

# Guía para la línea 171 (opción 6)

Atención telefónica a personas  
que atraviesan crisis de salud  
mental, usos y consumos  
problemáticos de drogas



Publicación:

---



Con el apoyo técnico y financiero:

---



Financiado por  
la Unión Europea



Episteme  
Social

---

**Primera Edición:** 2024

Las opiniones y datos contenidos en este documento son de la exclusiva responsabilidad de las personas autoras.

Autoría: **Nicolas Elías Piñeiro López, MSc; Dr. Ricard Faura Cantarell; Sara Sáez Sánchez y Dr. Prof. David Pere Martínez Oró.**

**Orientación y revisión:**

Equipo COPOLAD III: **Inés Elvira Mejía M.**, Task force Acceso a servicios de calidad e inclusión social, COPOLAD III. **David Pere Martínez Oró**, Director Episteme Social.

Equipo del Ministerio de Salud Pública de Ecuador: **Diana Margarita Cabrera Fuentes**

Diseño editorial e ilustración: **Sára Sáez Sánchez**

Criterio de Citación: **Piñeiro López, N.E; Faura Cantarell; R. Sáez Sánchez, S y Martínez Oró, David Pere.**

Guía para la línea 171 (opción 6). Atención telefónica a personas que atraviesan crisis de salud mental, usos y consumos problemáticos de drogas. COPOLAD, MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE ECUADOR y EPISTEME SOCIAL

La presente publicación ha sido elaborada con la asistencia de la Unión Europea, el Programa COPOLAD III y Episteme Social. El contenido de la misma es responsabilidad exclusiva de las autoras y autores, y en ningún caso compromete ni refleja la opinión de la Unión Europea.

# ÍNDICE

<b>1. Introducción</b> .....	<b>05</b>
<b>2. Modelo de atención telefónica centrada en los derechos</b> .....	<b>07</b>
<b>3. Contextos, sujetos y sustancias</b> .....	<b>10</b>
Las Drogas .....	10
Droga dependencia, adicción y Trastornos por uso de sustancias (TUS).....	11
Dependencia.....	11
Tolerancia.....	12
Síndromes de abstinencia .....	12
Craving.....	12
Distinción entre el craving y el síndrome de abstinencia .....	13
Contextos .....	14
Usos de drogas.....	15
Itinerarios.....	16
Sustancias .....	16
<b>4. Incorporación de la perspectiva de género.</b> .....	<b>26</b>
<b>5. Habilidades y estrategias para la atención telefónica de calidad</b> .....	<b>29</b>
<b>6. Conclusiones y recomendaciones.</b> .....	<b>42</b>
<b>Referencias bibliográficas</b> .....	<b>45</b>



# 1. Introducción

Los servicios de asesoramiento telefónico en línea se han ido extendiendo en los últimos años no solo como una manera rápida y eficaz de transmitir información, sino como una manera nueva de establecer una relación de ayuda entre las personas que lo demandan y los profesionales que la ofrecen. Son recursos de acceso muy fácil y de baja exigencia ya que no demandan ningún compromiso, ni datos personales a quien llama y, por lo tanto, facilitan el anonimato del usuario y el tratamiento confidencial de sus datos.

A raíz de la Pandemia por Covid-19 el Ministerio de Salud Pública ecuatoriano en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) implementó una serie de servicios y programas para dar respuesta a las problemáticas de salud emocional que experimentaban las personas en los períodos de confinamiento<sup>1</sup>.

Desde enero de 2024 Ecuador cuenta con una Ley Orgánica de Salud Mental que establece el marco legal para su abordaje en el país, ante ello, el Ministerio de Salud Pública (MSP) trabaja en la Política Nacional de Salud Mental para dirigir acciones hacia la promoción y prevención de factores de riesgo en problemas de salud mental, provisión de servicios con énfasis en el primer y segundo nivel de atención, recuperación e inclusión, cuidado a largo plazo e inclusión socio-comunitaria, además prioriza la capacitación y formación de su personal.

En Ecuador hoy en día, el porcentaje de años de vida perdidos por discapacidad relacionada a problemas de salud mental es del 33,4%: 8,3% por depresión, 5,2% por ansiedad, 1,6% por esquizofrenia, 1,5% por suicidio y trastorno bipolar y 0,9% por consumo de alcohol. En el mismo contexto, en 2023 se produjeron un total de 1.201 muertes por suicidio a nivel nacional con mayor incidencia en población adulta mayor, asimismo hombres y mujeres jóvenes, seguido de adolescentes<sup>2</sup>.

El Ministerio de Salud Pública mantiene activa la red de servicios de atención en salud mental. Cuenta con 556 Servicios Ambulatorios, 70 Servicios Ambulatorios Intensivos (SAI), 112 Unidades de Salud Mental Hospitalaria, 10 Centros Especializados para el Tratamiento de Alcohol y otras Drogas (CETAD), 1 Centro Especializado Ambulatorio y 1 Hospital Especializado en Salud Mental.

El servicio de la Línea 171 (opción 6) ofrece sus servicios de atención telefónica a personas que atraviesan crisis de salud mental, usos y consumos problemáticos de drogas, en coordinación con el resto de servicios ocupados en atender las demandas relacionadas con la salud mental de los ecuatorianos. En este servicio, entre enero y septiembre de 2024 se han atendido un total de 23.486 personas, según fuentes del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Este tipo de atención a distancia permite que los usuarios tengan, en comparación con las atenciones de asesoramiento o terapéuticas clásicas cara a cara tengan un mayor control de la interacción con el profesional, puesto que son ellos quienes deciden cuando se inicia el contacto, cuando se acaba, cuántas veces contactan o qué información proporcionan sobre ellos mismos. Si bien cualquier terapia debería tener esas características, la atención telefónica permite controlar en mayor medida el proceso al hacerse de forma anónima, rápida y al alcance de cualquiera que disponga de una línea telefónica.

Otra facilidad importante es que la intervención se produce de una manera rápida, sin necesidad de demasiados preámbulos la persona formula su problema o preocupación, factor clave en momentos de crisis, y el profesional le ayuda a verbalizarla y exteriorizarla en el momento en que lo necesita. Este tipo de atención profesionalizada telefónica permite reducir barreras de acceso geográfico y físico, así como monetarias.

1. OPS 2013 Tratamiento de los trastornos por uso de sustancias. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85401/9789275332344spa.pdf?sequence=1>

2. Portal web del MSP de Ecuador. <https://www.salud.gob.ec/#>

Las opciones y acciones de las diferentes modalidades de telemedicina se vieron fortalecidas en el transcurso de la pandemia y se han afianzado como intervenciones válidas para la atención y seguimiento de aquellas personas que lo necesitan.

Esta guía se dirige a los profesionales que trabajan en el asesoramiento telefónico a personas que atraviesan crisis de salud mental y/o usos problemáticos de drogas. La finalidad de estas intervenciones telefónicas es establecer una relación de ayuda con la persona usuaria del servicio, ya sea que quien haya llamado sea la propia persona afectada o sea cualquier persona del entorno de esta que preocupándose por su situación.

La relación de ayuda ha de darse independientemente del tipo de consulta que desee la persona que se comunique con el servicio, ya sea dicha consulta para obtener información puntual sobre un tema que le esté preocupando, ayuda en la gestión de una crisis o sobre dinámicas familiares comprometidas por la situación o cualquier otro tipo de planteamiento propio de la materia de la línea de atención.

Esta guía se basa en otros programas análogos y experiencias similares internacionales, así como en la mirada experta y la opinión de profesionales que trabajan en la atención y asesoramiento en el campo terapéutico.

En ella podrán encontrar contenidos teóricos muy enfocados a dinamizar este tipo de consulta, con lo que se espera que sea de gran utilidad práctica para los profesionales de la atención telefónica.

En primer lugar, se hará un repaso de lo concerniente al modelo de atención a problemas asociados al consumo de drogas y de salud mental centrada en los derechos, ahí se desarrollarán algunos conceptos básicos que parten de la conceptualización del uso de drogas no criminalizador y no estigmatizador, anteponiendo a la persona y sus circunstancias antes que a su uso de cualquier sustancia. En el tercer punto se ahondará sobre los contextos, diferentes usos y tipos de sustancias que pretende ayudar a clarificar definiciones y a enmarcar de una aproximación más teórica el trabajo de atención a personas con problemáticas asociadas al uso de drogas.

Seguidamente se trabajarán las nociones básicas sobre perspectiva de género para que sea aplicable en la atención terapéutica, entendiendo que su incorporación, más allá del rigor ético, es fundamental para el correcto entendimiento de muchos de los fenómenos que pueden ser motivo de consulta.

Finalmente encontrarán la parte más práctica de esta guía en la que se darán estrategias y se afinarán las habilidades para la atención telefónica de calidad, así como se definirán los objetivos y se explicarán las principales dificultades de este tipo de atención, se repasarán conceptos fundamentales como el de escucha activa o la empatía.

En esta última parte también se repasarán nociones básicas sobre los diferentes contextos y la diversidad de circunstancias con los que pueden encontrarse en el desempeño de sus labores como profesionales de la atención telefónica terapéutica.

Veamos pues con detenimiento los puntos que trataremos en esta guía, que parte de la intención de que puedan llevar a cabo su trabajo de la forma más eficiente posible dándole respuesta a las personas que llaman a la línea, de la forma más profesional, humana y cercana posible.

## 2. Modelo de atención telefónica centrada en los derechos.

A lo largo de la historia ha habido diferentes maneras de entender los problemas relacionados con el uso de sustancias y las adicciones y, consecuentemente, diferentes formas de abordar la atención, el tratamiento y la mirada hacia las personas que padecían esta situación.

Aunque se podría hacer un repaso de los diferentes enfoques que se han adoptado, pasando por los rituales mágico-religiosos hasta las perspectivas moralistas, en este espacio convendría centrarse en dos de estas perspectivas: el modelo asistencialista y el modelo de salud pública por representar los más vigentes en la actualidad.

El modelo asistencialista es aquel basado en la ayuda, históricamente no profesionalizada, hacia las personas desfavorecidas ofreciendo atención y tratamientos desde un paradigma basado en consideraciones morales, que trata de 'salvar a las personas' de la situación en la que se encuentran obviando normalmente el contexto social en el que se enmarcan los malestares, así como los factores culturales y las desigualdades que las configuran.

Este modelo también es indesligable de unos estándares morales, ofreciendo ayuda, quizás no explícitamente ligada, a cambio de la aceptación de unas ideas concretas o, al menos, centradas en su propio paradigma de aquello que está bien y aquello que está mal.

En este sentido "salvar" a las personas o ayudarlas dependería de asumir el modelo de ayuda que se propone para 'estar bien', al margen de lo que las personas receptoras de ayuda pudieran interpretar según su propia manera de entender la vida y sus necesidades como individuos y como comunidad.

Este tipo de modelo fue en el que sustentó la ayuda proveniente en muchas ocasiones desde la Iglesia católica y las órdenes religiosas cuya misión era ayudar a enfermos y desfavorecidos. Más adelante este tipo de modelo, con un fuerte componente caritativo, fue asumido por parte de los sectores acaudalados quienes ejercían o donaban dinero para mitigar la pobreza y el sufrimiento de las personas que quedaban al margen de la sociedad y que se hallaban en situación de falta de recursos, pero perpetuando esa manera de ayudar que no cuestiona aquellas condiciones sociales y culturales que favorecían, cuando no provocaban, esos estados de desigualdad, exclusión y miseria.

En cuanto a los consumidores de drogas marginalizados en particular, receptores clásicos de ayuda por sus condiciones de exclusión y estigma, su uso de drogas era, y es visto, desde este modelo asistencialista y paternalista, como una especie de depravación propia de un ambiente social y económico y la sustancia en si misma considerada el enemigo a derrotar. Con una fuerte base biologicista, en esos modelos la abstinencia a la sustancia es el objetivo prioritario, cuando no único, y al que están encaminados todos los esfuerzos y cualquier otra opción es contemplada a duras penas.

También en este modelo se entiende que la motivación para empezar un tratamiento debe ser previa de la persona y que las recaídas son fracasos, por ello en este tipo de servicios se hace uso de controles analíticos penalizadores y se mantiene una actitud censora hacia el usuario, en ese sentido estos son servicios con carteras ciertamente limitadas, puesto que desde ese paradigma exclusivamente sanitario y biologicista lo único importante es la abstinencia. Este modelo sanitario se diferenciaría del modelo de salud pública, donde se tienen en cuenta los factores sociales y se trabaja de forma más holística.

Siguiendo un cierto recorrido histórico podemos decir que allá donde se consolidan los Estados del Bienestar es donde la tendencia empieza a cambiar, especialmente cuando desde las propias bases comunitarias se reclaman derechos y la inclusión de la ayuda, los tratamientos y el acceso normalizado a los servicios públicos para las personas que usan drogas y tienen problemáticas asociadas a su uso. Estas luchas se enmarcan en tantas otras por la mejora de servicios, de la atención gratuita y pública y en contra de las desigualdades sociales. En líneas generales esta tendencia de apuesta por la atención basada en derechos y por tanto de defensa de la salud pública se enmarca, según el contexto de cada país, en las luchas por los derechos sociales, tanto ante regímenes poco democráticos como ante el retroceso o desmantelamiento de los servicios públicos.

En ese momento las instituciones encargadas de proveer de servicios estatales promueven un cambio de paradigma adoptando una mirada social hacia las personas. Las publicaciones científicas basadas en la evidencia y las diferentes experiencias a lo largo del mundo avalan que sean las instituciones públicas quienes sufraguen programas y equipamientos enfocados en esa perspectiva en la que se entiende que existen muchos tipos de personas y diversas situaciones y necesidades. Que no existe un perfil único de 'necesitado' de ayuda con su problema derivado del uso de drogas y que es necesario ampliar la mirada en tanto a los servicios que se proponen y los tratamientos disponibles.

Este enfoque también trata de garantizar una mirada ante el fenómeno de los usos problemáticos y las adicciones no paternalista, entendiendo que las personas son autónomas y tienen capacidad de decisión, que es clave potenciar el empoderamiento de las personas independientemente de su relación con el consumo de drogas o su comportamiento y también que no todas las personas que consumen drogas desarrollan problemas o dependencias a estas sustancias. De esa forma se trata de poner a las personas en el centro y no a las drogas.

Otro aspecto clave que diferencia el modelo asistencialista del modelo basado en los derechos es que el primero entiende que ante el eventual cambio de actitud que tenga una persona con problemáticas asociadas a su uso de droga o su adicción tendrá a su disposición ciertos servicios, mientras que para el segundo la oferta de servicios disponibles está enfocada hacia el cambio de actitud de la persona.

Hoy en día el propio informe de la UNODC *World Drug Report* del año 2024<sup>3</sup> habla de un enfoque de la atención a las personas que consumen drogas basada en los derechos, ofreciendo un marco pluridimensional sobre el derecho a la salud en el contexto del consumo de drogas. Ese marco **incluye la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad, la calidad, la no discriminación, la no estigmatización y la participación** de los afectados. Adoptando ese enfoque global, el consumo de drogas puede abordarse de forma eficaz y humana, respetando los derechos y la dignidad de todas las personas implicadas.

Cuando se habla del enfoque del consumo de drogas basado en los derechos se está hablando de un modelo de prevención y de tratamiento y de reducción de daños y riesgos basado en la evidencia científica. Todos los estudios relacionados con el tratamiento de las adicciones y de los problemas relacionados con drogas llevan décadas analizando cuestiones como la complejidad de los propios tratamientos, actualmente enfocados desde una perspectiva bio-psico-social e integrados en la Red de Atención a la Salud Mental, desde donde afrontar la recuperación holística de las personas y de enfocar las recaídas, leídas como parte de un proceso y no como un fracaso, y teniendo en cuenta las bajas prevalencias o retención en esos mismos tratamientos, con tasas de abandono muy elevadas.

Por otro, paralelamente a las consideraciones sobre los tratamientos, y en relación a otras cuestiones como la elevada morbilidad (VIH, hepatitis C..) y mortalidad (sobredosis) de los usuarios de drogas en situaciones de consumo problemático, sobre todo debido a las condiciones de marginalidad y falta de información, al progresivo deterioro psico-social de muchas personas consumidoras, a la morbilidad asociada al consumo inyectado, y teniendo especialmente en cuenta que históricamente los períodos de latencia entre el inicio de la dependencia o los consumos problemáticos y la demanda de tratamiento eran demasiado altos, surge la perspectiva de la Reducción de Daños, que ha acabado convirtiéndose en uno de los pilares de este modelo basado en los derechos.

