

PROTO COLOS

Adicción
a la
heroína

A. Fernández Liria (comp.)



IDEPSA

Edición Patrocinada por:
 **Zambon**
ZAMBON GROUP

© Copyright 1992
IDEPISA (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: 84-2982-009-8
Depósito Legal: M-3689-1
Impreso en España por MASTER'S GRAFICO, S.A.
Publicación autorizada
por el Ministerio de Sanidad
como Soporte Válido. Ref. SV91367P



*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 SIMBON*.

EL SECRETARIO GENERAL

[Signature]

Rdo.: Ricardo Cedrés



EL PRESIDENTE

[Signature]
Rdo.: Alberto Berguer

Rdo.: Alberto Berguer

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

9. Evolución y pronóstico
P. Sopenana
página 66

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

3. Consideraciones sobre el paciente heroínómano y la relación con él

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

Dependencia a heroína y polidependencia

Aunque el paciente dependiente de heroína presenta suficientes rasgos tipológicos como para dibujar un perfil psicosocial y médico diferente al de otras drogodependencias, en la práctica resultará más operativo pensar en un heroínómano que simultánea frecuentemente con cocaína, abusa de bebidas alcohólicas probablemente mezcladas con toda clase de fármacos (analgésicos, tranquilizantes, etc.), es gran fumador de tabaco, etc.; hablamos, por tanto del término de la politoxicomanía.

La edad de máxima incidencia se sitúa entre los 18 y los 25 años, aunque en la década de los ochenta se puede evidenciar una tendencia al inicio precoz entre preadolescentes de 12-13 años, que hoy está —como el fenómeno en general— en aparente remisión. También se puede hablar, por el otro extremo, de la aparición en los últimos años del heroínómano de apariencia «normaliva», de mayor edad, y probablemente con actitud no transgresiva hacia los valores convencionales.

Aunque el hábito reclute consumidores en cualquier sector social, el heroínómano típico será casi seguramente un marginado social, abocado precocemente a la degradación física, psíquica y a la drogodelincuencia. En este modelo

CONSIDERACIONES SOBRE EL PACIENTE HEROÍNÓMANO Y LA RELACIÓN CON EL

existen importantes rasgos de inmadurez, impulsividad, inmediatez, y se caracterizan por una actitud visceralmente transgresora. Lo importante es la búsqueda de la rápida gratificación, con baja resistencia a las frustraciones y marcada tendencia al paso irreflexivo a la acción. Existe una pérdida de motivaciones vitales, y una existencia que tiene en la evitación del síndrome de abstinencia el único móvil. Comienzan las fugas de casa, el abandono de los estudios y el desinterés hacia el trabajo.

Cultura de la droga y relación médico-paciente

La dependencia a la heroína conlleva en nuestro medio, aún más marcadamente que otras dependencias, la adscripción del adicto a una particular «cultura de la droga». Para actuar correctamente ante un drogodependiente, no es necesario que el profesional de Atención Primaria sea un experto conocedor de tal cultura. Pero sí es imprescindible que sea consciente de que tal cultura existe, y de que la gran distancia que la separa de la suya propia como sanitario y como persona va a condicionar en buena parte el devenir de su relación con el paciente. Esto no quiere decir en absoluto que el médico deba aparentar o mostrar familiaridad con el argot o con los sobreentendidos del mundo de la droga. Si tal maniobra de aproximación formal no se fundamenta en un verdadero conocimiento, más bien contribuirá a desacreditarle, enredarle en una merceda trampa o, en el mejor de los casos, crear confusión. Se trata, en cambio, de mostrar que se puede aceptar al drogodependiente como una persona cuyo comportamiento se rige no tanto por la carencia de los valores que nosotros aceptamos —no es necesariamente un «desalmado»—, sino por su adscripción a un sistema de valores diferente. Un sistema de valores que el médico, con toda probabilidad, no comparte como ciudadano, pero que como médico, no va a cuestionar, o al menos no va a tratar de obligar al drogodependiente a sustituir por el suyo propio como condición para prestarle ayuda. Hay que saber, además, que este sistema de valores incluye prejuicios sobre el papel del médico y el sistema sanitario, y sobre el tipo de persona que

