración «fumada». Sin embargo, y dado el potencial adictivo y de tolerancia de los opiáceos, el patrón de consumo inicial deriva a otro en el que la frecuencia entre un consumo y el siguiente es cada vez menor, y por tanto, no siempre asociado a la mitigación de los efectos producidos por la «bajada», sino al efecto de la tolerancia producido por el opióide.

En la tabla 3 aparece especificada la evolución de los patrones de consumo de las diferentes sustancias que utiliza el sujeto y, cómo se instaura la dependencia a heroína.

El uso de heroína hace que el paciente se centre en la búsqueda y consumo de esta sustancia, pasando de utilizar la vía «fumada» a utilizar la administración intravenosa; pues ésta última provee de efectos de más duración al consumidor. El uso de otras sustancias pasa a un segundo plano, y la heroína se convierte en el centro de la vida del paciente.

Tabla 3.- Esquema del patrón de consumo que deriva a la adicción a heroína

sábado tarde	sábado noche	sábado noche	domingo mañana	domingo tarde
16-22 horas*	00-02 horas*	02-12 horas*	12-16 horas*	a partir de 16 h*
alcohol+THC	alcohol+THC	éxtasis	alcohol+THC	heroína
*Indica periodos aproximados				

Nuestro paciente ha demostrado en los diferentes tratamientos anteriores que puede controlar el consumo de heroína mientras no consume éxtasis. Tal y como muestra el análisis de sus recaídas, una vuelta al patrón de consumo inicial (alcohol-THC-éxtasis), deriva a un consumo primero esporádico y más tarde incontrolado de heroína. Por tanto, aunque la sustancia de abuso por la que demanda tratamiento es la heroína, la intervención irá dirigida a controlar las condiciones relacionadas con el consumo de éxtasis; pues evitando el uso de esta sustancia (y también de otras), se reducirá la probabilidad de consumo del opióide.

Tratamiento

Partiendo de que el objetivo en un programa de intervención a nivel individual consiste en ayudar al sujeto a superar las conductas de búsqueda y autoadministración de drogas, y a modificar el estilo de vida de drogodependiente en las áreas: individual, familiar y social-interpersonal, planteamos la intervención desde los siguientes modelos:

- * Modelo Transteorético de Cambio (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992); modelo que proporciona una concepción global y diferenciada del cambio en el campo de las conductas adictivas.
- * Prevención de Recaídas (PR) (Marlatt y Gordon, 1985): programa redefinido por Marlatt (1993), como un programa de autocontrol diseñado para ayudar a los individuos a participar y a afrontar los problemas de recaída en el cambio de las conductas adictivas.

Se realizaron 96 sesiones a lo largo de 36 meses. Al realizar el análisis funcional del caso, se desglosaron los objetivos por bloques de intervención en las áreas: drogas, familia y adaptación social.

*** Objetivos-Intervención en el área: Drogas**

1. Información sobre farmacodinámica y farmacocinética de las drogas usadas por el paciente.

2. Información-Educación sobre su proceso adictivo, en base a:

- Condicionamiento clásico: tolerancia condicionada y respuestas condicionadas compensatorias (O'Brien y col, 1993); síndrome de abstinencia condicionado (Wikler, 1965, O'Brien, 1980; Siegel, 1978).
- Condicionamiento operante: refuerzo positivo (Skinner, 1975, 1977), refuerzo negativo (Wikler, 1977), reforzamiento condicionado (Skinner, 1977; Kelleher, 1966).

3. Modificar la demanda de tratamiento inicial de «tratamiento para heroína», hacia el de «problemas por uso de éxtasis y otras drogas».

Para esta intervención se trabajó con un programa de cambio de actitudes, basado en la teoría de la acción razonada de Fishbein y Azjen (1980), y con técnicas de reestructuración cognitiva siguiendo a Ellis y Bernard (1980), Beck, (1979) y Meichenbaum, (1985).

4. Manejo de ansiedad. Entrenamos procedimientos para manejo de ansiedad; se instruyó al sujeto en el modelo de ansiedad generalizada, basado en las teorías de Graskie, Barlow y O'Learly (1992), y en el manejo del trastorno obsesivo-compulsivo siguiendo a Salkovskis y Warwich (1988).

