

Drogodependencias

SOCIOLOGÍA EVALUACIÓN PROCESO

Carlos Sirvent y Javier Rodríguez (Coordinadores)



Universidad de Oviedo



Spiral DEPARTAMENTO DE PUBLICACIONES

© Dpto. Publicaciones. Instituto Spiral

Tercera edición, Noviembre 2011.

Instituto Spiral. Dpto. Publicaciones.
Calle Alcalá 41 – 28014 Madrid – Tel: 91 521 40 40

Diseño portada: Pilar Asensio–eMeDeCe

Imprime: Servicio de Publicaciones. Universidad de Oviedo.

I.S.B.N.: 84-8317-009-4
Dep. Legal:AS/427-97.

ÍNDICE

1	Presentación.....	4
2	SOCIOLOGÍA.....	14
2.1	Etiopatogenia y Patrones Culturales de las drogodependencias	14
2.2	Sociología de las Drogas: Las Drogas en la Sociedad Española	37
2.3	Análisis Diferencial de una Conducta Social	72
2.4	Aspectos en el Hilo de la Historia e Implicaciones	117
3	EVALUACIÓN	151
3.1	Diagnóstico de las Drogodependencias.....	151
3.2	Aspectos Médicos en Drogodependencias no alcohólicas.....	180
3.3	La Familia del Drogodependiente	214
3.4	Estudio psicopatológico a drogodependientes mediante escala de PAI	232
4	PROCESO	270
4.1	Factores asociados a la le recaída y abandono terapéutico en toxicómanos.	270
4.2	Teoría y Dialéctica del Método Psicoterapéutico en Drogodependencias	310

1 Presentación

Carlos Sirvent • Fco. Javier Rodríguez

En pleno crepúsculo del siglo, cuando pocas cosas sorprenden verdaderamente dado que la hiperestimulación forma parte de nuestra rutina, es fácil comprender por qué las adicciones, las conductas adictivas, son un fenómeno por encima del mero marco nosológico donde cabría ubicarlas. La sociedad española lleva una veintena de años conviviendo con las drogas y sus usuarios y acostumbrándose, por tanto, a p recibir los giros y cambios de modos y formas de consumo. Pero las drogodependencias no son ni un problema sanitario más, ni una cuestión sociocultural, ni un asunto político o policial, más bien parecen algo que trasciende estas esferas formando un todo especial que adquiere categoría de imaginario social de la conciencia colectiva ciudadana y que, a fuer de perdurar y seguir influyendo y connotándose día a día puede llegar a formar parte (como siga así) del subconsciente colectivo. De hecho no pocos padres amonestan a sus hijos diciéndoles: "¡niño no salgas tan tarde que te van a atracar los drogadictos!" o "¡cuidado dónde vas que ese es un bar de toxicómanos!".

Algunos filósofos supieron leer entre líneas el significado y trascendencia de las conductas adictivas cuando todavía eran un suceso incipiente. Así, Julián Marías en 1983 avisaba del difuso advenimiento del consumo de opiáceos a España y Occidente quizá a la estela de otras sustancias sociales (psicodélicos) adquiriendo características de epidemia y ulteriormente de endemia que tardaría varias decenas de años en erradicarse, si es que se consigue pues los problemas adictivos arraigan especialmente sobre todo cuando son extraños a la cultura: las hojas de coca entre los andinos y el peyote en los indios de Oaxaca apenas supusieron problema pero el whisky entre las tribus indias norteamericanas causó estragos, los mismos que aquí los opiáceos.

López Aranguren también advirtió del riesgo de las drogas de consumo solitario en contraposición a las sustancias de uso comunitarista (marihuana, LSD). Aquellas favorecen el aislamiento en una sociedad donde la privacidad está en alza junto a todo lo que la favorezca.

Una diferencia entre las adicciones actuales y los modos de consumo de los años 80 quizá estriben en que entonces la escalada se producía de forma distónica, como algo ajeno a sí mismo, es decir, el adolescente, fascinado por el poder mágico de las drogas contactaba con una carga ambivalente de miedo y curiosidad donde se ponían en juego muchas cosas: su hombría ante los amigos (¡a ver si eres capaz!), el morbo del para o de sensaciones al alcance de la mano. Era el rito iniciático de un joven deseoso de experimentar que acababa progresando en el consumo de drogas, en tanto que hoy día dicho consumo tiene una intención estimulativa y placentera de manera prima; la escalada tendría un sentido inverso al de los años 80 con o cual podríamos aventurar que la intención hoy es de forma sintónica, consustancial, esto es, el adolescente no acude a las drogas con la curiosidad de antaño sino con el deseo manifiesto de-SI tener un efecto que él conoce y busca activamente. El joven que bebe kalimochos o chupitos de licor o alcoholes de forma rápida e intensiva solo busca embriagarse cuanto antes mejor y el grupo no es (como antaño) un espacio de solidaridad y comunicación, sino que representa un mero instrumento: reunir fondos para comprar bebida, protegerse de los demás grupos o del ambiente generalmente agresivo frecuente, en los bares de rutas de fines de semana, etc.

Los consumidores de drogas de diseño tienen parecida dinámica a autoestimulativa (a veces son los mismos jóvenes que simplemente alternan la droga en función del dinero y tiempo disponible). El denominador común son las intenciones claramente consumofílicas, hiperestimulativas y primariamente hedonistas en un medio básicamente individualista ya que el sujeto aunque esté en grupo apenas se comunica ya que en el caso del alcoholismo juvenil la embriaguez es rápida y contundente y los consumidores de

drogas de síntesis se aplican a rituales bakaladeros donde el volumen de la música y el ritmo machacón hacen que el joven baile en grupo a soyas consigo mismo, dándole prácticamente igual quien esté al lado (el caso es moverse y seguir divirtiéndose). Al final del día n se recuerda nada, solo quedan las sensaciones y el deseo de repetir.

Siguiendo un recorrido por los 20 últimos años –que prácticamente abarcarían la historia y parte de la prehistoria del consumo de drogas en España podemos analizar en la correspondencia cronológica entre denominación; representación social y connotaciones y morfología de los consumidores. Aunque el cuadro I es una mera aproximación al cambio histórico del imaginario social del drogodependiente no deja de ser interesante que la variable connotativa más fuerte es la delictiva -junto al SIDA -; ambas, por separado, conducen a la marginación y juntas a la proscripción.

En el último decenio el propio adicto ha identificado bien este factor, rechazando drogas y vías de administración supuestamente peligrosas y marginales (opiáceos, ADVP), siendo cada vez menor el número de nuevos consumidores que engrosan los grupos de yonkies recalcitrantes (aunque aún quedan bastantes, tienen un carácter crónico y cada vez más cerrado y aislado). (Ver tabla I)

Desde los testamentos político-sanitarios se legisla y actúa pensando en el anterior morfotipo de consumidores, yonkis seculares que suponen un grupo de menor importancia pero que todavía está en la retina de los ciudadanos como representante estereotipado del colectivo de adictos, sin reparar en que solo los consumidores de drogas de síntesis y los alcoholómanos juveniles suponen un colectivo cuantitativamente muy superior, por lo que sin descuidar medidas sociopolíticas, la adopción de otras medidas mucho más modestas y concretas, pero enormemente importantes si se desea actuar con verdadera eficacia, se hacen imprescindibles. A este respecto la educación para la salud es un ejemplo bien demostrativo de lo anterior.

CUADRO I: HISTORIA ESPAÑOLA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES EN DROGODEPENDENCIAS

Años (peños-anuales)	Denominación vulgar	Representación social y connotaciones	Morfotipos de consumidores
75 - 78	Drogadicción (drogadictas)	Pródromos: los primeros adictos son descarriados	Heroinómanos pioneros. Nadie entiende qué les pasa
78 - 82	Drogadicción (drogadictas)	Comiseración: sujetos a la par viciosos y enfermos (como los alcohólicos)	El drogadicto se identifico con heroinómano
82 - 88	Toxicomanía (toxicómanos) (*)	Ambivalencia (rechazo y comiseración). Adquieren fuerza connotaciones negativas: delincuencia, SIDA y marginación	Predomina la politoxicomanía sigue siendo la heroína droga principal casi siempre parenteral (ADVP)
88 - 95	Drogodependencia (drogodependientes) (*) (**)	La ambivalencia do paso a un rechazo frontal y absoluto que aboca en la actual: PROSCRIPCIÓN SOCIAL. La droga ocupa el 3er lugar de importancia entre las prioridades ciudadanas	Diversificación de modos y sustancias consumidas. Conviven los siguientes morfotipos: ADVP y politoxicómanos antiguos. Heroinómanos solo fumadores. Cocainómanos. Expansión del alcoholismo juvenil y de las drogas de diseño.
95 - 98	Conductas adictivos (adictos) (*) (**)	A lo anterior se añade la percepción cada vez más extendida de las drogas como un FENÓMENO SOCIOLÓGICO	Sigue la diversificación a lo que cabe añadir: Adictos seculares (consumidores crónicos). Patologías duales (tras-romos psíquicos asociados). Siguen las drogas de síntesis. Alcohomanías juveniles. Aumento de las adicciones sin droga posibles dependencias de los últimos tiempos.

(*) La aparición de un nuevo término no solo no supone la exclusión sino que se suma al antiguo (término).

(**) El término drogodependiente y conducta adictiva cuaja sobre todo entre profesionales y en niveles no populistas.

El concepto de salud ha variado a través de los tiempos, dependiendo de las circunstancias de cada época. A pesar de ello, hoy tendemos a aceptar que el nivel de salud de cada persona es una valoración global del estatus individual como la vida misma, con apelación explícita al bienestar como definidor de la misma y dependiendo fundamentalmente de como ha desarrollado su organismo según su capacidad de adaptación al ambiente y cuales han sido los riesgos y peligros con que se ha encontrado en el medio que le ha tocado vivir. De esta manera, es preciso calcular los efectos positivos y negativos de las intervenciones sanitarias sobre las condiciones de vida de los enfermos y no solo sobre los síntomas de la enfermedad.

"En su concepto actual, la salud pública comprende el conjunto de actividades organizadas de la comunidad, dirigidas a la promoción (fomento y protección) y restauración de la salud de los individuos, grupos y colectividades. Se trata de los esfuerzos organizados de la comunidad para incrementar y defender la salud de sus habitantes, y para restaurarla cuando se ha perdido" (Salleras, 1988, p. 849).

La educación para la salud, pues, es fundamental, de un lado, para que la población participe activamente y comprenda su puesta en marcha y dé soporte a la medida que la conforman; de otro, es preciso lograr que los individuos modifiquen sus comportamientos insanos con objeto de eliminar factores de riesgo y que participen en la detección precoz de enfermedades. Por tanto, la educación para la salud se conforma como un instrumento básico para alcanzar calidad de vida, es decir, una valoración de la historia personal y de sus expectativas de vida.

El concepto de estatus de salud se define, por tanto, por la medida de funciones individuales en términos de bienestar de la función física, social y emocional. A veces, la calidad de vida, la salud de las personas puede verse afectada por distintos mecanismos que no ponen en peligro la vida de los afectados (ver Tabla 2). Ahora bien, las necesidades de los distintos individuos y grupos sociales no son uniformes y los objetivos también son diferentes.

La drogodependencia, y en una perspectiva más amplia las conductas adictivas, constituyen un problema de salud pública. Esta realidad, como lo demuestra el siguiente texto, no es propia de esta década, aunque sus consecuencias nos hayan desbordado:

"la prevalencia es elevada y está en constante incremento en los últimos años; las causas no están en el individuo, sino en la sociedad; las consecuencias para el individuo y la sociedad son graves, tanto en términos sanitarios como socioeconómicos y, por último, la solución del problema escapa de la capacidad de los individuos afectados, debiendo ser asumida por la sociedad" (Salieras y Freixa, 1988, p. 985).

La explicación es sencilla: la problemática se deriva de la enorme cantidad de factores de todo orden que están incidiendo simultáneamente —psicológicos, sociológicos, económicos, políticos, ...—. No puede extrañar, pues, que de todos los problemas sociales la drogodependencia sea el que ofrece mayor problemática, tanto para su explicación como para su tratamiento. De esta manera, en España, con el consenso de todas las fuerzas políticas de arco parlamentario, en la sesión del Congreso de los Diputados del 27 de octubre de 1984 se aprobó la elaboración de un plan de prevención contra la droga, contemplando en dicha resolución la reinserción social de los drogodependientes. El plan fue aprobado por el gobierno el 4 de julio de 1985.

Con todo, aún en la actualidad la problemática de las drogodependencias va a ser abordada desde dos planteamientos.

De un lado aquel que lo asume como complejo, real, ingrato y bajo un abordaje sociocultural; de otro, como simple, irreal, agradecido, fácil y/o profesional, en pocas palabras: el anecdotario de los mass - media. La droga no puede ser un cajón de sastre que acaba en el Código Penal, sino más bien al contrario: una vez que delimitamos sus efectos podemos ayudar a comprender bien los matices, desde una perspectiva objetiva y real, para utilizar el instrumento principal de actuación social hacia una orientación más racional —hay que ser conscientes de que no hay panacea alguna—.

<p>Contaminación del medio ambiente Contaminación del aire, del agua, del suelo y del medio ambiente psicosocial y sociocultural por factores de naturaleza: Biológica (bacterias, virus, protozoos, hongos, polen, artrópodos) Física (ruidos, radiaciones, polvo, humos, desechos, sólidos o líquidos, etc.) Química (óxidos de azufre, óxidos de nitrógeno, mercurio, hidrocarburos, plomo, cadmio, plaguicidas, etc.) Psicosocial y sociocultural (dependencias, violencias, promiscuidad sexual, estrés, competitividad, etc.)</p> <p>Sistema de asistencia sanitaria Calidad Cobertura o acceso Gratuidad</p>	<p>Conducta insana Consumo de drogas. Falta de ejercicio físico. Situación de estrés. Consumo excesivo de grasas saturadas de origen animal. Consumo excesivo de hidrocarburos. Promiscuidad sexual. Violencias. Conducción peligrosa (exceso de velocidad, no usar cinturón de seguridad, etc.). Hábitos reproductivos insanos. Mala utilización de los servicios de asistencia sanitaria. No cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas prescritas.</p> <p>Biología humana Sociales (matrimonios endogámicos, taras familiares..). Mutágenos.</p>
<p>Factores Sociales</p>	

Hoy por hoy, dudando de que alguna conducta no esté contemplada en el Código Penal (¡qué demonios pinta tanta gente en la cárcel!, ¡qué utilidad social tiene la cárcel!, ¡qué reinserción se contempla en los establecimientos penitenciarios!, ...), las transgresiones de la mayoría de los códigos, por ejemplo el de circulación, no conlleva la cárcel como sanción adecuada (actualmente de índole económico, cuya efectividad no se da ni a nivel de aprendizaje, ni de compromiso). La idea, a finales del siglo XX, no puede constreñirse a prohibir; es preciso que la actuación a plantear contemple el 'estimular compromisos conductuales' en base a experiencias flexibles.

El fin, pues, no es identificar efectos —como la marginación social—, sino plantearnos las razones, las contingencias que puedan orientar las intervenciones. Desde esta perspectiva, es

necesario precisar el marco conceptual de las drogodependencias y, a partir de éste, analizar los aspectos implicados: histórico - internacionales, económico-sociales, legales, ético-políticos, salud, preventivos y asistenciales, en la comprensión y construcción social de la droga, que entendemos difiere no sólo en los distintos espacios y épocas sino también va a depender de los grupos de pertenencia.

Nos introducimos, de esta manera, en la problemática adicional de la drogodependencia; es decir, los resultados de los estudios sociológicos vienen indicando el desplazamiento del carácter ideológico, contestatario, minoritario y/o de moda pasajera hacia un carácter consumista.

"La expansión de las diversas culturas, los movimientos migratorios y los intereses económicos han hecho que las sustancias cuyo consumo estaba unido a pautas sociales concretas, hayan perdido su carácter definitorio geográfico y cultural. Las atribuciones mágico - religiosas hechas a distintas drogas por numerosos pueblos, su utilización ritual y precisa para la consecución de bienestar físico y espiritual y la satisfacción en la búsqueda científica, han perdido su razón en la actualidad, ya que las drogas son consumidas hoy día de forma indiscriminada" (Aguar; 1982).

Es difícil, pues, olvidar el contexto social de la droga, donde hay que considerar el ambiente conductual como unidad básica del comportamiento, extraindividual, con propiedades físicas, conductuales y temporales interrelacionadas. Un determinado ambiente conductual no está sólo en función del individuo, no es únicamente un espacio físico, en tanto que implica conducta y medio en una actividad dialéctica.

Con la edición de este libro, pues, se pretende ayudar a unificar criterios intentando, al mismo tiempo, ofrecer una herramienta formativa para los futuros profesionales. Por ello, con la intención de orientar al futuro profesional de la Salud, en los siguientes temas pretendemos:

Facilitar información sobre las formas de consumo y las actitudes de uso que se producen en el medio que identificarían una particular es

Concienciar a los profesionales sobre la información que se nos ofrece desde los medios de comunicación, imponiendo la necesidad de una concepción más realista donde se analice no sólo los agentes sino también el medio y las necesidades.

Facilitar y analizar los principales modelos explicativos de las conductas adictivas, planteando la necesidad de un modelo biopsicosocial para la descripción de las comunalidades en estas conductas, aunque adaptado a la drogodependencia.

Presentar las bases para un planteamiento de intervención realista y dentro de la perspectiva de la conducta drogodependiente (reinserción y/o Inserción), siguiendo una serie de principios básicos y generando la puesta en marcha de un conjunto de recursos.

Esperamos que sean de utilidad para nuestros alumnos, futuros profesionales de la salud, y en especial para aquellos cuyos intereses se orienten a incorporarse tanto al ámbito preventivo como asistencial de las conductas drogodependientes.

Referencias Bibliográficas

Aguar, O. (1982): Las drogas. Familia y escuela. Madrid: Instituto de Orientación Psicológica (EOS).

Lalonde, M. (1974).: A new perspective on the health Canadians. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare.

Salieras, L. (1985): Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Díaz de Santos

Salieras, L. (1988).: Educación sanitaria. Bases Científicas. En G. Piédrola; M. Dominguez; P. Cortina y otros (Ed.). Medicina Preventiva y Salud Pública. Madrid: Salvat.p. 849-859.

Salieras, L. y Freixa, F. (1988).: Drogodependencias y Salud. G. Piédrola; M. Dominguez; P. Cortina y otros (Ed). Medicina Preventiva y Salud Pública. Madrid: Salvat. p. 985-999.

I1

2 SOCIOLOGÍA

2.1 Etiopatogenia y Patrones Culturales de las drogodependencias

*Dr. Iñaki Márquez
Médico Psiquiatra. C.S.M. de Bermeo—Gernika (Bizkaia)*

Introducción.

1. Factores Extrínsecos.
2. Factores Intrínsecos.
3. Desde el Psicoanálisis.
4. Motivaciones del Consumidor/a.
5. Para Concluir.

Referencias Bibliográficas.

I1

Etiopatogenia y Patrones Culturales de las Drogodependencias

Dr. Iñaki Márquez

Médico Psiquiatra. C.S.M. de Bermeo-Gernika (Bizkaia)

INTRODUCCIÓN

A la hora de reflexionar sobre qué decir sobre este tema, se me ocurrió consultar algunos artículos con Título similar. Con sorpresa encontré que los contenidos eran bien diferentes entre si: unos sobre psicogénesis y la personalidad, otros sobre lo social-histórico, otros sobre alteraciones psíquicas y orgánicas, ... Esto sucedía con literatura reciente, de la última década. Ante ello, pues, decidí ir analizando términos y concepciones e intentar abordar aspectos escasamente mencionados. Estas páginas son el fruto de tal intento.

ETIOLOGÍA: Estudio de las CAUSAS.

PATOLOGÍA: Estudio de las ENFERMEDADES.

PATOGENIA: MECANISMOS de actuación de la enfermedad.

ETIO - PATO - GENIA

"Tradicionalmente la Etiología y la Patogenia se han estudiado en un mismo capítulo en numerosos tratados de medicina, englobando la causa de la enfermedad con su mecanismo de actuación" (13).

¿Cual es la razón, causa y mecanismos de las drogodependencias? Las frecuentes encuestas de opinión, a pesar de su tendenciosidad en no pocos casos, siguen reflejando unos datos que chocan con muchos tópicos que medios de comunicación,

políticos, ideólogos de pro o neomodernos se empeñan en proclamar.

Según una encuesta realizada en Junio 86', el paro, la crisis económica (88%) y las drogas (64%) son los problemas que mas preocupan a la población (Sondeo encargado por el gabinete del Gobierno Vasco realizado en Junio y publicado en Septiembre de 1988). Después le siguen la pacificación (48%) y la inseguridad ciudadana (28%). En el mismo sondeo el 76% cree que con la droga la situación empeorara en los meses siguientes.

Con las *causas* que llevan al consumo de diferentes drogas ocurre algo similar. A pesar de la existencia de numerosos escritos y artículos exponiendo la etiología, casi siempre nos encontramos con idénticas generalidades, con todas las drogas en el mismo saco sin diferenciar entre unas y otras, sin aclarar por qué se consume habitualmente, por qué se mantienen en la dependencia una serie de personas, los móviles para los primeros contactos, etc.

En no pocas ocasiones al reflexionar sobre la etiopatogenia se abordan los aspectos bioquímicos, neurofisiológicos y también genéticos, así como los aspectos sociales y culturales. Como la exposición sobre "Las bases bioquímicas y neurofisiológicas de la adicción" está expuesta en múltiples tratados y en el libro ésta queda suficientemente cubierta, extenderé mi trabajo principalmente en los otros aspectos, que por sí mismos explican la enorme incidencia, prevalencia de las drogodependencias.

Con un resultado: las teorías posibles podrían multiplicarse. Son muchos los factores que intervienen, pero no existe *La causa* la teoría. Sí en cambio está clara la incidencia múltiple de Elementos individuales y colectivos: personalidad, familia, grupos sociales, medio laboral o escolar,... la ideología dominante,... etc. Podría hablarse de multifactorialidad o como algunos señalan, una indefinición de causas (1, 5)

Brevemente señalaré algunos aspectos de obligada consideración:

ASPECTOS BIOQUÍMICOS. El metabolismo de las drogas tiene sus vías ya clásicas. Distintas velocidades de absorción y distribución con la limitada capacidad de los sistemas enzimáticos. Por esto, precisamente, la toma repetida de drogas es un factor tóxico primordial que actuará sobre la actividad neuronal.

ASPECTOS GENÉTICOS. Se han realizado estudios para completar la existencia de una cierta susceptibilidad individual transmitida por la herencia. Estudios sobre adopción (incidencia promedio significativo de toxicomanía o alcoholismo si había un padre biológico drogodependiente), sobre gemelos (tasas de conflicto alcohólico mayores en monocigóticos que en dicigóticos), sobre animales (susceptibles de manipulación genética) o sobre marcadores genéticos.

No hay suficientes estudios genéticos como para poder concluir que verá alterado su funcionamiento adulto. Ni pruebas específicas que pudieran predecir la susceptibilidad individual hacia ciertas drogas, como tampoco la inducción de afectaciones orgánicas o psicológicas por el efecto tóxico (2). Concluyendo:

la pretendida vulnerabilidad genética a diversas formas de psicopatología, el alcoholismo y demás toxicomanías aún no ha sido demostrada.

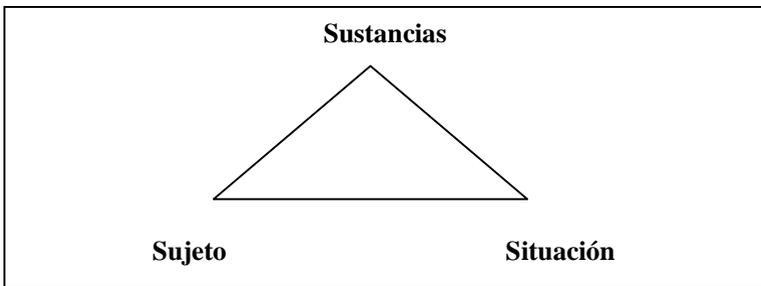
ASPECTOS SOCIO-CULTURALES. Fundamentales para completar e integrar el conocimiento de una Comunidad junto a aspectos epidemiológicos, demográficos, sociales y sanitarios. También estos aspectos colaboran junto a las condiciones sociales y materiales a definir los llamados "estilos de vida".