éste suele ser, las cuales no son más amables que los que estos profesionales suelen compartir con sus colegas acerca de los toxicómanos. Es decir: la pertenencia a culturas distintas conlleva una desconfianza inicial (y mutua). Si pretendemos pasar como sobre ascuas sobre tal desconfianza, ignorándola, esta acabará impregnando toda nuestra relación con el paciente. Nuestro primer objetivo habrá de ser, por tanto, actuar sobre ella. El mejor modo de hacerlo será explicitarla y hacer patente que, al igual que vamos a atender al dependiente sin imponerle condiciones, sobre sus creencias o aspectos de su vida no relacionados directamente con su salud o la salud de los otros, no vamos a abandonar, al hacerlo, nuestro papel de sanitarios; le exigiremos que respete que nuestra actuación se ciña estrictamente a las reglas y valores de la acción sanitaria. El reconocimiento y la explicitación de este desacuerdo de paridad constituye la única base desde la que puede intentarse construirse una relación de confianza. Los intentos de ignorar o disimular tal desacuerdo (los pseudoacuerdos) abonan el terreno a la desconfianza y el recelo como forma privilegiada de relación.

Mentiras, contratos y controles

Una consecuencia importante de la aceptación de esta dificultad para la mutua comprensión y de esa desconfianza básica es la necesidad de regular la relación, las mutuas expectativas y las consecuencias de los incumplimientos mediante un contrato. Si se van a abordar intervenciones de desintoxicación o de mantenimiento en el que este contrato escrito es imprescindible. La figura 3.1 muestra un modelo. Casi todos los planes de atención a las drogodependencias ofrecen modelos semejantes que pueden ser válidos. Es aconsejable disponer de un contrato escrito siempre que medie prescripción de psicofármacos, y no es superfluo en ningún tipo de actuación. En el caso de que—por el motivo que sea—se prefiera prescindir del escrito, conviene detenerse en explicitar con detalle, aunque sea verbalmente, las condiciones del acuerdo sobre el que se va a trabajar, y asegurarse de que han sido convenientemente entendidas y de que el usuario sabe que sabemos que las ha entendido.

CONTRATO TERAPÉUTICO

1. El contrato terapéutico se establece con la red integrada y no con un centro particular.
2. Su duración es desde la firma hasta la finalización total de la asistencia.
3. El tipo de tratamiento será decidido por el equipo que se encarga de la evaluación inicial, en lo que se refiere a los centros, la duración y la forma en que tendrá lugar.
4. Quedan prohibidos el consumo, posesión o tráfico de cada sustancia.
5. Las personas atendidas permitirán que se soliciten análisis toxicológicos o cualquier otra maniobra de control.
6. El incumplimiento por parte de la persona atendida de los puntos anteriores permite la ruptura del contrato terapéutico.
7. La ruptura del contrato terapéutico significa que la persona atendida no podrá reanudar tratamiento en ninguno de los dispositivos del Plan Regional de Drogas por un período mínimo de seis meses.
8. Los profesionales del programa se comprometen a:
 - a) proceder de forma gratuita a la atención integral de cualquiera de las personas con las que se establezca el presente compromiso asistencial; b) desarrollar procedimientos de evaluación continua de las prestaciones para que éstas puedan adecuarse a las cambiantes necesidades de cualquier orden que se presente; c) presentar razonadamente sus indicaciones; d) evitar cualquier intervención que pueda ser irresponsablemente lesiva para la salud, la seguridad o la dignidad de las personas atendidas; e) mantener estrictamente el secreto profesional.

FECHA _____

IDENTIFICACIÓN Y FIRMA DE LA PERSONA INTERSADA

Figura 3.1. Contrato terapéutico

Tales condiciones deben incluir la especificación de cuáles van a ser los mecanismos de control del cumplimiento del contrato. A ser posible, es preferible que estos mecanismos no presupongan una confianza y una sinceridad que, en estos casos, es más un objetivo que un requisito, ni conlleven la necesidad de desahar en cada visita lo que de esta confianza puede haberse obtenido. En otras palabras: es mejor no pedirle al paciente que sea él quien nos proporcione información sobre su consumo o abstinencia. Las determinaciones de metabolitos en orina incluidas, como rutina, en el protocolo de tratamiento, nos proporcionan información fiable pero, sobre todo, nos evitan una enorme pérdida de tiempo en oír juramentos, investigar sospechas, soportar no sólo la duda sino la ofensa que nuestra duda provoca en el delicado honor del paciente... Y nos permiten dedicar ese mismo tiempo a trabajar en los problemas que la abstinencia, el consumo, o la recaída provocan verdaderamente, sin necesidad de añadir uno más.