La Reducción de Daños basada en el modelo de salud pública emerge para evitar el riesgo de padecer enfermedades infecciosas y sobredosis, fundamentalmente entre personas que se inyectan drogas. Su implementación se fundamenta en programas de intercambio de jeringas, de prevención a la sobredosis, de dispensación de sustitutos como la Metadona, de la promoción de salas de consumo supervisado, así como de la divulgación de información útil para los usuarios de drogas y la facilitación de pruebas VIH/VHC y de acceso al tratamiento, entre muchas otras.

---

<sup>3</sup> UNODC, 2024: [https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR\\_2024/languages/2412493S.pdf](https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR_2024/languages/2412493S.pdf)

Esta perspectiva también apuesta por el acercamiento a las personas que usan drogas cuando estas no pueden llegar a los servicios proveedores de salud por las diferentes condiciones y circunstancias que envuelven las vidas de las personas que se encuentran más marginalizadas. Ello implica la promoción de unidades móviles, de programas outreach (o aproximación en calle) y de la presencia de profesionales allá donde se encuentren las personas que usan drogas, favoreciendo el acceso a material estéril de inyección para evitar transmisión de infecciones, ofreciendo información en salud, social o sobre alternativas y servicios y derivando y acompañando a servicios especializados (de salud, de tratamiento, etc..) cuando se solicita.

En la actualidad la perspectiva de Reducción de Daños va más allá de la atención a las personas que se inyectan drogas y acompaña bajo su enfoque a las personas que usan cualquier tipo de sustancia o drogas con programas destinados a evitar o reducir los daños asociados a esos consumos y a aprender a gestionar los usos.

El modelo de atención al consumo de drogas, centrada en los derechos incluye otras áreas más allá del Tratamiento y la Reducción de Daños. La Prevención, la Investigación y el control epidemiológico también forman parte de este modelo.

La Prevención centrada en evitar el uso de drogas o la transición al consumo problemático se enmarca en los ámbitos comunitarios, educativos, familiares, laborales o de salud, también se enfoca en reducir la prevalencia de problemas por consumo de drogas en estrategias de Reducción de Daños y Riesgos. La prevención es básica en el modelo basado en los derechos, al entender que es necesario ofrecer toda la información disponible, útil y científica para evitar los daños asociados al uso de drogas, tanto para quienes ya las usan, como para quienes no las usan.

La investigación se basa en la generación de conocimiento sobre los fenómenos relacionados con el uso de drogas, analizando tendencias y conociendo realidades ocultas, así como mediante la actualización constante de la información y de los hallazgos referenciados en las publicaciones académicas internacionales, así como de los propios proyectos que trabajan sobre el terreno, con actuaciones pioneras en este campo.

Por último, otra área importante es la epidemiología, donde en relación con la investigación, se trata de monitorizar los indicadores relacionados con el uso de drogas y sus consecuencias. De este modo el sistema sanitario puede estar prevenido y actuar en consecuencia ante las eventuales problemáticas surgidas y las tendencias dentro del amplio fenómeno del uso de drogas.

En cierta medida este modelo viene a complementar aquel modelo transteórico del cambio, ya clásico, obra de Prochaska y DiClemente (1984), que postulaba que los pasos hacia el cambio incluyen la pre-contemplación, la contemplación, la preparación, la acción y el mantenimiento, siendo la recaída solo una forma de volver a un estadio anterior, Añadiendo las estrategias de Prevención y la Reducción de Daños en todo el proceso.

En conclusión, el modelo de atención centrada en los derechos cambió el enfoque de la intervención con aquellas personas y las comunidades afectadas por las problemáticas asociadas al uso de drogas. Este modelo entendiendo que el centro de la cuestión son las personas en su diversidad y en sus contextos y que la manera en la que se estaba procediendo en el enfoque punitivo contra las drogas (y las personas que las usan) lejos de ser una estrategia eficaz para mitigar esos sufrimientos los aumentó así como las penalidades a las personas afectadas, sus familias y sus comunidades.

## 3. Contextos, sujetos y sustancias

### ALGUNAS DEFINICIONES

#### ■ Las Drogas

Cuando se habla de drogas sigue existiendo cierta falta de precisión sobre lo que esta palabra significa o implica. 'Droga' es un término de uso variado. En medicina, se refiere a cualquier sustancia que tiene el potencial de prevenir o curar enfermedades o mejorar el bienestar físico o mental. En farmacología, se refiere a cualquier agente químico que altera los procesos bioquímicos o fisiológicos de los tejidos u organismos. Y por lo tanto, una sustancia que está o podría estar incluida en una farmacopea. En el uso común, a menudo se refiere más específicamente a las drogas psicoactivas, y a menudo incluso más específicamente a las drogas ilícitas, de las cuales hay un uso no médico además de cualquier uso médico. Las formulaciones profesionales (por ejemplo, "alcohol y otras drogas") a menudo buscan enfatizar que la cafeína, el tabaco, el alcohol y otras sustancias de uso no médico común también son drogas en el sentido de ser sustancias consumidas al menos en parte por sus efectos psicoactivos (OMS, 1992a:26).

Partiendo de esta base no podremos inferir todo el revuelo o la problemática asociados a este concepto. Ahondando un poco más en la definición encontraremos muchas más formas de explicarlo:

"La palabra 'droga' pues, no es un concepto científico, sino un estereotipo que sirve para estigmatizar al muchacho que se fuma un porro, pero no al ama de casa que se emborracha todas las mañanas, o al ejecutivo de clase media metido en el infernal círculo de los barbitúricos para dormir y las anfetaminas al levantarse. El paso primero e imprescindible para poder aproximarse al fenómeno de las 'drogas' es, pues, reconstruir este estereotipo y transformarlo en concepto: drogas son -ahora sin comillas- las sustancias adictivas, es decir, las llamadas drogas fuertes, sean legales o ilegales" (Lamo de Espinosa, 1989: 95)

"En conclusión, droga, es sólo aquello a lo que se llama droga. Mientras una sustancia no haya sido denominada droga, no es droga, e incluso, una misma sustancia puede ser, en ocasiones y circunstancias droga y en otras no" (Comas, 1984:27)

Estas definiciones nos sitúan ante la tesitura y el deber de hacer una explicación más pormenorizada sobre el propio concepto sus contextos y los diferentes usos.

Para empezar, habría que diferenciar entre drogas lícitas, ilícitas y sustancias controladas.

Según la OMS (1992) Las **drogas ilícitas** son aquellas sustancias psicoactivas cuya producción, venta o uso está prohibido. Estrictamente hablando, no es la droga la que es ilícita, sino más bien su producción, venta o uso en circunstancias particulares en una jurisdicción determinada. El mercado de drogas ilícitas, un término más exacto, se refiere a la producción, distribución y venta de cualquier droga fuera de los canales legalmente sancionados, mientras que las **drogas lícitas** son aquellas que 'están disponibles legalmente (incluyendo mediante receta médica) en la jurisdicción en cuestión; o, a veces, una droga disponible legalmente sin receta médica."

Por último, también según la OMS, las **sustancias controladas** son aquellas sustancias psicoactivas y sus precursores cuya distribución está legalmente prohibida o limitada a canales médicos y farmacéuticos (las sustancias que están realmente controladas varían algo a nivel nacional). A menudo se utiliza para referirse a drogas psicoactivas y precursores cubiertos por las Convenciones internacionales de 1961, 1971 y 1988. Tanto a nivel internacional como nacional (como en la Ley de Sustancias Controladas de Estados Unidos de 1970), las drogas controladas se clasifican comúnmente en una jerarquía de listas, reflejando diferentes grados de restricción de disponibilidad.

Sin embargo, todas estas definiciones siguen sin dar cuenta de la animadversión que representa en el imaginario público aquello que se ha instalado como un concepto nocivo o perjudicial para quien se acerca a ellas, normalmente desde una visión simplista cuando no subjetiva o directamente cargada de prejuicios.

Normalmente la sustancia como tal, cualquiera de ellas, no representa nada en particular, pero sí remite al imaginario sociocultural de los trastornos o problemas asociados. Veamos algunas definiciones relacionadas con la materia según cierta perspectiva sociocultural:

## ■ Drogodependencia, adicción y Trastornos por uso de sustancias (TUS)

“Entendemos por drogodependencia, a la falta de un término más preciso, ‘aquel fenómeno complejo caracterizado por el consumo más o menos compulsivo de una o más drogas por parte de un individuo, y la organización del conjunto de su vida cotidiana alrededor de este hecho. A diferencia del uso de drogas, se trata de un fenómeno social asociado a los procesos de modernización de las sociedades contemporáneas y, por lo tanto, característico de las mismas. En ellas, pues, coexisten usos de drogas y drogodependencias, y aunque la problemática sociopolítica se ha relacionado con los dos fenómenos, distinguirlos posibilita, además de poder presentar dos tipos de procesos distintos, referirse a un tipo de padecimiento (‘illness’) con una presencia social significativa en estas sociedades.” (Romaní et al., 1995:9)

Esta primera definición ya dibuja un contexto concreto para que se produzca dicha drogodependencia y por lo tanto se contextualice ese concepto sin poder desligarlo de un modo de vida y una estructura determinada.

Más allá de esta definición aún se podría añadir la siguiente:

“Los datos precedentes justifican claramente la conclusión de que las adicciones son hábitos; que los hábitos nos capacitan para hacer algunas cosas y nos incapacitan para hacer otras; y que, por tanto, podemos y en realidad debemos juzgar las adicciones como buenas o malas de acuerdo con el valor que atribuyamos a lo que nos capacitan o incapacitan para hacer.” (Szasz, 1990:121)

En esta otra se remite directamente al juicio establecido sobre ciertas conductas que se relacionan con el uso de alguna sustancia y lo relativo que resulta al conceptualizar de forma diferentes los diferentes usos y contextos.

Las últimas versiones de los manuales de psiquiatría, CIE-10 y DSM-V<sup>4</sup> definen los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) como el conjunto de síntomas somáticos, cognitivos y comportamentales que llevan al sujeto a autoadministrarse una sustancia de manera repetida, a pesar de reconocer las consecuencias negativas tanto orgánicas como psicológicas y sociales que ello comporta. En el cerebro se producen cambios neurofisiológicos que se traducen en manifestaciones clínicas y conductas compulsivas que expresan una pérdida de la capacidad volitiva del sujeto.

## ■ Dependencia

La dependencia psíquica, relacionada con la habituación, es la necesidad irreprimible de buscar, obtener y reiniciar el consumo de la sustancia de forma regular o continuada, para producir placer o evitar el malestar, a pesar de los costes personales que ello conlleve. Se utiliza como sinónimo de hábito, es decir, conducta repetitiva, motivada en un principio por la falta de sustancia en el cuerpo y posteriormente por la exposición a estímulos y conductas que recuerdan el consumo. (PNSD, 2013)

La dependencia física es el estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico. Esos trastornos, esto es, los síndromes de retirada o abstinencia están constituidos por series específicas de síntomas y signos de carácter psíquico y físicos peculiares de cada tipo de droga. Se alivian por la administración de la misma droga o de otra de análoga acción farmacológica perteneciente al mismo tipo genérico. No aparecen manifestaciones patentes de dependencia física cuando se mantiene la administración de una dosis adecuada. La dependencia física es un potente factor de refuerzo de la influencia de la dependencia psíquica en lo que se refiere a la continuación del uso de la droga o a la recaída en el consumo después de un intento de retirada.” (Kramer, Cameron, 1975: 15)

<sup>4</sup> DSM-V: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

## ■ Tolerancia

---

La tolerancia a una sustancia es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado) o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis. El grado en el que se desarrolla tolerancia varía ampliamente según la sustancia. Los sujetos que consumen grandes dosis de opiáceos y estimulantes pueden presentar niveles de tolerancia considerables (p. ej., pueden multiplicar la dosis por diez), hasta llegar a niveles que serían letales para una persona que no consumiera la sustancia." (ASA, 1995:182).

También se da el caso de la tolerancia cruzada que ocurre cuando una persona desarrolla una tolerancia física a una sustancia específica, que luego se traduce en tolerancia a otras drogas, como ocurre, por ejemplo, con el alcohol y las benzodiazepinas.

## ■ Síndromes de abstinencia

---

Los síndromes de abstinencia se definen como "los cambios de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia. Después de la aparición de los desagradables síntomas de abstinencia, el sujeto toma la sustancia a lo largo del día para eliminarlos o aliviarlos, normalmente desde que se despierta. Los síntomas de abstinencia varían mucho según la clase de sustancia y se proponen criterios diagnósticos para la mayoría de ellas. (...) Los signos y síntomas de la abstinencia a estimulantes como las anfetaminas y la cocaína, así como la nicotina, se presentan casi siempre, aunque en ocasiones son difíciles de detectar." (ASA, 1995:184)

Cabe destacar que se considera que ni la tolerancia ni los síndromes de abstinencia son condiciones ni necesarias ni suficientes para diagnosticar un trastorno por consumo de sustancias o dependencia de sustancias.

## ■ Craving

---

El craving se define como un deseo intenso o ansia por consumir una sustancia psicoactiva previamente experimentada. Se considera que es uno de los factores clave para entender el desarrollo y mantenimiento de las dependencias, así como de las recaídas en los procesos hacia la abstinencia.

El Craving se explica desde diferentes modelos y perspectivas teóricas. Desde el modelo de condicionamiento donde se entiende que el craving es una respuesta aprendida asociado al uso de alguna droga, tanto para buscar los efectos positivos como para eludir los síntomas de abstinencia. Desde una perspectiva más cognitiva se acentúa el rol que desempeñan las creencias y expectativas de la persona consumidora sobre los efectos de la sustancia. En ese sentido el craving sería el resultado de los pensamientos anticipatorios de los beneficios del consumo. Por último, los modelos neuroadaptativos se centrarían en los cambios neurobiológicos ocurridos durante los usos crónicos de drogas, desde esta perspectiva el craving se desarrollaría debido a las adaptaciones del sistema nervioso central.

Las técnicas específicas para el manejo del craving se centrarían en estrategias Psicológicas y Conductuales tales como:

- **Terapia Cognitivo-Conductual (TCC):** Mediante la TCC se pretende ayudar a las personas a identificar y cambiar los patrones de pensamiento y comportamiento que contribuyen al deseo de consumir sustancias. La finalidad es enseñar habilidades para manejar situaciones que desencadenan el craving, como el estrés, las emociones negativas y las exposiciones a señales asociadas al consumo.
- **Entrevista Motivacional (EM):** La EM es una técnica centrada en la persona que tiene como objetivo aumentar la motivación para cambiar. La idea es resolver la ambivalencia del paciente respecto al abandono del consumo y reforzar su compromiso hacia el tratamiento.

- **Entrenamiento en Habilidades para la Prevención de Recaídas:** Ayudando a las personas a anticipar y prepararse para situaciones de alto riesgo donde el craving puede ser más intenso (por ejemplo, fiestas, estrés), se enseñan técnicas de afrontamiento, como el rechazo de la oferta de la sustancia, la distracción, o la reestructuración cognitiva.
- **Mindfulness y Reducción de Estrés:** las técnicas de relajación, meditación o respiración profunda sirven en el caso de craving, para rebajar la ansiedad.

Existen otros enfoques, como los farmacológicos. En función de la sustancia por la que se sufra craving serán útiles algunos medicamentos, en los casos de craving por heroína servirán fármacos como la metadona o buprenorfina, en otros casos podrían resultar útiles los antidepresivos o ansiolíticos. De igual manera el apoyo social y los grupos de apoyo entre consumidores también se han validado como útiles en el manejo del craving.

Desde la atención telefónica conviene recordar a las personas que usan el servicio y que estén afectados, o tengan familiares afectados por el craving a alguna droga, de la importancia de usar enfoques integrales, es decir, teniendo en cuenta el tipo de droga que usaba esta persona, su contexto o la propia historia de la misma.

Ante la evidencia de la necesidad de tratamientos farmacológicos específicos será necesario derivar a los servicios sanitarios pertinentes para un diagnóstico y el seguimiento médico pertinente.

## ■ Distinción entre el craving y el síndrome de abstinencia

El craving y el síndrome de abstinencia son dos fenómenos fundamentales en el ámbito de la dependencia de sustancias, pero presentan diferencias claras tanto en sus características, como en su abordaje clínico y acompañamiento.

En términos generales, el síndrome de abstinencia es una reacción fisiológica y psicológica aguda provocada por la falta de la sustancia a la que una persona se ha habituado y es limitada en el tiempo, mientras que el craving es un deseo persistente y multifactorial que puede mantenerse a largo plazo y que constituye el mayor desafío para la prevención de recaídas.

Las diferencias entre el síndrome de abstinencia y el craving pueden describirse considerando varios aspectos clave: duración, causas, naturaleza, momento de aparición y relación con los procesos de deshabitación a las sustancias.

En cuanto a la duración, el síndrome de abstinencia se caracteriza por ser un proceso limitado en el tiempo: suele aparecer entre las 24 y 48 horas después de la última dosis y finaliza generalmente en unos días o semanas dependiendo de la sustancia y la gravedad de los casos.