Los estilos de vida hacen referencia a la forma de vivir basada en la interacción entre condiciones de vida (nivel socioeconómico) y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales.

Si deseamos, por tanto, integrar en un modelo participativo los aspectos socioculturales se requiere:

- Conciencia por los profesionales de la Salud de su propia Cultura.
- Conocimiento de la cultura de la comunidad.
- Visión dinámica de la realidad social.
- Confrontar concepciones y prácticas diversas. (Un ejemplo práctico: la evolución de consumos y estereotipos en las últimas décadas).
- Evitar el encierro del "saber médico". Ante todo socializar el conocimiento.

Una vez más, pues, será necesario recordar el tópico de los tres elementos "necesarios": interacción de la SUSTANCIA droga como agente extrínseco, la persona -SUJETO como elemento intrínseco (huésped y hospedante) en un medio- SITUACIÓN concreto con todo un conjunto de hechos cognitivos y emocionales que con la disponibilidad influyen en el hábito.



SUJETO SITUACIÓN

El "triángulo de las 3 S" es un esquema de validez general para cualquier droga, aunque ello no significa que sea lo mismo depender del alcohol, la cafeína o los opiáceos, por ejemplo. La persona dependiente permanece sumisa al tóxico y tiende a uniformizar unas formas de conducta, un estilo de vida, su lenguaje, su comportamiento social, etc. Podría decirse que los toxicómanos se parecen y puede que oigamos hablar de "el mundo de las drogas porque este personaje - chivo expiatorio es una realidad social. Pero es la visión del efecto no de la causa. Aquí es de destacar la fórmula de Bejerot (31):

$$C = S + E$$

*C: CONTAGIO (del hábito): en relación al tóxico /sustancia.
S: SUSCEPTIBILIDAD (personalidad): persona / sujeto.
E: EXPOSICIÓN AL AGENTE (ambiente): medio /situación.*

Igualmente podríamos asociar el triángulo de las 3 S con los factores extrínsecos (Sustancias y Situación medio ambiental) e intrínsecos (Sujeto)

1. FACTORES EXTRÍNSECOS: LO SOCIO-AMBIENTAL

En la sociedad actual, de doble moral, industrializada, competitiva, autoritaria, alienada, que fomenta el individualismo frente a hipócritas solidaridades, materializada, con múltiples tabúes y normas socioculturales que determinan los comportamientos y conocimientos, cuyo influjo se advierte en las repercusiones sobre la población que vive e interpreta el acontecer somático y psíquico en términos de salud y /o enfermedad (4). En nuestra cultura occidental se favorecen conductas asociadas a trastornos psíquicos (neurosis, psicosis, dependencias,...) y otras conductas y hábitos generadores de conflictividad social, laboral, agresiones, dolor, stress,... apareciendo sectores marginales, rechazo, exclusión y también proyectos alternativos o las neocontraculturas, etc. Por ahí caminan las teorías sociopatogénicas.

Los modelos culturales interiorizados por las personas en el proceso global de inculturación (22) son determinados por las instituciones cotidianas del control y desarrollo social como son la familia (vehículo de la norma), los medios de comunicación con un número creciente de mensajes,... y donde el saber médico y la misma estructura sanitaria también conforman parte importante de los mecanismos de aprendizaje cultural en una sociedad estratificada como la nuestra.

Todos aquellos procesos de aprendizaje y de experiencia con los que se interiorizan los modelos culturales fundamentales, garantizando con ello la continuidad de la cultura y la integración del individuo en el contexto social, es lo que va a

denominarse Inculteración (5). Es un aspecto más específicamente cultural de la integración social, a diferencia de otro "sinónimo" suyo, es decir, socialización, que se referiría más al proceso global de integración de la persona en la estructura de relaciones sociales de su sociedad.

En la reflexión podemos topamos con un riesgo como seria el quedarnos en una discusión bizantina: la droga es la responsable de que existan drogadictos; si hay drogadictos es porque consumen drogas; si consumen drogas es porque estas existen; si no existieran las drogas no existirían los drogadictos...

Esto es aplicable a cualquier cultura, a cualquier sociedad donde existan drogas para consumir: al alcohol en las sociedades occidentales (, o en todas partes?) , cannabis en las culturas islámicas, la coca y cocaína en la región andina, el opio en zonas de extremo oriente..., y siempre porque allí también se fabrica, distribuye, comercializa y/o consume, porque hay una gran disponibilidad, porque está amparada por elementos históricos-culturales, intereses de índole social, político, económico,... generándose actitudes favorables al consumo (ritos, mitos, publicidad, simbología, ...) asumidas por las costumbre sociales.

Nos vemos en un marco social favorable al consumo (12), un medio ambiente generador de Tensiones, desintegrado, consumista, clima de enrarecimiento social, sin modelos culturales, permisivo con lo ya integrado (algunas drogas, por ejemplo), que utiliza con frecuencia las drogas como medio de relación y comunicación. Repito, es el caso del alcohol, el tabaco, hachís,coca, opio, ...

Los aumentos de producción de alcohol, tabaco, cannabis, coca-cocaína, ... significan mayor disponibilidad, mayor presión para su venta y consumo y por ello mayor exposición a la droga.

Un ejemplo cercano: Los grandes productores de vino son al mismo tiempo grandes consumidores de bebidas destiladas y cerveza, y en contra del estereotipo cultural son los países con mayor morbilidad y mortalidad por alcoholismo (10).

La gran facilidad con que pueden obtenerse drogas causantes de dependencias es un factor propiciatorio (23). No existe consumo donde no hay qué comprar o es difícil comprar la sustancia.

La disponibilidad del producto y la exposición al mismo dependen de la costumbre y la educación sociosanitaria de la población respecto al uso de esas sustancias. Y estas a su vez están en relación a la historia, actitudes higiénicas y sanitarias. Es el caso de las drogas ya institucionalizadas, con una notable tolerancia social junto a apoyos institucionales y de medios de comunicación. Pero en el caso de las no institucionalizadas –las ilegales se consiguen similares efectos mediante otros mecanismos aunque con similares medios: siguen siendo la prensa y ciertos sectores de población (las mismas cuadrillas de amigos) los principales "agentes inductores", son los grandes publicistas generando mitos, morbosidad, sensacionalismo,... incitación al consumo en suma. Es raro que no llegue alguna droga a manos de quien esta dispuesto a conseguirla.

Con una particularidad respecto a las toxicomanías: se hace coincidir la actual epidemia de consumo de drogas con la generalización de la crisis (15), con el derrumbe de ideales, valores y tradiciones. La aceleración actual de la historia, la crisis económica y social, el desempleo juvenil, .. Pudieran haber sido los desencadenantes, pero no pueden explicar por entero la génesis del actual problema de las toxicomanías juveniles, aunque si fue el marco histórico quien determinó, y sigue determinando, actitudes sociales frente al toxicómano. En este camino nos encontramos a las teorías sociológicas o sociologistas, pretendiendo explicar la incidencia de usos y abusos de diversas sustancias en determinados grupos sociales.

La oferta de drogas, la disponibilidad, la tolerancia social son condición necesaria pero no suficiente para el consumo, y menos aún para la dependencia. Serán necesarios otros factores personales y colectivos. Así, si nos detuviéramos en los aspectos socioeconómicos comprobaríamos como mientras, por un lado, se impulsan notablemente los recursos económicos (y esto ocurre con cualquier droga hegemónica en una región determinada, sea región productora, distribuidora o consumidora) en relación a la droga en sí misma, por otro lado, los COSTES sociales por la pérdida de calidad de vida (11) se ven aumentados. (ver Cuadro 1). A saber:

Conflictos Sociolaborables y Accidentes de Trabajo –según distintos estudios (30), un 20-48% de los accidentados en el trabajo son pacientes alcohólicos o el accidente es atribuible al alcohol–con expresiones muy variadas: absentismo laboral, desajuste laboral (problemas horarios, escaso rendimiento), inestabilidad (cambios frecuentes de empleo), degradación, (traslados, pérdida de puesto de trabajo), incapacidad laboral ("bajas" laborales)... (ver Cuadro 2).

Accidentabilidad en la carretera. En 1975, y en España, por lo menos el 35% de los accidentes de tráfico eran producidos por personas con alcoholemia elevada.

Morbimortalidad con mayor impacto, no sólo por lo anterior (accidentabilidad...) sino, y sobretodo, por las afectaciones a nivel orgánico y psicológico (ver Cuadro 3).

Costes Sociales –delincuencia, deterioro de valores, ...– y Costes Humanos.

El consumo de drogas está muy unido a los accidentes y a las conductas peligrosas. De ahí la importancia de determinar los factores de riesgo.

CUADRO 1. COSTES A LA SOCIEDAD

<p>Costes por accidentes: <i>de tráfico</i> <i>de trabajo</i> <i>domésticos...</i></p> <p>Capacidad de producción potencial (CPP) perdida por: <i>bajas, absentismo, accidentes</i> <i>desempleo</i> <i>mortalidad anticipada</i></p> <p>Costes sociales: <i>invalidez (profesional, permanente)</i> <i>delincuencia.</i> <i>deterioro de valores</i></p> <p>Costes humanos: <i>mortalidad precoz</i> <i>enfermedades / accidentes ... suicidio</i> <i>rupturas familiares</i> <i>desintegraciones grupales</i></p> <p>Varios: <i>recursos institucionales: policiales, judiciales,</i> <i>carcelarios,...</i></p>

CUADRO 2. CONSECUENCIAS LABORALES DE LA ENFERMEDAD ALCOHÓLICA

<i>DESAJUSTE LABORAL</i>	<i>9,6 %</i>
<i>ABSENTISMO LABORAL</i>	<i>10,3 %</i>
<i>INESTABILIDAD</i>	<i>32'9 %</i>
<i>DEGRADACIÓN LABORAL</i>	<i>5'6 %</i>
<i>INCAPACIDAD LABORAL</i>	<i>11'6 %</i>

CUADRO 3. MORBI-MORTALIDAD

CIRROSIS HEPÁTICA
ACCIDENTES DE TRAFICO
SUICIDIO
PSICOSIS
ACCIDENTES LABORALES

2. FACTORES INTRÍNSECOS: LO INDIVIDUAL

La Sociedad, se dice, es la misma para todos y, sin embargo, no todos se hacen alcohólicos o heroinómanos. Salvando análisis pendientes referentes a la clase social, poder económico adquisitivo, nivel cultural, situación ocupacional, medio sociofamiliar, etc. de las personas que hacen que no todas las personas seamos iguales dentro de una "misma" sociedad, decía salvando todo esto lo cual es un salto de gigante, nos encontramos con que además de lo social han de existir factores individuales, que empujan el consumo y después al hábito, llegando a ser toxicómanos que pueden usar las drogas como medio o como fin en si mismo.

Predisposición. Elementos de personalidad. Hay factores psicológicos y biográficos que favorecen la dependencia. Algunos predisponentes a la Toxicomanía:

- inmadurez y dependencia afectiva.
- falta de confianza en sí mismo, con sentimientos de debilidad e inferioridad.
- escasos recursos adaptativos a los problemas y demandas individuales o grupales, con carencias afectivas, desesperanza, intolerancia a las frustraciones, fracasos, dolor o separación, tendencia a los mecanismos compensatorios: regresión al inconsciente, negación de la realidad, sobrevaloración de "Yo", huida de la realidad.
- dificultades de comunicación: soledad, retraimiento, timidez, suspicacia, hipersensibilidad,...
- inestabilidad emocional, angustia de separación labilidad, incontinencia emocional, impulsividad, agresividad, hipermotividad,.

Sin olvidar que en la GENESIS de los rasgos de personalidad son sobre todo modeladas durante los primeros años de vida interviniendo sobre manera los influjos afectivos de padres o tutores. O su ausencia que también influye. Se puede llegar a decir que la infancia de los pacientes se caracteriza en general, por la inestabilidad e inconstancia de las relaciones afectivas que los padres que les proporcionaron (12)

Aunque no debe hablarse de una personalidad premorbida neuróticos y la llamada estructura toxicomaniaca. Más que dudosa esta última, como igualmente quienes buscan una personalidad alcohólica se del enfermo drogodependiente, si se habla de cuatro tipos de estructuras en su psicopatología: la psicosis, la psicopatía, los topan con un callejón sin salida. (20) Sin embargo sí hay algunas características para que la toxicomanía se instaure: caracteres psicopáticos con notable irresponsabilidad, huída hacía lo irreal, baja tolerancia con riesgo mayor para la frustración, intencionalidad autolesiva.

APRENDIZAJE. Las personas que permanecen desvalidas en sus primeros meses de vida, mediante acumulación de estímulos-respuesta obtienen una memoria histórica, su experiencia. Al adquirir conciencia del entorno camina hacia una maduración comparativa. Trata de imitar a sus mayores como modelos de identificación que más influyen en la estructuración de hábitos. Si en su entorno hay consumo de sustancias tratará de semejarse en su comportamiento. La repetición, producto de reflejo de los múltiples estímulos ambientales puede generar hábito. La repetición de un hábito puede crear comportamientos patológicos y también dependencias. De esto último, es sencillo concluir sobre el importante papel de padres y hermanos mayores cuando son consumidores de tabaco, alcohol, cannabis, fármacos y otras sustancias no institucionalizadas. O la importancia de las pérdidas afectivas ya estudiadas por Bowlby y Spitz en la infancia y adolescencia así como sus efectos psicopatológicos (21), o en el mismo rol patógeno de la pérdida: duelo, separación desempleo. Y es que las situaciones que implican "pérdidas" en las relaciones interpersonales son muy variadas.

DEPENDENCIA. Estado físico o psíquico, o ambos a la vez, causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y la sustancia droga. Se caracteriza por modificaciones de comportamiento y por otras reacciones que comprenden un impulso irreprímible a tomar la droga, de forma continua o esporádica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación (3, 6) .

Encontramos un componente psíquico: la vinculación conductual psicosocial a la cual se asocia la incapacidad de control, y un componente físico: la vinculación metabólica - bioquímica en la cual se asocia la incapacidad de abstención.

¿Qué significado puede tener esto último?. Por ejemplo, que no se hace dependiente quien quiere sino que es la dependencia la que hace al toxicómano. Y es el toxicómano quien la conforma por la repetición de esfuerzos con el producto y sus efectos. De esta manera, a modo de pequeño reste de lo señalado nos puede ayudar la relación de factores relacionados con el consumo Cuadro IV

A pesar de todo, no puede deducirse la crisis de la personalidad sólo desde los desnudos hechos del cambio o la penuria económica, el desempleo y el desorden social. Este es el enfoque positivista que se expone cotidianamente en los medios de comunicación al referirse a los desordenes mentales, al suicidio, las agresiones, ... Demasiado simple, aunque atractivo.

La identidad individual no puede convertirse casual y acriticamente sólo en una variable dependiente de la teoría social. Somos y no somos, al tiempo, seres sociales y cuerpos y mentes individuales irreductibles.

CUADRO 4: FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO

Factores sociodemográficos:

Edad / Sexo / Hábitat / Clase social / Estatus ocupacional.

Factores de socialización:

Familia; Educación escolar; Medios de comunicación de masas; Grupos de iguales (amigos...), vida asociativa; ...

Factores psicológicos:

Autoestima; satisfacción-frustración; tensiones;...

Factores de vida:

Actitudes frente o la sociedad; integración social; movilidad; disponibilidad ; ocupación... y otros muchos.

3. DESDE EL PSICOANÁLISIS

Tomando el cuela psicología del alcohólico (3 pueden señalarse algunos rasgos esenciales: Nos encontramos con un "yo" débil e infantil, con ideales del "yo" reducidos, un "ello" reprimido y un "super-yo" severo y contradictorio. Muchos tópicos del psicoanálisis presentes en la acción del alcohol que propicia la exaltación de sus ideales, la satisfacción incontrolada del ello y la disolución renunciante del "super yo"(32) La conducta desviada -la adicción- se asienta en el principio placer-displacer. Y para obtener el placer, el uso de sustancias es una opción.

La teoría psicoanalítica pretende basarse en la personalidad premórbida obtenida por un trastorno en el desarrollo de la personalidad. Hay una correspondencia entre el concepto del trastorno narcista de personalidad y los trastornos del Yo y la identidad.

Tres mecanismos podrían explicar la psicodinámica de la enfermedad alcohólica:

- * La fijación central que estimula la utilización de la boca como fuente de gratificaciones. Por la bebida mantiene el perfil pasivo mecanismos de sustitución al quitar la bebida mantiene el perfil pasivo mecanismos de sustitución al quitar la bebida en la rehabilitación (fumar, mayor ingesta alimentos, otras bebidas,...)
- * La angustia de castración, con proyecciones agresivas y sado-masoquistas del odio al padre sobre la sociedad y sobre si mismo.
- * La dificultad de identificación sexual madura con búsqueda de la "hombría", de la "fortaleza" mediante el alcohol.

Para algunos estas características son propias de una personalidad adictiva siendo de aplicación en alcohólicos y en otros toxicómanos. Con la particularidad de aceptar el juego del perdón y castigo, siendo conscientes de que la dependencia produce la debilitación del yo y la identidad se corresponde con el "trastorno narcisista de la personalidad". Desde el análisis habrá que ofrecerle el conocimiento de sus conflictos y deseos: inconscientes (14) para que decida sobre ellos.

Para finalizar, en la mayoría de las exploraciones psicológicas es frecuente un descuido:

la estructura de la personalidad de un drogodependiente puede verse modificada por la acción farmacológica y el influjo de la propia dependencia a una sustancia tóxica.

4. MOTIVACIONES DEL CONSUMIDOR / A

¿Por qué se consumen drogas?. Es la pregunta de partida; de igual manera, es preciso ser consciente de que todas las culturas han utilizado y utilizan, institucionalmente o no, algún tipo de drogas tendentes a provocar sensaciones físicas o psíquicas placenteras, o bien evitadoras de displacer.

Desde una perspectiva histórico-antropológica hay quienes opinan que el conflicto reside en la contradicción entre la tradición histórica occidental del culto a la razón y el enfrentamiento con el consumo masivo de drogas, añadiéndose la falta de un marco referencial y social, con un mercado económico determinado (25).

Cuando se individualiza en este o aquella drogodependencia se suele buscar en la personalidad previa que le haya empujado a la drogadicción. Es una forma de psiquiatrizar las conductas toxicómanas. La realidad es mas compleja. O más sencilla según se mire. Si aceptamos la toxicomanía como "conducta de intoxicación voluntaria" (26) aceptamos que no necesariamente ha de presuponer una personalidad determinada y si la aceptación de factores sociales, medioambientales que hoy pueden empujar a unos comportamientos y mañana a otros.

A finales de los años 70 y primeros años de la década de los ochenta las valoraciones del "fenómeno droga" se centran en los jóvenes. Para González Duro :

"las motivaciones actuales por las que los jóvenes consumen drogas son poco o nada intelectualistas o literarias, sino simplemente hedonistas y escapistas: para no aburrirse, para 'enrollarse bien', para sentirse mejor; para facilitar la comunicación, para ser amables con los demás, para escuchar mejor la música, para 'pasar ' de casi todo. Son motivos de una cierta juventud vagamente disconforme, pesimista, descreída y desencantada de un mundo difícil que no comprende y que no le gusta, pero que no puede hacer nada para cambiarlo. Es una juventud que vive en una sociedad que ya no es desarrollista y que está en plena crisis económica ". (27)

Los Tiempos han ido cambiando tras toda una década y hoy la cuestión de las drogas no es algo que se haya de centrar en jóvenes y el consumo de sustancias ilegales o mas o menos toleradas. También las muy legales y la población adulta han de ser objeto de atención.

Los Motivos iniciales en el uso y consumo de drogas y su mantenimiento han sido investigados en un buen trabajo de José Navarro (25), dejando más de lado aquellos motivos de carácter accidental.

Nos encontramos con **motivaciones de respuesta social**, relacionadas con la situación psicosocial de la persona y de la respuesta que adopta:

- * Motivaciones basadas en un desacuerdo con situaciones psicosociales vivenciadas que le llevan a respuestas donde media la droga: respuestas de huida (problemática familiar a través de la transgresión, sentirse libre, placer de lo prohibido, hostilidad, ...) o de pasividad ("paso de todo", nihilismo,...).

- * Motivaciones relacionadas con mejores logros de adaptación y logros sociales: estudiar y / o trabajar más y mejor; mayor capacidad creadora, facilitar la comunicación social; ir a la moda; seguir las costumbres sociales.
- * Motivaciones de exclusión / inclusión en un grupo de pertenencia; sentir rechazo por la familia, sentirse marginal, y / o marginado; sentirse aceptado de otro grupo;...

Motivaciones experimentales: Búsqueda del placer (actitudes individualistas como respuesta a la actual crisis social), pretender autoanimarse,... curiosidad, deseo de sentir nuevos fenómenos, nuevas emociones,... Mayor capacidad de percepción de estímulos sensoriales o de otro tipo, producción de estados oníricos.

Motivaciones sintomatológicas: sobre todo en procesos medicalizados: "mal de los nervios", stress, ansiedad, depresión insomnio, dolores diversos,... Búsqueda de tranquilidad y bienestar. Alivio de los síntomas.

Y sin olvidar algunas orientaciones que apuntan hacia cuatro categorías en las motivaciones en función de: 1) Necesidades del toxicómano; 2) Influencia del entorno; 3) Estructura social; 4) Efectos sobre la personalidad (24). Aquí es de destacar el modelo de Competencia del Medio de Unterberger.

PARA CONCLUIR

- * La etiopatogenia aborda los aspectos bioquímicos, neurofisiológicos y genéticos así como sociales y culturales.
- * Los aspectos socioculturales junto a las condiciones socioeconómicas ayudan a la definición de los estilos de vida, como formas de vivir basadas en su interacción.
- * En cada época ha habido unas corrientes de pensamiento minoritarias a veces con importante eco social que instauran un consumo de drogas institucionalizadas o no, generalmente sin ser abandonados consumos anteriores.
- * Vivimos en un marco social favorable al consumo, no solo por sus formas de (in) comunicación y relación social sino también por aspectos específicamente relacionados con las drogas: disponibilidad, gran exposición tolerancia social, agentes inductores, etc., llegando a ser condición necesaria aunque no suficiente para el consumo y/o dependencia.
- * Es necesaria la interacción de los factores extrínsecos (lo medioambiental, las drogas), con factores intrínsecos (las personas), junto a aspectos emocionales y cognitivos para influir en el hábito tóxico.
- * Las teorías sociopatogénicas para unos, teorías sociológicas para otros, o antropológicas, pretenden dar explicación fiable a los factores extrínsecos como determinantes primordiales de la toxicomanía.
- * Muchas enfermedades se producen como consecuencia de los hábitos culturales (alimentación, alcohol, tabaco, ...), del deterioro medioambiental, pudiéndose establecer conexiones entre ello y la aparición de alteraciones en la

salud. El uso de drogas y sus efectos se acompaña siempre de un modelo cultural; la cultura del usuario es determinante de sus experiencias.