Debe plantearse al paciente, desde el inicio del tratamiento, que se van a efectuar estos controles y explicarle que se hará así no por ninguna particular desconfianza hacia su persona, sino debido a que nuestra experiencia en el tratamiento de toxicómanos ha enseñado que es el único método de evitar que su adicción a la heroína nos enrede a nosotros en el mismo tipo de juego en que, como él sabe mejor, están ya probablemente enredados sus familiares y amigos. De este modo encontraremos, por lo general, una buena aceptación de la medida.

Demanda de atención

La demanda del heroinómano se produce típicamente en forma de **urgencia** (pseudourgencia), con las características de vehemencia, intensa exhibición de ansiedad, con la pretensión de que un problema crónico sea solucionado por arte de magia al instante. Es una demanda instrumentalizada, generalmente un vehículo para obtener algo: medicación, documentos para beneficencia, para juicios pendientes, manipulación de familia, etc. Aquí, el drogodependiente realiza el despliegue de un sorprendente arsenal de recursos para la persuasión, haciendo gala de una gran habilidad para argumentar, justificar, mentir, negar, fa-

bular, manipular al interlocutor, prometiendo muy en firme y criticando a otros profesionales para halagar al que está enfrente, o bien pasar de inmediato al intento de chantaje, soborno, coacción, etc.

La desresponsabilización, delegación y auténtica proyección que el adicto y no pocas veces sus acompañantes realizan, pueden despertar en el profesional no avisado sentimientos confusos y de culpabilidad que enturbien la necesaria claridad de ideas. Efectivamente, el toxicómano deposita el origen y la culpa de sus males en todo y en todos menos en ellos mismos; no sólo se hace responsable a la sociedad, sino también a la propia institución asistencial e incluso al terapeuta.

Por otro lado, la brutal agresividad que estas personas manifiestan contra su propio organismo (insomnio, anorexia, odontopatías, amenorrea, impotencia coeundi, frigidez, hepatitis, endocarditis, flebitis, accidentes, complicaciones médico-quirúrgicas) toca fondo en la sobredosis y el suicidio, trágico final para una buena parte de estos enfermos. Si cabe mayor drama hay que añadir en relación con este último punto que el suicidio directo no se produce únicamente en el acmé de la conducta adictivo-destructiva, sino que se señala su mayor frecuencia cuando el toxicómano está terapéutico y desintoxicado.

Otra característica constante en la demanda del adicto es la **ambivalencia**, en la forma de un continuo forcejeo entre la motivación por consumir y la de vivir y recuperarse. Lo importante es saber que tal ambivalencia es real y que nuestro trabajo consiste, precisamente, en actuar sobre esas fuerzas que luchan en su interior. Cuando el paciente planea y promete cosas que luego incumple, seguramente, se enaña a él antes que a nosotros: a veces cuesta no sentirse personalmente involucrado, pero ofenderse por ello sería como hacerlo porque un bronquítico nos tosa en la consulta. Nos ocuparemos del tema al hablar de la evaluación de la motivación y el establecimiento de objetivos.

El médico como suministrador de droga

Es un hecho que un porcentaje muy elevado de toxicómanos se surten de drogas dirigiéndose a los médicos. El drogodependiente, en muchas ocasiones, conoce la farmacia

cupa que le interesa mejor que los propios profesionales, y además dispone de todo el tiempo para planear la estrategia más adecuada para lograr su objetivo.

Analicemos algunos supuestos relativos a la petición de psicofármacos por parte de estos pacientes, y las respuestas que convendría dar o evitar:

Planteamientos que pueden estar siendo utilizados como pretexto por el heroínomano

Un paciente desconocido entra en la consulta y dice: **me duele mucho: «tengo un cólico nefrítico, tengo dolor de muelas, etc., sólo el Sosegón® o el Buprex® me calma».**

Actitud del médico

—Hágale preguntas y examínelo cuidadosamente; para asegurarse bien de que no se trata de una petición pretexto.

—Tengo el **síndrome de abstinencia a la heroína**: «tengo calambres por todo el cuerpo, me duelen los riñones, no duermo, me da miedo morir y si no me da algo como el Rohipnol®, tendré que atracar una farmacia».