Los síndromes de abstinencia por alcohol pueden durar hasta 72 horas de forma aguda, cursando con convulsiones y alargarse de forma leve por semanas, el de los opioides clásicos como la heroína puede alargarse en sus síntomas más leves hasta dos semanas, aunque los efectos más agudos desaparecen a las 48 horas, el de la cocaína puede o bien no producirse de forma evidente o durar en sus connotaciones psicológicas por semanas y sobre el cannabis aunque no hay un consenso establecido y tanto se dice que no existen, como que cursan algunas semanas destacando el insomnio y otros síntomas psicológicos.

Por el contrario, el craving puede persistir durante un periodo mucho más prolongado, incluso meses o años después de la interrupción del consumo, y su intensidad puede fluctuar a lo largo del día, siendo más fuerte en ciertos momentos, como las primeras horas de la tarde.

Respecto a las causas, el síndrome de abstinencia se produce exclusivamente por la interrupción o reducción del consumo de una sustancia a la que se ha desarrollado dependencia. En cambio, el craving puede ser provocado por una variedad de factores: no solo por la abstinencia, sino también por estados emocionales negativos, la exposición a estímulos asociados al consumo (personas, lugares o situaciones) e incluso por la búsqueda de placer o la ausencia de actividades gratificantes alternativas.

En cuanto a la naturaleza, el síndrome de abstinencia implica síntomas físicos y psicológicos (como temblores, ansiedad, insomnio o malestar general), mientras que el craving es principalmente un fenómeno psicológico y emocional, caracterizado por un deseo intenso y urgente de consumir la sustancia, aunque también puede acompañarse de estados de ansiedad y malestar físico.

En relación con el momento de aparición, el síndrome de abstinencia tiene un curso temporal bien definido y limitado, mientras que el craving puede surgir en cualquier momento durante la abstinencia, incluso mucho después de superados los síntomas físicos iniciales.

Por ello, en cuanto a la relación con la recaída, el craving representa uno de los principales factores de riesgo para volver a consumir, ya que puede aparecer de forma inesperada y persistente, mientras que el síndrome de abstinencia, aunque incómodo, suele resolverse en períodos relativamente cortos de tiempo y con el apoyo adecuado.

### ■ Contextos

La relación entre droga, sujeto (set), y contexto (setting) se presenta como una interrelación compleja, tal y como explicó Zinberg en su famoso triángulo (1984) que tiene en cuenta varios factores que definen cómo los individuos interactúan con las sustancias en diferentes contextos socioculturales. A continuación, se desglosan algunos puntos clave sobre esta relación:

#### 1. Definición Tridimensional:

- **Droga:** Se refiere a las sustancias psicoactivas en sí mismas, y sus propiedades farmacológicas, como la dosis, presentación y pureza.
- **Sujeto (Set):** Incluye la personalidad del individuo, sus expectativas, y su estado psicológico y emocional. Este aspecto determina cómo una persona percibe y responde a las drogas.
- **Contexto (Setting):** Comprende las condiciones sociales y culturales en las que se consume la droga, incluyendo el ambiente, las normas sociales y las interacciones con otras personas.

#### 2. Influencia de Factores Externos:

- **La relación entre los tres elementos no es estática;** se redefine continuamente a medida que cambian las circunstancias sociales y culturales. Por ejemplo, el mismo tipo de droga puede tener efectos diferentes en distintos contextos culturales o en diferentes grupos de personas.

#### 3. Expectativas Culturales:

- La forma en que se percibe una droga y sus efectos está influenciada por un complejo cultural que incluye normas, hábitos y mitos. Las expectativas de un individuo sobre el uso de una sustancia son moldeadas por estos factores culturales, lo que afecta su experiencia.

#### 4. Interacción dinámica:

- La relación entre la droga, el sujeto y el contexto no se da de forma aislada. En vez de ello, es parte de un itinerario compuesto por múltiples actos y relaciones estructurales. Entendidas como variables sociales que afectan a las personas. Cuantos más factores se consideren, más complejo es el abordaje del fenómeno del uso de drogas.

#### 5. Relevancia de la Psicología y la Socio-Cultura:

- Las expectativas del sujeto pueden llegar a influir significativamente en los efectos percibidos de la droga. Esto

sugiere que la experiencia no es únicamente el resultado de las propiedades químicas de la droga, sino también de la interpretación personal y social de su uso.

## 6. Cambios en la Definición y Percepción:

- A lo largo del tiempo, los conceptos asociados a la droga y su impacto han sido objeto de redefiniciones. Estas modificaciones están relacionadas con avances en diversas disciplinas y con cambios sociales, políticos y económicos, que afectan las normas y percepciones sobre su uso.

En resumen, la relación entre droga, sujeto y contexto es un fenómeno multifacético que requiere un análisis que contemple la interacción dinámica de los tres elementos, en función de un marco cultural y social que influye en la experiencia del consumo de drogas y en el tipo de relación que cada persona desarrolla con ellas.

### ■ Usos de drogas

El concepto de itinerario es interesante para denotar la versatilidad de la trayectoria del consumidor, donde los factores biográficos y la institucionalización asumen un papel destacado. Se utiliza el vocablo de posición para captar la relación que mantiene un consumidor con las drogas. Las posiciones son dinámicas y cambiantes, y una persona a lo largo de su itinerario podrá variarla en múltiples ocasiones, con la finalidad de gozar del placer y evitar los daños (Hser, Longshore y Anglin, 2007)

Siguiendo el hilo de lo expuesto, también es necesario definir estas diferentes formas de relación entre la persona y las sustancias según los usos que se dan, puesto que también existe cierta confusión ante el hecho de que la gente use las drogas de diferentes formas y en diferentes contextos conviene clarificar estos diferentes usos para dimensionar las dinámicas en referencia a su uso de drogas que presenta la persona:

**Uso experimental:** Generalmente, uso de una droga en particular (a veces incluyendo tabaco o alcohol) las primeras veces. A veces se refiere a un uso extremadamente infrecuente o no persistente." (OMS, 1992a:29).

**Uso recreativo:** Uso de una droga, generalmente ilícita, en circunstancias sociales o de relajación, implicando sin dependencia u otros problemas. El término es poco favorecido por aquellos que buscan definir todo uso de drogas ilícitas como un problema." normalmente representan los consumidores con una frecuencia de consumo espaciada en el tiempo. Cuando consumen lo hacen moderadamente, justo para percibir levemente los efectos de las sustancias. En esta categoría se sitúan la mayoría de los consumidores durante las etapas iniciales, o también a partir de cierta edad, donde las salidas nocturnas adquieren un papel secundario. Muchos tras mantener posiciones intensivas o descontroladas, pueden volver a una posición esporádica para minimizar los riesgos, o porque las condiciones contextuales imposibilitan los consumos más intensivos. (Martínez Oró, D.P, 2013)

**Uso problemático:** Se entiende por consumo problemático/de riesgo de sustancias psicoactivas aquel consumo que causa daño evidente o tiene consecuencias negativas para el usuario, ya se trate de dependencia o cualquier otro problema físico, psíquico o social, o bien aquel que conlleve probabilidad o riesgo elevado de sufrir estos daños. Además, se podrían incluir las consecuencias negativas que el consumo ocasiona a terceras personas. (EMCCDA, 2013)

## ■ Itinerarios

---

Otro concepto interesante dentro de la categorización que se hace en esta guía es el de itinerario, donde se entiende que la relación de un individuo con una droga no es un acto sino un 'itinerario' compuesto de actos distintos y lo que es más importante, de relaciones estructurales que se modifican según se va desarrollando la relación.

El individuo penetra en su itinerario en el momento que experimenta por primera vez con una droga y puede quedarse o permanecer ahí o continuar hacia fases sucesivas, cada una de las cuales implicará un aprendizaje adecuado para relacionarse con la droga y le producirá unos efectos y unas consecuencias que le fijarán cada vez más en el itinerario y le inducirán a pasar a la fase siguiente.

En cualquier punto del itinerario el individuo aparece formando parte de una estructura a diferentes niveles, como el familiar, académico, laboral, ideológico..., su posición estructural en cada nivel y el conjunto de todos ellos delimitan las posibles relaciones de un individuo con las distintas drogas, así como los factores individuales, psicológicos, emocionales, históricos.

La dependencia es una fase más del itinerario del usuario de drogas que puede superarse o mantenerse por años, así como los tratamientos, junto con la desintoxicación o la inclusión social, son intervenciones en el itinerario y por lo tanto una parte del mismo (de la misma forma que las recaídas) todo ello es como decir que todos esos factores integran los recorridos de quienes se ven inmersos en estas dinámicas dentro del consumo de drogas.

Los problemas relacionados con el uso de drogas dependerán esencialmente del punto del itinerario en el que se halle el individuo, y éstos no podrán medirse únicamente con variables como el nivel de ingesta (bebe menos un alcohólico crónico que un bebedor excesivo), sino por una combinación de ellas que determine tanto su ubicación en el itinerario, como la relación que mantiene con las mismas.

El objetivo del profesional que trabaja con este fenómeno y estas personas consiste en identificar y describir todos los itinerarios posibles y las órdenes de casualidad estructural existentes en cada uno de ellos para facilitar el diagnóstico correcto y la intervención adecuada del caso concreto.

## ■ Sustancias

---

Por último, en este capítulo hablaremos de los diferentes tipos de sustancias y sus características.

En primer lugar, conviene recordar que actualmente y según la caracterización definida por Lewin, ampliamente aceptada, existen cuatro grandes grupos de sustancias:

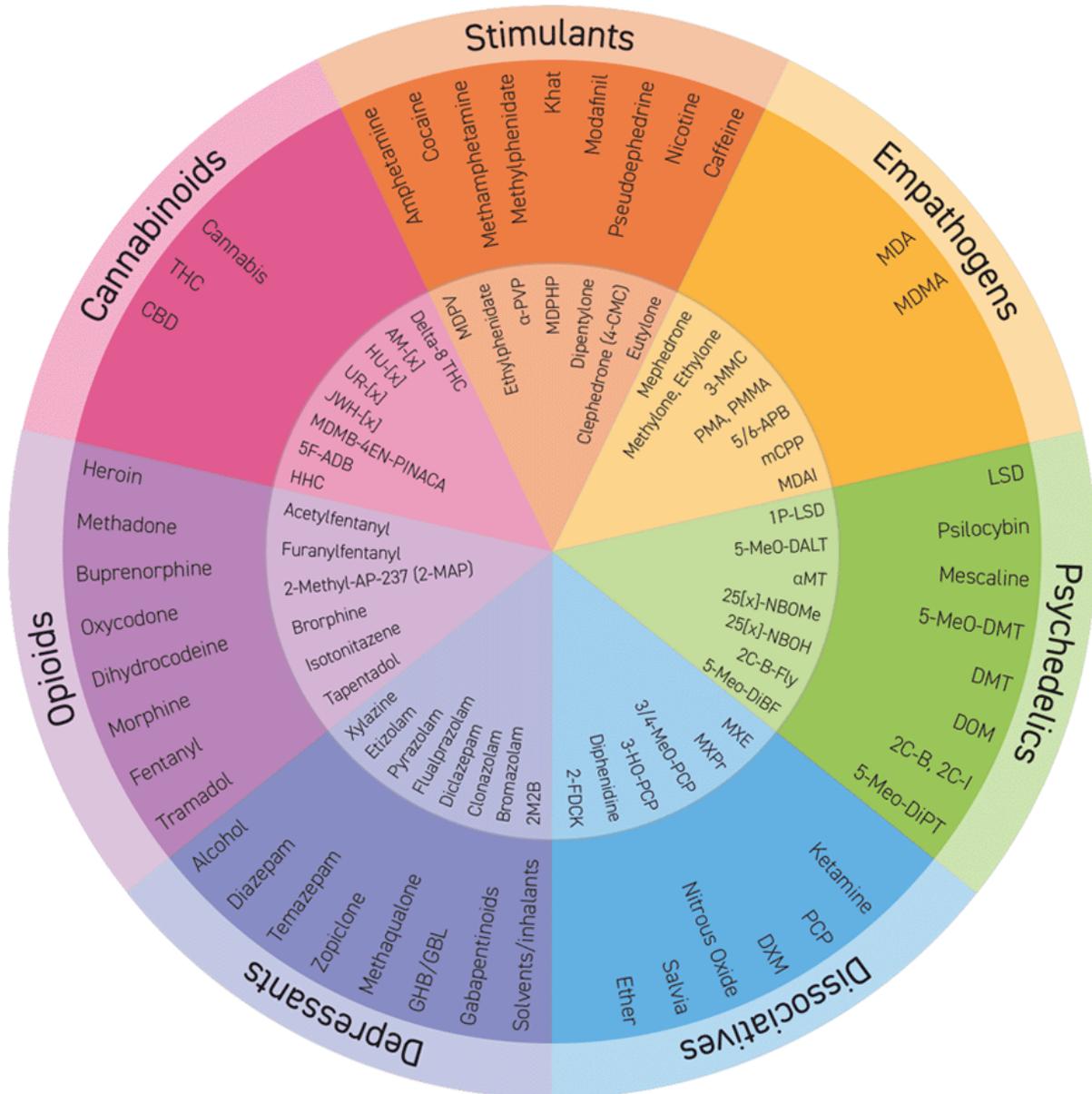
- **Depresoras:** alcohol, morfina, heroína, droga H, fentanilo, benzodiazepinas...
- **Estimulantes:** cocaína, metanfetamina, metilfenidato, cafeína, nicotina.
- **Psicodélicas:** LSD, DMT, muscarina, mescalina, DOM, cannabis.
- **Empatógenas:** MDMA, 2-CB, entre otras feniletilaminas.

También incorporamos la Rueda de la Drogas (The Drugs Wheel) de Mark Adley, Guy Jones y Michael Linnell

En este gráfico ampliamente aceptado y difundido, se muestran las cuatro categorías mencionadas anteriormente, pero se matizan y se amplían teniendo en cuenta la naturaleza de las sustancias. Esta rueda es especialmente interesante por la inclusión de una gran cantidad de sustancias consideradas 'nuevas' que nos pueden dar un marco con el que estar al día de las tendencias que van surgiendo en relación al uso de drogas.

# The Drugs Wheel

A new model for substance awareness



**OUTER RING**

Established psychoactive substances

**INNER RING**

Newer psychoactive substances

## ■ Alcohol:

### Definición y clasificación:

El alcohol, específicamente el etanol, es una sustancia psicoactiva y depresora del sistema nervioso central que se encuentra en bebidas alcohólicas como la cerveza, el vino y los licores.

Se clasifica como una droga depresora, ya que alivia la tensión y puede provocar sedación, pero también puede llevar a la desinhibición y la pérdida de coordinación.

### Mecanismo de acción:

El alcohol actúa principalmente sobre el neurotransmisor gamma-aminobutírico (GABA), aumentando su actividad y causando efectos sedativos.

También afecta a otros neurotransmisores como la dopamina, lo que puede influir en el placer y la recompensa

### Consecuencias del consumo excesivo

- El consumo excesivo de alcohol puede llevar a una serie de problemas de salud, incluida la dependencia (alcoholismo), enfermedades hepáticas, trastornos cardiovasculares y problemas de salud mental.
- Las intoxicaciones agudas pueden causar la muerte, accidentes y comportamientos letales.
- El alcohol tiene un papel importante en muchas culturas y sociedades, utilizado en celebraciones, rituales y como parte de la vida social.
- Sin embargo, el uso excesivo o no moderado de alcohol también está asociado con problemas sociales como violencia doméstica, accidentes de tráfico y problemas familiares.

### Tratamiento y prevención

La intervención temprana y la educación sobre el uso responsable del alcohol son cruciales para prevenir problemas relacionados con su consumo.

Existen programas de tratamiento para aquellas personas con problemas de dependencia, incluyendo terapia cognitivo-conductual, manejo de grupo y psicofármacos.

### Efectos a Corto Plazo:

- **Euforia:** Aumento del estado de ánimo y sensación de bienestar.
- **Desinhibición:** Menos limitaciones sociales y mayor tendencia a la toma de riesgos.
- **Alteraciones en la coordinación motora:** Dificultades en el equilibrio y la coordinación.
- **Afectación del juicio:** Puede llevar a decisiones impulsivas o peligrosas.
- **Dificultades para hablar:** Problemas en la articulación y la claridad verbal alteraciones en la percepción: Distorsión de los sentidos, como la vista y el tiempo.
- **Náuseas y vómitos:** En exceso, el consumo de alcohol puede causar malestar estomacal.
- **Riesgo de muerte por sobredosis:** coma etílico inducido por la ingesta masiva de alcohol.