- * El consumo de drogas va unido a pérdida de calidad de vida con un fuerte incremento de costes de la sociedad: accidentes, aumento de conductas peligrosas, recursos humanos e infraestructura, capacidad de producción potencial perdida, gastos asistenciales, etc.,
- * No todas las personas son iguales en una sociedad donde impera la desigualdad. Por ello además de lo social han de existir factores individuales (intrínsecos) que puedan empujar al consumo y/o hábito de drogas utilizadas como medio o fin en si mismas.
- * Los elementos propios de la personalidad los factores psicológicos y biográficos que favorecen las dependencias son predisponentes a la toxicomanía. No obstante, no debe hablarse de una personalidad premorbida del paciente drogodependiente.
- * A la hora de buscar los motivos para el uso y el consumo - de drogas y su mantenimiento nos encontramos con motivaciones de respuesta social a la situación psicosocial que soporta la persona, motivaciones experimentales y motivaciones sintomatológicas, máxima en procesos medicalizados.
- * En la motivación encontramos categorías en función de las necesidades del drogodependiente, el influjo del medio con su estructura social y los efectos sobre la personalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ayestarán, S. (1987): La perspectiva psicosocial en el estudio de las drogo-dependencias, en *VVAA. (Eds), Drogas y Escuela III. Donostia.*
2. Bartili, E (1981): Il condizionamento sociale. Socializzazioni, inculturazione e controllo sociale primario. *Florenzia: La Nuova Italia, 1981.*
3. Bartoli, P (1984): Prácticas Sociales y Modelos culturales relativos a la enfermedad, a la Salud y a la Medicina. *Educacione Sanitaria e Medicina Preventiva vol. 7, n'4.*
4. Bombin, B. (1985): Alcoholismo (1): Aspectos antropológicas, psiquiátricos y sociales". *Salud Rural n' 16.*
5. Boivlby, 1 (1966): La pérdida afectiva. *Buenos Aires: Paidós.*
6. Bukestein, O.G., B'ent, D.A. y Kaminer, Y .(1989): Comorbilidad de la Adicción a Alcohol o Drogas y otros transtornos Psiquiátricos en los Adolescentes. *Am. J. Psych. 146 (9), 1131-1141.*
7. Comas, D. (1986): Notas para profesionales de la intervención sobre el uso de drogas por la población. *Colegio Psicólogos. vol. VI, 24.*
8. Doll, R. y Peto, R. (1981): The causes of cancer: Quantitative estimates of avoidables ricks of cancer in *the U.S. Today. 'Nati Cancer Inst.66: 11911308*
9. Durán, A.M. (1983): Desigualdad Social y enfermedad. *Edit Tecnos.*
10. Escohotado, A. (1989): Historia de las Drogas. *Madrid: Alianza Editorial.*

11. *Faltieri, P (1978): Presuposti della conoscenza socioculturale. Perugia: Centro Speimentale por L'Educazione Sanitaria.*
12. *Freixa, F., Soler, P. y colaboradores. (1981): Toxicomanias: un enfoque nudtidisciplinario*
13. *Fenichel, O. (1966): Teoría psicoanalítica de las Neurosis. Buenos Aires: Paidós*
14. *Florez, J.A. y otros (1990): Factores psicosociales en el enfermar humano. Medicina Integral, vol 15, n' 2 Enero.*
15. *García, D: La droga como elemento cultural, en Historia 16: La Droga: historia, mito y tragedia, de VVAA.*
16. *González Duro, E. (1979): Consumo de Drogas en España. Madrid: Villalar.*
17. *Gran Enciclopedia LAROUSSE (1989). 24 volum. Ed. Planeta. Barcelona.*
18. *Guijarro, M A.(1987): La personalidad del drogadicto. Clin. Rural 288. Nov.*
19. *Licher; C.S.(1978): Una estrategia en Salud Pública frente al alcoholismo y sus complicaciones. Am. J. Med., 65:722*
20. *Markez, I; Gurruxaga, F.; Barrios, L.(1989): El dominio de la Hipocresia. San Sebastian: Gakoak.*
21. *Mattioli, G. (1990): Psicoterapia del Toxicómano. Barcelona: Logos.*
22. *Monis, A.(1980): Los costes del alcoholismo y los beneficios del tratamiento. El Médico, 8*

23. Navarro, J. (1986): Perfil básico del problema de las Toxicomanías *Rev Com. y Drogas*

24. O.M.S. (1983): La juventud y las drogas. *Serie informes Técnicos n° 516 de la OMS. Ginebra.*

26. Oughourlian, J.L. (1977): La personalidad del toxicómano. *Barcelonia: Herder*

27. Sirvent, C. y otros (1987): Drogodependencias. *Palencia: Fundación Spi•al.*

28. Sole, JR. (1989): Terapia antidroga. *Barcelona: Salvar.*

29. Soler; P.S.; San Molina, L.I y otros. (1982): *Drogodependencias. Un nuevo modelo de enfermedad.* Barcelona: Instituto Municipal de Psiquiat•ia. Sanofi, Fondo

30. Unterberger (1982): Modelo de competencia del Medio. *editorial.*

31. VVAA. (1985): Los costes del alcoholismo y en la C.A.V. en Tres estudios sobre las Drogas en Euskadi. *Vitoria: Servicio de Publicaciones del G. Vasco.*

32. VVAA. (1985): Alcoholismo. *Tema Monografico. Jano 18-29 Junio n' 656.*

33. *Baselga Monte, 1 (1980): Problems laborals de l'alcoh•lic. Contribuci• de la Medicina del Treball a la seva prevenci• i rehabilitaci•. N. 11 simposium: Reinserci• social deis alcoh•lics. Dpt. de Governaci•, Promoci• Social, Generalitat de Catalunya.*

I2

SOCIOLOGÍA

2.2 Sociología de las Drogas: Las Drogas en la Sociedad Española

Domingo Comas Arnau
Sociólogo

Introducción.

1. Evolución Histórica Reciente.
2. Niveles de Consumo.
3. Factores de Riesgo y Problemas Asociados.
 - 3.1. Nivel Socioeconómico y "Status".
 - 3.2. Empleo y Desempleo.
 - 3.3. Estructura Familiar y Convencional.
 - 3.4. Delincuencia y Drogas.
 - 3.5. Dinámica del Consumo: la finalidad del alcohol.
 - 3.6. El acceso a las drogas ilegales.
4. Respuesta Asistencial.
5. Actitudes y Opiniones.
6. Prospectiva.

Orientación Bibliográfica.

I2

Sociología de las Drogas^{*} : Las Drogas en la Sociedad Española

Domingo Comas Arnau
Sociólogo

INTRODUCCION

El conocimiento sobre la dimensión sociológica de las drogas resulta bastante satisfactorio. Se trata de uno de los fenómenos más estudiados, mejor trabajados y más contrastados entre los que ocurren en nuestra sociedad. Conocemos muchos de los porqués del consumo de drogas legales e ilegales, conocemos las redes y los servicios asistenciales, las distintas eficacias terapéuticas, la personalidad de los alcohólicos y drogodependientes, las opiniones, actitudes y respuestas sociales que producen las drogas. Datos obtenidos mediante la utilización conjunta de diferentes instrumentos de investigación (como encuestas nacionales y locales, indicadores específicos directos e indirectos, métodos cualitativos, etc...), y que nos proporcionan una imagen bastante amplia, consistente, contrastada y completa del fenómeno. Pero a la vez es esencialmente poco utilizable, porque este documento nos retrotrae a la propia sociedad, y la sociedad tiene otra idea, otra imagen de las drogas y lo que se puede y debe hacer con los drogodependientes.

Se puede sostener de forma razonable que muchos de los problemas derivados del consumo de alcohol y otras drogas se podrían resolver sin excesiva dificultad, aunque bajo la condición de que la sociedad estuviera dispuesta a asumir una serie de responsabilidades; pero esto no parece posible, ya que existe

* Transcripción de la lección del Curso Teórico – Práctico sobre Drogodependencias organizado por el Instituto Spiral. Valladolid, Octubre de 1990

un rechazo, un rechazo que posee un sentido y un significado precisos, como tendremos ocasión de mostrar, que impide articular muchas de las soluciones conocidas.

Así, de las drogas se habla mucho, los medios de comunicación las dedican amplios espacios. Sin embargo, los profesionales que trabajan en el tema apenas opinan, y cuando salen sus informaciones siempre aparecen contrapuestas a la "experiencia real" de algún afectado o familiar, como si todos los meses se insinuara que los datos del Índice de Precios al Consumo (IPC) son falsos y se contrastara con el incremento del precio del plátano en una frutería, seleccionando la frutería (y la modificación del precio experimentada) según conviniera decir que es alto o bajo, y que se considerara más certero que el IPC, porque a fin de cuentas , ¿quién sabe más de plátanos y quién consume el plátano?.

Se ha elegido un ejemplo un tanto exagerado para reflejar el grado de irracionalidad que supone la existencia de unos conocimientos que posibilitarían , si no la mágica solución a los problemas de las drogas en nuestra sociedad, al menos la probabilidad de resolver muchos de ellos, y la imposibilidad de aplicarlos porque la representación social (la fantasía optativa y resolutive del imaginario social) lo impide. Tal situación implica que la información sociológica sobre las drogas cumple dos funciones: da a conocer unos datos y rompe así con unos estereotipos que condicionan cualquier posible solución del problema.

1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA RECIENTE

Hasta la década de los años sesenta, el consumo de drogas en España tenía unas características de vida muy distintas a los países de nuestro entorno. El aislamiento político y cultural y el retraso socioeconómico, configuraban una eficaz barrera contra cierto tipo de drogas y ciertos hábitos de consumo, al tiempo que otras drogas y otros hábitos de consumo tomaban carta de naturaleza entre nosotros. Los tres fenómenos más típicamente españoles, aparte del alcohol y el tabaco, se situaban en el consumo generalizado de anfetaminas –"la española", como se llamaba en el resto de Europa–, la presencia de cannabis en forma de grifa, en ambientes delincuenciales marginales y un importante número de morfinómanos más o menos tolerados e institucionalizados.

Durante la década de los sesenta se producen importantes cambios económicos y culturales (turismo, industrialización, urbanización, expansión universitaria, etc...) sobre los que empieza a articularse un proceso de "normalización" en relación a nuestro entorno europeo, y este proceso, en relación al tema drogas, supondrá una incorporación al tipo y hábitos de consumo del resto de los países europeos.

Una manifestación clara del aislamiento puede escenificarse en el retraso con el que España se incorporó a los instrumentos internacionales contra el tráfico de drogas; por ejemplo, el convenio de las Naciones Unidas que firmó la mayoría de sus miembros en 1961 no fue ratificado por España hasta 1967, año en el que, por imperativo de este convenio se promulgó la Ley de Estupefacientes. Esta supuso la creación de la Brigada Especial de Estupefacientes (BCE), con la función de reprimir el tráfico, y el Servicio Especial de de Restricción de Estupefacientes de la dirección General de Farmacia, como apoyo técnico a la BCE para controlar la dispensación de psicotrópicos. Durante años, la Brigada se limitó a unos pocos policías ubicados en Madrid, y el servicio de Restricción, a dos técnicos sin apoyo administrativo.

Puede parecer extraño que el régimen franquista se desinteresara tanto del tema de las drogas, incluso en su aspecto más represivo, cuando además en el discurso político-ideológico explícito había permanentes referencias al "peligro de la droga", pero ya predominaba el profundo contraste entre el contenido del discurso y la realidad que ha seguido marcando el fenómeno droga en nuestro país. Pero en cualquier caso la extrañeza se mantiene cuando además observamos que en España, de hecho estaba despenalizado el consumo de drogas ilegales, y que sólo en los años setenta, y de forma circunstancial y aislada, se llegó a condenar a algunos consumidores (la mayoría, entre 1973 y 1975) por la aplicación de la Ley de Peligrosidad Social. Una situación de tolerancia muy distinta al resto de los países europeos.

En realidad la carencia de una política represiva no era tanto fruto de de una opción manifiesta como de la desidia. El alarmismo social se consideraba más que suficiente y cualquier otro tipo de respuesta se encontraba lisa y llanamente abandonada a su suerte. Así la siguiente medida se implantó en 1973 y fue la "Comisión Interministerial para el estudio de los problemas derivados del alcoholismo y del tráfico y consumo de estupefacientes", la cual elaboró un informe que sistematizaba todos los datos sobre el fenómeno y hacía una serie de recomendaciones en torno a como abordar la asistencia a drogodependientes, así como sugerencias sobre programas de prevención, coordinación interinstitucional, medios represivos y participación ciudadana. El informe fue publicado en 1975, y la Comisión sobrevivió sin ninguna actividad efectiva, salvo en el periodo 1982-84 en lo relativo a investigación, hasta la aprobación del Plan Nacional sobre Drogas en 1985.

El Plan Nacional sobre Drogas supuso la recogida, de parte de las recomendaciones de La Comisión Interministerial de 1973, y la primera articulación de una respuesta institucional, que si atendiéramos a la opinión pública debería haberse puesto en marcha ya en 1970.

Mientras tanto, parece que el consumo de drogas ilegales se

había dispersado en nuestro país. Los indicadores recogidos en el cuadro 1, confirman un cambio cuantitativo de notable importancia, que sería necesario matizar por el hecho de que se trata de un proceso de incorporación (que parte de cero), y que el indicador refleja no los niveles de consumo, sino de eficacia judicial. De ahí que los hitos que hemos de reflejar con exactitud sean la Reforma del Código Penal de 1983 y el notable refuerzo de personal que reciben las Brigadas de Estupefacientes en 1986.

CUADRO 1
CANTIDADES DE DROGAS DECOMISADAS
(SERIE CRONOLÓGICA).

Fuente: Brigada Central de Estupefacientes. Elaboración propia.

Año	Cannabis	Cocaína	LSD	Opiáceo
1967	377	-----	-----	
1970	587	8	1.553	81
1975	6.183	11.527	1.813	333
1979	19.574	45.124	10.124	16.770
1980	11.156	58.129	14.868	6.127
1981	23.213	47.069	24.472	34.000
1982	18.192	113.617	30.538	67.566
1983	20.843	275.144	12.682	109.329
1984	34.462	277.029	17.781	203.087
1985	50.260	302.500	6.139	252.500
1986	66.132	668.900	67.436	407.000
1987	59.210	1.133.599	20.128	412.699
1988	90.940	3.471.000	9.170	470.181

En cierto modo las encuestas y datos procedentes de otras fuentes confirman este proceso en forma global, aunque con matices. Hasta 1983-84 el consumo de drogas ilegales sufrió un fuerte impulso, que se vió frenado a partir de estos años, habiendo llegado a una cierta estabilización entre 1986/87. El incremento de aprensiones y detenciones (que no detenidos) a partir de este año

reflejaría un mayor nivel de eficacia policial, coincidiendo con un notable refuerzo en personal y medios, posterior al momento de la aprobación del Plan Nacional sobre Drogas y la Fiscalía Especial para la lucha contra el tráfico de drogas.

La trayectoria por tipo de drogas es aún más compleja: hasta 1973 la única droga ilegal disponible en el mercado español (aparte del trío anfetaminas, grifa y morfina) es el cannabis, que en forma de hachís comienzan a consumir, grupos aislados de jóvenes universitarios influidos por la imagen norteamericana de la contracultura. También era posible acceder, aunque no se trataba de un consumo habitual, a diferentes alucinógenos procedentes de Norteamérica.

La aparición de la heroína en 1973 modificaría radicalmente el panorama. Desde una perspectiva sociológica la heroína ha articulado el proceso de "normalización", de incorporación a las pautas de "modernidad" en lo que al consumo de drogas se refiere, para la sociedad española. Una transición que duró varias décadas en el resto de los países europeos, con altibajos y distintas drogas de referencia se produjo en España en menos de una década y alrededor del consumo de heroína por vía intravenosa, lo que exacerbó todos los problemas y posibilitó una dramatización abusiva de todo el fenómeno. Fue una sociedad "periférica" que recibió repentinamente la visita del aspecto más implacable de un hábito que hasta entonces había desconocido.

El 73 no sólo supuso la implantación del consumo de heroína, sino también la aparición de todo el complejo de las drogas ilegales, de tal manera que la situación en el momento de iniciar la transición democrática, había alcanzado un nivel en el que era factible realizar la adecuación a los parámetros dominantes en los países de nuestro entorno.

La coincidencia entre expansión del consumo de drogas ilegales y transición democrática siempre ha llamado la atención y ha permitido formular teorías contrapuestas: para unos las drogas se habrían utilizado para acallar las reivindicaciones y protestas

sociales "atrayendo" a "los jóvenes" hacía una actividad que permitía su criminalización –es decir, un plan maquiavélico del Estado, los poderes económicos ocultos y los servicios secretos internacionales, para otros se trataría de la consecuencia de un exceso de libertad que engendraría libertinaje y que se resuelve mediante disciplina y mano dura. Dos versiones ideológicas opuestas que a la vez contrastan con los datos sociológicos.

La incorporación de las drogas a nuestra realidad social se produjo justo antes de de la transición democrática, y se centró en aquellos grupos que realizaban una mayor actividad política contra la dictadura, jóvenes, universitarios y militantes, también jóvenes, en los barrios obreros. Pero el consumo fue esencialmente experimental porque desde "lo político" las drogas no estaban bien vistas. Las concepciones y estilos de vida "contra-culturales" y "políticos" eran muy diferentes, y los segundos poseían una clara hegemonía sociocultural mientras el franquismo pervivió.

La situación era, pues, de una fuerte oferta de drogas, combinada con una imagen cultural positiva de las mismas, pero una baja demanda, porque los temas que más interesaban eran otros. Situación que varió totalmente una vez fueron alcanzadas las libertades democráticas: la demanda se expreso sin cortapisas y hasta con euforia. Había que experimentar con todo lo que había estado formalmente prohibido, como ciertas formas de sexualidad, ciertas fiestas o la libertad para manifestarse. La euforia disparó los niveles de consumo, de tal manera que al principio de los ochenta se había alcanzado un nivel similar al resto de los países europeos, cuyo proceso, en algunos casos (como Suecia, Inglaterra u Holanda), se había iniciado en los años cincuenta. Tras el "salto" de los setenta la situación tendió a la normalización y los procesos serian más lentos y más equilibrados, respondiendo, en una gran medida, a similares procesos que se están produciendo en el conjunto europeo.

Sin duda los niveles y características del consumo de heroína en estos años enmarcan este proceso evolutivo, lo que nos permite describirlo en parte a partir de la evolución de consumo de esta droga, que ha funcionado como referente total, dominando el proceso e incluso impidiendo que otros consumos, tan reales y quizás más masivos, pudieran expresarse.

La explicación del proceso evolutivo de la heroína nos retrotrae a un problema importante para las ciencias sociales: la imposibilidad de ofrecer explicaciones sobre un fenómeno si no es delimitándolo metodológica y cronológicamente. Lo que valía en un momento determinado A, puede no valer en absoluto en el momento B, o incluso una variable que en un caso correlacionaba positivamente, hacerlo negativamente en el otro.

Observando la evolución del consumo de heroína, desde el momento que esta droga comenzó a ser distribuida en nuestro país hasta 1988. Tanto la curva de incidencia (número de nuevos casos al año) como la prevalencia (número total de casos en una fecha dada de cada año) no pretenden proporcionar datos cuantitativos, sino su evolución y la relación entre ambas en las distintas etapas en las que hemos dividido la evolución del consumo de esta droga.

Durante la primera fase (1973-1977), la evolución de los parámetros es discreta, la tasa de incidencia crece lentamente y la tasa de prevalencia va acumulando estos casos. La mayoría de tales casos procede de grupos sociales de alto status: un porcentaje elevado son estudiantes universitarios, y consumen heroína tras haber pasado por una previa de consumo de cannabis y alucinógenos. Sostienen una ideología de tipo más o menos contractual, en cuyo contexto las drogas escenifican un tipo de ruptura radical contra una sociedad a la que consideran más incompetente que represora.

La segunda fase (1977-1981), tras la transición democrática, es aquella en la que se produce una mayor incremento del consumo, reflejado en el continuo incremento de las tasas de incidencia, que conducen a una alta prevalencia al final del periodo. No hay además "salidas", porque los primeros y aislados

recursos asistenciales no comienzan a funcionar hasta 1979-80. En esta etapa la mayoría de casos proceden del amplio espectro social de las clases medias y de la trabajadora, aún la de bajo nivel socioeconómico, pero "integrada" y con actividad cultural normalizada. Muchos de los sujetos poseen un pasado inmediato de militancia política antifranquista, y muchos no simpatizan demasiado con las actitudes contraculturales, no hay una historia previa demasiado prolongada de mucho consumo de otras drogas, y la heroína aparece en un contexto experimental y lúdico, y los argumentos relativos a su consumo se refieren básicamente a problemas personales de ajuste social y a reacciones ante "las presiones del entorno".

La tercera fase (1981-85) contempla una caída importante de la tasa de incidencia, ya que ha concluido la incorporación de los grupos demográficamente más numerosos, y los nuevos casos se reducen, procediendo la mayor parte de ellos de grupos sociales étnica o económicamente marginales. Los factores de riesgo son ahora básicamente socio-económicos y el consumo no requiere argumentos: es simplemente una señal de identidad de jóvenes miembros de estos grupos subculturalmente "diferentes". En este período los recursos asistenciales se desarrollan de forma importante, aunque aparecen muy desordenados, lo que permite un pequeño porcentaje de rehabilitación.

A partir de 1985, el consumo de heroína afecta a casi todos los grupos sociales. Se mantiene una cierta tasa de incidencia, que produce una prevalencia estable, por efecto del impacto de una red asistencial con un porcentaje creciente de resultados positivos. En este momento el conjunto de variables que han caracterizado cada una de las tres fases anteriores se mantiene operativa, ejerce influencia, pero globalmente el modelo sociológico, como veremos es distinto. La evolución del consumo de heroína nos permite comprender cómo una explicación sociológica del fenómeno del consumo de drogas sólo es posible desde esta perspectiva diacrónica, ya que los factores sociales y culturales varían en el tiempo.

No podemos concluir este apartado sin referirnos a la evolución del consumo de drogas legales en nuestro país. Contrariamente a lo que sucede en otros de nuestro entorno, su consumo sigue incrementándose. En el caso del alcohol, tanto los indicadores indirectos (como la tasa de muerte por cirrosis hepática, que ha venido duplicándose cada diez años desde los cincuenta) como directos (el permanente incremento de consumo anual de las cifras de alcohol puro comercializado en el mercado interior), compaginados con los datos procedentes de encuestas, nos muestran una progresiva alcoholización de la sociedad española, en niveles y situaciones (edad y sexo) sin posible comparación histórica. Lo que está configurando una problemática asistencial (y social y laboral) muy distinta, cualitativa y cuantitativamente, a la de la imagen predominante de que este nivel de consumo de alcohol es habitual y tradicional en nuestro país y nunca ha producido excesivos problemas. En cuanto al tabaco, se ha venido produciendo un continuo incremento en su consumo desde los años cincuenta, que se ha visto frenado en los últimos años, aunque no se han producido todavía disminuciones importantes en el consumo, como ha ocurrido en otros países.

Resumiendo, podemos afirmar que España se ha incorporado a Europa en lo que se refiere al consumo de drogas ilegales, pero no en lo que se refiere al consumo de drogas legales, cuya masiva presencia sería en términos comparativos un síntoma de "tercermundismo".

2. NIVELES DE CONSUMO

La valoración de los niveles de consumo de drogas legales e ilegales en 1989 es relativamente fácil, ya que desde una perspectiva global podemos delimitar estos niveles y señalar las grandes tendencias, pero es bastante difícil censar el colectivo de drogodependientes, de entrada porque la condición sólo puede establecerse a partir de un complejo diagnóstico clínico, un diagnóstico a partir de pruebas objetivas a las que resulta difícil acceder

mediante métodos sociológicos; además, aún no existe unanimidad entre los profesionales que se dedican a la atención en cuanto a qué es un drogodependiente y a cómo se diagnostica.

Pero a partir de las tasas de consumo se puede valorar la evolución del fenómeno, si crece o decrece, si las características de los consumidores cambian o si los factores de riesgo asociados se mantienen; con ello nunca averiguaremos el número exacto de drogodependientes, pero estaremos en condiciones de señalar permanentemente los cambios más sustantivos en el consumo. En este sentido vamos a repasar la más reciente evolución de cada una de las drogas presentes en el mercado.

CUADRO 2

EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL. DATOS NACIONALES COMERCIO INTERIOR.

CONSUMO / AÑOS	1960	1981	1988*
Litros de cerveza per cápita + 14 años	11,4	76,7	98,5
Litros de vino per cápita + 14 años	70,4	83,3	86,2
Litros de licores per cápita + 15 años	2,8	4,1	4,9
Litros de alcohol puro per cápita	10,1	15,4	17,2

* Estimación Provisional. Otras bebidas alcohólicas "no consideradas" incrementan entre 20-30 por 100.