—El síndrome de abstinencia a opiáceos se presenta como la exacerbación de una crisis de ansiedad. Si tras el correspondiente examen constata la existencia de un síndrome de abstinencia ofrezca al paciente una ayuda terapéutica sin opiáceos, a base de ansiolíticos y/o analgésicos.

—Estoy haciendo una **desintoxicación progresiva**: «soy toxicómano desde hace mucho tiempo y empecé a desengancharme yo solo bajando progresivamente las dosis. Me mantengo con un chute al día. Ahora necesito algunos comprimidos de

—Si no tiene experiencia o tiene duda no se comprometa en este tipo de tratamiento; enseguida sería objeto de manipulaciones si se presta a prescribir opiáceos. Sepa que muchos opiáceos presenados por vía oral serán empleados por vía intrave-

Buprex® para terminar. Los otros médicos no entienden mi problema, sólo usted me puede ayudar.

—La **heroina**. Le será difícil saber si el fruto de sus prescripciones no será vendido en el mercado negro.

—Se lo advierto: «Me siento muy mal; si no me da lo que pido haré una locura...»

—No ceda al chantaje de un heroínomano. La mejor forma de actuar es siempre con claridad y firmeza. Es manifiesta la habilidad que poseen estas personas para detectar las fisuras y contradicciones de los otros, así como de las instituciones por las que transitan.

Debe quedar claro, por tanto, la extrema importancia de *no realizar prescripción alguna de medicación psicotrópica a un drogodependiente fuera de un contrato terapéutico previamente acordado*. La exigencia de un contrato no es sinónimo, necesariamente, de la de un contrato de *abstinencia*. La abstinencia —en principio la situación óptima— no tiene por qué ser siempre el objetivo de nuestra actuación, ni una condición previa o asociada a la prescripción de fármacos. Pero si el objetivo es otro (desde la evitación de prácticas particularmente peligrosas para la salud con la implantación de modalidades más higiénicas de consumo: utilización de jeringuillas desechables, hasta servir de pretexto para garantizar un control periódico del estado de salud), debe ser *explícito*. La determinación de estos objetivos merece alguna reflexión.

Motivación y objetivos del tratamiento

La determinación de los objetivos de nuestra actuación sobre el adicto depende de una serie de factores entre los que hay que destacar:

1) El momento de su relación con la heroína. Contra lo que a veces se piensa, el cese de la adicción es más difícil en la fase de «luna de miel» que tras años de adicción.

2) El estado general de salud del adicto. La abstinencia puede no ser un objetivo razonable en un paciente con SIDA terminal.

3) La disponibilidad de recursos psicosociales que permitan sostener cada posible salida. No es fácil desintoxicarse en una casa en la que se convive con tres hermanos adictos, sobre todo si la heroína proporciona la única fuente de ingresos de toda la familia.

4) La motivación para el tratamiento.

La evaluación de la motivación dista de ser fácil. Dado que, como hemos dicho, la ambivalencia está siempre presente, es preciso realizar un análisis de la motivación en la que se determine si el paciente toma su decisión por sí mismo o bajo la presión de otros (familiares, jueces, policía...).

En caso de que el paciente tome esta decisión por sí mismo, debe determinarse si es debido a un proceso de resignificación de la adicción por una toma de conciencia de su situación, o si la propia decisión es otra coyunturalísima manifestación de la tendencia a huir ante situaciones que conlleven, en un momento dado, un mínimo de estrés: en el caso de que resulte de un proceso de reflexión habrá que observar si éste se inscribe en un cuadro depresivo o parte de una irreal sensación de omnipotencia, si responde a espectativas realistas o mágicas, etc.

No conviene intentar intervenciones ambiciosas (desintoxicación, etc.) en pacientes insuficientemente motivados. Y aquí hay que señalar que la verdadera motivación es algo relativamente duradero (carece de sentido atender las propuestas de «aprovechar el día en que, precisamente, está absolutamente decidido a empezar» saltándose por ese motivo los procedimientos establecidos para la intervención reglada. El tiempo consumido en exploraciones y análisis necesarios para controlar nuestra intervención, nos proporciona un buen y «natural» banco de pruebas para la motivación.

Los objetivos que se acuerden deben ajustarse a la consideración de todos estos factores. A ser posible, explicitar objetivos modestos que permitan sostener la utilidad, al menos relativa, del apoyo médico, y recompensar con pequeños éxitos, es preferible a proponer por sistema soluciones totales que nos aboquen con seguridad al fracaso y la frustración para ambas partes. A veces deberemos conformarnos con la sustitución de la heroína por un opiáceo oral,

y otras con que acudan a sus citas para un control somático y no compartan jeringuillas, o con que eviten embozaros.