5. Afrontamiento de la depresión. Utilizamos procedimientos derivados de los modelos: autocontrol de Rehm (1984), indefensión aprendida de Seligman (1978), resolución de problemas para la depresión de Nezu y Perry (1989) y, terapia cognitiva para la depresión de Beck (1979).

6. Entrenamiento en habilidades sociales.

- En nuestro caso en el análisis funcional aparecieron déficits derivados por:

- a) El hecho de tener problemas por el consumo de drogas implicó contacto con un entorno «marginal», que expuso al sujeto a modelos igualmente «marginales», y que exigió un repertorio peculiar de comportamientos sociales diferentes a los que constituyen un estilo de vida normalizado.
- b) La aparición de respuestas de ansiedad elevadas en situaciones sociales y el fracaso en el afrontamiento de las mismas, determinaron el desarrollo de ansiedad condicionada ante estas u otras situaciones. Esto favoreció comportamientos de evitación y/o consumo de drogas como respuestas de afrontamiento alternativas dirigidas al control del exceso de activación.

Se incluyó al sujeto en el taller de entrenamiento en habilidades sociales en grupo, donde se entrenaron: habilidades básicas (escucha activa, expresar y recibir refuerzo), habilidades de conversación y asertividad.

*** *Objetivos-Intervención en el área: Familia***

1. Información a los padres sobre el proceso adictivo y efectos secundarios de las drogas.

2. Mejorar niveles de comunicación del sujeto hacia la familia y mejorar adaptación al clima familiar.

Los padres fueron incluidos en el programa de terapia para padres en grupo, donde recibieron información y entrenamiento acerca de todo el proceso a afrontar y realizaron los talleres sobre: ansiedad, depresión, estrategias de afrontamiento ante situaciones de conflicto con el hijo y ante situaciones derivadas de posibles comportamientos de consumo.

*** *Objetivos-Intervención en el área: Social-Interpersonal***

1. Extinguir la relación con el grupo de iguales consumidores de drogas.

2. Reforzar la relación con personas del entorno personal y familiar que no pertenecen al grupo de riesgo para el consumo.

3. Búsqueda de trabajo y mantenimiento del mismo. Para este objetivo diseñamos un programa en tres fases. En la primera fase se realizó un perfil personal en el que se incluyeron las valoraciones y actitudes frente al trabajo, hobbies e intereses, así como su historia personal. En la segunda fase se le dio información sobre el mercado laboral y se marcaron actividades para desarrollar esos medios. En la tercera fase se inició el proceso de búsqueda.

Resultados

Se comenzó interviniendo sobre los objetivos del área drogas y el área familia conjuntamente. Se consiguieron buenos resultados para los objetivos 1 y 2 del área drogas, los objetivos 1 y 2 del área familia y, el objetivo 3 del área social-interpersonal. Durante este período (9 sesiones en un mes), la intervención se realizó conjuntamente con facultativo encargado de realizar

apoyo farmacológico de desintoxicación, hasta que el sujeto abandonó por completo el uso de heroína. Se mantiene el consumo de alcohol y THC. Se realizan controles analíticos semanales.

El siguiente paso consistió en abordar el objetivo 3 del área drogas y el objetivo 2 del área social interpersonal. Se incluyó a los padres en un programa de terapia para padres. Igualmente empezó a trabajarse en los objetivos 4, 5, y 6 del área drogas; en función de las diferentes situaciones de riesgo que fueron presentando. Las sesiones se espacian en períodos de 5 a 7 días. Se detecta un consumo de éxtasis y varios consumos de THC, aunque tales consumos no suponen una recaída y no devienen en una vuelta a patrones de consumo anteriores.

Cuando se cumple aproximadamente un año desde el comienzo de la intervención, la frecuencia de ésta se sitúa de 15 a 20 días. Se sigue trabajando en todas las áreas, pero cobra mayor importancia el trabajo sobre el área social-interpersonal. Se mantienen los controles analíticos, pero éstos se llevan a cabo de forma aleatoria, tanto por lo que se refiere a la periodicidad, como a la detección de diferentes sustancias.

El resto de sesiones (aproximadamente del 24° al 36° mes) se sitúan en la fase de seguimiento, en la que se trabaja en prevención de recaídas y se constata el mantenimiento de la abstinencia mediante controles analíticos e informe familiar.