Comenzando por las legales, en el caso del alcohol (cuadro 2) nos encontramos con un especial desarrollo de su consumo en los últimos años. España ha pasado a ocupar uno de los primeros lugares en cuanto al consumo de alcohol per cápita, y aunque haya discusiones en este tema debido a las diferencias metodológicas, la situación de liderazgo resulta evidente. Las razones para alcanzar esta situación son:

- * El mantenimiento de las pautas tradicionales de consumo de alcohol (en el hogar, las comidas y en ciertas circunstancias diurnas, como aperitivos, meriendas o relaciones sociales).

- * La incorporación de las pautas correspondientes a las sociedades desarrolladas y basadas en el alcohol de destilación (por la noche en el hogar, en frecuentes salidas nocturnas de ocio y, sobre todo, en las noches de los fines de semana "ingleses": viernes y sábado).
- * El alto grado de permisividad en relación al consumo por adolescentes, que venía siendo tradicional en relación a pautas también tradicionales (alcohol de cuando en cuando los varones en situaciones sociales), pero que ha pasado para estos grupos de edad a convertirse en un hábito correspondiente a país desarrollado –altos niveles de ingesta de alcohol de destilación los fines de semana sin que este nuevo hábito haya modificado el hábito tradicional de consumo moderado durante la semana, produciendo la acumulación de ambas conductas.

Un reflejo significativo de la situación de progresiva alcoholización de nuestra sociedad reside en la emergencia de una cultura alcohólica expresada en la presencia (capacidad de verbalización y conocimientos) de varios cientos de términos (cerca de 400 conocía una muestra de jóvenes de 14-19 años en una encuesta recientemente realizada a nivel nacional) para expresar el contenido de diversas bebidas alcohólicas o combinaciones de ellas; frente a este número, las muestras indican un menor conocimiento real (sobre 40 términos) en relación a la aparente más implantada "cultura de la droga".

Tales niveles de consumo han producido los siguientes efectos:

- Incremento del porcentaje de varones adulto alcohólicos.
- Emergencia de la problemática del alcoholismo femenino.
- Aparición de un núcleo importante de adolescentes alcohólicos.

Sin embargo, las cifras de consumo que nos proporcionan la imagen de un importante número de alcohólicos en nuestra sociedad a partir de la década de los años noventa -por ejemplo, en el

caso de los adolescentes de 14-19 años, el 3 por 100 que realiza un nivel de consumo diario medio por encima de los 70 centímetros cúbicos de alcohol puro, representaría unos 120.000 alcohólicos-tienen que ser matizadas por el hecho de que el alcoholismo no se considera un problema en nuestra sociedad, y sólo es calificado de alcohólico aquel sujeto que tiene otros problemas (físicos o psíquicos) derivados del propio alcoholismo, pero nunca el síndrome de Dependencia del Alcohol (SDA) por sí mismo, lo que explicaría el hecho de que, a pesar de la alta tasa real de alcoholismo, el número de alcohólicos reconocidos sea bastante más bajo, aunque su situación, por lo general, irreversible.

En cuanto al consumo de tabaco (cuadro 3), el dato más relevante en nuestro país es que el nivel global de consumo se sostiene, e incluso se incrementa ligeramente, como fruto de dos procesos contrapuestos: la reducción del consumo en ciertos grupos (varones profesionales y técnicos superiores, enseñantes) y el incremento del número medio de cigarrillos fumados por los fumadores. En la distribución sexual del tabaquismo se ha dado un vuelco espectacular: de ser un fenómeno casi exclusivo de varones hacia 1950 –hasta mitad de los años sesenta el porcentaje de mujeres de fumadoras era inferior al 5 por 100–, ha pasado a ser un fenómeno compartido y en menores de veinticinco años más típico de la mujer que del varón. En concreto, entre los 16-20 años hay entre un 30-40 por 100 más, según las distintas encuestas, de mujeres fumadoras que de varones.

El consumo de drogas ilegales es mucho más reducido: sólo determinados colectivos acceden a las mismas, salvo en el caso del cannabis (cuadro 4), para la que el número de personas que han experimentado (probado alguna vez) es bastante elevado. Sin embargo, como puede observarse en el cuadro, los usuarios habituales son también un grupo reducido, y se concretan en unos grupos de edad muy concretos (entre veintiún y treinta y cinco años), habiéndose reducido el consumo habitual y también el nivel de experiencia (haber probado alguna vez), aunque de forma imperceptible en los menores de diecinueve años. Ello hace que el nivel de consumo global se mantenga estable y al mismo tiempo

existan indicios de que las nuevas "generaciones" realizan una incorporación menos masiva que hace unos años al consumo de esta droga.

**CUADRO 3. Consumo de tabaco
Población que es o ha sido fumadora**

Población + 15 años (C I S, 1975)	Porcentaje	
Edad	Varón	Mujer
15 - 20	77	70
21 - 25	87	80
26 - 45	84	60
46 - 65	87	23
+ de 65	81	6

Población Escolarizada (CEDE, 1988)	Porcentaje	
Todas las Edades	66,3	69,6
14.....	49,0	
15.....	61,7	
16.....	72,8	
17.....	72,4	
18.....	81,2	
19.....	85,9	

CUADRO 4. Consumo de "cannabis".

Ha probado	Porcentaje
Población 15 17 años (CIDUR - EDIS, 1979)	32,6
Población 15 17 años (Recio, J.L., 1981)	41,5
Población 15 17 años (Comas, D., 1984)	19,4
Población + 15 años (C I S, 1985)	15
Escolares Medias 14-19 años (CIDE, 1988)	7,3
Población + 18 años (C I S, 1988)	13
Población 12 17 años (C I S, 1988)	9

CUADRO 5. Consumo de drogas ilegales (proporción de la población que ha probado)

(*) Y otras sustancias sin identificar.

Porcentaje	Her^o	Coc^o	Alucinog^o
Población + 18 años (CIS, 1988)	1	3	2
Población 12 – 17 años	0	1	1
Escolares Medias (14-19 años) (CIDE, 1988)	0,2	1,1	2,0*

Otras drogas ilegales, como cocaína, heroína y alucinógenos, están teniendo un comportamiento más complejo. Estamos asistiendo a una situación de estabilización y/o ligeros incrementos de consumo que se conforman a partir de cambios contradictorios, ya que para algunos grupos sociales se están produciendo reducciones importantes de consumo, mientras que para otros se están produciendo incrementos, tanto en relación a las tres drogas como al caso de que en un grupo social una sube y otra baja y para otro grupo la situación se invierte. Tenemos que señalar que estamos hablando de incidencias mínimas, como puede comprobarse en el cuadro 5, que muestra los porcentajes de población que en alguna ocasión ha probado cualquiera de estas tres drogas; lógicamente, el porcentaje de posibles dependientes es mucho más bajo. Globalmente podríamos afirmar que la heroína tiende a la estabilización, la cocaína ha incrementado su consumo en los últimos años y los alucinógenos casi han desaparecido, aunque también en los últimos años los alucinógenos hayan reaparecido en niveles socio económicamente hablando.

Los inhalantes (colas, pegamentos, disolventes y otros productos químicos similares) se mantienen básicamente como una droga de adolescentes, aunque alguna especialidad (por ejemplo, el nitrato de anilo) sea utilizada más por los adultos. El grupo de edad de mayor consumo son 13-16 años, y el uso es en general circunstancial y no genera un hábito continuado, aunque el haber usado inhalantes es un importante indicador de riesgo en relación al consumo de otras drogas.

La cuestión de los fármacos es mucho más complicada, ya que coinciden dos mecanismos, dos procesos sociales distintos: por una parte, estas drogas se obtienen con una mayor o menor facilidad mediante receta médica o dispensación farmacéutica y por otra, existe un mercado negro de las mismas, surtido tanto de productos desviados de la vía farmacéutica (o adquiridos en la misma y después dirigidos al mercado negro) como, sobre todo, en el caso de las anfetaminas, fabricados clandestinamente.

Ese doble vínculo de consumo ha producido resultados contradictorios; por una parte, fármacos como las anfetaminas, sometidas a un fuerte control y una retirada de especialidades farmacéuticas que las contenían, han visto reducir drásticamente los niveles de dispensación, y aunque el mercado negro se haya incrementado, el porcentaje total de consumidores ha descendido en forma espectacular; en cambio, benzodiazepinas y barbitúricos, sobre los que se han aplicado medidas de control y reemplazo más leves, también han reducido su nivel de consumo, y el mercado negro se limita a ofrecer algún barbitúrico (como Rohipnol) con una larga tradición de uso por parte de los drogodependientes heroínómanos. Sin embargo, la caída de tasas de consumo de barbitúricos y benzodiazepinas se ha visto compensada por el incremento en el consumo de otros analgésicos, en especial los que contienen ácido acetilsalicílico (aspirina) y paracetamol.

Hay que reflejar finalmente que el consumo de drogas ilegales se presenta casi siempre como una situación de policonsumo. En general, el consumidor de drogas ilegales es un consumidor bastante fuerte de alcohol, fuma tabaco y hace uso frecuente de diversos fármacos psicotropos, y en cuanto a las ilegales, o se limita al cannabis, o si usa otras drogas, como cocaína o heroína, a la vez usa cannabis y habrá probado alucinógenos y otras "pastilas". Por tanto, el drogodependiente real no es un heroínómano o un cocainómano, sino un policonsumidor con una dependencia difusa a todas las drogas que consume, y al que en sentido estricto habría que hacer un diagnóstico de "polidrogo dependiente".

La implicación más importante es que los cambios en el consumo se producen en una doble dirección. Por una parte, se incorporan nuevos consumidores con nuevas pautas, pero, por otra parte, los ya consumidores, incluidos los que ya no son drogodependientes, cambian también de hábitos incluso de tipo de droga consumida, así, la estabilización del consumo de heroína y el incremento del consumo de cocaína han venido dados, en parte, porque consumidores de heroína han reemplazado, normalmente de forma parcial, este consumo de cocaína.

3. FACTORES DE RIESGO Y PROBLEMAS ASOCIADOS

La mayor parte de las investigaciones relacionan o correlacionan los niveles de consumo con una serie de variables, aparte de edad y sexo. Los resultados obtenidos, así, configuran un cierto mapa en el que una serie de factores se relacionan estadísticamente con el consumo de drogas legales e ilegales, sin que esto signifique necesariamente un mecanismo causal que permita explicar la sociogénesis del fenómeno.

3.1.- Nivel socio-económico y "status"

Para todas las drogas legales e ilegales se correlaciona un mayor nivel socio-económico con el consumo; la variable socioeconómica no es directa, sino que en parte viene determinada por otros factores como nivel de estudios (los titulados superiores son los que más drogas consumen), profesión (aquellas profesiones que implican un contacto e interrelación social más frecuente consumen más drogas) y especialmente dinero para gastos personales, es decir, dinero libre no involucrado en el sostenimiento y la supervivencia personal, familiar o laboral.

Estas correlaciones, opuestas al estereotipo público, son ciertas para drogas legales (especialmente en el consumo de alcohol medido en términos de alcohol puro) y para ilegales (en especial e incluida la heroína), y tiene significado a nivel de todo el Estado y toda la población, lo que supone que pueden darse

situaciones concretas de grupos sociales de bajo status socio-económico y poco peso demográfico en los que se den consumos porcentuales más elevados que la media; sin embargo, este hecho es poco frecuente. Si es, en cambio, más frecuente atribuir a grupos marginales o de bajo status un mayor nivel de consumo que empíricamente es luego menor que el del grupo social que realiza la atribución.

3.2.- Empleo y desempleo

En el mundo occidental, las epidemias de consumo de drogas han coincidido con los momentos de pleno empleo y euforia económica; en España las cosas no han sido exactamente así, porque otros factores históricos de índole político han interferido; pero no deja de ser sintomático que sea en 1973 (año de menor tasa de desempleo y en las etapas de mayor crecimiento económico) cuando el mercado de las drogas ilegales se implanta en España.

En cualquier caso, no se da una relación estadística entre consumo de drogas y desempleo, sino que, comparando los activos empleados y los desempleados, el primer grupo arroja unas tasas de consumo sensiblemente superiores a las del segundo. A pesar de ello el estereotipo social drogas-paro constituye casi un dogma cultural cargado de ficticia certeza.

3.3.- Estructura familiar y convencional.

Aparecen las mismas correlaciones y diferencias de tasa de consumo de todas las drogas según la estructura de la unidad de convivencia. Partiendo del consumo de los adolescentes que refleja el cuadro 6, se observa que el riesgo es similar según aparezcan o no los dos padres; sin embargo, si la que falta en la unidad familiar es la madre, las tasas de consumo se incrementan notablemente. La hipótesis más plausible para explicar esta situación puede situarse en que el padre es con frecuencia una figura "ausente" en términos psicológicos, por lo que su falta real no produce ningún trastorno; en cambio, la madre es la verdadera "presencia" familiar, y su ausencia real produce disfunciones.

Es asimismo importante señalar que existe un mayor riesgo de consumo si se ocupa un lugar bajo en la escala de hermanos que si es uno de los mayores.

CUADRO 6.
ESTRUCTURA FAMILIAR Y CONSUMO DE DROGAS.

Variación sobre 100 de cada una de las situaciones. Medias de jóvenes españoles escolarizados.

Situaciones de Consumo						
Convivencia con	1	2	3	4	5	6
Padre y Madre	95,7	90,5	98,1	99,9	96,7	82,3
Sólo Padre	116,6	216,6	150,0	41,6	75,0	133,3
Sólo Madre	138,1	187,2	105,4	96,3	121,8	338,1
Otros Familiares	138,4	123,0	153,8	92,3	146,1	107,6
Por su cuenta, amigos /pareja	185,7	285,7	85,7	285,7	428,5	557,1

1. Media de consumo de alcohol; 2. Media de consumo de tabaco; 3. Media de consumo de analgésicos; 4. Media de consumo de fármacos psicotropos; 5. Media de haber consumido cannabis la última semana; 6. Media de haber probado otras drogas ilegales. Fuente: CIDE, 1989.

3.4. Delincuencia y drogas.

La conexión entre ambos fenómenos es compleja y no responde en absoluto a las expectativas del estereotipo público, ya que, a pesar de que los sujetos drogodependientes están más criminalizados y son más asequibles a la policía, no configuran más que un reducido porcentaje de detenciones; la estadística policial sólo refleja el consumo de drogas de las detenciones a menores de veintiún años, y éstos representan siempre menos de una cuarta parte del total de las detenciones. La atribución de que un 80 por 100 de los delitos los cometen los drogodependientes, aunque figura en las memorias de la fiscalía del Tribunal Supremo, es una pura especulación ideológica con clara finalidad autojustificativa y que no resiste ningún análisis. Sin duda, una parte significativa de drogodependientes desarrollan una cierta carrera delincencial, y las drogas, la heroína en concreto, ha contribuido al incremento de delitos sobre la propiedad; pero

conociendo el porcentaje de drogodependientes, el número de ellos que han realizado delitos y la frecuencia de los mismos (los historiales de muchos centros asistenciales son muy fiables en este sentido, y han sido recientemente analizados), resulta evidente que la parte más importante del incremento de delitos contra la propiedad no es atribuible al colectivo de drogodependientes.

Habría incluso que plantearse si la incidencia de las drogas sobre el incremento de la delincuencia no va por otro camino: la excesiva atención de la intervención judicial y policial sobre los delincuentes drogodependientes (más fácilmente detectables y controlables) ha posibilitado un "trabajo más relajado" por parte de aquellos delincuentes no drogodependientes.

3.5. Dinámica del consumo: la finalidad del alcohol

Un elemento de creciente interés en el panorama de las drogas reside en el papel del alcohol, pero no sólo en relación a las consecuencias de su creciente consumo, sino como configurador de los procesos de uso y dependencia del resto de drogas.

Resulta ya bastante evidente la constatación sociológica (que no equivale a una norma clínica) que sin alcohol no hay consumo de otras drogas, y que el factor de correlación más relevante sobre el consumo de drogas ilegales se sitúa en el nivel de consumo de alcohol.

La relación es especialmente clara entre los consumos de alcohol y cannabis en los adolescentes. La abstinencia y un bajo nivel de consumo de alcohol evitan el consumo de cannabis, un determinado nivel de consumo de alcohol casi implica el consumo de cannabis y el consumo frecuente de cannabis produce una escalada hacia consumos muy altos de alcohol. Un proceso de mutuo refuerzo que se inicia con el alcohol en el caso de los varones adolescentes y que se podría explicar por las propiedades de las propias sustancias: su capacidad para producir dependencia y tolerancia.

La correlación se mantiene para el tabaco, y la presencia de una base de alto consumo de alcohol y fumador de tabaco, y la presencia de una base de alto consumo de alcohol y fumador de tabaco (en especial mujeres adolescentes) y cannabis es casi una precondition para acceder a la experiencia (prueba) de otras drogas ilegales como cocaína y heroína. Un mecanismo sociológico que se caracteriza además por su "grupalidad": es el consumo medio de alcohol del grupo de amigos (o quizá tabaco en el de amigas) el que explica el consumo de otras drogas, cuya indicación adquiere así un carácter también grupal que a la vez incrementaría el consumo de alcohol del grupo y cada uno de sus miembros.

En realidad, la explicación última nos retrotrae a las propias funciones del grupo de amigos: actividades de ocupación de ocio y del tiempo libre, lugares y espacios que se frecuentan, intercomunicación, presión del grupo, participación en una cultura o elementos cognitivos comunes, es decir, práctica de un estilo de vida en el que se integran los hábitos de consumo de alcohol y otras drogas.

3.6. El acceso a las drogas ilegales

Conviene, en el caso de los adolescentes, referirse, además, a sus posibilidades de acceso a las drogas ilegales (en el caso de las legales en nuestro país, y de forma casi excepcional en el panorama internacional, no hay en la práctica ningún tipo de restricción), ya que las vías de acceso nos permiten hacer otra delimitación del mapa social de consumo.

El cuadro 7 refleja el porcentaje de jóvenes adolescentes (1419 años) que en primer lugar han recibido ofertas de drogas ilegales,

casi la mitad la han recibido de cannabis (lo que refleja que existe un mercado muy generalizado de esta droga, aunque no tanto, porque más de la mitad nunca ha recibido esta oferta); en cuanto al resto de drogas ilegales, la oferta es mucho más reducida, y ¿cuál ha sido el lugar de la oferta?. Si utilizamos los datos de cannabis y

heroína (mayor y menor oferta, respectivamente), vemos como la calle es el ámbito privilegiado, seguido de los lugares públicos, de los ámbitos socio-familiares y el colegio en muy último lugar; pero si consideramos ya no la oferta (que puede haber recibido en la calle en forma pasiva, indiscriminada y casual), sino el acto de consumo (una acción voluntaria del sujeto), las cosas cambian.

CUADRO 7
Acceso a las drogas ilegales
Población escolarizada 14-19 años

Droga	Porcentaje
Cannabis	42,4
"Pastillas"	8,6
Cocaina.Heroína	6,2
Inhalantes	3,5

Lugar de oferta	Cannabis (Porcentaje)	Heroína (Porcentaje)
Calle o parque del barrio	58,0	70,2
Bar, Discoteca o Pub	30,4	15,8
Fiesta o reunión en casa	13,4	6,3
Colegio	4,2	4,7

Forma en la que obtuvo la primera vez que consumió	Cannabis (Porcentaje)	Heroína (Porcentaje)
Se la dieron o regaló un desconocido	1,8	0
Compró la banda u obtuvo un miembro y consumieron todos.....	72,5	29,8
La compró personalmente	1,8	0
La pasó un conocido, hermano u otro familiar.	21,0	54,9

4. RESPUESTA ASISTENCIAL

España siempre ha carecido de una respuesta asistencial mínima en relación a los problemas causados por el consumo de drogas. Teniendo en cuenta el feroz impacto del alcoholismo en nuestra sociedad, resulta cuanto menos sorprendente constatar cómo hasta los años sesenta no fueron creados los primeros dispositivos y plazas para atender a alcohólicos -unos pocos dispensarios repartidos por el país y dependientes del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP), de fugaz y grato recuerdo-, y tuvieron que ser los propios alcohólicos, especialmente a través de las asociaciones de ex-alcohólicos y alcohólicos rehabilitados, los que, con el apoyo aislado de profesionales conscientes, dieran una mínima respuesta al problema del alcoholismo.

Con las drogas ilegales, en principio pasó lo mismo: se produjo una respuesta espontánea que la propia demanda, las asociaciones de padres en concreto, articulaba. En una primera fase tal respuesta, espontánea, se centró en la creación de comunidades terapéuticas, pero casi a la par jóvenes profesionales, en especial psicólogos, comenzaron a desarrollar terapias de tipo ambulatorio en ámbitos urbanos. Al mismo tiempo, otros profesionales de salud mental, psiquiatras básicamente, que trataban alcohólicos o colaboraban con asociaciones de ex alcohólicos, reconvirtieron sus servicios o sus actividades y comenzaron a tratar a drogodependientes. Otras personas sensibilizadas crearon comunidades terapéuticas; algunos hospitales, unidades de desintoxicación y/o tratamiento, y finalmente, algunos ayuntamientos crearon centros de atención utilizando bien sus servicios sociales, bien sus centros de promoción de salud o mediante convenios con la Cruz Roja. Como puede verse, un panorama de lo más variado y de lo más desordenado.

Este periodo espontaneísta desde 1979, año en el que aparecen los primeros recursos, hasta 1986, año en el que el recientemente creado Plan Nacional sobre Drogas se marca como prioridad la ordenación de los recursos asistenciales, objetivo que sólo logrará en parte, tanto porque el conjunto preexistente, en especial aquellos que más tendrían que cambiar, se niega a integrarse en los diseños asistenciales, como porque comunidades autónomas y ayuntamientos, que son los que poseen las competencias a este nivel, adoptan posiciones y realizan actuaciones distintas, eliminando a veces indiscriminadamente los recursos asistenciales creados en la etapa anterior, tolerando a veces sectas y estafas, y en demasiadas ocasiones reemplazando participación social por impulso burocrático.

A pesar de todo ello, el nivel global de la asistencia es hoy bastante adecuado e incluso suficiente en cuanto al número de plazas y recursos, aunque con insuficiencias en áreas geográficas concretas y muchas carencias en cuanto a la coordinación de recursos

El número de comunidades terapéuticas supera ampliamente el centenar y su número de plazas disponibles se acerca a 4.000, lo que les permite atender alrededor de 10.000 casos todos los años, cifra elocuente que refleja el desarrollo de este tipo de dispositivo a pesar del poco apoyo que reciben muchas de las comunidades terapéuticas por parte de las instituciones públicas. La red más importante de las comunidades terapéuticas es la profesional, en la que existen comunidades públicas y privadas, aunque, salvo unas pocas excepciones, la mayoría de las privadas están subvencionadas o con convenios, lo que las convierte en gratuitas.

La red profesional se basa en el trabajo psicoterapéutico, la terapia ocupacional, la maduración y la autorresponsabilización del sujeto internado, la voluntariedad y la posibilidad de abandonar el tratamiento cuando se desee, sus programas son, por tanto, abiertos y participativos y se articulan en torno a la capacidad técnica de los profesionales que los realizan. En cambio, en el resto de las comunidades terapéuticas los programas son mucho más

Standard y el interno debe adaptarse a su contenido sin más; entre ellas cabe citar la red El Patriarca, hasta hace poco la más numerosa, que se basa en el trabajo exclusivo de ex-toxicómanos; la red.

El Proyecto Hombre, vinculada a la Iglesia católica, y que es la que tiene un mayor ritmo de crecimiento en los últimos años, así como un conjunto de pequeñas comunidades basadas en el funcionamiento evangelista, con diversos grados de implantación. No podemos tampoco obviar la presencia de las comunidades que siguen el modelo Narconón, controladas por la secta de la Iglesia de la Cienciología.

Las camas de desintoxicación hospitalaria constituyen un tipo de dispositivo especializado exclusivo para aquellos casos que necesitan este tipo de intervención; son unas doscientas en todo el país, en hospitales públicos, y con una capacidad para atender entre cinco y seis mil casos al año; su nivel de ocupación es bajo, porque son globalmente excesivas, aunque se dé la paradoja que en determinados lugares o en determinados momentos del año (invierno) existen listas de espera.