## Efectos a largo plazo:

- **Dependencia y adicción:** Desarrollo de tolerancia y necesidad compulsiva de beber.
- **Daño hepático:** Enfermedades como la cirrosis o la hepatitis alcohólica.
- **Problemas cardíacos:** Aumento del riesgo de hipertensión y enfermedad cardíaca.
- **Daño cerebral:** Problemas cognitivos, de memoria y de aprendizaje.
- **Problemas de salud mental:** Mayor riesgo de depresión y ansiedad.
- **Cáncer:** Aumento del riesgo de ciertos tipos de cáncer, como el de hígado, boca y esófago.
- **Problemas sociales:** Conflictos en relaciones personales y laborales.
- **SAA (síndrome de abstinencia alcohólica).**
  - **Síntomas leves (6-12h después de la última ingesta):** ansiedad, insomnio, irritabilidad, temblor fino, sudoración, náuseas o vómitos, taquicardia leve, hipertensión leve y cefalea.
  - **Síntomas moderados (12-48 horas después de la última ingesta):** aumento del temblor, ansiedad intensa, hiperactividad autonómica (aumento de la presión arterial y la frecuencia cardíaca), alucinaciones visuales, auditivas o táctiles sin alteración de la conciencia, confusión leve, trastornos gastrointestinales.
  - **Síntomas graves (24-72 horas después de la última ingesta, en casos severos):** Convulsiones tónico-clónicas generalizadas (ocurren en el 10% de los casos de SAA severo), Delirium tremens (desorientación, confusión grave, alucinaciones intensas, agitación psicomotora, fiebre y alteraciones severas del sistema nervioso autónomo), taquicardia y arritmias peligrosas, hipertermia, hipertensión severa, riesgo de muerte si no se trata adecuadamente

## Técnicas de manejo para síndromes de abstinencia por consumo problemático de alcohol:

- El diagnóstico y manejo del síndrome de abstinencia alcohólica (SAA) deben realizarse en un entorno médico adecuado, especialmente en casos moderados o graves, ya que las complicaciones pueden ser potencialmente mortales.
- **Las principales intervenciones son:**
  - No farmacológicas: proporcionar un ambiente tranquilo y seguro, con iluminación tenue, para tratar de reducir la ansiedad y la agitación. Acompañamiento constante y apoyo emocional. Hidratación y nutrición adecuadas para prevenir complicaciones asociadas a la deshidratación y la malnutrición.
  - Tratamiento farmacológico: Benzodiazepinas: ayudan a aliviar los síntomas de abstinencia y a prevenir complicaciones graves como convulsiones y delirium tremens. se administran según la gravedad de los síntomas y las características del paciente. Vitaminas: La administración de tiamina (vitamina B1) es crucial para prevenir la encefalopatía de Wernicke, una complicación neurológica grave asociada al alcoholismo crónico.
  - Monitoreo y evaluación continua: Escalas de evaluación: Herramientas como la CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale, revisada)<sup>5</sup> permiten evaluar la severidad de los síntomas de abstinencia y guiar el tratamiento de manera más precisa.
  - Desde los servicios de atención telefónica se debe aportar apoyo emocional a la persona afectada o a los familiares y deben emplazarlos a que la persona afectada acuda a un centro sanitario donde se pueda evaluar la situación física del paciente.

<sup>5</sup> CIWA, <https://www.msmanuals.com/es/professional/multimedia/clinical-calculator/ciwa-ar-escala-de-evaluaci%C3%B3n-del-s%C3%ADndrome-de-abstinencia-alcoh%C3%B3lica-del-instituto-cl%C3%ADnico-revisada>

## ■ Cannabis

### Definición y clasificación

El cannabis, también conocido como marihuana, es una planta que contiene compuestos psicoactivos y de uso medicinal, siendo el más conocido el tetrahidrocannabinol (THC).

Se clasifica como una sustancia psicotrópica, ya que afecta el sistema nervioso y puede modificar el estado de ánimo, la percepción y el comportamiento.

### Mecanismo de acción

El cannabis actúa sobre el sistema endocannabinoide del cuerpo, uniéndose a los receptores CB1 y CB2 en el cerebro y otras partes del cuerpo.

El THC promueve la liberación de dopamina, produciendo sensaciones de placer, euforia y relajación en los consumidores.

### Efectos inmediatos

- **A corto plazo:** Puede provocar euforia, relajación, aumento del apetito y alteraciones en la percepción del tiempo y el espacio.
- Algunos usuarios pueden experimentar ansiedad, paranoia o disforia, especialmente en dosis altas.

### Consecuencias del consumo

- **Efectos a largo plazo:** El consumo crónico de cannabis puede estar asociado con problemas de memoria, aprendizaje y salud mental. Se ha visto una relación con trastornos de ansiedad y depresión.
- En algunos casos, el uso frecuente puede conducir a la dependencia, aunque el riesgo es generalmente menor en comparación con otras sustancias como el alcohol o la nicotina.
- **Síndromes de abstinencia** tal y como recoge el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). Este síndrome sería un conjunto de síntomas físicos y psicológicos que ocurren cuando una persona que consume cannabis de manera regular reduce o suspende su uso. Este síndrome puede presentarse en personas con consumo frecuente y prolongado y pueden aparecer dentro de las 24-72 horas posteriores a la última dosis, alcanzando su punto máximo entre los días 2 y 6, y pudiendo durar hasta dos semanas. Los síntomas psicológicos más notorios serían: irritabilidad, enojo o agresividad, ansiedad, estado de ánimo deprimido, inquietud, dificultad para concentrarse, cambios en los patrones de sueño (insomnio o sueños intensos y vívidos), mientras que los síntomas físicos incluirían disminución del apetito o pérdida de peso, dolor abdominal, cefalea, sudoración, escalofríos, fiebre leve o temblores.

### Técnicas de manejo para síndromes de abstinencia por consumo problemático de cannabis

El tratamiento de los síndromes de abstinencia por uso intensivo de cannabis se basa en enfoques psicológicos como la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para ayuda a manejar la ansiedad y los patrones de consumo y la entrevista motivacional, enfoques conductuales como la disposición hacia el ejercicio físico para mejorar el estado de ánimo y reducir la ansiedad, o técnicas de relajación como la meditación o la respiración profunda así como medidas de higiene del sueño (rutinas para acostarse y levantarse, crear ambientes propicios para el sueño o evitar dispositivos electrónicos antes de dormir) y, en algunos casos, enfoques farmacológicos que deben ser prescritos y seguidos desde centros sanitarios.

Desde los servicios de atención telefónica, la información y el apoyo deben orientarse hacia los patrones básicos de escucha activa y la reconducción hacia aquellos enfoques conductuales sin olvidar que, en casos severos, donde se intuya la necesidad de enfoques farmacológicos, debe hacerse la derivación al centro sanitario correspondiente.

## Aspectos legales y sociales

El estatus legal del cannabis varía en todo el mundo; en algunos lugares es legal para uso recreativo y/o medicinal, mientras que en otros sigue siendo ilegal.

La despenalización y legalización en varios países ha abierto debates sobre sus implicaciones sociales, económicas y de salud pública.

## Usos medicinales

El cannabis se utiliza en medicina para tratar una variedad de condiciones, como el dolor crónico, la náusea relacionada con la quimioterapia, y trastornos neuropsiquiátricos.

Los cannabinoides, como el cannabidiol (CBD), que no produce efectos psicoactivos, han ganado atención como tratamientos potenciales para diversas afecciones.

## Efectos a corto plazo:

- **Euforia y relajación:** Muchas personas experimentan un estado de alegría y bienestar, conocido como "high".
- **Alteraciones en la percepción:** Cambios en la percepción del tiempo, el espacio y la realidad, lo que puede llevar a que los colores se vean más vibrantes o la música suene más intensa.
- **Aumento del apetito:** se refiere a un deseo intenso de consumir alimentos.
- **Ansiedad o paranoia:** Algunas personas pueden experimentar ansiedad, inquietud o paranoia, especialmente en dosis altas o en usuarios inexpertos.
- **Alteración de la memoria a corto plazo:** Puede dificultar la concentración y la creación de nuevos recuerdos.
- **Aumento de la frecuencia cardíaca:** Esto puede dar lugar a palpitaciones y, en algunos casos, a una sensación de ansiedad.
- **Relajación muscular:** Muchas personas sienten una reducción en la tensión muscular.

## Efectos a largo plazo:

- **Dependencia:** Aunque no todos los usuarios desarrollan dependencia, el uso frecuente de cannabis puede llevar a síntomas de abstinencia en algunos individuos.
- **Problemas de salud mental:** Algunos estudios sugieren que el cannabis puede estar asociado con un mayor riesgo de trastornos de ansiedad, depresión y esquizofrenia, especialmente en aquellos con predisposición.
- **Problemas cognitivos:** El uso crónico de cannabis puede afectar la memoria, la atención y la capacidad de aprendizaje, especialmente en adolescentes y jóvenes.
- **Efectos respiratorios:** Fumar cannabis puede afectar negativamente la salud pulmonar, provocando bronquitis y otros problemas respiratorios.
- **Síndrome de hipermesis cannabinoide:** En algunos usuarios crónicos, el consumo de cannabis puede llevar a episodios de vómitos severos y persistentes.

### Efectos medicinales:

- **Alivio del dolor:** Puede ser útil para el manejo del dolor crónico.
- **Reducción de náuseas:** Utilizado frecuentemente para aliviar las náuseas en pacientes de quimioterapia.
- **Estimular el apetito:** Beneficioso para aquellos que enfrentan pérdida de apetito debido a enfermedades como el VIH/SIDA.
- **Trastornos neurológicos:** Algunos estudios han explorado su uso en condiciones como la esclerosis múltiple y la epilepsia.

## ■ Cocaína

---

### Definición y origen

La cocaína es un alcaloide que se extrae de las hojas de la planta de coca (*Erythroxylum coca*). Es una sustancia estimulante del sistema nervioso central.

Se presenta en varias formas, siendo las más comunes la cocaína en polvo (clorhidrato de cocaína) y las cocaínas fumables como la base de cocaína (pasta base).

### Mecanismo de acción.

La cocaína actúa como un inhibidor de la recaptación de neurotransmisores como la dopamina, la norepinefrina y la serotonina. Esto produce un aumento en los niveles de estos neurotransmisores en el cerebro, lo que resulta en sus efectos estimulantes y eufóricos.

Aumenta la actividad de las vías de recompensa en el cerebro, lo que puede conducir a una rápida sensación de placer.

### Efectos inmediatos

- **Euforia:** Sensación intensa de bienestar y aumento de energía.
- **Aumento de la atención y la concentración:** Los usuarios pueden experimentar una mayor capacidad para concentrarse y una reducción de la fatiga.
- **Estimulación física:** Aumento de la actividad y de la frecuencia cardíaca, así como dilatación de las pupilas.
- **Disminución del apetito:** Pueden experimentar una reducción en la necesidad de comer.

### Consecuencias del consumo

- **Dependencia:** La cocaína es altamente adictiva. El uso repetido puede llevar a una necesidad compulsiva de consumir la droga, a pesar de las consecuencias negativas.
- **Efectos a largo plazo:** El consumo crónico puede dañar la estructura y función del cerebro, así como aumentar el riesgo de problemas cardiovasculares, respiratorios y neurológicos.
- **Problemas de salud mental:** Puede provocar ansiedad, paranoia, psicosis y depresión, especialmente en personas con predisposición.

## Riesgos de sobredosis

- La sobredosis de cocaína puede ser mortal y se presenta con síntomas como convulsiones, arritmias cardíacas, ataques cardíacos y derrames cerebrales.

## Aspectos sociales y económicos

- La producción y el tráfico de cocaína están vinculados a problemas sociales y económicos en muchas regiones, incluidos la violencia, el crimen organizado y la corrupción.
- La guerra contra las drogas ha llevado a conflictos en áreas donde se cultiva la coca.

## Tratamiento y recuperación

- El tratamiento para la dependencia a la cocaína incluye terapia cognitivo-conductual, grupos de apoyo y, en algunos casos, medicación para ayudar a manejar los síntomas de abstinencia.<sup>6</sup>
- La prevención a través de la educación sobre los riesgos del consumo de cocaína es esencial para reducir su uso.

## ■ Heroína

La heroína es un opioide potente que se deriva de la morfina, un compuesto que se obtiene de la planta de amapola.

### Origen y Clasificación:

La heroína es un opioide semisintético que se clasifica como una droga ilegal en la mayoría de los países. Se presenta en forma de un polvo blanco o marrón y también puede aparecer como una sustancia pegajosa conocida como "tar" (alquitrán).

### Droga H en Ecuador

En Ecuador, principalmente en zonas como Guayaquil, se conoce una modalidad de consumo de heroína, conocida como 'H' o 'Droga H'. Según los análisis se trataría de una pequeña proporción de heroína de procedencia colombiana (o mexicana) muy adulterada con otros productos tales como cemento, pinturas y en ocasiones hasta veneno para roedores u otras sustancias químicas, destinadas tanto a engrosar el volumen de la heroína como a producir efectos narcóticos derivados de la inhalación de los tóxicos. Es un producto muy barato y al alcance de jóvenes en situación de vulnerabilidad.

Su uso es especialmente peligroso por la adulteración puesto que más allá de los riesgos asociados a la heroína, se debe añadir el riesgo de inhalar sustancias químicas indeterminadas y en ocasiones directamente tóxicas para el organismo.

Si bien en los siguientes puntos se trata de las características de la heroína, para la droga H cabría analizar qué tipo de sustancias se encuentra en la mezcla consumida habitualmente, en los casos de intoxicación por los productos químicos mencionados habría que considerar los daños físicos, y posiblemente cognitivos, específicos relacionados con esos usos.

### Mecanismo de Acción:

La heroína actúa sobre los receptores opioides en el cerebro, particularmente los receptores mu, lo que provoca una intensa sensación de euforia y bienestar. Esta acción también puede llevar a una disminución del dolor y a una relajación extrema.

<sup>6</sup> mhGAP, WHO, 2016 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250239/9789241549790-eng.pdf?sequence=1>

### Efectos a Corto Plazo:

Al consumir heroína, los usuarios pueden experimentar una serie de efectos inmediatos, que incluyen:

- Euforia intensa.
- Sedación y calma.
- Disminución de la percepción del dolor.
- Puede provocar náuseas y vómitos

### Efectos a Largo Plazo:

El uso prolongado de heroína puede llevar a:

- Dependencia.
- Problemas de salud física, como infecciones, enfermedades cardíacas y daños en los órganos.
- Deterioro cognitivo y emocional.

### Riesgos:

La heroína tiene un alto potencial de sobredosis, que puede ser fatal. Los riesgos aumentan cuando se mezcla con otras sustancias, como el alcohol o benzodiazepinas.

### Tratamiento:

Existen tratamientos disponibles para la dependencia a la heroína, que incluyen programas de desintoxicación, terapia comportamental y medicamentos de sustitución como metadona y buprenorfina.

### Estigmatización y Conciencia:

La adicción a la heroína a menudo se ve rodeada de estigmas sociales. Es importante promover la comprensión y el apoyo en lugar del juicio.

### Técnicas específicas para el manejo de síndrome de abstinencia por consumo problemático de Heroína y droga "H"

Para el manejo de los síndromes de abstinencia de la heroína existen diversas perspectivas, siendo el manejo farmacológico uno de los más habituales en los lugares donde mayor concurrencia existe de esta droga. Este manejo farmacológico incluiría Agonistas opioides de acción larga (Metadona o Buprenorfina): Estos medicamentos actúan sobre los mismos receptores que la heroína, pero de forma más controlada, ayudando a reducir el deseo de consumir y aliviando los síntomas de abstinencia. La metadona se utiliza con mayor frecuencia en la desintoxicación de opioides debido a su duración de acción y la capacidad para evitar síntomas de abstinencia graves, así como Antagonistas opioides (Naltrexona): Se utiliza principalmente después de la fase de desintoxicación para reducir el riesgo de recaídas. La naltrexona bloquea los efectos de los opioides, lo que reduce el deseo de consumir la sustancia. También se utilizan Ansiolíticos (Benzodiazepinas): En caso de que el paciente experimente ansiedad severa, agitación o insomnio, se pueden administrar benzodiazepinas (como el diazepam) para controlar estos síntomas. Sin embargo, deben utilizarse con precaución debido a su potencial de abuso y dependencia.

Todas las terapias farmacológicas deben pautarse desde centros sanitarios para la adecuación con la sintomatología y necesidades del paciente. En el caso de consumo de H es especialmente relevante puesto que junto a la heroína se encuentran otros componentes potencialmente tóxicos y por tanto debe evaluarse clínicamente la afectación producida por el consumo de estos.

Otras técnicas pasan por el manejo Psicoterapéutico como las Terapias Cognitivo-Conductuales (TCC): La TCC es una herramienta eficaz para ayudar a los pacientes a manejar los pensamientos y comportamientos que desencadenan el deseo de consumir. Durante el tratamiento, el paciente aprende a identificar los desencadenantes del craving y a desarrollar habilidades de afrontamiento más saludables.