CONCLUSIONES

Los objetivos marcados en las tres áreas de intervención fueron cumplimentados. Las mayores dificultades se dieron en el mantenimiento de la abstinencia y en el área social.

Dadas las características del perfil de nuestro paciente y que éstas son representativas de un perfil de usuario de drogas que responde al patrón de consumidor en nuestra Área Comunitaria, el reformular la demanda de tratamiento «tratamiento para heroína» hacia la de «tratamiento por adicción a drogas», fue el objetivo más complicado, debido a que nuestro paciente en un principio no consideraba como factores desencadenantes y mantenedores de la adicción el consumo alternativo de sustancias que había utilizado, y que no habían provocado necesidad directa de demanda de tratamiento.

En la actualidad, se siguen realizando controles ocasionales de detección de drogas en orina, y sesiones de revisión por parte de su terapeuta de

referencia cada 30 ó 45 días. Sigue abstinencia controlada a psicoestimulantes, éxtasis y heroína, pero consume alcohol y THC. La adaptación familiar, según refiere la familia es buena, y no aparecen conductas problema. Se encuentra trabajando en una fábrica de plásticos industriales, y está asistiendo a las clases nocturnas de la Escuela de Adultos para obtener el Graduado Escolar. Aunque la recaída es un factor que forma parte del tratamiento de deshabituación en las adicciones, en este caso sólo se dieron consumos aislados en los nueve primeros meses de intervención, y no fueron ni de heroína ni de cocaína.

BIBLIOGRAFÍA

- Beck, A. T; Rush, J. A; Shaw, B. F; Emery, G. (1979): «*Cognitive therapy of depression*». The Guildord Press, New York (traducción en España «Terapia cognitiva de la depresión», Ed. Descleé de Brouwer, 1983).
- Beck, M. (1990): «*The public health implications of MDMA use*». En: Peroutka (ed): Ecstasy: the clinical, pharmacological and neurotoxicological effects of the drug MDMA. Kluwer Academic Publishers. 77-103.
- Blasco, I; Barreda, A; Guevara, J; López, E. y Martí, E. (1991): «MDMA (Extasis): revisión y puesta al día». *Rev. Esp. Drogodependencias*. 16(2): 91-101.
- Buffum, J. y Moser, C (1986): «MDMA and human sexual function». *J. Psychoactive Drugs*, 18: 335-359.
- Camí, J. (1995): «*Farmacología y toxicidad de la MDMA*». Ediciones en Neurociencias. CITRAN.
- Camí, J. (1996): «*Psicoestimulantes: de la cocaína al éxtasis pasando por las anfetaminas*». Ed. Aguilar.
- Cattell, R. B. (1972): «*Cuestionario factorial de personalidad. 16PF*». Institute for Personality and Ability Testing. Illinois (USA). (traducción en España, TEA Ed, 1989)
- Downing, J. (1986): «The psychological and physiological effects of MDMA on normal volunteers». *J. Psychoactive Drugs*, 18: 335-340.
- Eisner, B. (1995): «*Extasis: historia del MDMA*». Ediciones Obelisco.
- Ellis, A. y Bernarnd, M. E. (1990): «*Aplicaciones clínicas de la terapia racional emotiva*». Descleé de Brower. Bilbao.
- Fishbein, M. y Azjen, I. (1972): «Attitudes toward objects a predictor of single multiple behavioral criteria». *Psychological Review*, 81: 59-74