Aparte de estos tres tipos de dispositivos, los más generalizados a nivel nacional, hay que considerar aquellas dinámicas asistenciales que se articulan a partir de sistemas más inespecíficos, por ejemplo, de los Equipos de Atención Primaria de Salud Mental en algunas comunidades autónomas, o desde otros servicios sanitarios y sociales. Así mismo, hay que constatar la existencia de Programas de Mantenimiento con Metadona, el uso de otros fármacos (como la Naltrexona) y un amplio conjunto de respuestas y soluciones, algunas, como las mencionadas técnicamente, muy contrastadas, y otras que se sitúan más en el espacio de la milagrería y la charlatanería que en el de la asistencia, y que son las que con mayor frecuencia aparecen en los medios de comunicación.

El funcionamiento y la eficacia de este conjunto de dispositivos y recursos asistenciales son relativamente correctos considerando cada uno de ellos y se obtienen resultados bastante positivos. Recientes trabajos de investigación han permitido concluir que más de la mitad de drogodependientes que acuden a algún tipo de recurso asistencial mejoran en su situación y que alrededor de una cuarta parte de ellos resuelven sus problemas de dependencia, lo que confirma la idea de que las inversiones asistenciales, aparte de moral y éticamente necesarias, son perfectamente rentables desde una perspectiva social. Sin embargo, la rentabilidad parece como una función del grado de coordinación entre los recursos existentes en un ámbito geográfico dado, y en concreto, se muestra más rentable que el tipo de coordinación, aquel tipo de plan de drogas que jerarquiza estos recursos a partir del Centro de Atención a las Drogodependencias, que funciona como lugar de referencia para el conjunto de recursos especializados (comunidades terapéuticas y camas de desintoxicación) y generales.

Se puede mencionar también la existencia de programas preventivos, especialmente en la escuela, sobre la que el Ministerio de Educación y Ciencia y algunas comunidades autónomas con competencias en materia de educación han puesto en práctica iniciativas más o menos coherentes. Se han dado asimismo intervenciones desde los ámbitos institucionales de juventud y algunos programas municipales. Sin embargo, lo más frecuente aún es la realización de los programas preventivos desde los equipos asistenciales, lo que conduce a notables incoherencias -la confusión entre el sujeto en riesgo y el sujeto toxicómano en especial- y a resistencias por parte de los grupos sociales que rechazan su inclusión junto a los "drogadictos". En cualquier caso, aunque la mayoría de los programas preventivos se reclamen sociocomunitarios, se suelen limitar a informar a través de la escuela, a profesores, padres y alumnos, de las drogas, las consecuencias de uso y algunas alternativas.

6. ACTITUDES Y OPINIONES

Las encuestas nos muestran también, con exactitud, las opiniones que los españoles tienen en torno a las drogas. Y digo con exactitud, porque si no hubiéramos tenido confianza en el instrumento, se habrían rechazado los contradictorios resultados, sin comprender que era en la propia contradicción donde residía el discurso social sobre "la droga", a partir del que se construían las diferentes actitudes y opiniones de los españoles sobre las drogas.

CUADRO 8.
Respuestas ante las drogas. Opción preferente

Actitud / Opinión	Porcentaje
Más Represión	61,3
Rehabilitación / Tratamiento	5,4
Prevención	13,5
Medidas Sociales	18,7
Legalización	0,8

De entrada (cuadro 8) existe una amplia mayoría de partidarios de enfocar el fenómeno drogas mediante el incremento de las medidas de tipo preventivo; esta actitud aparece en todas las edades y se ha venido incrementando en las mismas muestras de población (cuadro 9), lo que escenifica que de forma creciente la sociedad "está contra la droga".

Pero este estar en contra no parece influir demasiado en los actos de consumo; así tomando el caso del tabaco, podemos observar cómo un 92 por 100 de los españoles señalan que fumar es peligroso para la salud, y cómo la unanimidad se mantiene entre los fumadores de más de 20 cigarrillos diarios (87 por 100); pero además, si se opta por "fumar es poco inteligente" o "fumar es gozar de la vida", un 70 por 100 de españoles está por la primera opción y un 8 por 100 por la segunda, y entre los fumadores de más de 20 cigarrillos la proporción

se mantiene (70 y 10 por 100, respectivamente). Es más, no hay apenas diferencias entre los que han probado algún tipo de droga ilegal y los que no han probado, a la hora de sostener la toma de medidas represivas como la penalización del consumo.

CUADRO 9
"Status" legal deseable para las drogas (jóvenes 1984-1988)

STATUS / SUSTANCIA	Cannabis		Heroína	
	1984	1988	1984	1988
Venta y acceso prohibidos	54,1	65,6	69,4	82,1
Acceso a toxicómanos	10,3	9,4	9,3	8,0
Venta en Farmacia	10,2	5,9	6,6	5,0
Venta libre a adultos	16,1	7,7	6,1	2,1
Venta sin limitaciones	6,2	2,9	2,0	1,5
Ns/Nc	2,9	8,5	6,3	0,9

Situación que refleja que en este tema la opinión e incluso la actitud personal no reflejan adecuadamente la conducta real, y que se pueden mantener, sostener y defender comportamientos saludables al tiempo que se realizan conductas contrarias a los comportamientos y valores defendidos, y esto es especialmente evidente en el caso de las drogas.

Para comprender los mecanismos sobre los que se articula esta disfunción hay que considerar otras actitudes y opiniones. En primer lugar, la absoluta intolerancia social hacia el drogodependiente consumidor de drogas ilegales, al que se rechaza aún en su deseo de rehabilitarse (recuérdese los múltiples casos de oposición vecinal a la instalación de centros de tratamiento) y al que se le bloquea la inserción social (imposibilidad de acceder a empleos conocida su condición de ex - toxicómano, por ejemplo).

Frente a la tolerancia social, y por parte de las mismas personas, aparece la tolerancia concreta. Estudios de tipo psicosocial han mostrado cómo se es, por una parte, partidario de incrementar la represión contra el tráfico de drogas y, por otra parte, como, en ciertas condiciones, se está dispuesto a realizar actividades como traficante de drogas.

La tolerancia concreta se manifiesta en el hecho de que al tiempo que se rechaza al drogodependiente y se bloquea su inserción social, se puede estar sosteniendo de forma irracional la dependencia de un sujeto facilitándole dinero u otros recursos; la regla social es que la intolerancia se aplica a un desconocido y la tolerancia a un conocido (vecino, familiar y amigo), y la causa hay que buscarla en que se considera que el conocido drogodependiente no es drogadicto.

Y esto ocurre porque "el drogadicto", al igual que la "droga", son construcciones sociales, imágenes, fantasías, estereotipos que no existen en la realidad, o que si existen representan una minoría del conjunto de drogodependientes reales. Así, la intolerancia se aplica a un modelo imaginario de "drogadicto, y como éste no coincide con el modelo real de drogodependiente, la tolerancia concreta es posible. Frente al estereotipo se exige represión y se aplica el rechazo; frente al conocido se aplican normas de solidaridad, de excesiva protección, desde una perspectiva terapéutica, en la mayoría de los casos.

La existencia de la falsa imagen del drogodependiente se sostiene en los medios de comunicación que recrean permanentemente sólo situaciones que posean carga dramática (real o ficticia), con la que han definido a un tipo de sujeto violento, agresivo, delincuente, amoral y muy relacionado con la prostitución, la transmisión de enfermedades, la muerte y la irreversibilidad o irrecuperabilidad, y que no ofrecen noticias, porque "eso no es noticia", sobre los casos reales de drogodependientes que no se ajusten a este modelo morboso y minoritario. Quedan así explicadas las notables diferencias entre la percepción social de quiénes son los "drogadictos" y los datos que hemos aportado.

El estereotipo, la imagen creada por los medios, explica la intolerancia social contra las drogas ilegales, y la tolerancia, que en si misma es un factor riesgo, en relación a las conductas reales de consumo, que generalmente no responden a la información contenida en el estereotipo social.

6. PROSPECTIVA

Quizá por vez primera estamos en condiciones de adelantar de una forma sensata la evolución que puede seguir el consumo de drogas legales e ilegales en nuestro país. Sin duda, tales cambios no serán equivalentes a los ocurridos los quince últimos años, tan rápidos, precipitados y dramáticos, sino mucho más ponderados - y, por tanto, más difíciles de evaluar-, y más parecidos a aquellos que ocurran en el resto de Europa.

En primer lugar, el nivel de consumo de alcohol no parece que vaya a incrementarse, casi no existen condiciones físicas para ello: la oferta es ilimitada y no existe ningún tipo de control informal o formal que evite la demanda. En cambio, han comenzado a levantarse algunas voces denunciando la situación, y se seguirán levantando con mayor fuerza, en cuanto a la problemática del alcoholismo derivada del actual nivel de consumo juvenil comienza a exigir considerables inversiones asistenciales y a afectar a la dinámica social laboral.

En segundo lugar, no parece que se vaya a reducir a medio plazo el nivel de tabaquismo, o al menos a hacerlo en proporciones similares a los países anglosajones. Hasta ahora el impacto de las campañas antitabaco en nuestro país sólo ha modificado la conducta de tabaquistas con una profesión liberal o técnicos de mediana edad, ampliamente compensada por el incremento de consumo de otros grupos sociales.

La situación y perspectivas del consumo de fármacos psicotrópicos aparece más complicada; por una parte, las medidas de control farmacéutico se han relevado bastante eficaces, e incluso

el mercado negro se ha retraído, salvo quizá en lo que se refiere a anfetaminas; sin embargo, las nuevas drogas de diseño abren muchos interrogantes a partir de la constatación de su facilidad de fabricación, y por tanto, de tráfico, y sobre todo por su imagen positiva en un modelo de sociedad de consumo.

En cuarto lugar, no es previsible una evolución al alza del consumo del resto de drogas ilegales. Mientras en España se seguía incrementando constantemente el consumo, parecía que el límite se situaba en nuestra incorporación a los "umbrales norteamericanos", pero los últimos años han confirmado una situación diferencial. Si utilizamos un indicador clave, como "porcentaje de adolescentes 14-18 años que han probado al menos en alguna ocasión alguna droga ilegal" veremos que en diez años se produce en España un continuo crecimiento desde menos del 1 por 100 hasta sobrepasar el 20 por 100, lo que permitía proyectar que en otra década se podría llegar a alcanzar el tónico 60-70 por 100 norteamericano. Sin embargo, a partir de 1984 el porcentaje español se estabiliza e incluso disminuye, hasta situarse en un 18 por 100 en 1988.

Una intuición precipitada, pero significativa, nos llevaría a sostener que el freno al consumo de drogas ilegales en España sin ninguna política preventiva institucional (cosa que existe en EEUU desde hace bastantes años), pero sí con una importante reacción social -con notables irracionalidades y dramatizaciones innecesarias que producen otros problemas- que ha marginalizado, tanto positiva como negativamente, las drogas ilegales, reacción que en cambio no se ha producido en Estados Unidos.

Indudablemente, esta prospectiva puede verse notablemente modificada por ciertos factores, por ejemplo, la evolución del SIDA en su conexión con el consumo de drogas por vía intravenosa o la aparición de otras patologías epidémicas, los cambios en políticas contra la oferta (penalización del consumo o liberación de ciertas drogas), o las previsibles novedades farmacológicas y terapéuticas.

En cuanto al tema del status legal de las actuales drogas ilegales, es decir, la propuesta de su liberación se planteará con fuerza en los próximos años. Los argumentos de los partidarios de la legalización son importantes: el derecho a disponer del propio cuerpo y las consecuencias de la penalización, en especial la criminalización, y la delincuencia derivada de la existencia del mercado negro. Pero también lo son los argumentos de la protección social, la salud pública y la preservación de la libertad y autonomía personal y los efectos del consumo de drogas sobre los no consumidores. En cualquier caso no es previsible un cambio en el status de las drogas ilegales, porque la mayoría de los estados y fuerzas políticas a nivel internacional se oponen a ello, y la opinión pública, y en concreto la española, cada vez es menos partidaria de esta solución.

Sin duda los cambios más profundos se producirán en el aspecto asistencial: recientes descubrimientos en los campos neurológico y farmacológico, en combinación con una estructura asistencial más asentada y experimentada, y siempre que se resuelva el problema de la reinserción y el rechazo social, señalarían la posible y racional solución para una mayoría de sujetos que decida superar su situación de dependencia. Sin embargo, en el tema de la prevención las dudas son mayores, porque el desarrollo de mecanismos preventivos eficaces depende, por una parte, de la propia evolución del fenómeno, y por otra parte, de la posible fundamentación teórica práctica de un tema que todo el mundo reivindica como imprescindible, pero muy pocos tienen idea de lo que podría ser.

ORIENTACIÓN BIBLIOGRÁFICA

Existe una abundante bibliografía sobre el tema drogas en nuestro país. Tres revistas especializadas, la Revista Española de Drogodependencias, trimestral, editada en Valencia desde 1976; Cottinuidad y Drogas, trimestral, editada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas desde 1986, y Adicciones, cuyo número 1 acaba de aparecer en Palma de Mallorca, ofrecen, aparte de artículos y resultados de investigación, una permanente información bibliográfica, que a nivel internacional puede completarse con el Boletín de Estupefacientes, editado en español, en Vena, por las Naciones Unidas desde 1979.

La información bibliográfica puede completarse con el libro de CARLOS ALVAREZ-VARA Y DOMINGO COMAS (coordinadores) (1989), bibliografía sobre Drogodependencias, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo; en el número 34, desde 1986, de la Revista Española de Investigaciones Sociológicas, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, monográficamente dedicado al tema drogas, lo mismo que el número 17, desde 1985, de la revista De Juventud, Madrid, Instituto de la Juventud.

La información institucional se ofrece en el texto Plan Nacional sobre Drogas (1985), Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, y en las respectivas Memorias anuales de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas y la Brigada Central de Estupefacientes.

En cuanto a libros sobre investigación sociológica, puede recurrirse a los de DOMINGO COMAS (1985), El uso de drogas en la juventud, Barcelona, Juventud y Sociedad, y de JOSE NAVARRO y otros (1986), El consumo de drogas en España, Madrid, Dirección General de Acción Social; en lo relativo a población escolarizada, con datos más recientes y sistemáticos, el de DOMINGO COMAS (1989), El Síndrome de Haddock, Madrid, CIDE, y sobre población laboral, el estudio más completo es la encuesta de UGT (1987), Drogodependencias, Madrid, UGT.

Otras aportaciones relevantes las constituyen el texto de ORIOL ROMA-NI y JAIME FUENTES (1987), Dejar la heroína, Madrid, Dirección General de Acción Social, y el de GREGORIO RODRIGUEZ (1988), La integración Social de drogodependientes, Madrid, Plan Nacional de Drogas, ambos en torno al problema de la inserción social de los sujetos que dejan las drogas y la respuesta social que ésto produce. En cuanto a datos históricos, aparte del ya citado de DOMINGO COMAS (1985), puede sugerirse el texto de ENRIQUE GONZALEZ DURO (1982), Consumo de drogas en España, Madrid, Villalar.

Sobre cuestiones asistenciales, los textos de SANTIAGO DIAZ QUIJANO y otros (1985), Los servicios de atención a toxicómanos, Madrid, Dirección.

General de Acción Social, y el de DOMINGO COMAS (1988), Las comunidades terapéuticas y el tratamiento de drogodependencias, Madrid, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Debemos también citar el excelente ejemplo de trabajo sistemático de recogida y recopilación de información que representa el Libro Blanco de las drogodependencias en Euskadi, de JAVIER ELZO, y otros, editado por el gobierno vasco en 1997.

En cuanto al tema de prevención se puede recurrir a AMANDO VEGA (1983), Los educadores ante las drogas, Madrid, Santillana; DOMINGO COMAS (1986), Las drogas: guía para mediadores juveniles, Madrid, Instituto de la Juventud, y el de X. FERRER, R. MENDOZA y A. VILARRASA (1987), Las drogas en el ciclo superior de la EGB, Madrid, Ministerio de Educación y Ciencia.

I3

SOCIOLOGÍA

2.3 *Análisis Diferencial de una Conducta Social*

Fco. Javier Rodríguez
Dpto. Psicología Universidad de Oviedo

1. Drogodependencia y Proceso de Socialización.
2. Perspectiva Diferencial de la Drogadicción.
3. Drogodependencia y Contexto Social.
 - 3.1 Drogodependencia y Delincuencia.
 - 3.2 información, Medios de Comunicación y Drogas.
4. Reflexiones y Análisis para la Salud.
5. A Modo de Conclusión. Referencias
6. Bibliográficas.

I3

Análisis Diferencial de una Conducta Social

*Fco. Javier Rodríguez
Dpto. Psicología. Universidad de Oviedo*

INTRODUCCIÓN

La drogodependencia es una problemática que exige en su solución la implicación de los distintos niveles de intervención de los diversos profesionales de la conducta (biólogos, epidemiólogos, médicos, psicólogos, ...). Ello, al mismo tiempo, nos debe concienciar de que no son las 'drogas' lo único que favorece la 'adicción', por raro que parezca al principio. Esta problemática, pues, conlleva en su explicación otros enfoques no biológicos: el psicológico (estudio, por ejemplo, de las características psicológicas y de personalidad del drogodependiente) y el social (analizar, por ejemplo, esta conducta como respuesta a la sociedad meritocrática en que nos ha tocado vivir).

La orientación que tratamos de conformar se ejemplifica en la siguiente realidad: el ejército americano en el Vietnam llegó a tener tasas del 20 % de heroinómanos, mientras que a su regreso –a los hogares, a una situación normal dicha tasa bajo al 2 % –sin necesidad ni de medicación ni de tratamiento. Esta realidad, por tanto, nos viene a referir que ni el factor biológico, ni el factor social y/o el entorno pueden explicar aisladamente esta realidad. Frente a ello, lo que si parece evidente es que el proceso de socialización puede indicar el grado de predisposición al consumo y/o abuso, siendo de resaltar en ello la 'situación laboral' del individuo (Garrido y López Latorre, 1996; Miguez, 1992; Paino y Rodríguez, 1997; Ruesga, 1992) prin-

principalmente cuando se produce bajo un epígrafe consumista:

"Si toda la sociedad invita a un hedonismo desenfrenado, a un lujo inalcanzable y a una ociosidad remunerada es lógico que se tienda a buscar ese paraíso artificial. Como se sabe que jamás se alcanzará con los propios medios, se busca las muletas químicas para llegar a él" (Alfonso e Ibañez, 1987, p.56).

Por lo demás, aquí es de reseñar la importancia del contexto familiar y sus problemáticas –disgregación, despreocupación, malos tratos, sobreprotección, falta de comunicación, ...– (Farrington, 1992, 1994; Haapasalo, 1996; Martín López, 1991; Paino, Rodríguez y Garrido, 1996; 1997; Stemmler, Beelman y Liisel, 1996).

En suma, cualquier aproximación a la drogodependencia resulta inútil sin una previa contextualización, es decir, es preciso contar, desarrollar la óptica psicosocial de esta problemática.

" En la actualidad, incluso las drogas no institucionalizadas o ilegales, estén penalizadas o no, están en el ambiente, forman parte de una "norma", aunque no sea la oficial. Son patrimonio de un grupo, que aunque 'marginal', no por eso deja de ser grande y tener su peso. Existe, pues, un factor "social" importante gravitando en el encuentro individuo - droga y que promueve un contagio casi "epidémico" (Rodríguez Martos, 1985, p. 46).

Este posicionamiento desarrollado en los años ochenta, y aún vigente en los noventa, nos hace preciso considerar al menos tres aspectos eminentemente sociales:

- *La sociedad 'libre' de mercado y consumista*, que utiliza toda una serie de mecanismos para el consumo a su alcance –publicidad, grupos de presión, disposiciones legales...–para vender sus productos sea cual sea su coste social, sanitario, ... –tolera la promoción, uso, abuso y trafico de los gobiernos en sustancias tan perjudiciales

como el tabaco o el alcohol (Froján y Rubio, 1994; Rodríguez y Paino, 1995; Santacreu, Zaccagnini y Marquez, 1992; Sierra y Simo, 1981; Vega, 1995; ...).

- La relación entre el poder y el status de los consumidores y las medidas legislativas. Una realidad que puede servir de ejemplo es la americana, donde está legalizado el alcohol, consumido preferentemente por la burguesía blanca, y se persiguen las drogas vegetales, cuyo consumo es preferente entre los negros. (Fleixa y Concheiro, 1989; Valverde, 1996).
- El nivel de marginación que padecen nuestra juventud -status social, mercado de trabajo, ...-, principalmente asociada a crisis económicas. De esta manera, los jóvenes llegan a las drogas, por una parte, para huir de la sociedad que los margina y/o para rebelarse contra ella; por otra parte, la droga va a servirle como seña de identidad, consiguen 'el orgullo de ser joven' -ello explicaría que el consumo inicial de nuestros jóvenes se realice en grupo-

Por lo dicho, si queremos entender este fenómeno adictivo y, en consecuencia, mejorar las probabilidades de eficacia de la intervención social en drogodependencia, por necesidad es preciso considerar los parámetros psicosociales de la problemática, es decir, la adicción a las drogas, al menos en su iniciación, es más que cualquier otra cosa una conducta social, donde es necesario no considerar únicamente el proceso de socialización sino también la perspectiva de ésta para poder entender su relación con la conducta inadaptada, agresiva, violenta o delictiva —antinormativa—. Ello, a su vez, nos dará paso a diseñar políticas preventivas más realistas, más consecuentes con la problemática derivada de la drogo-dependencia en cada contexto.

1. DROGODEPENDENCIA Y PROCESO DE SOCIALIZACIÓN

La conducta humana, bajo el posicionamiento que venimos desarrollando, resulta difícil entenderla sin referirla a los determinantes sociales. Ello aplicado a la conducta de adicción a las drogas -no olvidemos que consideramos el uso y el abuso como una conducta social lleva a concluir que para entender por qué la gente se droga- y en consecuencia, si queremos prevenir los problemas sociales y no sociales que plantea es preciso acudir a analizar el contexto social del adicto, así como su situación psicosocial, actitudes y proceso de socialización (frustraciones, motivos sociales, papel desarrollado en el grupo de referencia, sistema de valores de los grupos de pertenencia y de referencia, ...)

Resulta sumamente difícil, en todo caso, entender el fenómeno de la drogodependencia sin acudir al proceso de socialización, que siguiendo a los estudios epidemiológicos tiene su momento culminante para esta problemática en la adolescencia. La adolescencia es el periodo evolutivo que va a caracterizarse por conformarse en él la identidad (personal, sexual, social, ...), en cuya construcción van a jugar un papel destacado los "ritos anticipados" de transición a la vida adulta -en ello ocupan un lugar destacado el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Aquellos adolescentes, en consecuencia, que tengan más problemas para construir su identidad -minorías étnicas, problemáticas familiares, deseos de independencia y autonomía (principalmente en mujeres), alumnos/as con fracaso escolar, ...- tendrán mayor probabilidad de acudir a la droga, en tanto ésta será un mecanismo para escapar de la frustración y/o de una situación difícil. Por otra parte, puede convertirse en un mecanismo de identificación social con la propia identificación personal -con la pandilla, con ciertas subculturas, se ha demostrado que dejarse influir por otro implica apropiarse de sus características estereotípicas, siendo también verdad a la inversa -si alguien desea apropiarse las características de otra persona/grupo, pertenecer al grupo, hacerse amigo de, ... se ha de comenzar por dejarse influir por

él.

Relacionando lo dicho con el proceso de socialización nos encontramos con la identificación con los padres, lo que supone una cierta identificación con los adultos en general y con las normas sociales. De esta manera, aquellos que más se hayan identificado con sus padres internalizarán mejor las normas sociales, siendo menos probable, por ello, su relación con el ámbito de las drogas -excepto con las aceptadas o consumidas por tal grupo de referencia-, las cuales a su vez pueden favorecer en determinados contextos el paso a otras sustancias no aceptadas por este grupo (Calafat, 1985, 1988; Froján y Santacreu, 1993; Paino, Rodríguez y Garrido, 1986, 1987; Vega, 1993).