Dado que el consumo de "H" puede estar relacionado con situaciones emocionales difíciles o con el estrés, el manejo de los desencadenantes emocionales mediante técnicas de regulación emocional es fundamental. Esto puede incluir el uso de mindfulness para ayudar a los pacientes a manejar sus emociones sin recurrir a las drogas. También se incluirían técnicas de entrenamiento en prevención de recaídas.<sup>7</sup>

Paralelamente el apoyo social, mediante grupos terapéuticos y la red de apoyo familiar también son elementos clave para la recuperación y el manejo de los síndromes y abstinencia así como el manejo de la salud general.

En definitiva, será necesario un enfoque Integral y Personalizado, donde tenga lugar el apoyo de los servicios sanitarios y una red de apoyo social y familiar.

---

<sup>7</sup> mhGAP,WHO, 2016 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250239/9789241549790-eng.pdf?sequence=1>

## 4. Incorporación de la perspectiva de género.

En la atención telefónica a personas que atraviesan crisis de salud mental y/o presentan usos problemáticos de drogas también es clave aplicar una perspectiva de género y de derechos desde donde tener en cuenta las desigualdades estructurales de género que repercute en un estigma específico para las mujeres que usan o dependen de drogas, que presentan algún tipo de trastorno asociado o están afligidas por algún malestar emocional o crisis vital.

Esta desigualdad estructural afecta al ejercicio de los derechos de las mujeres y repercute a su vez en el estigma ante la diversidad de expresiones y formas de sentir. Por otro lado la perspectiva de género también pone el acento en las interseccionalidades (edad, etnia, cultura, etc..) que afectan a las personas a la hora de interactuar socialmente y con las instituciones.

Esta perspectiva ayuda a tener un enfoque más flexible e integrador centrando la atención en la persona y sus circunstancias, teniendo en cuenta todas las dimensiones sociales que afectan en la realidad de las personas. A la vez este enfoque trata de despatologizar la mirada, entendiendo que en muchas ocasiones lo que es patológico es la estructura y el encaje social, no la persona, que lucha por adaptarse a entornos que pueden no ser favorables por toda una serie de condicionantes históricos, culturales y económicos. Esos encajes, a menudo, resultan problemáticos.

Para contextualizar la perspectiva de género conviene empezar describiendo someramente el sistema de sexo/género, que es aquel sistema que en base a estereotipos de género construye identidades en base a atribuciones culturales. Así, si se define según el sexo biológico, la diferencia entre machos y hembras de la especie humana se fundamenta en sus características anatómicas fundamentalmente relacionadas con su funcionamiento sexual, mientras que el género se define clásicamente como aquellas construcciones culturales realizadas según estas particularidades biológicas, que pueden variar en función de la sociedad y el tiempo en el que se enmarquen.

El encaje en esas categorías se consigue por medio de la inmersión en la realidad social y se sustenta por medio de un sistema de recompensas (aceptación, afecto, prestigio, etc..). Teniendo en cuenta que la necesidad de una identidad acorde con lo social y culturalmente aceptada y el formar parte de la comunidad es inherente del ser humano, todas las personas tratan de encajar en aquello que socialmente se les asigna. En ocasiones las personas desde una perspectiva y experiencia subjetivas manifiestan su disconformidad con los roles genéricos en una amplia diversidad de sentir.

Sintetizando, estos serían algunos conceptos clave con los que trabaja la perspectiva de género:

- **Sexo:** definición biológica, mujer, hombre e intersexo
- **Identidad de género:** Aquello con lo que una persona se define, masculino, femenino o trans (la palabra trans pretende incluir la gran diversidad de identidades y percepciones del género, incluyendo personas transgénero, transexuales, crossdressers, agénero, genderqueer, no binarias, fluidas y tantas otras)
- **Expresión de género:** Aquella forma de expresarse y de relacionarse socialmente según un sentir masculino, femenino o mujeres masculinas y hombres femeninos.
- **Orientación sexual o sexualidad:** heterosexualidad, homosexualidad, bisexualidad, pansexualidad, etc..

Otro aspecto importante que se trabaja desde la perspectiva de género es el androcentrismo, que es la consideración de que las sociedades patriarcales construyen la realidad, y dentro de ella el conocimiento y los saberes, desde un punto de vista eminentemente asociado a los valores masculinos hegemónicos. Ello apuntala y sustenta la propia estructura social y cultural, aquello que configura las sociedades moldeándolas desde el punto de vista de quienes ostentan el poder designando lo que es correcto y normal y lo que no lo es.

Por último, en este espacio conviene recordar otra noción básica desde la perspectiva de género como es la interseccionalidad. Definida como un **paradigma** importante en el ámbito académico, ya que amplía el análisis de la justicia social o la demografía al incluir múltiples conceptualizaciones que explican el modo en que se construyen categorías sociales y su interacción para formar una **jerarquía social**. Nociones como grupo étnico (entendida como color de piel y rasgos físicos), identidad de género, clase, lenguaje, religión, capacidad física o intelectual, sexualidad, salud mental, edad, educación o expresión de la corporalidad se interrelacionan creando un sistema de opresión que refleja la intersección de múltiples formas de discriminación.

Habiendo hecho una aproximación a la perspectiva de género y sus conceptos clave cabe aterrizar esta información en el campo de la atención telefónica a personas con crisis de salud mental y que presentan usos y consumos problemáticos de drogas.

Como también se analizará en el punto 5 sobre las habilidades y estrategias para la atención telefónica, la perspectiva de género debe tenerse en cuenta para una mayor calidad en la atención a las personas que llaman al servicio.

Comprender que las diferentes expresiones de angustia o de crisis no representan lo mismo para todas las personas y las circunstancias que las atraviesan, es básico para entender mejor a las personas que llaman. Tanto en las demandas de usuarios y usuarias que atraviesan dificultades emocionales, como en el caso de las problemáticas asociadas al uso de drogas será relevante tener en mente los conceptos que se trabajan desde la perspectiva tanto para hacer que el espacio de la llamada sea seguro y confortable para quien llama como para partir de un análisis más completo y profundo de la situación que pueda estar atravesando la persona según sus circunstancias.

En el caso del uso de drogas problemático analizar el impacto de la socialización de género y de la desigualdad estructural, parte de entender que existen consumos diferenciales entre hombres y mujeres, que las consecuencias que perciban probablemente sean diferentes a causa de estas desigualdades, estereotipos y estigmas y que la explicación a ello debe obtenerse desde una perspectiva social.

De esta manera el profesional podrá asegurar que se contemplan las necesidades específicas desde una perspectiva de derechos, haciendo que la línea de atención telefónica revierta y no perpetúe las desigualdades estructurales incrementando su efectividad en el servicio y en la ayuda brindada.

Existe una diferencia en el impacto del mandato de género en las mujeres y hombres en sus consumos de drogas. El consumo o dependencia de drogas se ha considerado un problema mayoritariamente masculino, podría decirse que en los hombres es un comportamiento compatible con su expectativa para su "rol de género" y es constatado que realiza consumos de mayor riesgo y se inicia de forma más precoz.

Por otro lado, el consumo en las mujeres está considerado una excepción a la norma. Ellas y su consumo están invisibilizados ya que socialmente puede entenderse que las mujeres que usan de drogas están transgrediendo el rol como esposa, madre y/o hija y por lo tanto, tienen mayor riesgo de estigmatización.

En general, según las estadísticas (INE, OMS) Las mujeres consumen más sustancias legales, planifican más sus consumos y tienen un papel más protector de los demás en su entorno. Ellas pueden sufrir una doble o triple estigmatización cuando se suman otros problemas como la violencia de género, en la que la condición de usuaria de droga juega en contra de la víctima.

En los casos de violencia de género en los contextos de consumo de drogas los estudios demuestran que más del 60% de los hombres condenados por violencia de género realizaba un consumo perjudicial de alcohol y determinadas sustancias y que entre un 25% y un 40% de los incidentes de violencia de género en el ámbito de la pareja se ejercen bajo la influencia del alcohol. Esto serviría para argumentar que la probabilidad de agresiones es más alta en consumidores de alcohol y otras drogas.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> WHO, 2022 <https://iris.who.int/handle/10665/374250>

En este sentido y según los datos se puede decir que existe una relación significativa entre las dos problemáticas (violencia de género y uso de drogas y alcohol), pero esta relación es compleja, multidimensional y multidireccional. Que exista una relación entre esas dos variables no significa que una sea la causa de la otra. (WHO, 2022)

En la atención telefónica a personas en situación de crisis o que presentan usos y consumos problemáticos de drogas se dan unos retos específicos para la detección y si es el caso, la derivación a otros servicios especializados en la atención a las mujeres que han sufrido o sufren violencia de género. Por un lado, existe una dificultad para distinguir entre violencia de género y violencia generalizada que pueda sufrir una mujer sobre todo cuando se ha dado una normalización de la violencia, como ocurre en personas con consumos de drogas problemáticos.

La falta de habilidades para resolver conflictos y manejar el estrés en ocasiones es un factor que puede desencadenar en violencias. Por ello sería necesario una evaluación previa para distinguir entre violencia de género y conflicto de pareja.

En los casos de mujeres que presentan consumos de drogas problemáticos, en ocasiones se hacen difíciles las derivaciones a los servicios especializados puesto que existe un claro predominio de hombres en los servicios de atención. Atendiendo a las dificultades que puede suponer para un servicio no especializado en estas cuestiones, es necesario abordar algunas claves para abordar la problemática de la violencia hacia la mujer que presenta consumos problemáticos de sustancias.

Por un lado, el propio servicio debe estar sensibilizado y debe contar con estrategias de abordaje de la violencia basada en género, para ello sería necesario hacer formación para la identificación de esta problemática.

Parte de la identificación surgirá de afrontar la normalización de la violencia en las situaciones en las que se da y su relación con el consumo, detectando aquellas conductas que se mantienen ocultas ya sea por protección a la pareja o por miedo y ayudando a desarrollar habilidades y sensibilización en las mujeres que lo precisen.

A raíz de la sensibilización del servicio y de los profesionales que atienden, cabría pensar en actuaciones específicas en la atención para detectar a mujeres afectadas por violencia basada en género y consumo de drogas, esto pasaría por la exploración sistemática de las violencias en las mujeres usuarias de drogas.

En ese sentido convendría tener en mente algunas preguntas para la exploración de la relación entre el consumo de sustancias y las situaciones de violencia. En esos casos y atendiendo al contexto de la llamada cabría preguntar sobre como son las condiciones en las que se producen los consumos, si son en pareja, como afectan estos consumos a la relación de pareja, si a estos consumos o en estas situaciones se da la presencia de violencia, y establecer una diferencia entre una posible situación de violencia de género o un conflicto de pareja.

En el caso de identificar o sospechar violencia de género, habría que valorar riesgos y peligros asociados. Normalmente cabría mencionar dos tipos de situaciones. Una de ellas (situación 1) sería aquella en la que existe violencia sin peligros extremos para la salud de la mujer y la otra sería aquella (situación 2) en la que existe peligro extremo para la salud o vida de la mujer. La actuación posterior variará según el nivel de peligro (extremo o no), por un lado ayudando a las mujeres que lo necesiten en la detección de conductas violentas y por otro lado derivando a los servicios pertinentes, incluyendo a los cuerpos de seguridad.

## 5. Habilidades y estrategias para la atención telefónica de calidad.

La atención telefónica supone una manera relativamente nueva de relación con los profesionales de la salud mental que puede ser de ayuda especialmente para aquellas personas que están en una situación apremiante y de emergencia y necesitan o quieren un apoyo oportuno y expedito, para personas con dificultades para acceder presencialmente a los recursos por cuestiones relacionadas con su personalidad, como sería el caso de personas muy introvertidas o fóbicas o personas con problemas físicos y de movilidad.

También existen motivos sociales ya sean problemas económicos, de falta de tiempo, de transporte adecuado o de estigmatización percibida que pueden dificultar la presencialidad y acercar a quien tenga estas casuísticas, y necesite hablar con algún profesional, a usar la línea telefónica de atención.

La atención telefónica también puede ser de gran ayuda para personas que están en la conocida como fase de contemplación, en la que aunque no se quieren comprometer en un tratamiento si empiezan a valorar que tienen algún problema de índole emocional que les gustaría consultar con un profesional, para aquellas personas que han tenido alguna mala experiencia con algún profesional pero necesiten asesoramiento o resolver alguna duda concreta o para aquellas personas que desean tener garantía de anonimato y confidencialidad.

Por supuesto, también hay que tener en cuenta que el perfil de personas menores de edad puede ser abundante en las consultas telefónicas, ya que aquellos que lo necesitan solo necesitan hacer una llamada sin tener que pedir permisos o tener que dar explicaciones a otras personas, como también aquellas personas que desean hablar desde el anonimato temas que consideran muy íntimos o difíciles de tratar cara a cara.

Habiendo descrito algunos perfiles que podrían ser usuarios de nuestro servicio es conveniente repasar algunos aspectos metodológicos básicos en la relación profesional y usuario de la atención telefónica.

### ■ La comunicación no verbal

Hemos de tener en cuenta que una buena parte de lo que se expresa en cualquier acto comunicativo proviene de los gestos, las miradas, la posición del cuerpo, los silencios y otros aspectos que se dan por hecho, pero son importantes para el entendimiento entre dos personas. Al no tener la posibilidad de acceder a la totalidad de esta información es muy importante no dar nada por hecho sobre la persona que llama al servicio. Igualmente en este sentido, será básico prestar atención en la presencialidad del profesional, el tono de la voz, los gestos, las interjecciones serán detalles importantes en la comunicación. Por otra parte, esto mismo puede tener otras ventajas posibles para la relación, puesto que disminuye, por ambas partes, la influencia de los prejuicios basados en el género, el color de la piel, el aspecto físico, el estatus social, etc. En cualquier caso, el hecho de no ver ni ser visto por el usuario no quiere decir que no se tenga que poner atención y estar concentrado mientras dura el contacto, evitando cualquier otra actividad mientras se contesta la llamada.

### ■ Escucha activa

La escucha activa, es un 'término genérico que se refiere a una serie de comportamientos y actitudes que preparan al receptor a escuchar, a concentrarse en la persona que habla y a proporcionar respuesta' (Rost, 2002) requiere "disponibilidad, interés por la persona, comprensión del mensaje y espíritu crítico. Escuchar activamente no se limita a dejar hablar al interlocutor sin interrumpir su discurso, sino que necesita de una atención física, psicológica y verbal plena. Por tanto, la escucha activa no es oír a la otra persona, sino a estar totalmente concentrados en el mensaje que el otro individuo intenta comunicar.

Implica asimismo, entre otros aspectos, ofrecer disponibilidad y mostrar interés por la persona que habla. La escucha activa consiste en una forma de comunicación que demuestra al hablante que el oyente le ha entendido. Se refiere a

la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo.

### ■ Parfraseo

---

La técnica del parfraseo, es una de las formas de escucha activa. Parfrasear viene a ser reflejar la declaración en sí misma, es decir repetir con las propias palabras lo escuchado. La técnica del parfraseo permite prestar más atención a lo que le sucede al emisor de manera que este pueda ir dándose cuenta de lo que está comunicando y ahondar en la reflexión de lo que ello le implica, a la vez que demuestra que el receptor de la comunicación, el profesional, está plenamente enfocado en la conversación.

### ■ Reflejo

---

Reflejar consiste en resumir, interpretar o acentuar la comunicación manifiesta o implícita del cliente (Rogers y Kinget, 1962). Es decir, el profesional sintetiza la experiencia que ha podido comprender de la comunicación del cliente. Interpreta desde su percepción de la experiencia del otro y por lo tanto como profesional la debe considerar como tentativa. Implica la capacidad de captar el significado de la comunicación explícita e implícita del consultante, y posteriormente esos significados, sentimientos, intenciones, y experiencias en general, son comunicadas al consultante.

El terapeuta no sólo debe poner atención a las palabras del cliente sino también a cómo las dice, y a cómo está viviendo el cliente este momento al decirlo. Esto quiere decir, prestar atención a la voz, los gestos, silencios e interjecciones y en definitiva captar a la persona mucho más que verbalmente.

### ■ Tipos de consultas.

---

Cada pregunta del usuario ha de ser contestada, aunque pueda parecer que no se trate de un problema real. En ocasiones preguntas alejadas del contenido considerado normal en una llamada al servicio pueden haber sido hechas por el usuario para cerciorarse de la profesionalidad de la persona que les está atendiendo. Esas ocasiones donde el usuario pregunta cuestiones muy exageradas o extraordinario puede ser que signifiquen un 'testeo' del servicio, una comprobación de que la persona profesional al otro lado de la línea reaccionará de forma adecuada ante lo que verdaderamente tenga que explicar.