Fracaso y éxito en la atención al adicto

Frecuentemente, hemos oído a los profesionales de Atención Primaria lamentarse por la esterilidad de sus actuaciones con los adictos. La experiencia de haber visto recaer en el consumo a pacientes en los que se han invertido esfuerzos y esperanzas abona un pesimismo terapéutico cuya formulación más acabada viene a ser: «Da igual lo que hagas, no conozco a ningún adicto que, aun si alguna vez lo ha dejado, no haya vuelto a recaer; y a veces pienso que cuando lo dejan lo hacen independientemente —cuando no a pesar— de lo que el médico haga». Esta visión probablemente tiene que ver con el hecho de que la relación con el adicto se plantea, por lo general, en un clima de fuerte implicación emotiva (de uno u otro signo). La realidad es que ni los resultados tienen por qué ser tan estrepitosos (véase el capítulo 9: «Evolución y pronóstico»), ni la aparición de una recaída reduce a cero el efecto beneficioso que haya podido tener nuestra actuación hasta ese momento.

La atención al toxicómano desafiaba una concepción de la medicina basada en la idea de la cura frente a la del cuidado. Esta concepción se muestra cada vez más alejada del contenido real de una práctica que cada día más se orienta hacia la atención a problemas crónicos, en un intento de mejorar la calidad de vida de quienes los sufren. El pesimismo al que nos referíamos, aunque tuviera base empírica, sólo justificaría nuestra inhibición ante el problema, en el mismo sentido en que la certeza de que el páncreas de un diabético juvenil no volverá a producir insulina justificaría el convencimiento de que no vale la pena volver a ocuparse de él.

Idealmente, nuestro objetivo es que el drogodependiente abandone el consumo del tóxico para siempre. Sin embargo, los períodos de abstinencia que hayan podido conseguirse, además de mejorar el pronóstico de futuros intentos, tienen valor en sí mismos. Del mismo modo tiene valor la sustitución de la heroína por un opiáceo que no sea administrado por vía intravenosa; o el que ésta vía se utilice de un modo más higiénico, sin compartir jeringuilla.

Más, o el que se controlen determinados problemas orgánicos que pueden causar daños irreparables al adicto o a otra persona. Entender que esto son también objetivos legítimos de nuestra actuación nos permitirá valorar los logros que ésta haya podido proporcionarnos.

Puede que el trabajo con el adicto no sea fácil, pero desde luego, cuando se ajusta a un cierto método y se da según una lógica diferente de la que el adicto suele proponer, dista de ser inútil. Y nosotros no nos atreveríamos a afirmar que sea poco agradecido.

4. Sobredosis

M. Castañeda

La intoxicación aguda por heroína supone la urgencia más dramática en el consumo de opiáceos. El cuadro clínico se caracteriza por pérdida de conciencia; el paciente presenta coma de distinto grado, según la intensidad y el momento de la evolución del episodio. Existe depresión respiratoria y edema pulmonar, con espuma en los labios. Puede presentarse cianosis, piel fría y húmeda con hipotermia. La tensión arterial es baja y suele caer de forma dramática cuando se han producido anoxia cerebral o complicaciones cardíacas.

La miosis y las pupilas puntiformes, son el signo patognomónico, pero hay que tener en cuenta que puede haber midriasis en caso de anoxia cerebral severa, o por efecto de otras sustancias que se hayan consumido conjuntamente: estimulantes, contaminantes, etc. La meperidina es un opiáceo que puede provocar midriasis.

La muerte sobreviene por parada respiratoria, siendo la parada cardíaca secundaria a ésta. Sólo encontraremos arritmia cuando exista anoxia o por efectos de adulterantes o mezclas. La muerte ocurre en los primeros siete minutos.

El cuadro remite en dos o tres horas, si se ha superado el punto crítico sin que se produzca la muerte.

Hay ciertos opiáceos como la codeína, el propoxifeno y la meperidina, en cuya intoxicación pueden aparecer aritmias y convulsiones.

Tratamiento

Se trata de un cuadro que requiere tratamiento hospitalario en la UCI.

La primera medida es asegurar una vía de ventilación segura y proporcionar respiración asistida hasta que el episodio haya remitido.