

Título Neuropsicología de las adicciones

Tipo de Producto Material Didáctico

Autores Papaleo, Pedro Ricardo & Schlingmann, Flavia

Código del Proyecto y Título del Proyecto

A17S21 - Factores de protección y de riesgo en adolescentes con consumo problemático de sustancias

Responsable del Proyecto

Papaleo, Pedro Ricardo

Línea

Psicología Educativa y del Desarrollo

Área Temática

Psicología

Fecha

2017

INSOD

Instituto de Ciencias Sociales y Disciplinas
Proyectuales

UADE 

Neuropsicología de la adicción .

Dr. Pedro Ricardo Papaleo

Mg. Flavia Shlingman

ADICCIONES

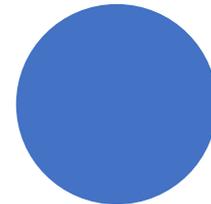


UADE
UNA GRAN UNIVERSIDAD



- **Adicción:** Conducta caracterizada por el uso repetido de una sustancia y/o conducta que directa o indirectamente modifica el medio interno -cambios neuroquímicos y de actividad neuronal- de manera que se produce un **reforzamiento** inmediato, pero cuyos efectos negativos a largo plazo son dañinos o provocan un deterioro significativo en la persona.

DEFINICIÓN: PERSPECTIVA PSICOLÓGICA



¿Por qué las personas se drogan?

- Plantean que las drogas les hace sentir bien (refuerzo positivo) o porque les ayudan a reducir o eliminar la experiencia de sentirse mal (refuerzo negativo), y en determinados momentos son la mejor (o la única) de las opciones disponibles.
- Todo remite al concepto de **HÁBITO**: costumbre o práctica adquirida por la frecuencia de repetición de un acto.

CRAVING (DESEO COMPULSIVO)

- : estado afectivo que puede ser inducido en consumidores de drogas por la exposición a la propia droga o a señales asociadas a ella, o por señales internas de estrés, incluso tras períodos prolongados de abstinencia.
- **IMPULSIVIDAD**: conductas irreflexivas orientadas a obtener una gratificación (refuerzo positivo) inmediatas sin cálculo de consecuencias futuras, que es **egosintónica** (el individuo desea sentir placer)
- **COMPULSIVIDAD**: conductas orientadas a reducir un estado de malestar (refuerzo negativo), que pueden ser **egodistónicas** (el individuo desearía no hacerlo) y provocan una emoción negativa (culpa).



(SUSTRATO GENERAL DE LA ADICCIÓN)



Adicción

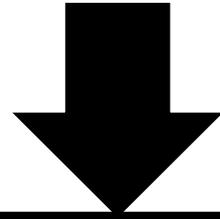
- Complejo entramado biopsicosocial, que afecta a los individuos, familias y sociedades.
- Síndrome psicológico y conductual con 4 características fundamentales:
 - 1. Pérdida de control sobre el uso de sustancias
 - 2. Compulsión a buscar ingerir drogas
 - 3. Persistencia de consumo de sustancias a pesar del daño
 - 4. estado emocional negativo cuando no hay acceso a la droga.
- La Asociación Médica Americana ha definido la Adicción como “un trastorno crónico caracterizado por el uso compulsivo de sustancias que causan daño físico, psicológico y social a los adictos, quienes a pesar del daño, continúan consumiéndolas”

Tipos de sustancias:

- **DEPRESORAS:** alcohol, opiáceos, ansiolíticos, hipnóticos, solventes.
- **ESTIMULANTES:** cocaína, pasta base, los menores: nicotina, xantinas, cafeína.
- **ENTEÓGENOS-ALUCINÓGENOS:** derivados del cannabis, LSD, hongos psilocybes, floripón.



¿Qué hace que algunos sujetos tomen contacto con las drogas y persistan en la conducta a pesar de que saben que las consecuencias serán negativas y perjudiciales?