En cualquier caso, sea cual sea la pregunta, se debe ser cauteloso con las respuestas tratando de no herir la sensibilidad de la persona, ya que no podemos observar la mayoría de lenguaje no verbal que confirme como está recibiendo lo que se quiera comunicar.

### ■ Cómo responder

---

Es probable que una persona que llame al servicio haya consultado previamente información referente a su problemática en varios lugares con lo que una respuesta estandarizada no tiene porqué aportarle nada ni nuevo, ni sustancial.

En este sentido no conviene dar respuestas excesivamente estandarizadas para todos los casos, más allá de las exigencias que el propio servicio y la situación requiere, puesto que cada pregunta surge de una situación vital individual. Por ello conviene valorar y bascular la cantidad de conocimiento científico y objetivo a compartir en las respuestas ofrecidas y adaptar este tipo de mensajes, cuando son necesarios, a la pregunta del usuario. Más allá del contenido y en función de la demanda del usuario, el estilo con el que dirigirse a las personas que llaman también será diferente en función de la edad o el nivel cultural. En algunos casos, puede ser interesante combinar el lenguaje «científico» o formal con el de la calle, pero no es conveniente utilizar solo uno de los dos. Si se utiliza solo el científico puede causar confusión y, si se utiliza solo el coloquial, el profesional se puede situar en una esfera no profesional derivando en conversaciones más allá del cometido de la llamada.

Paralelamente conviene dar cierta homogeneidad formal a las respuestas, haciendo que la presentación del servicio y la despedida sean parecidas y ofreciendo quedar a disposición para futuras llamadas. Estas frases alientan la persona a seguir preguntando y abren la puerta a continuar la relación.

Es conveniente que, dentro de las posibilidades de cada servicio, sea la misma persona quién conteste el usuario cada vez que haga una consulta. Si hubiera varias llamadas de una misma persona, el espacio de tiempo entre estas puede ser útil para el profesional, puesto que lo puede ayudar a reflexionar sobre su reacción ante la pregunta o, si fuera necesario, buscar información, pedir ayuda a otros colegas o buscar apoyo para las dudas que genere. Por parte del usuario, este espacio de tiempo entre llamadas puede suponer que se encuentre en otro momento desde el punto de vista de su proceso o de sus emociones cuando vuelva a llamar.

## ■ Confidencialidad

---

Es muy importante mantener la confidencialidad y no divulgar ningún dato en lo referente a la consulta, más allá de lo necesario (para la supervisión o la consulta con otros colegas, por ejemplo). El profesional también debe tener en cuenta que, por parte del usuario, no está garantizada la confidencialidad ni el uso que hará el usuario del resultado o el contenido de la conversación.

## ■ Consideraciones sobre el género y la cultura de la persona usuaria

---

Teniendo en cuenta la perspectiva de género, si la persona no ha expresado su sexo durante la llamada es mejor no usar solo el masculino o solo el femenino, para que la persona se sienta apelada indiferentemente de su género, escogiendo la forma más neutra de dirigirse a esa persona. También hay que procurar utilizar un lenguaje con el cual la persona se pueda sentir aludida independientemente de su sexo, género y de su opción sexual, si se ignora o si se tienen dudas. Por ejemplo, se puede hablar de «pareja» en vez de «novio» o «novia».

Los prejuicios socioculturales pueden derivar en la creencia que los alguno de los usuarios que han llamado al servicio tienen un «bajo nivel cultural» y ligado a ello tienen más conductas de riesgo o menos información. En general, estos prejuicios deben de tenerse en cuenta para que no afecten nuestra relación con el usuario, pero en la cuestión de la drogodependencia y las conductas de riesgo es todavía más necesario revisarlos, dado que es un tema especialmente marcado por los tabúes, la desinformación o el estigma.

Por otro lado, en este contexto, la cultura ha de entenderse como la manera de sentir, pensar y estar en el mundo, de interpretar quienes somos y lo que nos pasa y, por tanto, es un concepto relativo y heterogéneo. No habría porqué evaluar, entonces, el capital cultural de las personas.

Teniendo en cuenta que suele ser más fácil y cómodo trabajar con personas que comparten nuestros implícitos culturales y nuestros códigos, es necesario ser consciente de los prejuicios propios, revisarlos y procurar que no afecten a nuestra relación con el usuario, a quien debemos atender sin dar nada por hecho y sin proyectar nuestras ideas preconcebidas sobre las personas que pertenecen a un determinado colectivo.

## ■ Sobre la información dada y recibida

---

En la atención y asesoramiento telefónico es básico controlar tanto la información que se le da al usuario como la información que se le pide.

Por ello es importante pensar cómo nos presentamos nosotros y nuestro servicio. La persona que llama tiene que estar segura que ha llamado al número adecuado y es clave que se confirme esta información dado que el usuario se sentirá más proclive a hablar sabiendo que es un servicio profesional y específico donde puede encontrar ayuda.

También es importante pensar qué información damos sobre nosotros. En el asesoramiento telefónico es importante que la persona sepa con quién habla. Con el nombre hay bastante, incluso se puede dar un «alias» (siempre el mismo) si se quiere diferenciar el espacio privado del profesional, o si se prefiere que las personas que llaman no lleguen a conocer el profesional (por ejemplo, si se trabaja en un municipio pequeño, o si se conoce muchos usuarios personalmente).

Es muy importante reflexionar sobre qué datos tenemos que pedir al usuario. Teniendo en cuenta que este tipo de asesoramiento justamente facilita el contacto a personas que no pueden o no quieren tener un contacto directo, dar sus datos, ni enseñar su cara, hay que reflexionar sobre qué datos son imprescindibles o realmente importantes y como

ayudará esta información a mejorar la atención. Reflexionar sobre ello es importante para dar una respuesta coherente y sincera al usuario que la pide.

Hay que recordar que el usuario puede dar datos falsos y que a menudo se piden muchos datos a los usuarios que en realidad no son necesarios más que para llevar un control de las llamadas y atenciones que se han producido. En este sentido es conveniente recordar que la persona que llama puede estar en una situación angustiosa y que puede no querer perder el tiempo contestando preguntas de valor estadístico. En cualquier caso, quien llama tiene que saber que los datos personales que le piden los da de forma voluntaria.

### ■ La relación con la persona usuaria

---

La comunicación que se establece con las personas que llaman al servicio está basada en la demanda de ayuda o asesoramiento por parte de estas, por tanto, es específicamente una comunicación terapéutica que es diferente a la que se usa habitualmente en la vida social.

Mientras que, en la comunicación social, la responsabilidad de la calidad de la comunicación es de las dos personas que estén conversando, en la comunicación terapéutica la responsabilidad que la comunicación sea lo más eficaz posible es del profesional, es parte de su trabajo. No es responsabilidad del usuario, puesto que su papel en este tipo de comunicación es poder expresar su situación y su malestar de manera espontánea y genuina, para que el profesional pueda conocerlo a él y a su problemática y así pueda ayudarlo mejor.

La propia posición de asesor demanda pensar, escuchar y hablar de una manera diferente que en otros tipos de relaciones y en consonancia se debe contextualizar que todas las conversaciones o intervenciones con usuarios del servicio se producen en un contexto profesional.

En este sentido las dudas, problemas o dificultades expresadas por el usuario del servicio no son materias que el profesional deba arreglar, sino más bien situaciones a descubrir con interés profesional para intentar comprender los significados que estas situaciones tienen para las personas usuarias y acompañarla, desde su saber, en sus procesos de toma de decisiones.

Por tanto, el objetivo principal de una relación de ayuda y una atención terapéutica es que, mediante la escucha empática del profesional, el usuario se sienta escuchado y así se escuche a él mismo y vea su situación con más claridad, pudiendo identificar, sentir, saber y decidir si quiere cambiar y como, encontrando recursos personales más satisfactorios.

Los objetivos de este tipo de atención, siguiendo lo dicho hasta ahora, se centran en, por un lado, apoyar y dar soporte a las personas que necesitan de la atención que proporciona el servicio. En este sentido es clave ser neutros, puesto que si expresamos nuestra opinión el usuario no se sentirá escuchado, ni respetado, lo que repercutirá en la relación de ayuda. En términos generales decirle a la gente lo que debe hacer no es eficaz.

Por otro lado, el otro objetivo básico es el de ofrecer información, que sería diferente que 'dar' información. Ello implica no imponer los datos o contenidos que pensamos que pueden servir en las situaciones que nos son explicadas, si no de entender que es probable que las personas ya tengan información relacionada con sus malestares, pero que dichos malestares se desarrollan por razones más complejas relacionadas con conflictos internos.

### ■ La reflexión sobre el usuario

---

En el ejercicio del trabajo de atención telefónica a personas que atraviesan crisis de salud mental o están en situaciones problemáticas relacionadas con el uso de drogas, será clave que él o la profesional enfoque su postura y trate de aislarse de los prejuicios o ideas preconcebidas. Después de todo, el éxito de la tarea se produce si se consigue entender y acompañar sin opinar.

## ■ Atención a personas que usan drogas

En el caso de uso de drogas, donde la sociedad juzga de forma muy severa a las personas que las usan, estigmatizándolas y tildándolas de todo tipo de apelativos negativos en un imaginario estereotipado, es uno de esos campos en que sería más fácil dejarse arrastrar por esos prejuicios.

Aquí cabría considerar que las sustancias que alteran la conciencia han existido siempre y en todas las sociedades. Desde el punto de vista de salud, lo que importa es que el consumidor de alguna de estas sustancias (alcohol, cocaína, cannabis, etc.) se haga el menor daño posible. El consumo de estas sustancias puede ser desde social y no problemático, hasta problemático, o llegar a ser una adicción. Las relaciones problemáticas con las drogas pueden ser fruto de múltiples factores y en ocasiones la problemática del uso de drogas se interrelaciona con otros malestares de origen emocional o psíquico.

En consideración al trabajo que se hace desde el servicio de atención telefónica cabe decir que lo importante en esos casos es la persona, no la droga. En ese sentido no será tan importante la cantidad que consume sino el lugar que esa sustancia ocupa en su vida, preguntándonos que percepciones tiene de sí mismo ante su uso de drogas, para que fin usa las drogas o si tiene algún tipo de dolor emocional o problema social que relacione con su uso de drogas.

Siguiendo con la atención a las personas que usan drogas y llaman al servicio para consultar cuestiones relacionadas con problemáticas asociadas a dicho uso, cabe hablar de una cuestión importante como es creer a la persona que llama. Para poder acompañar al usuario en su reflexión y en su toma de decisiones, es fundamental creerlo. El usuario tiene su verdad, sean cuales sean sus emociones, sus comportamientos, sus ideas, su cultura o su realidad y el profesional también tiene su verdad.

Por lo tanto, cabe considerar que en este contexto no existe una verdad universal. La verdad de cada uno es el producto de muchos factores. Personas diferentes que han vivido una misma situación tienen interpretaciones, «verdades» diferentes.

En ocasiones desde una postura profesional se llega a creer erróneamente que, por el hecho de ser profesionales, la verdad propia cuenta más que la del usuario, pero para trabajar de manera eficaz tenemos que trabajar con la verdad del usuario.

No es tan importante si los hechos son cien por cien correctos. Lo que cuenta es la interpretación y el impacto que este hecho tiene sobre el usuario. Para abrir la puerta de la comunicación con el usuario, hay que creerlo. Si nota que esto no pasa, la comunicación eficaz no será posible. Una manera por la cual a veces los profesionales muestran que no creen lo que dice el usuario es cuando piensan que su problema no es tan grave como él describe. Sin embargo, la percepción del problema que tiene el usuario es la suya, y es su situación, por lo cual es importante comunicarle que entendemos lo que significa para él o ella esta situación. Decirle al usuario «no es para tanto» interfiere con la relación de ayuda. A veces, el usuario siente que no puede decir la verdad porque tiene miedo de que el profesional se enoje, o lo rete. Muchas personas no se han encontrado con un profesional que reaccionara con comprensión y empatía cuando no han estado de acuerdo con ellos. También es posible que el usuario no diga la verdad porque no quiere admitir la situación en que se encuentra. Si es así, el profesional deberá aceptar que el usuario tiene sus razones para decir lo que le dice.

## ■ Técnicas para el manejo de craving

Las situaciones en las que una persona en proceso de deshabituación o en consumo activo de sustancias experimenta craving pueden ser angustiantes y suponer una fuente de malestar emocional tanto para la persona que lo experimenta como para su familia o su entorno. La gestión emocional en estos casos forma parte importante de los procesos terapéuticos enfocados a las personas usuarias de drogas que lo necesitan, sin embargo, más allá del ámbito clínico y terapéutico hay algunas acciones que pueden mejorar los síntomas de craving, como las siguientes.:

### Tratar de detener o parar el pensamiento.

Se trataría de interrumpir los pensamientos asociados al craving, es decir a todo aquello relacionado con la sustancia que se desea consumir y de una forma explícita, en voz alta o simplemente pensándolo, decirse a un mismo ¡para! o ¡alto! O la palabra que se prefiera para obligar a detener el pensamiento de forma activa y consciente, para después sustituir esos pensamientos referentes al consumo, por otros positivos, empezando, por ejemplo, por decirse a uno mismo la frase estoy bien.

### Técnica de los 10 segundos.

Se trata de contar hasta 10, dedicando unos segundos, o unos minutos, a pensar en los momentos más angustiantes ante la necesidad sentida de consumir que estar sufriendo por craving no tiene consecuencias negativas, sin embargo acabar consumiendo si puede tenerlas.

### Realizar respiraciones profundas.

Controlar la respiración contribuye a bajar la tensión y a pensar con más tranquilidad. Se trata de inspirar lenta y progresivamente, inspirando por la nariz, haciendo que el aire baje hasta la parte baja del abdomen, reteniendo el aire unos breves segundos y luego expulsándolo lentamente por la boca.

### Técnicas de relajación.

Poner en práctica técnicas específicas de meditación, relajación o yoga ayuda a desviar el pensamiento de la sustancia y de la situación que lleva al craving. Un ejemplo es el urge *surfing* (surfear la urgencia) que es una técnica mindfulness que consiste en observar el craving como una ola que sube y baja, sin ceder a la impulsividad. Otras técnicas consisten en observar la propia urgencia por consumir como 'desde fuera' es decir, sin hacer un juicio sobre los aspectos incómodos de ese deseo sentido, relativizando la sensación negativa.

### Hacer un balance de decisiones de pros y contras.

Dedicar unos instantes a reflexionar las ventajas y desventajas de consumir la droga que se desea en ese momento, poniendo la atención especialmente en estas últimas. Puede ayudar escribir plasmar esos pros y contras en un papel, haciendo dos listas a modo de balanza. Al hacer este ejercicio y centrarse en las posibles consecuencias negativas se racionaliza la situación, se baja la ansiedad y disminuye el deseo.

### Cuestionamiento de las propias creencias respecto al consumo que favorezca el craving.

Cuestionar las creencias que llevan a tener deseo por consumir, como pensar en que no se va a poder dormir, pensar en la incapacidad de divertirse sin drogas o pensar que el impulso de consumir, el craving, no pasará a menos que se tome la droga deseada, deben cambiarse por pensamientos que reafirmen que podremos realizar esas conductas sin drogas y que el craving es pasajero y simplemente desaparecerá.

### Utilizar técnicas de imaginación.

En las situaciones de craving puede ayudar recordar sucesos negativos asociados al consumo, desde accidentes, a malestares físico o emocionales. En definitiva se trata de evocar malos recuerdos en relación al consumo de drogas. Paralelamente también se puede recurrir a sustituir por imágenes negativas referentes a las consecuencias del uso de drogas las imágenes positivas asociadas al consumo.

### Cambiar de contexto.

Evitar los ambientes o situaciones en los que aparece el deseo. Por ejemplo, si se considera que el lugar es muy tentador, ir a otro sitio más tranquilo, alejarse de la zona de consumo o los bares, visitar a un amigo, dar un paseo o realizar alguna actividad que resulte agradable que no tenga relación con el consumo.

### Utiliza técnicas de distracción.

El craving, cuando es consciente puede ocupar gran parte de la atención, por tanto tratar de concentrar la atención en otro foco, o en hacer otra actividad, puede eliminar o alejar el deseo por consumir. Por ejemplo, es útil observar y verbalizar detalladamente el ambiente donde se esté, describiendo la escena y los elementos presentes, concentrarse en una conversación, jugar a algo que requiera concentración o hacer deporte.

### Autoinstrucciones y Autoafirmaciones. Restructuración cognitiva.

Puede ser útil verbalizar palabras que sugieran qué es lo que se debe hacer o sentir. Por ejemplo tratar de pensar en los aspectos positivos de no consumir, como 'me veo mejor sin consumir', 'lo estoy haciendo bien', 'si no consumo puedo pasar más tiempo con mi familia' o aspectos más prácticos como el ahorro que supone no consumir y lo que se puede hacer con ese dinero. De esa forma se cuestionan y modifican las expectativas poco realistas sobre los efectos positivos del consumo y se fortalece la autoeficacia para resistir el impulso.

