

PROTOS COLOS

Adicción
a la
heroína

A. Fernández Liria (comp.)



IDEPSA

Edición Patrocinada por:



Índice de capítulos

Introducción	
A. Fernández Liria	
<hr/>	
1. Conceptos básicos	
M. Castañeda	página 5
<hr/>	
2. Diagnóstico	
A. Diéguez	página 11
<hr/>	
3. Consideraciones sobre el paciente heroinomano y la relación con él	
A. Diéguez, T. Benito y A. Fernández Liria	página 18
<hr/>	
4. Sobredosis	
M. Castañeda	página 29
<hr/>	
5. Desintoxicación	
P. Sopenana	página 31
<hr/>	
6. Deshabituación: técnicas de modificación de conducta en el tratamiento de las drogodependencias	
M. López Gironés y B. Mas Hesse	página 39
<hr/>	
7. Programas de mantenimiento con metadona	
M. Astasio	página 50

8. Programas de mantenimiento con
naltrexona
M. Astasio
página 58

9. Evolución y pronóstico
P. Sopenana
página 66

10. Psicología de las dependencias
A. Diéguez, T. Benito y A. Fernández Liria
página 70

10. Psicología de las dependencias

A. Dieguez, T. Benito y A. Fernández Liria

Medicina, sociedad y drogodependencia

El consumo de drogas constituye una de las máximas preocupaciones de los ciudadanos de los países occidentales, o por lo menos así lo expresan diversas encuestas de opinión pública. Parece ampliamente aceptado, tanto por individuos como por instituciones, que el consumo de determinadas sustancias supone un peligro no sólo para las personas que las utilizan, sino también para el mantenimiento del orden social. De ahí, que la «preocupación por la salud mental y moral de la humanidad», tal como la contempla la Convención única sobre estupefacientes firmada por 74 naciones en 1953, se haya abierto paso.

La consideración de las drogas como una amenaza, una plaga de la que hay que defenderse, facilita una actitud militante, con un alto grado de implicación afectiva, pero puede dificultar una comprensión serena y reflexiva, menos visceral, de las dimensiones que componen el complejo fenómeno de las adicciones.

El uso por parte del hombre de sustancias que le permiten modificar su forma habitual de pensar, sentir y percibir se remonta a las civilizaciones más antiguas, manteniéndose constante hasta la actualidad. Cada cultura les ha atribuido finalidades diferentes, para comunicarse con los dioses (religiosas), para curar dolencias y calmar el dolor (terapéuticas), para incrementar la capacidad creativa (esotéricas), para alcanzar estados de bienestar psíquico (lúdicas), etc., dotándolas de un significado y otorgándoles un lugar en su organización. Por lo tanto, la novedad no reside en el consumo de drogas, sino en la diferente contextualización en que se hace, y que añade factores económicos, sociales, jurídicos, ideológicos, ajenos a las propiedades de las sustancias y a sus efectos.

70

De forma paralela, se ha ido modificando la valoración social de los adictos, yendo desde concepciones morales que lo han contemplado como un pecador, hasta un enfermo, desde una perspectiva médica-terapéutica, o un delincuente, desde una consideración penal. Pero en cualquier caso, y siguiendo a Szasz («la fábrica de la demencia») «si antes aparecía como un "diablo" ahora se presenta como un "enfermo", justificando en ambos casos un avasallamiento de su voluntad». Por todo ello, cuando un profesional de la salud se encuentra en la consulta frente a una persona adicta a alguna sustancia, es fácil que su quehacer profesional esté impregnado de ideas preconcebidas de orden ético, moral, ideológico, etc., que mediaten su intervención. Su actitud, probablemente variará si se trata de un paciente con cólico nefrítico o de un adicto a la heroína, al igual que la relación con este último no será la misma que con un adicto al alcohol, al juego o a psicofármacos.

Y, en efecto, son situaciones diferentes que requieren distinto encuadre, el cual debe venir dado por planteamientos profesionales, y no de otra índole, ya que impedirían, o por lo menos dificultarían, la posibilidad de desarrollar una función terapéutica. Es importante recalcar que la dificultad que el profesional de Atención Primaria experimentará a la hora de proponer, explicar y mantener tal encuadre no proviene de una posición de ignorancia —esto es, no saber— sobre el tema, sino mucho más frecuentemente, de un falso saber edificado desde el prejuicio. El consumo de heroína se mueve en nuestro medio tanto en el registro del vicio como en el del delito o el de la enfermedad. El clima de presión emotiva en el que suele moverse la relación con él, por lo general, hiperdemandante toxicómano hace que, en nuestras decisiones, se conjuguen impulsos derivados de nuestras personales actitudes frente a cada uno de estos registros, sin que medie reflexión alguna. Un mismo acto del drogodependiente puede convertirse, así, en una agresión, una abyección o un sintoma, y hacemos sentir que «naturalmente» actuamos en consecuencia cuando respondemos a lo que percibimos unívocamente como una de las tres cosas. No creemos exagerado afirmar que, por lo general, cuando vemos las cosas muy claras frente al adicto a heroína, debemos temer que actuamos desde el prejuicio. El propósito de este capítulo no es hacer una exposición ni siquiera esquemática de las teorías en uso, sino