Esta realidad aquí descrita puede agravarse desde el propio contexto: fracaso escolar. A su vez, ello puede ser más acentuado en situaciones de crisis, en tanto en tal situación es de esperar que al terminar los estudios los jóvenes ingresen en la situación de 'desempleo'. Tal realidad aún puede ser peor: cuando los jóvenes entre 15 y 20 años no están ni en la escuela ni en el mercado de trabajo y ni siquiera inscritos en las oficinas de empleo. Esta es una realidad que tiende a relacionarse con dificultades de todo orden en el proceso de socialización: prolongación de los estudios más allá de lo deseado, relaciones afectivas inestables, vivienda compartida, problemas familiares, bajos niveles de autoestima, ... Pues bien, esta realidad no puede extrañar que lleva a nuestros jóvenes a buscar una solución en las pandillas, la droga, las conductas antinormativas, la violencia, ... puesto que aquí van a encontrar la autoafirmación no conseguida y la independencia tan deseada (Garrido, 1987, 1990, y Latorre, 1996; Garza, 1987; Rodríguez y Paino, 1994; Valverde, 1988)

En resumen: nos ha tocado vivir en un mundo social complejo, en el cual están al orden del día las crisis económicas, de valores y de marcos de referencia, afectando todo ello tanto a la familia como a la escuela -pilares educativos y fuentes 'ideológicas'-; al unísono, han aparecido fuertes modificaciones en el sistema de vida -tales como los frecuentes cambios de

residencia, la conglomeración de viviendas en las ciudades, la 'explosión demográfica', ...-, que han afectado al proceso de socialización por el que el individuo aprende e interioriza los elementos socioculturales de su medio –conforma la estructura de la personalidad bajo la influencia de la experiencia y los agentes sociales, adaptándose al entorno social en el que debe vivir.

Aunque en realidad es cierto que el proceso de socialización dura toda la vida, también es cierto que por su importancia hay que considerar de manera aislada al periodo de la adolescencia, donde es de reseñar por sus implicaciones a tres instancias –las tres son de gran importancia para explicar el por qué la gente se droga, y especialmente los jóvenes:

- *La familia.* Se ha logrado verificar que hay ciertos elementos del ambiente familiar que pueden intervenir o inducir el consumo de drogas, tales como: la falta de comunicación entre padres e hijos, climas familiares de tensión, expectativas de padres proyectadas a sus hijos, actitudes de crianza –sobrepotección, rigidez, ...-, ...De igual manera, es de destacar la fuerte incidencia de la utilización de drogas 'legales' por parte de los padres -tabaco, alcohol y fármacos diversos (para adelgazar, para dormir, ...)- al favorecer la imitación de los hijos y ello ser una fuente de inicio a consumos posteriores -pérdida de respecto al uso de otras sustancias- (Aguar, 1982; Amaya, 1996; Calafat, 1985, 1988 y Amegal, Farres y otros, 1983; Martín López, 1991; Paino y Rodríguez, 1997; Paino, Rodríguez y Garrido, 1996; Rodríguez, Paino y Herrero, 1995; Rodríguez Martos, 1985).
- *La escuela.* Por motivos, que no es el momento de analizar, esta instancia socializadora es una fuente de éxitos y fracasos y por consiguiente del desarrollo del autoconcepto personal, del nivel de competencia tanto real como percibido; de igual manera, tiene una fuerte incidencia en las relaciones familiares y en el proceso de socialización con los iguales. Por ello, difícilmente nos

extrañara que sean múltiples factores escolares los que puedan favorecer el consumo, aunque entre ellos tienden a ser destacados: la masificación y la despersonalización que ella conlleva, siendo su signo principal la apatía (Garrido y Latorre, 1996; Rodríguez y Paino, 1997; Valverde, 1996).

Frente a ello, nunca podemos olvidar el papel que esta instancia juega y/o puede desarrollar en la prevención -tanto específica como inespecífica- de la drogodependencia, principalmente a través de la promoción del 'crecimiento', el desarrollo, la maduración y la socialización de los jóvenes, además de la detección temprana y el manejo de los problemas emocionales.

Los iguales. La influencia de esta instancia socializadora hoy ya parece innegable -es cierto que nuestros padres y sus padres ya mantenían el famoso dicho (aunque con otras intenciones explicativas) "dime con quién andas y te diré quién eres" en el proceso de socialización de la persona. Este grupo, pues, va a ofrecer los primeros vínculos sociales fuera del contexto familiar, al mismo tiempo que oferta los nuevos valores y actitudes y va a permitir consolidar pilares básicos de la personalidad del individuo -sus consistencias comportamentales.

El grupo de iguales, por tanto, ejercerá una presión sobre los individuos que lo forman, lo que puede coincidir en una orientación al consumo de drogas con carácter más personal y/o más grupal, abarcando en cualquier caso aspectos como: curiosidad, necesidad de evasión, rebeldía y sentido de riesgo, carencia de objetivos, problemática personal previa y/o influencia de 'amigos', ... (Carrasco y Adame, 1995; Garrido y Latorre, 1996; Lósel, Bender y Bliesener, 1992; Luthar y Zigler, 1991; Valverde, 1996; Werner, 1989).

2. PERSPECTIVA DIFERENCIAL DE LA DROGADICCIÓN

La droga, como ya desarrollamos en otro lugar (Rodríguez y Paino, 1995), es tan antigua como el hombre; lo único que parece haber cambiado es que en la época en que nos ha tocado vivir el problema de la dependencia a las drogas ha alcanzado una dimensión de epidemia, que se relaciona, a su vez, con los procesos de comunicación y distribución. Al mismo tiempo, y ello agrava el problema, existen drogas que están sumamente extendidas e incluso son patrocinadas por los medios de comunicación y hasta monopolizadas y apoyadas por los estados. De esta manera, en los países occidentales, por lo menos, estas drogas han sido probadas alguna vez por la población, incluso sin desearlo, y pueden ser en ciertos escenarios conductuales un buen vehículo para llegar a otras.

" Y si todo el mundo prueba drogas, la posibilidad de que existan individuos con problemas, por ejemplo de dependencia, es muy grande. Es un riesgo efectivamente elevado: tabaquistas, dependientes de psicofármacos, alcohólicos, heroinómanos, ... Vivimos en una sociedad que conlleva un alto riesgo en cuanto a drogas. En esta sociedad, el contacto con las drogas es muy frecuente, cotidiano. Y el acceso a cualquier droga es fácil. Además, sabemos muy poco de las drogas; parece como si su existencia se hubiera ocultado, o como si hubiera aparecido de pronto, sin preverlo" (Soler; 1986, p. 14).

Ello, válido para los años ochenta, en los años noventa va a justificar su mistificación y una nueva tendencia, es decir, su aparición unida al tiempo de ocio. Por otra parte, creemos que por factores sociales, pero también se pueden explicitar factores 'políticos', el problema de la drogodependencia no se ha logrado enfocar de una manera correcta, como lo viene a demostrar el hecho del estereotipo erróneo del adicto a la droga -joven mal vestido, melnudo, sucio, ...-

En pocas palabras, se ha aprovechado el estereotipo de la España tradicional de los "hippy", identificándolo con joven y delincuente. En la actualidad ya está suficientemente demostrado que en muchos casos no se produce tal agrupamiento de características –incluso dejando a un lado la adicción al tabaco y al alcohol–: se drogan muchísimos profesionales de todos los sectores, aunque más aún aquellos relacionados y/o dedicados a la salud –la hipótesis mayoritaria se relaciona con la facilidad de acceso a las sustancias y su escaso control, amas de casa, ejecutivos estrenados, ... sin contar a los grandes traficantes, que están muy lejos de ser "pacifistas hippies".

"La drogadicción ha cambiado considerablemente en los últimos veinte años; y no para mejor De hecho, se ha extendido más que nunca. Ahora existen más tipos de drogas a las que acceder y la adicción no se limita a los barrios de las grandes ciudades. Actualmente, afecta tanto a la clase media y a la clase alta como a las clases bajas. ... De hecho, en los años ochenta, miles de personas con hábitos tóxicos importantes pasan por normales cada día en las oficinas, en las fiestas o en sus casas. Muchas veces es el consumidor el único que conoce su hábito pernicioso durante meses o años. Los amigos y familiares, e incluso su médico, pueden sospecharlo, aunque es difícil de obtener una evidencia clara del abuso de drogas" (Nolen, 1986, p.15).

En definitiva, pues:

"La Sociedad no consume drogas; las consume la gente. Y la decisión de consumirlas o no es individual, independientemente de cómo vea la sociedad el tema. Sin embargo, en un momento dado, el contexto cultural es lo que más influye en la elección individual" (Motheuer y Weitz, 1986, p.21).

En este contexto, en los años noventa como en los ochenta, es preciso destacar la presencia de dos factores favorables para el consumo: por un lado, las actitudes vitalistas hacia la vida –vivir la vida, el momento presente, ...– y, por otro, el fácil acceso que se tiene a las drogas. De alguna manera, por tanto, podemos afirmar que las razones de 'engancharse' en la droga, sea ésta del

tipo que sea, son principalmente psicológicas, o mejor aún: psicosociales, en tanto que el contexto sociocultural va a facilitar o dificultar la satisfacción de las necesidades psicológicas.

Las drogas, en este sentido, darían respuesta parcial a los anhelos fundamentales del hombre, los cuales no han cambiado a lo largo del tiempo: el principal anhelo sigue siendo la felicidad. A pesar de que las drogas ofrezcan situaciones placenteras – verdadero obstáculo para disminuir o suprimir el consumo-, en los años noventa las razones más inmediatas que seguimos encontrando son (Carrasco y Adame, 1995; Grossi y Calvo, 1992; Pérez Vilariño y Veira, 1986; Valverde, 1996; Vega, 1993;...):

- *La mera curiosidad de la Sociedad:* La sociedad siempre ha dado importancia a las drogas y no cabe duda que dicha fascinación es atrayente.
- *La presión de los iguales* es importante tanto para introducir a los jóvenes en el consumo como para promover su abuso. Es más, las drogas serían el precio de admisión al grupo social o a la pandilla, llegando algunos a afirmar que se trata de un rito de la pubertad - se celebra la entrada en la adolescencia.
- *Las presiones* –problemas familiares y emocionales, frustraciones escolares (fracaso escolar) o sociales (paro), ...La droga, frente a ello, les sirve para intentar superar o soportar estas situaciones, o lo que es lo mismo: compensan la "debilidad transitoria del ego" y sobre todo los problemas de identificación de la adolescencia.
- *"Para matar el tiempo"*. De esta manera, por ejemplo, los parados pueden utilizarla como un antídoto para el aburrimiento, la frustración y el dolor psíquico, al mismo tiempo que la aprovecha para mejorar el nivel de ingresos –éste a veces está rayando lo niveles de pobreza.

En todo caso, aunque el motivo de consumo sea diferente para los jóvenes que para los adultos, lo cierto es que tanto unos como otros utilizarán las drogas de la misma forma -encuentro con el placer y con sensaciones agradables, diferentes niveles de intoxicación y sentimientos de euforia, lubricantes sociales que disminuyen las fricciones del contacto social, reductor de niveles de ansiedad, ritual que proporciona acceso a las verdades interiores, ...-. De otra parte, y nunca incompatible con nuestra defensa de la importancia de los factores sociales para explicar el por qué la gente se droga, se han realizado diversos intentos de descripción de la personalidad del adicto (Cabal, Bobes, Vázquez y otros, 1989; Doherty y Matthews, 1988; Martínez, Bobes e Hinojal, 1992; Ordoñez, 1993; Ordoñez, Bobes, Rodríguez y otros, 1993; Stein, Newcomb y Bentler, 1987; ...): conducta impulsiva, dificultad para aplazar gratificaciones, búsqueda de sensaciones, inconformismo y poco interés por objetivos valorados socialmente, tolerancia hacia conductas desviadas, sentimientos de estrés y de sufrimiento, ... van a conformar lo que se afirma como personalidad antisocial

Se tiende a mantener, en general, que el drogodependiente es un individuo como otro con ciertas características psicológicas, el cual ha elegido un modo de enfrentarse con sus problemas por razones diversas. El problema es: ¿por qué algunas personas se convierten en drogodependientes? y ¿por qué unos sí y otros no?. No es extraño que se defienda la idea de que la clave está en el poder de las diversas sustancias para aliviar las preocupaciones, en la existencia de dichas preocupaciones y en una determinada situación social que facilite esta respuesta. Además, es posible que haya personas que, a causa de su estructura mental o de su personalidad o de su educación, se encuentran particularmente predispuestos al uso de drogas – personas, en general, afligidas y en constante preocupación, las dificultades le parecen insuperables, con un mal concepto de si mismas y de sus capacidades, Suelen no saber luchar contra las dificultades y los problemas, así como no sabrán enfrentarse a las adversidades y no saben hacer planes a largo plazo-. Desde esta perspectiva, pues, es de reseñar como factores de vulnerabilidad al consumo: la incapacidad para mantener relaciones, la dificultad

para ajustarse a exigencias, la incapacidad para hacer frente a los sentimientos de inutilidad, depresión, ansiedad, frustración, ...; en pocas palabras, la carencia de estrategias, de mecanismos de percepción social y de resolución para hacer frente a los factores de estrés del medio que le afectan y le orientan hacia un determinado estilo de vida, bienestar.

El abuso de las drogas, pues, tiene un contexto externo inseparable del individuo. Al mismo tiempo, siguiendo las demandas cotidianas es de resaltar tanto la vulnerabilidad laboral - altas tasas de desempleo- como la fragilidad de las relaciones familiares, llegándose a identificar la adicción como una respuesta a la pérdida del estatus social y como una consecuencia del tiempo de ocio excesivo de aquellas personas que se encuentran en paro. Esta explicación, por lo demás, la creemos demasiado trivial y con graves problemas de generalización, siendo necesario considerar al unísono la existencia de tres factores / variables (Garza y Vega, 1983; Laurie, 1979; Mothner y Weitz, 1986; Pérez Vilariño y Veira, 1986; Rodríguez Martos, 1985; Sirvent, 1993; Torres Hernández, 1985):

1. Propiedades farmacológicas de la droga. Estas serian las responsables de generar dependencia.
2. Características del individuo. Se ordenan, por un lado, entorno a lo más puramente psicológico y, por otro, a lo social:
 - Personalidad / Consistencias comportamentales desarrolladas por el individuo en su interacción con el medio y aquellos factores identificados en éste como estresantes para la persona
 - Psicología del Grupo y/o proceso de socialización juvenil, que en los años noventa tiende a ser alargado por unas condiciones poco favorables para la incorporación social de los jóvenes –cada día son mayores las exigencias y los requisitos para alcanzar unos niveles de calidad de vida mínimos-. La juventud, ante ello,

no puede extrañarnos que prefiera la evasión al compromiso, al menos por lo que a "actuaciones" se refiere , y que vea en el tráfico de estas sustancias la probabilidad de disponer de unos ingresos necesarios para su independencia —no van a llevarle únicamente a delinquir sino que también va a ser un medio, extraordinario, de expansión de las sustancias prohibidas.

3. Ambiente. Al decir ambiente nos estamos refiriendo al ambiente social, es decir, al ambiente más directamente de las normas sociales, las expectativas respecto al comportamiento de los diferentes grupos sociales, la publicidad, Por ello, cuando la conducta es minoritaria, y sobre todo cuando está mal influyente sobre la persona, o lo que es lo mismo, el ambiente inmediato y/o aquel que conforma el microgrupo o grupo pequeño -familia, escuela y pandilla-, pero también el ambiente social general o macrogrupo -del cual participan todos los miembros de una comunidad (sociedad)- que tendrá su incidencia a través considerada, se precisan fuertes motivaciones o predisposiciones individuales para asumirla; por el contrario, cuando dicha conducta esta vigente, es norma -del macrogrupo o del microgrupo- poca susceptibilidad individual es requerida.

La droga, desde este posicionamiento, la hemos convertido en algo "normal", incluso en algo socialmente bien visto: basta con dejarnos llevar por aquellos usuarios, "mayoritarios", que nos dicen conforman la "vigencia social". A partir de aquí es fácil llegar a ser adicto, drogodependiente, a la epidemia, ... al haber progresado el contagio brutalmente una vez producida esa "inflexión crítica" en la balanza de usuarios. Al mismo tiempo, si a ello añadimos la fácil disponibilidad de la sustancia -consecuencia de una floreciente producción y una distribución internacionalmente orquestada y dirigida a un blanco concreto, es decir, el mercado juvenil- es fácil comprender la situación

que estamos viviendo a finales del milenio (Garza y Vega, 1983; Marías, 1981; Mothner y Weitz, 1986; Rodríguez, Paino y Herrero, 1995; Rodríguez Martos, 1985; Valverde, 1996).

Lo anterior, siempre que lo asumamos –y así lo hacemos-, nos lleva a concluir que el consumo de droga es un fenómeno universal que adquiere tintes particulares de acuerdo con la sociedad de que se trate, teniendo manifestaciones diversas según las distintas culturas. Con todo, pensamos que existe un rasgo común a todas las sociedades, culturas o subculturas donde el consumo de drogas ha llegado a ser epidémico: el proceso de desorganización social y la consiguiente pérdida de vigencia de los valores; es decir, nos encontramos ante la anomía (Durkheim, 1897) el comportamiento desviado aparece con mayor frecuencia no tanto como un efecto de la crisis de valores, cuanto de la intensidad y rapidez de esa crisis. Completando esta explicación, y en cierta medida asumiendo ciertos principios de las teorías del intercambio, hay que alegar que cuanto más bajo sea el nivel de beneficios o la satisfacción de participar en las diversas dimensiones de la vida social, mayor será la propensión a retirarse de ella y a integrarse en grupos marginales que ofertan otros estilos de satisfacción inmediata (Paino, 1995; Rodríguez y Paino, 1997; Valverde, 1988, 1996).

En todo caso, asumimos que es necesario distinguir entre las variables de índole sociológica –que explicarían la iniciación– y aquellas de orden individual –darían respuesta al proceso de adicción–. De esta manera, la diferencia entre el número de personas que se han iniciado en la droga -los que la han probado alguna vez en la vida o lo hacen esporádicamente y los que la consumen habitualmente es lo suficientemente importante como para poder afirmar que en el primer nivel intervienen preferentemente variables de índole sociológico -clase social, estructura familiar, escuela, situación laboral, ..- mientras que en el segundo serían variables de índole psicológica -inestabilidad emocional, dificultad para sumir roles y solucionar problemas, conflictos internos, ...-, es decir, agrupamiento de

variables que conforman una determinada coherencia estilística de comportamiento. Por ello, pues, es posible establecer el perfil de dos grupos diferenciados: de un lado, aquel proclive al contagio o a la iniciación en la droga –jóvenes, parados, marginados, ...– y, de otro, el de alto riesgo de adicción –dificultad de hacer frente a la frustración, la perciben como una vía de solución de sus conflictos internos y externos.

Por último, si las causas de la drogodependencia son psicológicas, sociales y psicosociales, a la hora de estudiar sus consecuencias hay que ir más allá de las físicas y sanitarias, es decir, es preciso considerar también los costes psicológicos, interpersonales y sociales. Estos últimos son los referidos costes para la sociedad, que no son únicamente económicos, aunque éstos sean los considerados más importantes en el sistema social que nos de unos niveles mínimos de empatía. A pesar de todo, en la actualidad tenemos claro que es preciso no perdernos en generalizaciones, en tanto que la influencia de las drogas en la actividad social es compleja –el contexto (dónde y con quién se consumen las drogas) parece y es determinante.

3. DROGODEPENDENCIA Y CONTEXTO SOCIAL

Si analizamos la drogodependencia como conducta social, una de las conductas con las que más suele ser identificada es precisamente con la conducta asocial, antisocial y/o delictiva. Esta relación, sin embargo, es necesario precizarla y revisarla (Paino, 1995), así como los efectos, a veces importantes y resultado de la `amplificación' de tal relación derivados del incremento desproporcionado en este campo de la acción policial y la atención irresponsable de los medios de comunicación (Fernández Albor, 1974; Ferrer y Dacosta, 1994; Froján y Rubio, 1994; Funes, 1991;

González Hontoria, 1994; Rodríguez, Paino y Valverde, 1994; Rodríguez, 1987; Vega, 1995; ...).

La drogodependencia, vamos a mantener, se ve en esta ocasión como una estrategia para enfrentarse a la situación especial en que le ha tocado vivir a un individuo. Así, si asumimos el concepto de inadaptación objetiva (Valverde, 1988), caracterizada por la coherencia, utilidad y lógica del comportamiento desviado, la conducta de consumo de drogas puede ser vista -tanto dentro como fuera de la cárcel- como una situación de inadaptación objetiva en la que se encuentra una persona -la conducta de drogarse cumpliría una determinada función (fuga mental, supervivencia, ...) Y, por tanto, esta conducta no va a carecer de sentido-. En esta situación, pues, el fin va a ser legítimo -alcanzar una adaptación al medio, el bienestar-, pero el medio no es legal -consumo de drogas- En este sentido, y de acuerdo con Contreras e Izquierdo (1992), el individuo drogodependiente parece estar dispuesto a asumir cualquier riesgo, incluso la cárcel y dentro de ella su dureza, a fin de mantener su consumo.

3. 11. Drogodependencia y Delincuencia.

A la hora de estudiar esta relación hipotetizada en el enunciado de este apartado nos hace preciso detenernos en cuatro conceptos , acuñados por Elzo, Lidon y Urquijo (1992):

- En primer lugar, la delincuencia inducida, entendida como aquella conducta cuyo origen se encuentra en la intoxicación derivada de la ingesta de sustancias. Aquí incluiríamos los delitos contra las personas, contra la libertad sexual, contra la seguridad interior del Estado, contra la seguridad en el tráfico y, en algunas ocasiones, contra la propiedad.
- En segundo lugar, la delincuencia funcional sería aquella conducta manifestada con el propósito de conseguir la sustancia que necesita el individuo. Las conductas delictivas representativas serían los delitos contra la propiedad (con fuerza, violencia y/o intimidación), ocasionalmente delitos de falsedades, malversación,

- En tercer lugar, la delincuencia relacional que vendría definida como aquella que tiene lugar en torno al consumo de drogas y es facilitadora, al mismo tiempo, de dicho consumo. Los delitos característicos serían el tráfico de drogas y la compra de objetos robados.
- Finalmente, el tráfico por no consumidor que hace referencia al delito de tráfico de drogas manifestado por un individuo no consumidor.

Los dos primeros conceptos se corresponden, pues, con delitos directamente relacionados con las drogas, mientras que la delincuencia relacional se identificará con los delitos en el sistema de distribución de drogas y los delitos definidos por las drogas, siempre y cuando mantengamos la categorización del Research Triangle Institute (1976).

Llegado a este punto, si reconocemos que la erradicación de las drogas de abuso está lejos, lo preocupante en la actualidad, y más como consecuencia, serán las problemáticas derivadas del consumo. Entre estas problemáticas, en tanto va a llevar a la población en general a considerar la drogodependencia como una enfermedad, se encuentra la biomédica, donde por su relevancia es de destacar las enfermedades infectocontagiosas, y en concreto el SIDA.

No obstante, al introducir el consumo de drogas en el ámbito de la inadaptación nos encontramos con un problema sobreañadido, es decir, la delincuencia, que entendemos son problemas distintos aunque íntimamente relacionados. De esta manera, aludiendo a la forma en que estos dos comportamientos pueden llegar a relacionarse se mantendrán tres hipótesis explicativas. Por una parte, se defenderá que la conducta delictiva se produce como consecuencia de la drogodependencia del individuo. Aquí la droga se ve como necesidad, y el individuo que la consume se introduciría en el mundo delincencial por la necesidad económica que se deriva del consumo; es decir, se asume que la conducta delictiva es posterior a la conducta abusiva, en tanto postula la droga causa

delincuencia (Ball, Rosen, Flueck y Nurco, 1981; DeFluer, Ball y Snarr, 1969; Elliot y Ageton, 1976; McBride y McCoy, 1981; ...)