Durante décadas se pensó en la existencia de un **trastorno mental, moral o social**. Sin embargo, durante la **primera década del siglo XXI**, se acumuló información sobre alteraciones en el funcionamiento del sistema nervioso central que darían cuenta de la conducta adictiva, y modifican los mecanismos de toma de decisiones. Además, también hay:



CANNABIS



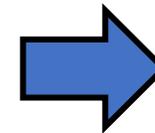
Uso persistente:

- *mal rendimiento en tareas neuropsicológicas.
- *cambios en el estado mental subjetivo
- *cambios en el funcionamiento cerebral y el rendimiento neurocognitivo



una vez alcanzada la abstinencia, pueden persistir (aunque en la mayor parte de los casos son leves).
Un estudio reciente contradice estos resultados e incluye una variable de gran interés para la clínica: **la edad de inicio del consumo.**

Cannabis: en la mayoría de las publicaciones no se evidencian cambios estructurales cerebrales en los consumidores.



**ESTUDIO REALIZADO
EN 2007.**



OPIÁCEOS



Consumo crónico:

- *déficits en atención
- *concentración
- *habilidades visuoespaciales
- *velocidad psicomotriz
- *riesgo de **infarto cerebral y aneurismas.**



COCAÍNA



La mayor parte de los estudios coinciden en encontrar déficits importantes en varios dominios cognitivos en personas con adicción a la cocaína:

- *rendimiento atencional**
- *funcionamiento ejecutivo**
- *memoria verbal como visual, entre otros.**

No obstante,

también se encuentran indicios de que el consumo de esta droga mejora el rendimiento en ciertas tareas simples del tipo visomotor.

Consumo Problemático

ALCOHOL

- El término Consumo Episódico Excesivo de alcohol (Binge Drinking) se utiliza de manera sinónima con el concepto de Consumo Intensivo de Alcohol (C.I.A.).
- Se define C.I.A. como: “consumo de 60 ó más gramos de alcohol en varones y de 40 o más gramos en mujeres, concentrado en una sesión de consumo (habitualmente 4-6 horas), durante la que se mantiene un cierto nivel de intoxicación”.

“Previas”

- Hoy por hoy la modalidad de consumo en adolescentes, consiste en un consumo excesivo de alcohol en breve periodo de tiempo. Se realiza los fines de semana, en ámbitos nocturnos con fines recreativos.
- Este tipo de consumo, que se ha denominado “Previas” o Consumo excesivo episódico, es también utilizado por los jóvenes, con fines tóxicos para modificar sus conductas, humor o percepción.
- El 30% de los bebedores de alcohol se emborrachan al menos 1 vez al mes, en los fines de semana, pudiendo convertirse en hábito



ALCOHOL



Su abuso:

* **encefalopatía de Wernicke:** tipo específico de daño cerebral agudo relacionado con el **déficit de vitamina B**, que provoca lesiones en el tálamo, el hipotálamo y la red frontocerebelar; esta última es la que parece explicar los problemas motores clásicos que se observan en los alcohólicos. Si el abuso persiste, este cuadro puede acabar convirtiéndose en un complejo de **síndrome de Kósov** que cursa con amnesia anterógrada severa y fabulaciones.

* **Pérdida del volumen cerebral general**



OTROS ESTIMULANTES:



Se incluyen: **anfetaminas y derivados**, así como la **cafeína la nicotina o el metilfenidato**.

Comparten:

*alteraciones en la toma de decisiones, conducta impulsiva y alteraciones en las funciones ejecutivas.



El paradigma de la enfermedad

Este paradigma supone que existen personas que nacen con una predisposición a hacer un uso problemático/dependiente de las drogas. Por ende, si prueban las drogas, desarrollarán seguramente una dependencia. Esa dependencia constituye en última instancia una enfermedad de la voluntad que impedirá que puedan hacer un uso normal (“regulado, no problemático”) de esa droga. Por ende si ya hay predisposición el probar la droga ya los hace dependientes.

El paradigma del aprendizaje social

Este paradigma -por el contrario- expone que las personas no nacen sino que se hacen dependientes de las drogas. Que la gran mayoría de las personas no desarrollarán consumos dependientes ni de las drogas legales ni de las ilegales. Y que las personas aprenden a vincularse de determinadas formas con las drogas y, por lo tanto, podrán (potencialmente) también modificar esos vínculos por otros nuevos.

Adolescentes

C.E.E.A.

Neurociencias

- Los adolescentes atraviesan cambios que aumentan las conductas de riesgo, experimentación e impulsividad. El consumo problemático de alcohol está vinculado a un conjunto de alteraciones en la toma de decisiones vinculadas a todos los recursos o habilidades que están desarrollándose.
- Las neurociencias han evidenciado que en esta etapa se producen cambios en la neuroplasticidad que son esenciales para el desarrollo de funciones cognitivas, emocionales y comportamentales que permitan alcanzar las capacidades del joven.
- Esta maduración se ve alterada por el consumo de sustancias generando una alteración en los circuitos cerebrales de recompensa y de control e inhibición.