71

marcar las vías —y quizás señalar las lecturas que pudieran ilustrarlas, por si alguien tuviera la suficiente curiosidad— por las que pudiera abrirse el intento de situar la reflexión en el lugar que, de otro modo, inevitablemente ocupará el prejuicio.

Quizá merezca la pena señalar que el cómodo distanciamiento que podría proporcionarnos el recurso a un cientifismo que nos permitiría «entender» el fenómeno en términos «biológicos», actuando «sencillamente» como médicos —sin que esto signifique que pueda prescindirse de un conocimiento de las bases somáticas de la adicción para realizar ciertas intervenciones terapéuticas— no nos permitiría avanzar un paso en la comprensión del fenómeno de la dependencia, o del problema del drogodependiente que se sienta —o quizá brinca— frente a nosotros. El problema de la dependencia a heroína trasciende los fenómenos que constituyen su base orgánica. El problema con que nos enfrentamos en el heroínómano tiene tanto o más en común con el que nos presenta el jugador patológico o el donjuán irrefrenable —aunque no medie «sustancia» en estos casos— como con el dependiente a morfínicos, producto de la utilización de estos para provocar analgesia tras una herida de guerra.

No comprender el mundo en el que el heroínómano vive y la dinámica que en él le mueve nos lleva a encontrar nuestra relación con él jalonada por la continua sorpresa, y a comprobar que nuestras actuaciones provocan exactamente el efecto opuesto al deseado. El profesional de Atención Primaria puede acceder a esa comprensión sin necesidad de hacerlo en términos de ninguno de los modelos psicopatológicos al uso (que, por otra parte no tienen por qué serle familiares). Como, sin embargo, esto no ocurre siempre, creemos que una indicación sobre lo que desde estos modelos se ha pensado puede ser de utilidad.

Modelos psicopatológicos de dependencia

El problema de la dependencia a la heroína es explicado de manera diferente, aunque en muchas ocasiones complementaria, desde las distintas orientaciones teóricas que

actualmente participan en un debate muy lejos de estar cerrado.

Las investigaciones neuroquímicas conjugan sus hallazgos con las teorías conductuales, componiendo un modelo explicativo que podría resumirse de la siguiente manera: la conducta humana de consumo compulsivo de heroína es una conducta reproducible en otros mamíferos; la heroína es una sustancia psicoactiva, que al revertir la insatisfacción y el dolor termina modificando las necesidades de placer y bienestar. Al principio, los efectos de la heroína son muy placenteros, y se comporta como un reforzador de carácter positivo (un estímulo reforzador es aquel que incrementa la probabilidad de que reincida en la conducta). Por lo tanto, la obtención de placer o bienestar lleva a una conducta de consumo continuado o repetido. Este comportamiento tiene un sustrato en el sistema nervioso central (SNC), donde existen unas áreas determinadas (hipotálamo lateral superior y sistema límbico), cuya estimulación eléctrica origina las características de placer o satisfacción. La neurotransmisión característica de estas zonas de SNC es de carácter noradrenérgico y dopaminérgico. La modulación de esta red nerviosa viene dado por péptidos opioides endógenos, cuyo descubrimiento, en los últimos años supone una contribución sustancial, por atribuirseles de forma directa o indirecta una participación en funciones tan importantes como la analgesia, la respiración, la sed y el apetito, función hipofisaria, emociones y relaciones afectivas. La heroína y los opiáceos en general actuarían en los receptores de los opioides endógenos, y sustituirían el papel fisiológico de los neuromoduladores; con el tiempo, los mecanismos internos de contrarregulación se adaptarían a la presencia del opioide exógeno. Esta rapidez de adaptación caracteriza la toxicomanía por heroína. Con el tiempo, la droga pierde capacidad para producir el placer o bienestar inicial, es decir, la ausencia de heroína insatisface cada vez más. Si al principio la obtención de placer (reforzador positivo) mantenía el comportamiento de autoadministración, al final es un reforzador negativo (pallar el malestar de la abstinencia) el que impulsa a la autoadministración, en unas condiciones en las que la obtención de efectos placenteros es cada vez menor. La supresión del consumo ocasiona el síndrome de abstinencia, con una fase aguda y otra retardada en la que prevalece la dependencia psicológica.