- Fishbein, M. y Azjen, I. (1980): «*Understanding attitude and predicting behaviour*». Prentee Hall. New Jersey.
- Greer, T. y Tolbert, R. (1986): «Subjective reports of the effects of MDMA in a clinical setting». *J. Psychoactive Drugs*, 18: 319-327.
- Hardman, H.F; Haavick y C. O Seevers, M. H; (1973): «Relationship of the structure of mescaline and seven analogs to toxicity and behaviour in five species of laboratory animals». *Tox. App. Pharmacol*, 25: 299-309.
- Hayner, G. N. (1986): «The dark side of ecstasy». *J. Psychoactive Drugs*, 18: 341-347.
- Kelleher, D. (1966): «*Chaining and conditional reinforcement*». En W. K. Honing (ed) «Areas of research and application». Appleton. New York.
- Marlatt, G. A y Gordon, J R. (1980): «*Determinants of relapses: Implications for the maintenance of behavior change*». En Davinson PO, y Davinson SM (eds). Behavioral Medicine. New York: Bruner/Mazel.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985): «*Relapse Prevention: Theoretical rationale and overview model*». En Marlatt y Gordon (eds). Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors: pp 93-116. New York, Guildorf Press.
- Marlatt, G, A. (1993): «La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual». En: *Recaída y prevención de recaídas*. Ed. Neurociencias.
- Meichenbaum, D. (1985): «*Stress inoculation training*». Pergamon Press. England.
- Nezu, E. y Peri, G. (1989): «*Problem-solving therapy for depression*». Ed Wiley. New York.
- Nichols, D. (1986): «Differences between the mechanism of action of MDMA, MDDb and the classic hallucinogens. Identification of a new therapeutics class: ectactogens». *J. Psychoactive Drugs*, 18: 305-313.
- O'Brien, M. (1980): «Follow-up of Vietnam veterans. Part 1. «*Drug and Alcohol Dependence*, 5: 333-340.
- O'Brien, M. (1993): «*A learning model of addiction*». New York. Raven Press.
- Plan Nacional sobre Drogas, (1996): «*Memoria 1995*».
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1986): «*The transtheoretical approach*». En J.C. Norcross (Ed). Handbock of eclectic psychoterapy. New York. Brumer/Mazel.
- Prochaska, J. O; Velicer, W. F; DiClemente, C. C. y Fava, J. (1988): «Measuring process of change: Applications to the cessations of smoking». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56: 520-528.
- Prochaska, J. O; DiClemente, C. C, y Norcross, J. C. (1992): «In search of how people change. Applications to addictive behaviour». *American Psychologist*, 47: 1102-1114.

- Prochaska, J. O y Prochaska J. M. (1993): «Modelo transteorético de cambio para conductas adictivas». En: *Recaída y prevención de recaídas*. Ed. Neurociencias.
- Renfroe, C. L. (1986): «MDMA on the street: analysis anonymus». *J. Psychoactive Drugs*, 18: 363-369.
- Seligman, M. E. P. (1975): «*Helplessness*». Freeman.
- Salkowskis, M. y Warwich, D. (1989): «Cognitive models and intervention in anxiety». *Current opinion in Psychiatric*, 2: 795-800.
- Sánchez, E y Tomás Gradolí, V. (1995): «*CACHER: Cuestionario de Actitudes hacia la Heroína*». Ed. Nau Llibres.
- Sánchez, E y Tomás Gradolí, V. (1997): «*CADRO: Cuestionario de Actitudes hacia las drogas*». No publicado.
- Sánchez, E. y Berjano, E. (1996): «Edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas: diferencias entre un grupo de drogodependientes y un grupo control». *Informació Psicológica*, 59: 37-42.
- Shulgin, A.T. (1986): «The background and chemistry of MDMA». *J. Psychoactive Drugs*, 18: 291-304.
- Siegel, S. (1978): «Tolerance to the hypertermic effect of morphine in the rat is a learned response». *Journal of Comparative Physiological Psychology*, 92: 1137-1149.
- Skinner, B. F. (1975): «*La conducta de los organismos*». Ed. Fontanella. Barcelona.
- Skinner, B. F. (1977): «*Why I am not a cognitive psychologist?*, mimeo, 1977.
- Spielberger, C.D. (1970): «*Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. STAI*». Consulting Psychologists Press, Inc, California. (traducción en España, TEA Ed, 1988).
- Solowij, M; Hall, W. y Lee, N. (1992): «Recreational MDMA use in Sydney: a profile of ecstasy users and their experiences with the drug». *Bri. J. Addiction*, 87: 1161-1172.
- Wikler, A. (1965): «*Conditioning factors in opiate addiction and relapse*». En Wilner, D. M. and Kassenbaum, G. C (eds). *Narcotics*, New York. McGraw Hill: 85-100.
- Wolfson, P. E. (1986): «Meetings at the edge with Adam: a man for all seasons?». *J. Psychoactive Drugs*, 18: 329-333.