De otra parte, la segunda hipótesis explicativa mantendrá que la conexión entre drogadicción y delincuencia es de gran complejidad, en tanto que muchos individuos consumidores ya habrían manifestado comportamientos delictivos con anterioridad a su drogadicción y, además, los delitos cometidos no serían derivados o a consecuencia de la necesidad económica para adquirir la droga. Esta hipótesis, que cuenta con un mayor apoyo, asumirá que la delincuencia causa consumo, en tanto sería posible concluir que la drogadicción es causa de tasas mayores de delincuencia (Bean, 1971; Chambers y Moffett, 1969; Coate y Goldman, 1980; Dobinson y Ward, 1986; Elliot y Ageton, 1976, 1981; Kraus, 1981; Voss y Stephens, 1973; ...).

La tercera hipótesis explicativa mantendrá que no existe relación causal entre ambos comportamientos (Collins, 1981; Elliot y Huizinga, 1984; Farrow y French, 1986; Paino, 1995), de manera que cualquier relación a establecer es simplemente aleatoria, espúrea (Otero y Vega, 1993). De esta manera, ambas conductas forman parte de un mismo proceso en el cual intervienen otros factores extrínsecos (culturales, motivacionales, familiares, grupales, sociales, ...) que parecen dar cuenta de cada uno de los comportamientos analizados.

Frente a todo lo dicho, Rodríguez y Paino (1996, 1997) mantendrán que existe una relación mediada, por lo cual en función de las variables y sus desarrollos se darán distintas opciones o posibilidades conductuales, que en gran medida se encuentra en el proceso de inadaptación. Esta propuesta integradora, viene a incidir en que no es posible determinar exactamente cuál es el sentido de esa relación, en tanto que obedece a variables mediadoras (familiares, educativas, de salud, ...). Con todo, nuestros resultados indican que existe una relación entre los comportamientos estudiados y, además, esa relación no es tan sencilla como delincuencia causa drogodependencia o drogodependencia causa delincuencia, sino que

existen variables de las que no se puede prescindir a la hora de dar una respuesta.

De esta manera, y resumiendo, la edad de inicio en el consumo resultó ser una variable con gran poder predictivo con respecto tanto a la variable delito como reincidencia en el delito, es decir, cuando la edad de inicio en el consumo de drogas era entre los nueve y los dieciséis, la edad de ingreso en prisión se daba de manera relativamente temprana –entre los dieciséis y los veinte años—, la conducta delictiva representativa sería contra la propiedad y suelen ser reincidentes o multireincidentes. En consecuencia, podemos concluir que la edad de inicio en el consumo de drogas es anterior a la edad de entrada en prisión y, por tanto, en una primera instancia la drogodependencia no sería la causa de la conducta delictiva sino más bien su consecuencia. Sin embargo, nuestra observación diaria, al mismo tiempo, nos permite hipotetizar que según aumente el grado de dependencia hacia la sustancia consumida se va fortaleciendo la hipótesis de la necesidad económica, en otras palabras, el individuo pasa a delinquir para obtener la droga –nuestros resultados, con todo, únicamente sostienen aquella que introduce en la relación de ambas conductas otras variables de los diferentes ámbitos del proceso de socialización de la persona (Paino y Rodríguez, 1997).

Por otra parte, otra variable relevante para el tipo de delito cometido fue la frecuencia de consumo en la calle; se comprobó el consumo diario en aquellos individuos que atentaban contra la propiedad y, a su vez, eran reincidentes o multirreincidentes. Probablemente la consecuencia que podemos extraer es que cuando se da una frecuencia de consumo diaria la necesidad aumenta y, por ello, podemos considerar a la delincuencia como un comportamiento funcional (Diéguez, 1994; Elzo, Lidon y Urquijo, 1992). Es decir, se manifiesta la acción delictiva en orden a conseguir la droga que consume el individuo, de tal forma que éste se encuentra en un proceso sin retorno y aparece la reincidencia, donde serían de resaltar las siguientes fases del proceso de amplificación:

" En un primer momento la intensificación del control de la policía aumenta la cohesión y la organización del grupo ..., obligándoles a un mayor aislamiento. Dado el peso de las fichas policiales, esta situación hace cada vez más difícil la reinserción social. Así surge la sociedad secreta ... en la que se produce el fenómeno calificado por Goffman como sobredeterminación: ...se consume ya, no sólo como medio para obtener cierta euforia, sino por la importancia simbólica que ha adquirido para la identidad y la cohesión del grupo. Finalmente, el mayor consumo incrementa los precios y abre el horizonte a un nuevo e importante negocio. Las redes comerciales se convierten ahora en los promotores eficaces de todo tipo de sustancias, introduciendo su consumo en todos los rincones" (Pérez Vilariño y Veira, 1986, p.26).

De alguna manera se repiten aquí los efectos de la llamada 'self - fulfilling - prophecy', es decir, la política de control acaba haciendo realidad los efectos imaginados y atribuidos a priori a la droga. Los medios de comunicación hacen lo demás, en tanto hacen creíbles tales imaginaciones y sus efectos reales.

3.2..información, Medios de Comunicación y Drogas

La realidad drogodependiente tiene una serie de características que son fáciles de encuadrar dentro del marco de la profecía autorrealizada (Baratta, 1991), donde es de destacar:

- La relación entre consumo de droga y dependencia, incidiendo en la evolución necesaria de drogas "blandas" a drogas "duras", con relación al nivel de gratificación inmediata de la sustancia, como refuerzo a corto plazo.
- La pertenencia de esta población a una subcultura que no comparte el sentido de la 'realidad' que es propio de la mayoría.
- El aislamiento de la vida productiva con tildes de comportamiento asocial, donde es de destacar el "hábito repetido de consumo" y su relación con el campo delictivo. De esta manera, no es de extrañar que se interprete el fenómeno de la droga como algo principalmente social y se clasifiquen,

creemos con escasa utilidad práctica, entre legales vs ilegales (legales institucionalizadas —alcohol, tabaco, cafeína, ...—, legales con posible utilidad ilegal —barbitúricos y tranquilizantes, anfetaminas, inhallables, ...— e ilegales —opiáceos, cocaína, cannabis, alucinógenos, ...—).

- El estado de enfermedad psicofísica que se asocia a "comportamientos de riesgo". Conociendo ésto, algunos organismos internacionales, como la ONU (1980, 1983), no han dejado de mantener que la información es una forma de prevención, aunque ella pueda darse desde un doble enfoque:
 1. El enfoque del miedo. Se supone que inducir miedo ante las consecuencias del consumo de drogas disuadiría de la experimentación o de la continuidad del consumo.
 2. Enfoque objetivo o factual. Los conocimientos precisos y equilibrados acerca de los efectos del uso de drogas se supone que posibilitará el establecimiento de unas actitudes de prevención en el uso de drogas y, en consecuencia, que lo desalienten.

Algunos estudios (Rueg,1985), con respecto a ésto, apuntan que las campañas que exageran los horrores del uso de drogas no han sido útiles, observándose incluso efectos contrarios. A la vez, los medios de comunicación social representan la fuente de información por excelencia en lo que se refiere al conocimiento del mundo de las drogas y sus implicaciones sociales, lo que sesga el contenido de las mismas al verse influenciado no sólo por el informador sino también por la carga emocional y política que promueve el medio. Al mismo tiempo, en ocasiones el informador carece de los conocimientos suficientes para establecer una visión que se asemeje a la realidad, lo que va a hacer necesario diferenciar las principales fuentes de información en el ámbito de la drogodependencia:

- De tipo institucional (familias, centros educativos, charlas,...).
- De relaciones sociales (amigos y/o compañeros de trabajo).
- Los medios de comunicación social (prensa, radio, TV, libros y revistas).

En todo caso, un estudio realizado por EDIS (1980) señala que las fuentes de información de tipo institucional ocupan el 13'4%, las de relaciones sociales el 23% y las ofrecidas por los medios de comunicación el 46'6%. Este estudio, a su vez, confirmará que los jóvenes consumidores tienen como fuente principal de información a los propios compañeros, mientras que los que no han consumido la información deriva de los medios de comunicación.

Los estudios de Cortaire, Varo y Urzanqui (1983) y Cano y Berjano (1986) confirmarán que la información sobre las drogas procede especialmente de los medios de comunicación social, por lo que no es de extrañar que los educadores pongan de manifiesto una información sensacionalista y sesgada del tema; ésto, a su vez, influye directamente sobre la opinión del consumo de drogas, en general, y en la actitud frente al consumidor particular. Rodríguez (1987), en lo que se refiere a la información sobre drogas, va a observar que la fuente de mayor confianza para los jóvenes son los amigos, los compañeros seguidos por los medios de comunicación social y ocupando la familia el último lugar.

De esta manera, parece claro que la mayoría de la población accede a la información sobre las drogas a través de los medios de comunicación. Puesto esto de manifiesto, cabe plantearse: – ¿cómo es la información que ofrecen los medios de comunicación?.

Mendoza (1981), respecto a esta pregunta, nos ofrece una primera visión a través de un análisis de contenido de las noticias sobre drogas ilegales en la prensa española (1970-1976), donde observa: Tendencia a desarrollar un mito en torno al tema; Escasa coherencia en la información; Información tendente a generar miedo en los lectores y la información trata los valores sociales establecidos. Sánchez Carrión (1982) en su análisis, al mismo tiempo, destacará:

- Las noticias no cuentan la realidad de lo que sucede. El periodista es el canal de información e interpretación entre lo que sucede realmente y el lector.
- La fuente de las noticias, en un 70 % de los casos, es la policía.
- No existe prácticamente ninguna información que evalúe y explique la problemática de la droga.
- La edad de los drogodependientes es el dato que se le concede mayor relevancia.
- La información sobre drogas se relaciona inmediatamente con la delincuencia.

Kaufman y Ruiz (1982), en su análisis de la prensa, verifican que desde los medios de comunicación se da una doble imagen del mundo de las drogas. Por una parte, una imagen 'oficial' donde se representa a los heroinómanos como jóvenes enfermos, peligrosos, personas que viven al margen de la sociedad y, por otra, una imagen 'oculta' vinculada a una sociedad que se preocupa de sus individuos, que están obligados a encontrar otros medios de evasión (Biorrun, 1985; Oliva, 1986). Se puede pensar, pues, que la representación que hacen los medios de comunicación del mundo de las drogas es un proceso de mediación, gracias al cual la función de control social en los medios se manifiesta como transmisión de la información (Ordoñez, 1993).

En un estudio realizado en el País Vasco, Caballero (1987), en sus observaciones sobre los medios de comunicación, incide en:

- La droga aparece en las primeras páginas, pero en los espacios que avanzan noticias interiores. Su desarrollo aparece generalmente en las páginas de 'sucesos', con un tratamiento traumático de la noticia.
- La definición de droga queda relegada a sustancia cuyo tráfico es ilegal.
- Los titulares suelen utilizar los términos de droga, drogadicto, mientras que términos más específicos (heroína, heroinómano, cocaína, ...) son relegados. Este hecho va a seguir propiciando los niveles de confusión, cuando no aumentándolos.
- Hay una tendencia al predominio de los términos relacionados con el tráfico, así como de palabras de tinte represivo. Esto, pues, va a contribuir a incidir en agravar el enfrentamiento entre los binomios "drogadicción — peligrosidad social" y "droga— fenómeno social estructural".

Como realidad a establecer, a la vista de lo dicho, en los años noventa (Cardenas, 1991; Del Rio, 1991; Ferrer y Dacosta, 1994; Frojan y Rubio, 1994; Funes, 1991; González Hontoria, 1994; Vega, 1995;..) la información sobre drogas que se ofrece desde los medios de comunicación no va a variar su sentido: no resulta un buen mecanismo preventivo de consumo, sino más bien, en algunas ocasiones, constituye un mecanismo incitador de consumo; despierta la curiosidad ante este tipo de sustancias y esta forma de vida. Frente a ello, los conocimientos científicos irán conformando una imagen bien distinta de la realidad- evitar caer

en el t3pico de que "los j3venes se drogan", en tanto todos los estudios muestran que el consumo de drogas est3 extendido por todas las edades, aunque ese consumo adquiriera unas caracter3sticas propias y peculiares seg3n la edad-, indicando que estos elementos identificados como caracter3sticos de las situaciones de drogodependencia no pasan de ser, de representar excepciones de una regla (Rodr3guez, 1987).

La realidad no ha variado casi nada y seguimos necesitando reproducir la siguiente expresi3n:

" Si queremos ver cu3l puede ser la actuaci3n del psic3logo frente a este problema es necesario partir de una visi3n realista del mismo. S3lo as3 podemos planificar adecuadamente los servicios asistenciales y los programas de prevenci3n e investigaci3n, y evaluar su eficacia " (Mendoza, 1981, p.266-267).

4. REFLEXIONES Y AN3LISIS PARA LA SALUD.

Rompiendo, pues, con el punto de mira fat3dico del c3rculo autorreferencial del actual estatus criminalizador de la drogodependencia -el simple enunciado tiende a ser asociado por la poblaci3n a im3genes de terror y caos (Hualde, 1991)-, es necesario analizar la actual pol3tica penal aportando las lecciones, an3lisis que ofrece tanto la historia como la perspectiva socioecon3mica y pol3tica.

La finalidad, por tanto, es justificar el cambio de la actual l3nea de actuaci3n hacia una que posibilite una l3nea educativa, asistencial y terap3utica, entendi3ndola como un derecho de nuestra poblaci3n "joven". Desde esta perspectiva, la historia nos enseña, al menos, dos cosas (Escotado, 1991):

1. Ninguna droga desapareci3 o dejo de consumirse debido a su prohibici3n (la Ley Seca, el tabaco en Asia Menor, los opi3ceos naturales y la coca3na, el control f3rreo del alcohol realizado por la perestroika, ...)

2. La normativa prohibicionista favorece la propensión a consumos irracionales, corrupción pública y envenenamientos con sucedáneos, incomparablemente más tóxicos (las drogas de diseño, el "crack", ...). Ejemplo de lo dicho sería tanto el castigo de los Zares al consumo de café como la evolución del efecto de la prohibición sobre la heroína (en 1935 los heroinómanos eran personas de la segunda y tercera edad, con veinte a treinta años de hábito; hoy, por el contrario, buena parte de los heroinómanos son adolescentes que incumplen las expectativas familiares y profesionales, justificando el porcentaje de delitos cometidos e incluso las complicaciones de índole sanitario —sobredosis, SIDA,...—).

Históricamente, pues, la libertad individual va a ir ligada a la responsabilidad, estableciéndose la necesidad de ofertar salidas racionales y no farmacomitología (Baratta, 1991):

- La relación necesaria entre consumo de drogas y dependencia (se afirma la evolución desde la dependencia a drogas "blandas a duras").
- La pertenencia de los drogodependientes a una subcultura contraria al sentido de la realidad de la mayoría.
- El aislamiento de la vida productiva del drogodependiente, que le llevaría a un comportamiento asocial y/o delictivo.
- La irreversibilidad de la dependencia.

Frente a la farmacomitología, se impone una concepción más realista, sobre la cual se diferencien consecuencias: individuales (alteraciones de carácter y conducta, alteraciones de los vínculos interpersonales, interferencias en el desarrollo, deterioro en las funciones intelectivas, ...), biológicas (afecciones infecto- contagiosas, intoxicaciones agudas, ...) y sociales (marginalidad, fracaso escolar y laboral, conflictividad familiar, problemática penal, ...). Estas consecuencias, a su vez, es posible aglutinarlas entorno a dos tipos de efectos: Primarios -producidos por la naturaleza propia de las

sustancias psicotrópicas, independientemente de la penalización de su uso- y Secundarios -efectos que aparecen relacionados con el entorno de criminalización; es decir, los costes sociales-.

De esta manera, parece evidente que los efectos negativos del consumo de drogas no vienen derivados siempre de su naturaleza farmacológica, sino que es necesario tener en cuenta otra serie de factores, tales como: entidad del consumo, condiciones del consumidor, contexto social, Desde esta perspectiva, pues, hay que analizar no sólo los agentes, sino también el medio que les rodea y las necesidades en el presente para plantear el abordaje a realizar:

- a) *Los Consumidores.* En cualquier transacción económica hay al menos dos agentes: el vendedor y el comprador. Sin embargo, los estudios e investigaciones realizadas en tomo a la droga se ubican en un único frente: los consumidores (Montañes, 1992), dentro de los cuales hay dos grandes grupos; es decir, los "dependientes" y los "yonquis" . El periplo de estos sujetos, a su vez, dibuja dos polos: los que triunfan y los que dejan de ser útiles, porque su consumo es superior a sus ingresos por la venta, cayendo en el ostracismo. Este segundo grupo es el que conforma y da forma a la subcultura de la estimación, donde la característica a destacar es la no incorporación del individuo al espacio de producción.

Desde esta perspectiva, pues, los efectos más negativos de la droga, sobre la salud y el estatus social, están pendientes de las circunstancias en que se produce el consumo. Luego, no es posible mantener la relación causal unívoca entre droga y delincuencia; el perfil del delincuente es similar al del drogodependiente (Montañes, 1992), observándose que la no incorporación al espacio de producción trae consigo la exclusión de la realidad de consumo. Así, teniendo un estado protector de la

salud y la persona es como se justifica la actual política 'represiva y penalista' hacia estas conductas –se presupone que al reducir la oferta se disminuye la demanda, las nuevas adicciones y se reduce el estigma de la subcultura de la drogodependencia y su ramificación de seguridad ciudadana–.

- b) *El ambiente social.* El medio de las drogodependencias está claramente influido, en su estigmatización, por el 'discurso oficial'. Es decir, en vez de hablar de los 'mundos de la droga' nos encontramos con el 'mundo de la droga' incrustado en todas las áreas sociales - los desaventajados sociales, no se niega esto, ponen de manifiesto una mayor vulnerabilidad al mundo de la marginación y del delito-. La distancia entre la realidad de la drogodependencia y la imagen del discurso oficial es interpretada, en gran medida, como más determinada por el estatus ideológico que por la experiencia concreta y personal de los individuos con las drogas (Comas, 1985; Navarro, 1985; Elzo, 1986; II Congreso Mundial Vasco, 1988; Escribano, 1991). Consecuencia de ello, no debe extrañar, es la mentalidad punitiva, particularmente cuando la población –no importa la edad– trata el tema de afrontar las mal llamadas drogas duras y la imagen que los medios de comunicación social están ofreciendo –afectividad y dramatismo– sobre los efectos y peligros de las drogas, tiñendolas con connotaciones morales (Funes, 1991; Grossi y Calvo, 1992; Ordoñez, 1993; Rodríguez, Ordoñez y Paino, 1994; Vega, 1995).

La identificación de los factores que inducen al consumo de drogas, al igual que en cualquier fenómeno social, son múltiples y su interacción entre sí conforma nuevas y variables situaciones. Con todo, entre los factores que inciden y estimulan el consumo son de destacar (Alfonso e Ibañez, 1987; Alvarez Unía, 1992; Chassin, 1984; Calafat, 1985; Escohotado, Baratta, González y otros, 1991; Grossi y Calvo, 1992; Huba y Bentler, 1982; Ordoñez, 1993; Pérez Vilariño y Veira, 1986; Valverde, 1996; ...):

- El rechazo a la normativa social como respuesta a su transgresión e identificación grupal, siendo el objetivo tanto evitar el aislamiento como buscar nuevos "horizontes", sensaciones.
- La autoproyección personal para facilitar el consumo de drogas, lo que procura al mismo tiempo una evasión que permitirá eludir la "dura" realidad.
- La inmadurez y la problemática de la emancipación, de la adaptación, siendo estas conductas adictivas una respuesta a las tensiones, desequilibrios presentes en su medio.

"Si nos detenemos brevemente podemos observar como todos estos factores, que están asociados con el consumo de drogas, son consustanciales con las actitudes del ser humano" (Montañes, 1992, p. 255).

Entendemos, pues, que los efectos negativos no son tanto resultado de la sustancia misma sino que se encuentran más relacionados con el estatus legal que se le proporciona (penal, sancionador e intimidador; es decir, criminalizador, centrándonos en tres factores causales: desinhibidor, dependencia y marginación).

3. *Salud Pública.* El recurso sancionador se justifica y responde a las exigencias del principio de intervención mínima, en razón del bien jurídico vulnerado: la salud. Esta actuación, al mismo tiempo, se entiende que es escasamente efectiva sino va acompañada de una adecuada prevención y asistencia, cuyo objetivo se debería centrar en actuar sobre los niveles de criminalización y estimación producida. Ahora bien, los

programas de prevención supone ir más allá de los programas meramente informativos, para llegar a programas claramente formativos, por ejemplo dotando a la población vulnerable de habilidades específicas que le permitan un desempeño social alternativo.

En este contexto es donde hay que plantear el dilema: penalización vs despenalización, que poco a poco van dejando de ser extremos (reforma del artículo 93 bis del Código Penal en 1988; Decreto 75/90;) y van perdiendo su incidencia en el resolver y orientar la actuación en esta problemática.

Llegado a este punto, la pregunta es fácil: ¿qué entendemos por Salud?. Hay que ser conscientes que la conformación y configuración de este constructo va a implicar juicios de valor y 'necesidades' relativas y cambiantes (Bobes y otros, 1993; Bobes y Cervera, 1996; Navarro, 1991; Rodríguez, Ordoñez y Paino, 1994) que inciden en la necesidad de considerar el momento histórico en que se producen. Este concepto, que se ha venido caracterizando como estado de bienestar –físico, mental y social– y ausencia de dolor, en los años ochenta va a ser referido como Wellness (Matarazzo, 1980, 1982, 1983; Taylor, 1986, 1990; Rodin y Salovey, 1989) incidiendo en su orientación hacia un modelo biopsicosocial –frente al modelo clínico imperante–, tomando como base los siguientes principios: placer de vivir, estilos de vida de responsabilidad e iniciativa personal y, por último, favorecer el desarrollo del potencial máximo en el sujeto individual.

Desde esta perspectiva, y en el marco de las conductas drogodependientes, los objetivos que enmarcarían la actuación a realizar se pueden resumir en los siguientes puntos:

- 1) Favorecer el desarrollo de una vida saludable, satisfactoria y autónoma, basada en el principio de responsabilidad.
- 2) Promover y potenciar las situaciones, tanto personales como sociales, que fomenten la salud.

- 3) Contribuir al desarrollo del potencial individual y comunitario en los niveles de bienestar y calidad de vida, donde deberá primar el respeto a las reglas y no el miedo al Código Penal u otros (mafias, ...).

En otras palabras, plantear la contraposición abuso de drogas vs salud, en tanto se entiende la incompatibilidad de nuestra alternativa con la criminalización del fenómeno; se orienta, pues, a: contribuir a no agravar el uso de drogas y aportar elementos de tipo preventivo - educativo (control de precios y circuitos de relación con la marginalización, conocimientos e información, educación efectiva, control de producción / comercialización y publicidad, ...), no comparable con el sistema legal que regula la droga institucionalizada (no prioriza los objetivos sobre la salud). Es una apuesta, por tanto, a la creencia de que muchos problemas tradicionalmente vinculados con la psicopatología pueden llegar a correlacionarse con un marcado déficit de Competencia Social.

Supondremos, por esta razón, que existe un sector de la población que es incapaz de relacionarse socialmente, de expresar clara y directamente sus sentimientos, solucionar problemas comunes y cotidianos, tomar decisiones de incumbencia personal o familiar, resistir a las presiones del grupo, negociar conflictos y controlar su ambiente inmediato o anteponerse a las situaciones adversas con verdaderas posibilidades de éxito. En un caso así, una acción a tiempo entendida como entrenamiento temprano en habilidades prosociales (Garrido y López Latorre, 1996) puede adquirir un carácter eminentemente preventivo. A su vez, si este entrenamiento es realmente efectivo, a la hora de prevenir la drogodependencia, será porque existen factores psicológicos que llevan a la gente al consumo –la ansiedad experimentada en situaciones interpersonales, los sentimientos de aislamiento, la falta de habilidades para expresar las emociones, ...–; en una palabra, las situaciones de estrés que orientan hacia conductas evasivas para desinhibir ciertas conductas (Fernández Rios, 1994; Carrasco Giménez y Adame, 1995).