Consumo de drogas en la ADOLESCENCIA

-Se produce una alteración en el sistema de recompensa, cambios motivacionales que dirigen la toma de decisiones equivocadas desde la inmediatez , rompiendo nociones del sentido de la realidad.

-Surgen Marcadores somáticos , ligados al placer del consumo de drogas .

-La estimulación desde la pubertad del sistema de recompensa altera la toma de decisiones . Ponderando la recompensa inmediata ignorando las consecuencias futuras.

ADICCIONES COMPORTAMENTALES: ADICCIONES SIN SUSTANCIA.

Subyace un proceso cerebral unitario: al no haber una sustancia implicada, el **elemento reforzante va implícito en la propia conducta**, lo que **favorece su repetición y automatización**.

Diversos estudios encuentran alteraciones neuropsicológicas similares a las de adictos a sustancias de jugadores patológicos, adictos a internet, adictos a la comida, e incluso en conductas tenidas por *normales*, como el enamoramiento romántico, hasta el punto de que las vías cerebrales implicadas en el enamoramiento y la ruptura amorosa, son las mismas que en la adicción a sustancias, como la cocaína o el alcohol.

NEUROBIOLOGÍA DEL USO, EL ABUSO Y LA ADICCIÓN A DROGAS

- **FASE DE USO:** iniciación al consumo o al uso recreativo de la sustancia; se experimentan los efectos placenteros del consumo y la activación del sistema de recompensa cerebral. En esta fase el usuario no es adicto pero más adelante puede llegar a serlo.
- **FASE DE ABUSO:** consumo recurrente de la sustancia, a pesar de percibirla como algo dañino, y de incrementar el riesgo de que se produzcan efectos adversos en los planos personal, laboral o social. Comienzan a producirse diversas neuroadaptaciones cerebrales que suponen que el sujeto ha desarrollado una adicción.
- **FASE DE DEPENDENCIA O ADICCIÓN:** supone la consolidación de múltiples y complejas neuroadaptaciones que van a mantenerse a largo plazo.