### Recompensas y autorrefuerzo.

Si se ha podido superar el momento de craving es útil reconocérselo a uno mismo o que sea reconocido por las personas del entorno. También pueden ser útiles las recompensas materiales, una buena cena, algún pequeño regalo, etc.. de forma que se llegue a asociar el momento positivo de la recompensa con la superación de las emociones negativas relativas al craving.

Estas técnicas y acciones son transversales y adaptables a las **particularidades de cada sustancia**, aun y así en el caso del alcohol se enfatiza la reestructuración de mitos sobre el **alcohol** y la gestión de situaciones sociales tales como fiestas, celebraciones u ocasiones en las que pueda darse de forma más evidente el deseo por consumir. En el caso de la **cocaína** y los **opioides** se trabaja especialmente la prevención de exposición a ambientes de consumo y la gestión de emociones negativas y con el **cannabis** se hace hincapié en la identificación de rutinas y contextos asociados, así como en el desarrollo de actividades alternativas. En todos los casos, la clave está en la combinación de estrategias cognitivas y conductuales y de apoyo social para fortalecer la capacidad de la persona para resistir al deseo de consumir.

### ■ Técnicas psicológicas para el abordaje y afrontamiento de recaídas.

Las técnicas cognitivo-conductuales para la prevención y afrontamiento de recaídas se centran en que las personas en procesos de deshabitación de alguna droga reconozcan y gestionen los deseos intensos de consumo para prevenir recaídas y puedan afrontar los episodios de recaídas como parte de su proceso.

Es frecuente que en esos procesos se den sentimientos muy negativos y desesperantes, en que la persona cae en la convicción de que no podrá dejar de consumir y que los momentos en que se ha logrado controlar y abstenerse de consumir han sido en vano, en ocasiones con pensamientos intrusivos.

Las técnicas de prevención de recaídas no difieren de las del craving, puesto que el craving es uno de los principales motivos de incurrir en una recaída. Estas técnicas son relativamente simples y pueden suponer una ayuda inmediata para las personas afectadas, Así en términos generales se trata de la identificación y manejo de situaciones de alto riesgo, del control de estímulos y manejo de urgencias, de la reestructuración cognitiva, del entrenamiento en habilidades de afrontamiento y de la búsqueda del apoyo social y del autorrefuerzo

Algunas técnicas concretas de afrontamiento de las situaciones en las que se han producido recaídas incluirían acciones como las siguientes:

### **Planificación de respuestas ante recaídas.**

Preparar a la persona afectada para posibles recaídas, propiciando que estas recaídas se vean como eventos manejables y no como fracasos definitivos. Esto incluye el desarrollo de planes de acción previamente reflexionados para retomar el control rápidamente y evitar la recaída completa.

### **Elaboración de un plan de seguridad o estabilización**

Recomendar que la persona cuente con un plan escrito que le ayude a afrontar una eventual recaída que incluya señales de aviso (pensamientos, emociones, situaciones) que anticipan el riesgo, estrategias de distracción y autocontrol para momentos de crisis, una lista de personas de apoyo y teléfonos de emergencia a los que recurrir y reducción del acceso a medios letales (medicación, armas, objetos peligrosos). En los contextos en que la persona curso su proceso con síntomas graves de depresión, esto será especialmente relevante dado al riesgo de suicidio.

### **Regulación emocional y entrenamiento en habilidades**

Ante una eventual recaída y las consecuencias emocionales derivadas de la sensación de fracaso o impotencia, es recomendable el entrenamiento en habilidades de regulación emocional (como mindfulness, técnicas de relajación o de imaginación) y de resolución de problemas, ayudan a reducir la impulsividad y el malestar que pueden desencadenar conductas autolesivas o violenta.

En estos procesos es clave que las personas del entorno de las personas afectadas entiendan que las recaídas forman parte del proceso de deshabituación. Ante una recaída es fundamental apoyar a la persona y no contribuir con juicios negativos a empeorar el estado de ánimo de esa persona.

## **■ Técnicas psicológicas específicas para el acompañamiento de familias de pacientes consumidores**

Las familias pueden desempeñar un papel clave en la recuperación de una persona con adicción, incluso sin formación terapéutica. Existen diversas estrategias y recomendaciones prácticas, basadas en la evidencia, que los entornos de las personas afectadas pueden implementar en el día a día. Desde los servicios de atención telefónica debemos informar a las familias y personas que llamen en relación a sus seres queridos afectados de la existencia de estas técnicas, pero paralelamente se debe informar de los servicios clínicos, terapéuticos y de acompañamiento profesional disponibles.

### **Establecer límites claros y saludables**

Definir, comunicar y mantener normas en los espacios de convivencia con las personas afectadas sobre lo que es aceptable y lo que no, evitando conductas permisivas o de encubrimiento. Esto ayuda a proteger a la familia y fomenta la responsabilidad personal en la persona con adicción. Estas normas han de ser pactadas y consentidas por todas las personas implicadas.

### **Fomentar la comunicación abierta y sin juicios**

Crear espacios seguros para el diálogo, donde la persona pueda expresar emociones, miedos o inseguridades sin temor a ser juzgada. Escuchar activamente y mostrar comprensión, evitando reproches o críticas destructivas.

### **Ofrecer apoyo emocional y acompañamiento**

Brindar afecto, comprensión y aliento constante, mostrando interés genuino por el bienestar del ser querido. La cercanía y el apoyo emocional son factores protectores frente a recaídas.

## Educarse sobre la adicción

Informarse sobre la naturaleza de la adicción, sus consecuencias y el proceso de recuperación. Esto permite comprender mejor la situación y actuar de forma más eficaz, además de reducir el estigma y la culpa familiar.

## Fomentar la responsabilidad y la autonomía:

Apoyar a la persona para que asuma las consecuencias de sus actos y tome decisiones informadas sobre su recuperación, evitando la sobreprotección o el control excesivo.

## Promover actividades alternativas y saludables:

Incentivar la participación en actividades recreativas, deportivas o sociales que ayuden a sustituir el tiempo y el interés por el consumo, reforzando vínculos familiares y hábitos positivos.

## Buscar ayuda y autocuidado familiar.

Reconocer los propios límites y buscar orientación profesional o grupos de apoyo para familiares. El autocuidado es esencial para poder acompañar de manera efectiva y evitar el desgaste emocional.

## Practicar el "amor duro":

Consiste en combinar el apoyo y el afecto con la firmeza en los límites, evitando el encubrimiento o la permisividad, y motivando a la persona a buscar ayuda profesional cuando sea necesario. Es necesario matizar esta última técnica puesto que se puede interpretar con una severidad excesiva rozando el castigo, en ocasiones dando la espalda a la persona afectada, como consecuencia de no seguir los preceptos y las exigencias de la familia o personas acompañantes, dejando a la persona afectada sin agencia y sin poder de decisión.

## ■ Sobre la neutralidad

Es muy importante ser neutral en las conversaciones que se atienden desde el servicio. Esto quiere decir no opinar, no intentar convencer y no insistir. Si el usuario se siente presionado puede ser que reaccione en contra de nuestra opinión y no busque su propio camino. En ocasiones es muy difícil para el profesional tener una idea de lo que más le convendría al usuario y no decirla, ya que es una cuestión que se considera parte de la tarea de «asesorar» al usuario. Cuando se le dice al usuario lo que tiene que hacer, acostumbra a empezar un diálogo inútil entre el usuario y el profesional, en el cual el usuario responde con un «sí, pero», mientras el profesional insiste. Esto, además de ser inútil, es una pérdida de tiempo.

## ■ La demanda del usuario

La persona que llama al servicio por cuestiones relacionadas con las drogas o con problemáticas de salud mental es probable que lo haga motivado por varias cuestiones. Aunque a veces la pregunta sea muy sencilla, en algunas ocasiones detrás de esta primera pregunta habrá otras demandas y cuestiones que la persona quiera resolver y aquella primera pregunta era una puerta de entrada.

En algunas ocasiones la demanda debe descubrirse y es necesario hacerse la pregunta, como profesionales, de qué es lo que ha motivado a la persona a pedir ayuda y por qué contacta en ese momento y cuál es el malestar que motiva la llamada.

Por ese motivo es importante crear una buena comunicación para que el usuario pueda hablar de su realidad, que posiblemente no habrá planteado en el principio de la conversación.

Para aclarar la demanda, puede ser importante preguntar qué situación vive y como lo hace sentir, si tiene algún tipo de duda, si quiere hacer algún cambio y qué tipo de cambio y porqué en este momento o qué o quién lo motiva, si ha habido acontecimientos importantes últimamente, si cuenta con apoyos en este momento o que expectativas tiene.

## ■ La empatía

---

La empatía es la herramienta principal en la comunicación terapéutica. Es una actitud necesaria que se refleja tanto en el lenguaje no verbal (en este caso los silencios, interjecciones, etc..) como en las palabras del profesional y que sirve para comunicar al usuario que su situación y sus preocupaciones son importantes.

La empatía ante los usuarios no debería depender en ningún caso de la cercanía personal que se sienta con la otra persona, recordemos que eso sería el terreno de la comunicación social, no de la terapéutica. La empatía es una herramienta que debe usarse con todas las personas que llaman al servicio.

En casos que pueden darse en esta clase de llamadas como cuando el usuario muestra impaciencia, o da respuestas más o menos desagradables o desconfía del profesional, es fácil dejarse llevar por las reacciones naturales de las conversaciones sociales. Sin embargo, no se debe perder la postura profesional y con ella la empatía debida. En los casos mencionados convendría interpretar esas situaciones desde la urgencia, la desesperación o la angustia que siente la persona que ha llamado al servicio.

Para poder mostrar empatía, el profesional podría intentar pensar en los motivos que llevan a estos comportamientos o respuestas que quizás parezcan que no están ayudando para la mejor comprensión del caso y reconducirlos hacia tratar de entender que es lo que hay detrás de esas respuestas que todavía no ha sido dicho.

Igualmente, en los casos en las que el usuario no se muestra colaborativo, en esos casos sería natural pensar que es inútil esforzarse con una persona que no pone de su parte para arreglar su propio problema, sin embargo es más útil, profesionalmente hablando, preguntarse de qué manera se podría llegar a que la persona cuente que es lo que está sintiendo y de esa manera poder ayudarla.

En los casos que la persona que llama explica que no ha seguido las recomendaciones sobre su salud que le han prescrito, también es fácil pensar en la irresponsabilidad que eso puede suponer, sin embargo, es más productivo y empático pensar en los motivos que le han llevado a no hacerlo y tratar de comprender los mecanismos, sensaciones y pensamientos que han motivado esa conducta.

Podrían ejemplificarse más situaciones similares en las que se le relata al profesional actitudes determinadas que no encajan en lo esperable según la situación desde el punto de vista del profesional o el usuario no muestra la conducta esperada. En todos ellos conviene replantear lo que se está escuchando y reflexionar de dónde vienen esas actitudes. De esa forma conseguiremos mayor cercanía con la persona que llama y podremos ayudarla en mejores condiciones.

## ■ Las emociones

---

Durante las llamadas es posible que quien llame exprese sus emociones y es básico para el profesional poder interpretar estas emociones. La rabia, la ansiedad o la pena son expresiones de alguna perturbación que esté sintiendo la persona y no son necesariamente buenas o malas.

Es importante que quien llame al servicio pueda expresar aquello que siente con libertad, que pueda descargarse de esas emociones y desde esa descarga pueda tomar decisiones con más tranquilidad.

En ese sentido, el profesional debe intentar crear un ambiente propicio para la expresión emocional, donde el usuario se sienta menos solo y aliviado.

Para ello el profesional acepta las emociones del usuario, no las minimiza, no intenta cambiarlas y anima al usuario a hablar de lo que siente, preguntándole cómo lleva su situación, qué preocupaciones tiene y trata de empatizar ante lo que el usuario relata. No sería aconsejable tratar de cambiar estas emociones o tratar de tranquilizar a la persona, puesto que eso sería desanimarlo a seguir con aquello que trata de expresar.

Para ello es interesante usar preguntas abiertas y neutras y no aquellas que puedan responderse con un sí o un

no. De esta manera no se corta el flujo de información que la persona trata de expresar. También es más correcto no apresurarse a hablar cuando el usuario acaba de hablar, dejando un espacio para las emociones que provocan aquello que acaba de decir.

### **Ante la tristeza:**

Las personas que llaman al servicio pueden estar desanimadas y tener pena por razones diversas (familiares, sentimentales, laborales, etc..)

A veces, desde las mejores intenciones, los profesionales tratan de animar a los usuarios interpretando que es lo que la persona, lo que cualquier persona, pretende que hagamos. Sin embargo, diciendo aquellas frases que se acostumbra (anímate, no es para tanto, etc..) no conseguimos levantar el estado de ánimo, al contrario, podemos hacer entender que las emociones que está sintiendo no son válidas y que esa persona se sienta todavía más incomprendida.

En este sentido conviene reconceptualizar la pena y el desánimo y dejar de entenderlas como debilidades o defectos y pasar a pensar en ellas como parte de la misma experiencia humana. Todo el mundo pasa por estos estados.

Lo mejor para la salud física y mental de quienes están transitando por esos estados es expresarlos, idealmente las mejores personas para expresar esos estados y aliviarlos son personas queridas y de confianza, pero esto no siempre puede darse. Por ello, el papel del profesional parte de tener la neutralidad y la empatía necesarias para escuchar el desaliento del usuario y para ello se debe recordar que para aligerar la tristeza hay que expresarla, que las personas necesitan expresar libremente lo que sienten, que probablemente quien usa el servicio no puede expresar su tristeza a nadie más y que en el tiempo de comunicación con el profesional que le atiende es más importante que pueda exteriorizar sus emociones que tu adivines lo que le está pasando.

No se debería pensar que después de haber expresado sus sentimientos el profesional tiene que arreglar o mejorar su situación, el hecho de que el usuario se haya sentido escuchado durante estos minutos de comunicación es la mejor ayuda que se le puede brindar. Después de que lo hayan escuchado se sentirá más aliviado, menos solo y verá su situación de otro modo sin necesidad de intentar cambiar lo que siente. En estos casos se debe escuchar sin minimizar su emoción o tratando de cambiarla, hay que tratar de que el usuario hable de lo que siente y preguntarle por su situación y preocupaciones. Si el usuario llora, no se le debe interrumpir con preguntas, se le debe escuchar en silencio.

### **Ante la rabia:**

La rabia es una emoción como la alegría, la pena o el miedo. Forma parte del ser humano. Pero muchos profesionales están incómodos cuando un usuario expresa rabia porque lo interpretan como un ataque personal. Es importante ponerse en la situación del usuario e imaginarse las razones por las cuales puede sentir rabia, a menudo la rabia no es otra cosa que la expresión del miedo y la fragilidad. Puesto que la vulnerabilidad no está muy vista en muchos contextos culturales, cuando alguien se siente vulnerable a menudo se pone a la defensiva y expresa rabia. El profesional que atiende por teléfono a personas que están expresando rabia, debe pensar de manera terapéutica y recordar que el usuario debe tener sus razones para sentirse así en ese momento y que la rabia es la manera en que está pudiendo expresarse, aunque sea difícil de entender y que en una relación de ayuda no es productivo tomarse personalmente lo que dice el usuario: se está dirigiendo a aquello que el profesional representa.

Como ante cualquier emoción cabe pensar que la rabia no es de por sí negativa, es una emoción más y es bueno que el usuario se descargue, ya que está en su derecho de sentir rabia. En este caso también hay que reforzar la idea de que el usuario no está faltando el respeto (no conoce de nada al profesional), si no que está expresando su malestar.

La rabia acostumbra a ser una expresión indirecta de la soledad, el miedo, la pena, la decepción, la vergüenza y también es a menudo un mecanismo de defensa cuando alguien se siente inseguro.

En las situaciones en las que la persona que llama al servicio expresa rabia, el profesional debe escuchar al usuario

con tranquilidad y leer entre líneas el mensaje que esa persona está queriendo transmitir y entender que lo que está escuchando no es un ataque personal, si no una expresión de malestar.

Para ello al profesional le conviene recordar que siempre es necesario mostrar respeto por el usuario y no ponerse a la defensiva ni tratar de discutir o llevar la contraria.

Aunque parezca contradictorio, cuando un usuario expresa rabia está de hecho abriendo una puerta, invitando al profesional a dialogar. Cuando el usuario parece que nos «lance» su rabia, lo que hace en realidad es lanzar una petición de ayuda hecha desde la desesperación, aunque cuando la rabia continúa hasta el final de la consulta (quizás el usuario no puede o no quiere dejar la rabia), se lo puede invitar a que vuelva a llamar otro día.