Desde otro punto de vista, los argumentos psicoanalíticos vertidos por los distintos autores que tratan desde esta perspectiva teórica dar explicación al fenómeno de la dependencia, convergen en dos nombres: *J. Bergeret* y *Cl. Ollivenstein*. Ambos autores coinciden en una cuestión básica: no existe una estructuración de la personalidad específica del toxicómano. Si es posible, no obstante, hablar de ciertas modalidades de funcionamiento psíquico y relacional, sobre todo articuladas a la problemática adolescente y a sus avatares.

Básicamente, *J. Bergeret* habla de tres esquemas de personalidad del individuo drogodependiente: neurótica, depresiva y psicótica. Sobre este terreno psicopatológico haría presa el sintoma toxicomaniaco. Los numerosos casos difícilmente adscribibles a estas estructuras los explica este autor recurriendo a su concepto de los estados límites o *bordeline*. La ventaja que reportaría el evidente correlato clínico de estas estructuras, desde el punto de vista de un entendimiento práctico del problema, se ve recordada por el probable forzamiento de la realidad psicodinámica de cada caso concreto.

Cl. Ollivenstein construye todo un cuerpo teórico sobre la psicodinamia del drogodependiente en torno a los acontecimientos que se producen, sobre todo, en un momento concreto del desarrollo emocional. Este momento es aquel en el que el niño se percibe a sí mismo como diferenciado del mundo, de todo lo demás en ese momento, de la madre). No cabe duda de que los rigurosos análisis teóricos de este autor representan una obligada referencia para un acercamiento a esta problemática desde un momento psicoterapéutico. Más complicado parece extraer de estos estudios instrumentos de aplicación en la práctica cotidiana si no se está familiarizado con todo el armazón teórico que soportan estos análisis.

Por otro lado, existe un modelo de creciente aceptación entre los profesionales de nuestro país, que además de ciertos aspectos psicodinámicos toma en consideración, fundamentalmente, las aportaciones de las teorías sobre *psicoterapia relacional-sistémica* de la familia del toxicómano. *L. Cancrini*, autor clave en este campo, parte de la idea que la droga no es la que produce el sufrimiento, sino que éste existía previamente. El consumo sería entonces un intento de autoterapia (pseudautoterapia). Este autor propo-

ne unas tipologías que pretenden tener una correspondencia clínico-terapéutica:

Toxicomanías traumáticas. En su origen, habría un trauma bien definido, del tipo de duelo patológico, y serían beneficiarias de psicoterapia individual.

Toxicomanías por neurosis actual. A partir de la neurosis, el hijo, cuando percibe una crisis parental, esgrime el problema de la droga, atrayendo la tensión familiar y distrayendo la de sus padres, desempeñando así una función homeostática. La terapia familiar sería aquí el tratamiento adecuado.

Toxicomanías de transición. Constituyen el grupo más numeroso. La drogodependencia compensa o cubre rasgos de una personalidad inmadura. En estos casos, se recomienda hacer especial hincapié en la terapia familiar, aunque estos pacientes serían los más refractarios a cualquier tipo de abordaje terapéutico.

Toxicomanías sociopáticas. En la base de este grupo estarían las personalidades antisociales, siendo la dependencia, en estos casos, un mero epifenómeno (terapia familiar, comunidad terapéutica).

Finalmente, hay que mencionar las formulaciones meramente descriptivas aportadas desde la *psicopatología fenomenológica* clásica, que en la actualidad plantean las alteraciones psicopatológicas de la dependencia como parte del amplio grupo de trastornos narcisistas del carácter.



© Copyright 1992
IDI/PSA (Internacional de Ediciones y Publicaciones, S. A.)
Príncipe de Vergara, 112, 1º F
28002 Madrid, España

Reservados todos los derechos.
Esta publicación no puede ser reproducida o transmitida,
total o parcialmente, por cualquier medio
electrónico o mecánico, ni por fotocopia,
grabación u otro sistema de reproducción
de información sin el permiso
por escrito del titular del copyright.

ISBN: 84-7982-009-8
Depósito Legal: M. 3689-1
Impreso en España por MASTER'S GRAFICO, S.A.
Publicación autorizada
por el Ministerio de Sanidad
como Soplete Valido. Ref. SV91.367P



*Consejo General
de Colegios Médicos
Madrid*

La Comisión Permanente del Consejo General de Colegios Médicos, reunida con carácter de urgencia el día 22 de noviembre de 1989, adoptó el acuerdo de declarar de Utilidad e Interés Científico y Profesional, las publicaciones que, bajo el título genérico de *Protocolos edita el Laboratorio ZAMBRON*.

EL SECRETARIO GENERAL

[Signature]
Ddo.: Ricardo Cedón



V.B.
EL PRESIDENTE
[Signature]
Ddo.: Alberto Barguier