NEUROADAPTACIONES DE LA ADICCIÓN

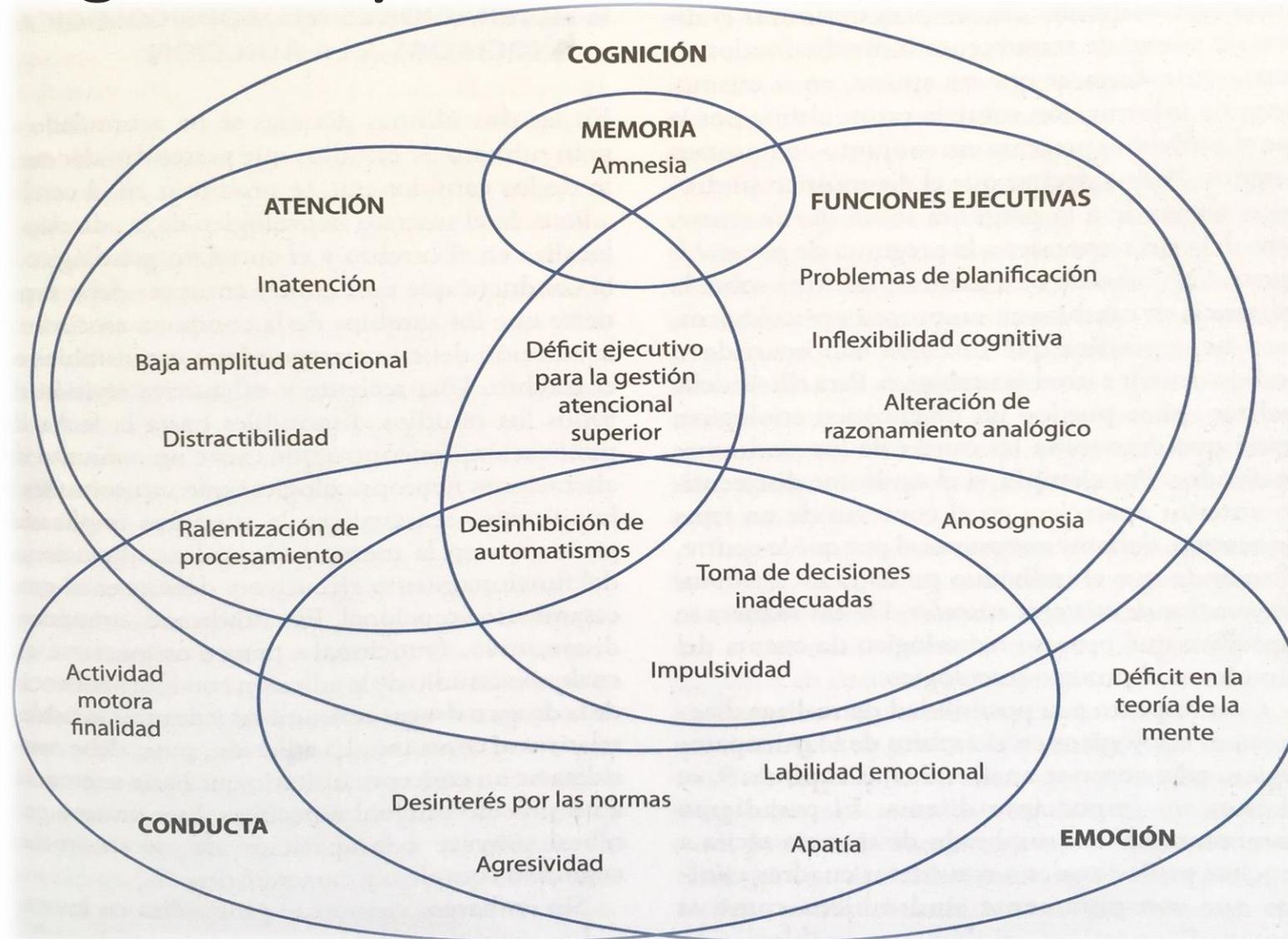
- 1) El consumidor busca las drogas por el placer.
- 2) El mantenimiento de la adicción se explica no por el placer, sino para evitar la sintomatología negativa de la abstinencia: ansiedad o anhedonia.
- 3) Retirada de la droga: **ABSTINENCIA:** El descenso de por ejemplo la dopamina, la serotonina, los opioides y el GABA generan un estado negativo caracterizado por sensaciones dolorosas (opioides), estados de ansiedad (GABA) y disforia (dopamina y serotonina)
- 4) **TOLERANCIA:** menor sensibilidad a los efectos inducidos por la droga, que aparece gradualmente tras el consumo de la sustancia adictiva, lo que lleva al individuo a incrementar la dosis de ésta para obtener los mismos efectos que tras los primeros consumos.
- 5) **SENSIBILIZACIÓN:** aumento progresivo y persistente de algún efecto producido por las drogas.

PROCESO DE ADICCIÓN

FASES	FRECUENCIA	INTENSIDAD	CONDUCTA	SISTEMAS IMPLICADOS	APRENDIZAJE PROCEDIMENTAL
USO	CONSUMO RECREATIVO	EXCEPCIONAL	REFLEXIVA	Activación del sistema de recompensa	Se activa como respuesta a un estímulo específico
ABUSO	CONSUMO RECURRENTE	IMPULSIVO	IRREFLEXIVA	Comienzan a producirse neuroadaptaciones	Sin control activo o atención por parte del sujeto
DEPENDENCIA	CONSUMO SIN CONTROL	COMPULSIVO	AUTOMATIZADA	Consolidación de múltiples y complejas neuroadaptaciones (LP)	Las habilidades motoras de la adicción permanecerán para siempre en el sistema del adicto



Principales síndromes comportamentales, cognitivos y emocionales en la adicción



INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN LA ADICCIÓN

¿Qué puede ayudar al sujeto adicto?

- ✓ Entrevista motivacional
- ✓ Programas de manejo de contingencias
- ✓ Terapia

Problema o falla

- X Demandar recursos cognitivos que el paciente no posee y no puede invertir
- X Culpabilidad que favorece la adicción
- X Efecto de la propia adicción
- X Incremento del estrés psicosocial por la adicción

Rehabilitación neuropsicológica

*
Existe una dificultad en la recompensa

* El consumo crónico tiene consecuencias cada vez más evidentes:

- **Alteración del control inhibitorio**
- **Alteración en la toma de decisiones**
- **Alteración en el control emocional**

* La mayoría de los abordajes implican que la persona aprenda información relevante, la interiorice, organice y cambie su patrón de conducta según la información recibida.