### **Ante la angustia:**

Es normal sentir angustia ante lo que desconocemos, de lo que creemos que no podremos controlar y también cuando tenemos que tomar una decisión. Es posible que las personas que pidan información o ayuda por teléfono estén angustiadas por algún tema. En este caso, es importante que el profesional acepte y respete esta angustia. Para saber que podría ayudar al usuario, en cada situación hay que preguntarle a esa persona qué es lo que lo ayudaría a encontrarse mejor y no tratar de rebajar su emoción desde frases hechas desde la perspectiva de la comunicación social que tienden a intentar tranquilizar o minimizar las emociones, ya que posiblemente en este caso también conducirían a que el usuario se sienta incomprendido. El profesional puede pensar que dando información al usuario disminuirá su angustia y, a veces, es así. Pero se debe verificar si el usuario quiere la información o si ya la tiene. No ayuda repetir la misma información una y otra vez, normalmente dar pie o invitar a hablar sobre la situación angustiante consigue mejores efectos que tratar de tranquilizar o insistir.

En los casos en los que se percibe que la persona está angustiada conviene recordar que ante cambios importantes es normal sentir angustia y no se la puede hacer desaparecer sencillamente, hay que aprender a convivir con ella de la forma más cómoda y esa manera suele ser a través de su expresión.

Es cometido del profesional en estos casos, animar al usuario a expresar sus preocupaciones mediante preguntas abiertas y neutras, haciéndole hablar sobre sus inquietudes y temores, pero no se debería infundir falsas esperanzas en las personas que llaman angustiadas. De hecho, no es recomendable, ni posible tener esperanzas hasta que no se ha vivido y expresado la desesperación.

Además, el usuario sabe que cuando decimos cosas como «todo irá bien» no es verdad. No lo podemos garantizar, queremos que sea así, pero no se deben decir frases que el usuario sabe que no son verdad. En ese sentido no se debe tratar de cambiar las emociones de los usuarios, para estar menos preocupado este debe poder expresar lo que siente y piensa. Expresiones para tratar de tranquilizar desde la comunicación social, como 'tranquilo' o 'todo irá bien' solo consiguen que el usuario crea que su malestar nos molesta.

También es importante no intentar que el usuario se distraiga. Si el usuario se quiere distraer de su ansiedad ya lo hará. Pero el profesional le puede ayudar creando un espacio en el cual se pueda descargar.

Por otro lado, conviene tener cuidado con las generalizaciones y las respuestas médicas, porque alejan al profesional del usuario y pueden ser una excusa por no hablar de las dudas y las emociones que hay detrás de la pregunta. Sería más conveniente hablar con el usuario sobre qué estrategias lo ayudarían a encontrarse mejor.

### **■ Las emociones del profesional**

Para poder afrontar las emociones del usuario es importante también establecer un espacio para hablar de aquello que afecta al profesional, para examinar sus propias emociones. A menudo el profesional trabaja con situaciones difíciles

que lo pueden afectar emocionalmente y es necesario disponer de un espacio (idealmente supervisado por un especialista) donde poder expresar lo que ha sucedido y como se ha reaccionado. Este espacio y esta reflexión son esenciales, no solo por una atención de calidad, sino también para mejorar el bienestar del profesional y su satisfacción laboral.

## Objetivos

Es necesario que el servicio tenga claro cuáles son sus objetivos y que todos los profesionales los asuman como parte de la organización cada vez que atienden a alguien.

Los objetivos del asesoramiento por teléfono son que el usuario:

- No se encuentre solo ante sus dudas o dificultades.
- Que se encuentre acompañado en el proceso de pensar y tomar decisiones.
- Que pueda obtener la información que busca.
- Que el usuario entienda que tomar decisiones es mucho más complejo que el hecho solo de estar informado.
- Contener en crisis. Intervenir para minimizar el riesgo de un desenlace de alto riesgo para la persona o quienes le rodean.
- Derivar a los servicios adecuados cuando sea necesario.

## Las expectativas

Es importante que el profesional reflexione sobre las dificultades de cambiar y que tenga expectativas razonables y realistas respecto a los usuarios. Además, es frecuente que los cambios que esperemos que haga el usuario no estén dentro de sus prioridades. Es frecuente que los profesionales sociosanitarios centren su intervención a dar información e intentar convencer. La información es solo una parte pequeña de todo el proceso e intentar convencer es contraproducente, porque crea tensión en la comunicación con el usuario y refuerza sus defensas y resistencias. Lo más importante es que el usuario, en lugar de ponerse a la defensiva con los consejos del profesional, pueda darse cuenta de lo que piensa y de lo que siente. Para conseguirlo, hace falta que el profesional ni imponga ni insista.

## 6. Conclusiones y recomendaciones.

Para la atención terapéutica telefónica a personas que atraviesan crisis de salud mental y/o que presentan usos y consumos problemáticos de drogas es importante que, previamente, el profesional haya revisado sus ideas, concepciones y prejuicios respecto a consideraciones culturales, de clase, de género y sobre el consumo de drogas y los trastornos asociados y también ha de pensar en la atención que ofrecerá a los familiares y amigos de estos, así como en aquellos usuarios más 'difíciles' o de trato más disruptivo, para tener una idea clara de cómo pueden afectar estas consideraciones a su relación con el usuario y en todo caso mitigar las afectaciones negativas. También será básico como punto de partida reflexionar como servicio y entre los miembros del equipo de atención, sobre qué información se puede dar al usuario sobre uno mismo y sobre el servicio, y sobre qué datos se deben pedir a la persona usuaria.

Al recibir una llamada telefónica es necesario que el profesional reflexione sobre qué le provoca la interacción con el usuario y el caso que está atendiendo, qué emociones y pensamientos le despierta, como puede todo esto influir en la relación con la persona que llama. También debe distinguir sus pensamientos y emociones de los del usuario en el sentido de poner una distancia objetiva y netamente profesional en su desempeño. Durante la llamada el profesional tiene que reflexionar sobre la consulta que le hace la persona usuaria enfocándose en aquello que se le esté preguntando y en las necesidades que detecta detrás de la pregunta inicial. Es clave que analice qué es importante tener en cuenta en ese caso y sobre todo qué siente el usuario y qué necesita. Ese análisis introspectivo y sobre la profundidad de la intervención que se está produciendo debe facilitar la comunicación orientada a recoger la demanda, para comprobar que se ha entendido bien el usuario, a hacer preguntas que ayuden a la persona a aclarar su situación y a escucharse a sí misma, dando espacio al usuario, respetando y teniendo en cuenta sus prioridades, sus objetivos, su ritmo y sus emociones.

La finalidad última es ayudar a la persona a encontrar sus propios recursos y que reflexione sobre las diferentes posibilidades de las que dispone, ofreciendo información o una derivación que se ajuste siempre a las prioridades y necesidades del usuario. El profesional debe ser consciente de que su labor es ofrecer un espacio de atención, contención y escucha, donde lo más importante es que quien llame se sienta menos solo y acompañado.

Acompañar no debe significar dirigir o insistir. La empatía en estas intervenciones será un elemento básico para comprender cómo se siente esa persona que llama y encontrar la manera de brindar una atención profesional, equilibrada entre el ofrecimiento de una información objetiva y un espacio de apertura emocional, donde la persona esté cómoda y no se sienta juzgada.

Otro concepto importante es el de evitar educar a las personas, recordemos que muchas de las personas ya tendrán cierta información sobre aspectos más o menos sabidos sobre las condiciones que les provocan malestar. Está bien y es profesional desterrar mitos y preconcepciones sobre aquello que rodea a las cuestiones relacionadas con la salud mental, pero siempre recordando que cada persona proviene de un entorno particular y puede no compartir las mismas perspectivas culturales que el profesional.

En ese sentido, el profesional debe recordar que la línea de atención telefónica debe servir para acompañar y ser de ayuda, no para juzgar. En todo caso lo importante será centrarse en la parte emocional de la experiencia que vive el usuario y para ello el profesional hablará y hará hablar al usuario para que este se sienta escuchado y comprendido.

Por último, es deber del profesional pensar en términos de eficacia, reflexionar sobre qué es lo que más puede ayudar a la persona que llama, aquello que le contenga y le dure. Normalmente el hecho de encontrar a alguien que escuche y atiende, que dé espacios para la expresión emocional es lo que cualquier persona necesita y busca. Debemos pensar que muchas veces quienes llaman al servicio no disponen en su entorno, por los motivos que sea, familiares, amigos o personas afines que puedan brindar esos espacios.

## ■ Recomendaciones

Estas recomendaciones basadas en buenas prácticas<sup>9</sup> se encaminan a reforzar que las intervenciones sean eficaces, es decir que resulten siendo de ayuda para las personas que llaman al servicio poniendo el acento en la parte emocional de la experiencia.

Para ello desglosaremos brevemente algunos aspectos importantes de la comunicación terapéutica en la atención telefónica:

- Las preguntas que haga el profesional deben ser abiertas ya que alientan al usuario a expresarse libremente, mientras que las cerradas, aquellas que se responden con un sí o un no, interrumpen el flujo de la conversación.
- Las preguntas del profesional deben ser neutras. No es eficaz imponer al usuario lo que debería hacer y pueden llevar a la confrontación. Las preguntas neutras dejan al usuario libre para decidir, pensar y sentir.
- A medida que el usuario, animado por las preguntas abiertas y neutras del profesional, va conociendo su situación, se da cuenta de qué significa para él cada cuestión y va definiendo sus dificultades, la tarea del profesional es mostrarle comprensión y empatía.
- Ante las dificultades que el usuario identifica, el profesional no le aporta soluciones, sino que lo anima a aclarar aquello que siente en aquella situación, pensar en opciones posibles y dejar tiempo para pensar en las opciones antes de probarlas.
- Ofrecer información y ayuda. La información no se impone, se ofrece y se respeta la voluntad y los derechos del usuario. Es importante alentar al usuario a opinar siendo contraproducente discutir con el usuario como ve su situación, su verdad, o empujarlo a hacer una cosa u otra. Esto bloqueará la comunicación y estropeará la relación de ayuda.
- Cuando hay información que podría ayudar al usuario cabría asegurarse que sea información que no tiene y que este quiera escucharla o leerla. En lugar de dar la información, esta se debe ofrecer.
- Se deben ofrecer alternativas. La responsabilidad de la comunicación es del profesional, pero la responsabilidad de lo que el usuario haga, o no haga, es del usuario mismo. Lo que sí se puede hacer es ayudar a la persona a explorar sus recursos y a ver las alternativas diferentes que tiene. Cuando una persona se encuentra en una situación difícil, de sufrimiento, o de miedo, le puede ser mucho más difícil ver las alternativas.
- Para ayudar al usuario a cambiar de hábitos, se lo tiene que acompañar en su reflexión, no es deber del profesional educarlo.
- En ocasiones el contacto es con una persona preocupada por un familiar suyo. En esta situación es importante tener en cuenta que cada familia tiene su dinámica propia y el profesional no puede ponerse del lado de un familiar o del otro. El profesional debe ser neutro y no tiene que juzgar la relación entre familiares. Se debe vigilar no culpabilizar a la persona que nos llama de su relación con el familiar del cual nos habla. En estos casos el profesional debería investigar cómo se encuentra la persona que llama, más que preocuparse por lo que hace o deja de hacer el familiar del cual nos habla. Hay que recordar que si podemos ayudar a la persona que ha llamado a sentirse mejor, más comprendida y menos sola, esto mejorará la dinámica de su familia, aliviando parte de la tensión que pueda haber.
- A menudo, el asesoramiento telefónico es un primer paso hacia otros recursos. Una de las funciones del servicio es derivar al usuario hacia otros servicios cuando esto sea necesario. A la hora de derivar es importante no imponer sino ofrecer la información o la derivación correspondiente y asegurarnos que la derivación se ajusta a las necesidades del usuario y no a aquello que el profesional piensa que necesita. Derivar es una opción secundaria, lo más importante es escuchar y atender al usuario. No tiene que ser una alternativa para sacarnos de encima al usuario, sino porque es lo más adecuado para él.

<sup>9</sup> Fesat, 2016 <https://health.maryland.gov/bha/Documents/FESAT%20Drug%20Hotline%20best%20practices.pdf>

- Es importante acabar la conversación de manera personalizada y con delicadeza independientemente de cómo haya sido la comunicación, no con una fórmula general que sirva para todo el mundo, sino con algo más personal y dejar abierta la posibilidad de volver a contactar o de continuar la relación.
- Una vez acabado el contacto, es clave reflexionar sobre lo que haya resultado difícil y revisar si se ha podido atender al usuario teniendo en cuenta sus necesidades, objetivos y emociones. Se debe reflexionar sobre cómo nos ha afectado y buscar un espacio para poder hablar cuando sea necesario.

# Referencias bibliográficas

1. *American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) (5th ed., text rev.)*
  2. *Budney, A. J., & Hughes, J. R. (2006). The cannabis withdrawal syndrome. Current Drug Abuse Reviews, 1(2), 135-143.*
  3. *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2013) Informe anual. EMCDDA.*
  4. *Hser, Y. I., Longshore, D., & Anglin, M. D. (2007). The life course perspective on drug use: a conceptual framework for understanding drug use trajectories. Evaluation review, 31*
  5. *Hoaken PN, Stewart SH. (2003) Drugs of Abuse and the Elicitation of Human Aggressive Behavior. Addict Behav. 31*
  6. *López, R., & García, D. (2021). El auge de la "H" en Ecuador: Un análisis del impacto social y sanitario de las drogas adulteradas. Revista de Salud Pública y Drogas, 13(2), 107-118.*
  7. *Lupien, S. J., Maheu, F., & Tu, M. (2007). The effects of stress and glucocorticoids on brain function and behavior. Annals of the New York Academy of Sciences, 1032(1), 35-45.*
  8. *Martínez Oró ORÓ, D.P. (2015). SIN PASARSE DE LA RAYA La normalización de los consumos de drogas. Ed. Bellaterra.*
  9. *Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2022) Informe 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.*
  10. *Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1993). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. Journal of Addictions Nursing, 5.*
  11. *Reina, R., Casabella, C., Olmos Kutscherauer, D., Carini, F., Garay, C., Goldberg, A., Marchena, M. C., Sarubbio, M., Meschini, M. J., Ferrari, K., Pedace, M., & Bottaia, S. (2017). Manejo del síndrome de abstinencia alcohólica en los pacientes críticos. Revisión de la literatura. Revista Argentina de Terapia Intensiva, 34(2), 1-12*
  12. *Rost, M. (2002) Teaching and Researching Listening. Pearson education.*
  13. *Rogers, K., Kinget, M. (1962) Psicoterapia y relaciones humanas, Teoría y práctica de la terapia no directiva. Alfa-guara.*
  14. *Sánchez-Hervás, E., Molina-Rodríguez, N., del Olmo-Arriero, R., Tomás-Rodríguez, V., & Morales-Asencio, E. (2001). Craving y adicción a drogas. Trastornos Adictivos, 3(4), 237-243*
  15. *Szasz, T. (1992) Our right to drugs. The Case for a free market. Praeger.*
  16. *World Health Organization (WHO). (2022) Violence Against Women. WHO.*
  17. *Zinberg, N.E (1984) Drug, Set, and Setting. The Basis for Controlled Intoxicant Use. Yale University Press*
- OMS 2016 International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250239/9789241549790-eng.pdf?sequence=1>*
- OMS 2022 Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/374250>*
- Chesa Vela, D., Elías Abadías, M., Fernández Vidal, E., Izquierdo Munuera, E. y Sitjas Carvacho, M. (2004). El craving, un componente esencial en la abstinencia. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 24(89), 91-108.*
- Marlatt, G. A. y Donovan, D. M. (Eds.). (2005). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors (2nd ed.). Guilford Press.*

- Fernández Hermida, J. R., Secades Villa, R. y García Rodríguez, O. (2002).* Eficacia y prevención de recaídas en drogodependencias. Santiago de Compostela: Editorial Compostela / Proyecto Hombre. Recuperado de [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abuso/Articulos/Eficacia%20y%20prevencion%20de%20recaidas.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Eficacia%20y%20prevencion%20de%20recaidas.pdf)
- Becoña, E. y Cortés, M. (coord.) (2008).* Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Socidrogalcohol. <https://socidrogalcohol.org/wp-content/Pdf/publicaciones/manuales-guias/Guia-clinica-de-intervencion-psicologica-en-adicciones,-Elisardo-Becona,-Maite-Cortes,-2008.pdf>
- Martínez López, J. F., Martín Páez, A., Valero Sánchez, M., y Salguero Piedras, M. (s.f.).* Síndrome de abstinencia. Hospital Regional Carlos Haya, Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. <http://www.cij.gob.mx/tratamiento/pages/pdf/SINDROMESDEABSTINENCIA.pdf>