* Recaídas

* Abandono de terapia



REHABILITACIÓN:

conjunto de estrategias para que el paciente pueda mejorar su capacidad y tener una mejor calidad de vida.

RESTAURACIÓN

- a) Estimulación de las funciones cognitivas
- b) Destinadas a conseguir que la función se desarrolle normalmente

SUSTITUCIÓN

- a) Entrenamiento de habilidades preservadas
- b) Destinadas a conseguir un nivel de desempeño familiar previo

COMPENSACIÓN

- a) Entrenamiento de estrategias que sustituyen a las funciones afectadas por medio de la adaptación
- b) Destinada a conseguir un nivel de desempeño lo más parecido posible al previo



PRINCIPIOS DE REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

- 1) Se debe prestar atención al conocimiento de la personalidad y estilo de vida del paciente
- 2) Hay que conocer la naturaleza y extensión de las alteraciones para diseñar la intervención
- 3) Se debe efectuar un trazado según la alteración y su naturaleza
- 4) Prestar atención a los problemas en el desenvolvimiento cotidiano (puntos débiles y fuertes)
- 5) Tener atención en los problemas cognitivos , emocionales, psicosociales y comportamentales
- 6) Se tiene mejores resultados si se negocia con la familia y el paciente

FACTORES DE RIESGO

Individuo:

- *Auto concepto bajo
- *Indefensión aprendida
- *Impulsividad
- *Agresividad
- *Dificultades para la toma de decisiones y resolución de problemas

Sociedad:

- *Entorno social desfavorecido
- *Nivel socioeconómico bajo
- *Discreción social
- *Excesivo individualismo y consumismo

Escuela:

- *Bajo rendimiento escolar
- *Conflictos con el profesorado, expulsiones
- *Cambios de centros
- *Conflictos educativos entre padre y profesor
- *Absentismo escolar
- *Estilo excesivamente autoritario o permisivo

Grupo de iguales:

- *Dependencia del grupo de iguales
- *Presión del grupo
- *Modelos consumidores o conflictivos

Familia:

- *Reestructuración familiar, conflictos frecuentes
- *Estilo educativo excesivamente autoritario o permisivo
- *Modelos consumidores de sustancias
- *Fallecimiento/ausencia de uno de los progenitores
- *Falta de comunicación y de negociación
- *Falta de reconocimiento y refuerzo



FACTORES DE PROTECCIÓN

Familia:

- * Modelos saludables
- * Estilo educativo autorizado
- * Núcleo familiar estable
- * Normas claras, razonables y consistentes

Escuela:

- * Buen rendimiento escolar
- * Asistencia continua
- * Modelo positivo por parte del profesorado

Grupo de iguales:

- * Modelos saludables dentro del grupo
- * Respeto por las decisiones individuales

Sociedad:

- * Cooperación y cohesión comunitaria
- * Definición real de las necesidades
- * Promoción de la salud

Individuo:

- * Adecuada autoestima
- * Autocontrol
- * Habilidades sociales
- * Toma de decisiones adecuadas



Factores de riesgo

- Desconocimiento de riesgos*
- Información inadecuada*
- Facilidad para acceder a las sustancias legales e ilegales*
- Inicio de consumo temprano*
- Pertenencia a grupos con consumo inadecuado*
- Poca preocupación*
- Diversión, placer y experimentación*
- “Previas”*

Factores de Riesgo y Protección

Prevención

- Conocer cómo los factores de riesgo o de protección intervienen en la vida de los adolescentes, nos va a permitir a los profesionales de la salud pensar los diversos abordajes preventivos.
- Promoviendo estilos de vida saludables, educando en valores y advirtiendo sobre los riesgos para la salud del consumo de alcohol en la adolescencia.
- Para hacer prevención primaria tendríamos que dirigir nuestros esfuerzos en que los jóvenes se inicien lo más tarde posible en el consumo. Sobre los consumos ocasionales sería necesario evitar que se conviertan en consumo problemático, a nivel de prevención secundaria.

Políticas Públicas

- El cambio cultural que ha generado la modalidad de consumo episódico excesivo requiere además, de la definición de políticas públicas que generen conciencia social sobre esta problemática implicando a la sociedad, a la escuela y las familias para revertir el riesgo sobre el consumo problemático de alcohol.

Modelo ético jurídico

- La farmacodependencia se plantea como un problema estrictamente legal. Divide a las drogas en lícitas e ilícitas, las ilícitas son sujetas al control.*
- La droga se presenta como el efecto activo que afecta a un individuo, las acciones preventivas pueden ser: represión del narcotráfico, establecimiento de comercios y acuerdos contra la lucha de drogas. Soluciones: penalizar a quien consume y al vendedor, que no esté al alcance económico y que esté distante.*

Modelo médico sanitario

- Ve a la farmacodependencia como un problema médico dentro del enfoque tradicional. Se fundamenta en estrategias preventivas y remediales.*
- Soluciones que ofrece: informar sobre el daño que ocasionan las drogas, educar para evitar el consumo, desarrollar en los jóvenes una buena autoestima y alcanzar la presión social.*

Modelo psicosocial

- Ve a la farmacodependencia como una forma de trastorno de la conducta que satisface alguna necesidad del individuo.*
- Soluciones: estrategias preventivas asociadas con la salud y aprovechamiento del tiempo libre.*

Modelo sociocultural

- Ve a la farmacodependencia de acuerdo a las condiciones sociales como la pobreza, las migraciones, la urbanización, la industrialización, etc.*
- La solución que ofrecen es mejorar la forma de vida y el apoyo comunitario como por ejemplo mejorando los servicios públicos.*

Modelo integrativo

Informan sobre el daño que ocasionan las drogas, educan con valores y en destrezas sociales, promocionan estilos de vida saludables y el aprovechamiento del tiempo libre, tienen acciones preventivas para evitar el consumo y apoya al desarrollo comunitario.

LAS CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS DE LA PSICOPATOLOGÍA

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD:

“Clasificación Internacional de las Enfermedades y de los Problemas de Salud Relacionados”

Desarrollada y revisada por



AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION:

“Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”

Su finalidad:

*agrupar conocimientos sobre los trastornos psicopatológicos

*favorecer así la comunicación entre los científicos y los clínicos, homogeneizando los criterios entre las distintas disciplinas. Con el tiempo, han comenzado a ser mal utilizadas, ya que pasaron a definir verdaderas enfermedades, cuando en realidad su objetivo es describir provisionalmente ciertos trastornos observables.

¿ENFERMEDADES O TRASTORNOS?

se necesita del conocimiento del agente etiológico que la produce

son una clasificación categorial no excluyente, basada en criterios, con rasgos definitorios, pero no tienen una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto

cualquiera sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica.

MANIFESTACIONES PSICOPATOLÓGICAS ASOCIADAS A LA ADICCIÓN

Trastornos por uso de sustancias diferentes de la principal:

La mayor parte de consumidores de drogas no se limitan a usar una sola sustancia, y en ocasiones es difícil detectar cuál es la sustancia principal (policonsumo): **se debe realizar un análisis funcional de la conducta para establecer el rol que desempeña cada sustancia en el sujeto.** Por ejemplo, existen consumidores adictos a la cocaína que dicen ser capaces de no consumirla si no se produce antes un consumo de alcohol, pero una vez iniciado este, automáticamente se genera el deseo de consumir cocaína.



Trastornos del estado de animo:

*estados anímicos negativos pueden favorecer el consumo de sustancias para reducir el malestar mediante la evitación o el escape

*consumir alguna sustancia puede generar estados de ánimo negativos a causa de un efecto agudo o asociado al deseo compulsivo del consumo

*las diferentes situaciones asociadas a las conductas adictivas pueden inducir a estados depresivos o malestar (como la dificultad para obtener droga, o el ambiente en el que se encuentra el sujeto, etc.).

*influencia del estrés psicosocial

Es importante realizar un preciso análisis de la conducta para detectar qué papel desempeña la droga en el sujeto y en su estado anímico

Trastornos Psicóticos:

ESQUIZOFRENIA: es difícil detectar si este trastorno psicótico precede a la adicción o si fue consecuencia de ella.

CANNABIS: puede influir en el desarrollo de trastornos psicóticos en sujetos que estén predispuestos genéticamente, o también en el deterioro de la evolución de aquellos pacientes que los presenten, y sigan consumiendo esta sustancia, la cual suele **exacerbarlos e incrementar la frecuencia de brotes psicóticos.**



Trastornos de la Personalidad:

No son considerados patologías clínicas, sino **condiciones estables que caracterizan al individuo a partir de la adolescencia o del inicio de la juventud**. Se manifiesta en dos de las áreas: cognición, afectividad, actividad interpersonal, o control de impulsos. Se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales, provoca malestar significativo o deterioro social, o de otros aspectos de la vida del sujeto. **Se encuentra una alta prevalencia de estos trastornos en individuos adictos a sustancias, especialmente el trastorno antisocial y trastorno límite de personalidad.**





Trastorno por déficit de atención e hiperactividad:

Es una categoría creada en un principio para describir a los niños **con dificultades para adaptarse a diferentes entornos** : se mostraban incapaces de mantener la atención, se distraían con facilidad ante cualquier estímulo novedoso y mantenían una intensa y persistente actividad motora.

TRES RASGOS DISTINTIVOS: INATENCIÓN, HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD.



TDAH

CRÍTICA: abusos que se han cometido en la prescripción de fármacos para el control de niños con conductas fuera de las normas.

estudios descubrieron que un fármaco que se les recetaba a los niños que padecían estos trastornos **(metilfenidato), incrementaba el TDAH en adultos:**

MUJERES: déficit de atención sin hiperactividad, teniendo dificultad para enfocarse en los estímulos

HOMBRES: hiperactividad o ADD, en el cual se encuentra en estado de alerta a cualquier estímulo, teniendo dificultades para conectarse con situaciones complicadas o de mucha reflexión.

PERSPECTIVA NEUROFISIOLÓGICA DE LA PSICOPATÍA ASOCIADA A LA ADICCIÓN:

THEODOR MILLON formuló la **TEORÍA DE LA PERSONALIDAD** (trastornos y condiciones psicopatológicas de un sujeto)= **ANALOGÍA CON EL SISTEMA INMUNITARIO.**

PERSONALIDAD=SISTEMA DEFENSIVO (desarrollado para enfrentar dificultades)

Fuera inadecuado para dar
respuesta a condiciones
externas amenazantes

Se producen **PROCESOS INTERNOS
DISFUNCIONALES => DIFICULTAD DEL
SUJETO CON EL ENTORNO.**

La define como “un patrón complejo de rasgos psicológicos arraigados, inconscientes y difíciles de cambiar que se expresan en todas las áreas del sujeto, surgen del aprendizaje y a largo plazo comprenden los patrones de percibir, sentir, afrontar y comportarse de un individuo.

Evaluación neuropsicológica:

- Zinberg : la adicción puede comprenderse a partir del triángulo que forman tres elementos fundamentales: **la persona, la sustancia y el contexto.**
- **Necesidades de evaluación:**
- **A. Características de la persona:** personalidad, psicopatología, funcionamiento cerebral, patologías médicas, etc.
- **B. Características de la sustancia o conducta:** tipo de droga/conducta, dosis/frecuencia, etc.
- **C. Características del entorno:** recursos socioeconómicos, ambiente cultural, estructura familiar, nivel formativo.
- **D. Relación individuo-sustancia:** patrón de consumo, antecedentes/consecuencias del consumo, expectativas frente al consumo, gravedad de la adicción, etc.
- **E. Relación individuo-contexto:** Ambientes en los que se desencadena y desarrolla el consumo, fuentes de estrés psicosocial, apoyo social percibido, disponibilidad de recursos de consumo, etc.
- **F. Relación droga/conducta-contexto:** Consideración social de la conducta, estatus legal de la droga o conducta, recursos sociales disponibles para el tratamiento de cada droga, coste económico del consumo, etc.

PRINCIPIOS GENERALES:

- Qué se va a evaluar, de qué manera y en qué medida una sustancia reduce el rendimiento del sistema.
- Conocimiento teórico sobre el sistema cognitivo humano y mantenerse actualizados.
- Seleccionar qué pruebas administrar.
- Considerar el tiempo disponible para la exploración.

• **CUESTIONARIOS:**

- *Cuestionario de fallos de memoria de la vida cotidiana*: 28 ítems entre “nunca o casi nunca” y “siempre o casi siempre”. Valora solamente las quejas cognitivas, que no son solo quejas de memoria sino también de otros procesos cognitivos.

Fin de la Presentación