Con todo, y sin lugar a dudas, a la hora de pensar en ofrecer una respuesta al problema de las drogas, está claro que se necesitan respuestas integrales dirigidas tanto sobre la oferta como sobre la demanda. Ante la oferta, se necesitan de posturas valientes y decididas sin olvidar por ello los condicionantes socioculturales específicos de cada región. Ante la demanda, urge la educación, no sólo la información, de todos los individuos para prevenir y tratar cualquier consumo de drogas que resulte abusivo a corto o largo plazo. Esta educación, pues, va a pretender que cada uno de los individuos sea competente para tomar decisiones saludables ante las diferentes ofertas de su medio. Por consiguiente, cualquier enfoque de la drogodependencia a realizar deberá ser multidisciplinar, con la participación destacada de la Psicología, Medicina, Sociología, Epidemiología, ...

5. A MODO DE CONCLUSIÓN

La actualidad, por lo menos por lo dibujado aquí, viene a poner de manifiesto que el uso/ la utilización de drogas puede ubicarse bajo una perspectiva evolutiva; en otras palabras, pensamos que se trata de una conducta de transmisión, o más exactamente de un rito de paso, en el que un pequeño porcentaje se estanca en las drogas ilegales con consecuencias no saludables.

Como es lógico, la máxima incidencia se produciría en las fases transaccionales a la adolescencia y a la juventud, asociada a un cierto inconformismo o rechazo social y a la búsqueda pasiva de nuevas experiencias. El momento decisivo es el reto que presenta la obligación de asumir los roles de adulto, que en la actualidad se ha agravado por no encontrar nuestra juventud un empleo satisfactorio -se ha llegado a encontrar una relación inversa entre el uso de drogas ilegales y la participación en roles de adultos.

A pesar de tal aseveración, en la realidad cotidiana es de resaltar que los estudios sobre el consumo de drogas apenas si han afrontado el análisis de factores macrosociales. Ello en cierta medida es grave, en tanto urge desbordar la estrecha perspectiva

de la delincuencia y situar la droga en el horizonte más amplio de la aceleración creciente de los procesos de cambio. Es preciso, por ello, indagar las causas sociales -ecológicas- y establecer programas razonables de prevención, ya que ante un contagio tan amplio no basta con increpar al "culpable".

En épocas de cambio social lento, las agencias de socialización y sus mecanismos de control tienden a funcionar con una eficacia relativamente elevada. En los momentos de cambio rápido, por el contrario, aparece un pluralismo de valores y normas, por lo que la posibilidad de resistirse a las agencias de socialización resulta mayor, al tiempo que aumenta la competencia entre los diferentes valores y las tasas de conflicto.

" El proceso de adicción cumple los requisitos fundamentales para ser calificado como un verdadero proceso de socialización alternativa. Baste citar a título de ejemplo el minucioso aprendizaje de comportamientos, técnicas y actitudes características, así como el desarrollo de un lenguaje propio, que es preciso aprender para poder dialogar con los consumidores habituales" (Pérez Vilariño y Veira, 1986, p. 29).

En resumen, y en cierto modo condensando lo anterior, es muy probable que la creciente presión organizativa de nuestra sociedad corporativa sobre las jóvenes generaciones conforme un factor que favorezca el recurso a la droga en los momentos de transición de una institución a otra. Si en tales fases de cambio que conducen a la madurez se dan ciertas características psicológicas –baja estima, desempleo, dificultad de ajuste, ...– que dificultan la asunción de los roles de adulto, la probabilidad de iniciación y de adicción tiende a ser más elevado. En términos generales, nos referimos, pues, a la historia de vida, donde a manera de predicción se puede formular la siguiente regla de inicio:

Si bien un cierto contacto transicional y esporádico con alguna sustancia se perfila como un nuevo rito de paso hacia nuevas actitudes a través de la búsqueda de nuevas experiencias, el anclaje en la droga durante un periodo importante o de un modo

indefinido señala la existencia de tensiones no resueltas y una actitud de huida o una incapacidad de aceptación de la realidad, y en particular de la adopción de los roles propios de la edad adulta.

Probar en un momento dado -lo que puede suponer un contacto ocasional durante un tiempo - puede llegar a significar una forma de ritualización diferencial en respuesta a los cambios generacionales; la habituación, por el contrario, supone una huida permanente de una realidad inaceptable o no suficientemente atractiva, en tanto la droga es una vía fácil para compensar la tensión ante las dificultades a asumir. Con todo,

" Debería considerarse el proceso de iniciación, no tanto como una firma de evasión de la realidad social, cuanto por el contrario, como un esfuerzo -último esfuerzo quizás - por lograr la integración social con éxito. El adolescente necesita probarse a si mismo y a los demás que ya es un adulto y requiere la experimentación de roles adultos. Intentos fallidos en este sentido -no siempre achacables al individuo -pueden conducirle a la búsqueda de otras vías de integración grupal. De esta manera, los procesos de iniciación a la droga aparecen como algo ambivalente, puesto que por un lado ofrecen oportunidades de integración ... y por otro, alivio de las tensiones que producen esos esfuerzos de integración, al procurar una evasión social" (Pérez Vilariño y Veira, 1986, p. 24).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguan O (1982): Las Drogas. Familia y Escuela. Madrid: Instituto de Orientación Psicológica. EOS.
- Alfonso, M. e Ibañez, P (1987): Drogas y Toxicomanías. Madrid: Narcea. Alvarez - Uría, F. (1992): Marginación e Inserción. Madrid: Endymion.
- Amaya, R. (1996): Familia y Educación. Fundamentos teóricos y metodológicos. Oviedo: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo
- Ball, J.C., Rosen, L., Flueck, J.A. y Nurco, D.N. (1981): The criminality of heroin addicts: when addicted and when of opiates, en J.A. Inciardi (Ed.), *the drugs-crime connection*. Beberly Hills: Sage Publications.
- Baratta, A. (1991): Introducción a la sociología de la droga. Problemas y contradicciones del control penal de las drogodependencias, en A. Escotado y otros (Ed.), *¿Legalizar las drogas?. Criterios técnicos para el debate*. Madrid: Popular 49-76.
- Bean, P. (1971): Social aspects of drug abuse: a study of London drug offenders. *Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science*, 62, 80-86.
- Biorrun, J. (1985): Discurso de los medios sobre toxicomanías: Análisis de un caso, en Drogodependencias. *Un reto Multidisciplinar Tomo II*. Victoria: Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Bobes, J; Bousoño, M.; G-Portilla, MP. G. y Pedregal, J. (1993).: Calidad de Vida y Sueño. Madrid: Menarini.
- Bobes, J y Cervera, S. (1996): *Psiquiatría*: Calidad de vida y calidad de asistencia. Madrid: Laboratorios Menarini.
- Cabal, J., Bobes, J., Vázquez, A. y otros (1989): Personalidad-Dependencia: Orientaciones conceptuales. *Revista Española de Drogodependencias*, 14 (3), 161-166.
- Caballero, F.J. (1987): La droga: análisis de contenido de la prensa de la Comunidad Autónoma Vasca, en *Libro Blanco*

- de las Drogodependencias en Euskadi. Victoria: Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco.*
- Calafat, A. (1985): Estilo de vida y hábitos de consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media. *Bolet. Estu. n. 2 y 3.*, 43-45.
- Calafat, A. (1988): Prevención escolar de la droga. *Palma de Mallorca: Govern Balear*
- Calafat, A., Amengual, M., Farres, C. y Monserrat, M. (1983): Características del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre estudiantes de enseñanza media y formación profesional de Palma de Mallorca. *Drogalcohol*, 8 (4), 155-174.
- Cano, L. y Berjano, E. (1986): Educación y Drogas en la Comunidad Valenciana. *Valencia: Consellería de Treball i Seg. Generalitat Valenciana.*
- Cardenas, C. (1991): Los medios de comunicación de masas y el consumo de alcohol en edades tempranas, en *Varios (Ed.), Alcohol y juventud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo*, 66-76
- Carrasco Giménez, T.J. y Aclame, M.L. (1995): ¿Por qué las personas se inician en el consumo de drogas?. Propuesta de un modelo explicativo e implicaciones para el diseño de programas de prevención. *Psicología Conductual*, Vol. 3 (3), 271-282.
- Coate, D. Y Goldman, E (1980): The impact of drug addiction on criminal earnings, en I. Levenson (Ed.), *Quantitative explorations in drug abuse Policy. New York: Spectrum Publications.*
- Collins, J.J. (1981): Drinking and crime: perspectives on the relationships between alcohol consumption and criminal behavior. *New York: Guilford Press.*
- Comas, D. (1985): El uso de las drogas en la juventud. *Madrid: Ministerio de Cultura.*
- Congreso Mundial Vasco (1988): Drogodependencias. Ponencias y comunicaciones. *Vitoria: Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco.*
- Contreras, E e Izquierdo, C. (1992): Incidencias de la droga en los

- Centros Penitenciarios de Régimen Abierto, en Garrido y S. Redondo (Dir.): *La Intervención Educativa en el Medio Penitenciario. Una década de relexiótz.* Madrid: Diagrama, 145-158.
- Cortaire, R., Varo, J.R. y Urzianqui, M (1983): Evaluación de la información sobre las drogas en un grupo de profesores de E.G.B. *Dogalcohol*, vol. VIII, 4.
- Chambers, C.D. y Moffett, A.D. (1969): Drug addiction in the Commonwealth of Kentucky. *Lexington (Kentucky): National Institute of Mental Health Clinical Research Center*
- Chassin, L. (1984): Adolescent substance use and abuse. *Adv. Child Behavior Anal. Ther.* , 3, 99-152
- DeFleur, L.B., Ball, J.C. y Snarr, R.W. (1969): The long-term social correlates of opiate addiction. *Social Problems*, 17, 225-234.
- Del Rio, E (1991): La información sobre problemas sociales en España, en Comunidad y Drogas. *Monografías*, 14, *Medios de comunicación, el 'problema drogas' y la percepción de soluciones.* Noviembre, 59-99.
- Diéguez, A. (1994): Delincuencia y Drogadicción, en M Clemente (Coord.), *Fundamentos de la Psicología Jurídica.* Madrid: Pirámide, 385-403.
- Dobinson, I. Y Ward, E (1986): Heroin and property crime: an australian perspective. *The Journal of Social Issues*, 16, 249-262.
- Doherty, O. y Mattheivs, G. (1988): Personality characteristics of opiate addicts. *Personality and Individual Differences*, 9 (1), 171-172.
- Durkheim, E. (1897): Le suicide: Elude de Sociologie. Paris: Alean (Trad. Castellana en Madrid: Akal Editor 1976).
- E.D.LS. (1980): La población española ante las drogas. *Documentación Social*, n. 42, Enero-Marzo.
- Elzo, (1986): Informa Juventud Vasca 1986. Vitoria: Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco
- Elzo, I, Lidon, J.M. y Urquijo, M.L. (1992): Delincuencia y Drogas. Análisis Jurídico y Sociológico de Sentencias emitidas en las Audiencias Provinciales y en los Juzgados de la

- Comunidad Autónoma Vasca. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Elliot, D.S. y Ageton, A.R. (1976): The relationship between drug use and crime among adolescents. En Research Triangle Institute (Ed.), *Drug use and crime: report of the panel on drug use and criminal behavior* Springfield, VA.: National Technical Information Service, 297-321.
- Elliot, D.S. y Huizinga, D. (1984): The relationships between delinquent behavior and ADM problems. *Rockville (Maryland): Documento presentado a la*
ADAMHA/OJJDP State of the Art Research Conference on Juvenile Offenders with Serious Drug Alcohol and Mental Health Problems.
- Escobedo, A. (1991): Aspectos históricos e internacionales, en A. Escobedo y otros (Ed.), *¿Legalizar las drogas?. Criterios técnicos para el debate.* Madrid: Popular 23-46.
- Escobedo, A.; Baratta, A.; González, S. y otros (1991): *¿Legalizar las drogas?. Criterios técnicos para el debate.* Madrid: Popular
- Escribano, M. (1991): El consumo de drogas y los efectos económicos derivados de su legalización, en A. Escobedo y otros (Ed.), *¿Legalizar las drogas?. Criterios técnicos para el debate.* Madrid: Popular 105-150.
- Farrington, D.P. (1992): Implicaciones de la investigación sobre carreras delictivas para la prevención de la delincuencia, en V Garrido y L. Montoro (Eds.), *La reeducación del delincuente juvenil. Los programas de éxito.*
Valencia: Tirant lo Blanch, 127-154.
- Farrington, D.P.(1994): Examen critique des influences environnementales et familiales de la délinquance. *Criminologie, 27 (1), 23-48.*
- Fan-ow, J.A. y French, J. (1986): The drug abuse delinquency connection revisited. *Adolescence, 21, 951-960.*
- Fernández Albor A. (1974): Aspectos penales y criminológicos de las toxicomanías, en A. Fernández Albor y otros (Ed.), *Ensayos Penales.* Santiago de Compostela: Secretariado de Publicaciones.

- Fernández Rios, L. (1994): Manual de Psicología Prerventiva. Madrid: Siglo XXI.*
- Ferrer X y Dacosta, L.M. (1994): Drogue et mass-médias en Espagne. Problèmes et recommandations. *Psycot'opes*, VIII, 3, 103-105.*
- Fleixa, E Y Concheiro, M.T. (1989): ¿Camino sin salida?. El drogodependiente frente al sistema jurídico penal y sanitario. Barcelona: Icaria.*
- Froján, M.J. y Rubio, R. (1994): La imagen de la droga en la prensa española (1988 - 1992). *Revista Española de drogodependencias*, 19, (3), 191-204.*
- Froján, M.J. y Santacreu, J. (1993): Guía de actuación para la prevención del consumo de drogas. Una perspectiva comunitaria. Valencia: Promolibro.*
- Funes, J. (1991): Drogas y comunicación. Todos los elementos para una crónica del desamor. *Comunidad y Drogas, Monografías 14*, 11-23.*
- Garza, E (1987): La cultura del menor infractor México: Trillas.*
- Garza, E y Vega, A. (1983): La juventud y las drogas: guía para jóvenes, padres y maestros. México: Trillas.*
- Garrido, V (1987): Delincuencia juvenil. Madrid: Alhambra.*
- Garrido, V (1990): Pedagogía de la delincuencia juvenil. Barcelona: CEAC.*
- Garrido, V y Latorre, M.J. (1996): La prevención de la delincuencia: el enfoque de la competencia social. Valencia: Tirant lo Blanch.*
- González -Hontoria, J.L. (1994): Drogas y campañas de comunicación social. *Proyecto. Junio*, 16-18.*
- Grossi, F.J. y Calvo, A. (1992): Los jóvenes de Oviedo: 1992. Oviedo: Concejalía de la Juventud.*
- Haapasalo, I (1996): Childhood maltreatment and adulthood psychopathy in light of file-based assessments among mental state examinees. *6th European Conference on Psychology and Law. Siena**
- Hualde, G. (1991): Introducción, en A. Escohotado y otros (Eds), ¿Legalizar las drogas?. Criterios técnicos para el debate. Madrid: Popular; 11-20.*

- Huba, G.J. y Bentle• P.M. (1982): A developmental theory of drug use: derivation and assessment of a casual modeling approach, en B.P. Baltes y O.G. Brim (Ed.), *Life - Span Development and Behavior* New York: Academic, 147-203.
- Kauffman, A. y Ruiz, J.R. (1982): La doble imagen de la drogadicción. *I Jornadas Socialistas de Toxicomanías. Madrid.*
- Kraus, J. (1981): Juvenile drug abuse and delinquency: some differential associations. *British Journal of Psychiatry*, 139, 422-430.
- Laurie, P (1979): Las drogas. *Madrid: Alianza Editorial.*
- Lüsel, E, Benden D. y Bliesener, T (1992): *Psychology and law. International perspectives. Berlín: Walter de Gruyter & Co.*
- Luthan S.S. y Ziglen E. (1991): Vulnerability and Competente: A review of research on resilience in childhood. *American Journal Orthopsychiat*, 61 (1), 6-22.
- Mallas, I (1981): La droga en la juventud. *Madrid: Karpos.*
- Martín López, J. (1991).: Detección de variables familiares para la prevención de la drogodependencia. *Sevilla: Tesis Doctoral no publicada.*
- Martinez, A., Bobes, J. y Hinojal, R. (1992): Factores de personalidad en delincuentes comunes drogodependientes. *I Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal. Zaragoza.*
- Matarazzo, J.D. (1980): Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Matarazzo, J.D. (1982): Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1-14.
- Matarazzo, J.D. (1983): Behavioral health: A 1990 challenge for the health sciences professions, en J.D. Matarazzo, N.E. Millel; S.M. Weiss, J.A. Herd y S.M. Weiss (Eds.), *Behavioral Health: A handbook of health*

- enhancement and disease prevention. New York: Wiley, 3-40.*
- McBride, D.C. y McCoy, C.B. (1981): Crime and drug - using behavior: an areal analysis. *Criminology*, 19, 281-302.
- Mendoza, R. (1981): Actitudes Sociales ante la droga. 1 Simposium sobre la Droga. Madrid: Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.
- Miguel, E (1992): Vulnerabilidad laboral en la jungla contractual, en E Alvarez - Uría (Ed.), *Marginación e Inserción. Madrid: Endymión*, 87-98.
- Montares, M. (1992): La droga como concepto social, en E Alvarez - Uría (Ed.), *Marginación e Inserción. Madrid: Endymión*, 245- 258.
- Mothner; I y Weitz, A. (1986): Cómo abandonar las drogas. Barcelona: Martínez Roca.
- Navarro, (1985): El consumo de drogas en España. Madrid: Cruz Roja Española.
- Navarro, G. (1991): Aspectos de Salud, en A. Escotado y otros (Ed.), *¿Legalizar las drogas?. Criterios técnicos para el debate. Madrid: Popular; 77-102.*
- Nolen, W (1986): Prólogo, en I. Mothner y A. Weitz (Eds): Cómo abandonar las drogas. Barcelona: Martínez Roca, 15-16.
- Oliva, M.P. (1986): Los medios de comunicación ante las drogodependencias. *Comunidad y Drogas*, 1, 65-73.
- ONU (1980): Libro Básico sobre medidas para reducir la demanda ilícita de drogas. *División de Estupefacientes. New York.*
- ONU (1983): Informe del grupo de expertos sobre reducción del uso indebido de drogas. *Boletín Estirpe. Vol. XXXV, n. 3.*
- Ordoñez, (1993): Análisis diferencial y repercusiones de la drogodependencia vía parenteral (ADVP) - SIDA. Oviedo: Tesis Doctoral no publicada.
- Ordoñez, F, Bobes, I y Rodríguez, E.J. y otros (1993): Evaluación de la personalidad de los drogodependientes vía parenteral en una muestra asturiana. *Anales de Psiquiatría*, 9 (6), 256-260.
- Otero, J.M. y Vega, A. (1993): Relación droga- delincuencia: un estudio empírico en una muestra de sujetos institucionalizados. *Psicologemas*, 7 (14), 219-248.

- Paino, S. G. (1995): Factores Psicosociales para la intervención en la cárcel como sistema de control social. Oviedo: Tesis Doctoral no publicada.*
- Paino, S.G. y Rodríguez, F.J. (1997): Socialización y Delincuencia. Un estudio en la prisión de Villabona (Asturias), en V. Garrido (Ed).*
- Paino, S.G., Rodríguez, F.J. y Garrido, V (1996): Socialization, drug abuse and criminal carear 6th European Conference on Psychology and Law. Siena.*
- Paino, S.G., Rodríguez, F.J. y Garrido, V (1997): Criminal behaviour and family atmosphere. En revisión.*
- Pérez Vilariño, J y Veira, J.L. (1986): La cultura de la droga en Galicia. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones.*
- Research Triangle Institute (1976), Drug use and crime: report of the panel on drug use and criminal behavior: Springfield, VA.: National Technical Information Service.*
- Rodin, I Y Salovey, P (1989): Health psychology. Animal Review of Psychology, 40, 533-579.*
- Rodríguez, E.J.; Ordoñez, F.F. y Paino, S. G. (1994): Apuntes de Psicología de las Adicciones. Oviedo: Apuntes en minieo.*
- Rodríguez, F.J. y Paino, S.G. (1994): Violencia y desviación social. Bases y análisis para la intervención. *Psicothema*, 6 (2), 229-244.*
- Rodríguez, F.J. y Paino, S.G. (1995):. Sociedad y Droga. Ponencia en el II Curso Teórico-Práctico de Drogodependencias. Oviedo: Extensión Universitaria.*
- Rodríguez, F.J. y Paino, S.G. (1996). Drogodependencia y Medio Penitenciario. En I Bobes, P González - Quinos y P.G. Portilla (Ed). 30 años de alcoholismo y otras drogas en Asturias. Oviedo: Gofer 189-199.*
- Rodríguez, E.J. y Pablo, S.G. (1997): Drogodependencia y Delito. Estudio en una muestra penitenciaria (Villabona- Asturias). *Psicothema*. (en prensa).*
- Rodríguez, E.J.; Paino, S.G. y Herrero, E.J. (1995):. Conducta delictiva y drogo-dependencia: un análisis de su relación. *Comunicación al le?: Congreso Iberoamericano de Psi. Jurídica. Santiago de Chile.**

- Rodríguez, El, Paino, S.G. y Valverde, I (1994).: Evaluación en instituciones totales. La cárcel. *En A. Blanco (Ed). Apuntes de intervención psicológica en Medicina. Valencia: Promolibro.p.411-434.*
- Rodríguez, J. (1987): Problemática Jurídica y Psicosocial de las Drogas. *Valencia: Consellería de Sanitat i Constan.*
- Rodríguez Martos, A. (1985): Manual Preventivo contra la Drogadicción. *Barcelona: Mitre.*
- Rueg, E (1985): Un enfoque global de la prevención: comen tarios críticos básicos. *Bolet. Esto. Vol. XXXVII, n. 2 y 3.*
- Ruesga, S. (1992): En los márgenes de la economía, *en E Alvarez - Uría (Ed.), Marginación e Inserción. Madrid: Endymión, 69-86.*
- Sánchez Carrión, EJ. (1982): La prensa y el toxicómano. *I Jornadas de Prevención y Reinserción de Toxicómanos. Legarles.*
- Santacreu, J., Zaccagnini, J.L. y Marquez,11/10.(1992):El problema de la droga: un análisis desde la Psicología de la Salud. *Valencia: Promolibro.*
- Sierra, E. y Simo, M (1981): Publicidad y toxicomanías, *en E Freixa y P.A. Soler (Eds): Toxicomanías: Un enfoque multidisciplinario. Barcelona: Fontanella, p. 391-435.*
- Sirven!, C. (1993): Clínica y Psicopatología de la Drogodependencia Juvenil. *Oviedo: E Instituto Spiral. Dpto. de Publicaciones.*
- Soler; P.A. (1986): Prólogo a la edición en castellano, *en I. Mothner y A. Weitz (Eds.): Cómo abandonar las drogas. Barcelona: Martínez Roca, 13-14.*
- Stein, J.A., Newcomb, M.D. y Bentler P.M. (1987): Personalitu and drug use: reciprocal effects across four years. *Personality and Individual Differences, 8 (3), 419-430.*
- Steminler; M., Beelman, A. y Lbsel, E(1996):The significance of family climate, perceived peer relations, and social support in predicting adolescent externalizing and internalizing behavior problems. *6th European Conference on Psychology and Law. Siena.*
- Taylor S.E. (1986): Health psychology. *New York: Random House.*
- Taylor S.E. (1990): Health Psychology. *The Science and the Field.*

- American Psychologist, 45 (1), 40-50.
- Torres Hernández, M.A. (1985): El consumo de drogas de abuso en la población estudiantil de Bachillerato Superior en la provincia de Valencia. *Drogalcohol*, vol. X 1, 15-20.
- Valverde, J. (1988): El Proceso de Inadaptación Social. *Madrid: Popular*
- Valverde, J (1991): La cárcel y sus consecuencias. La intervención sobre la conducta desadaptada. *Madrid: Popular*
- Valverde, J (1996): Vivir con la droga *Madrid: Pirámide*.
- Vega, A. (1993): La acción social ante las drogas. Propuestas de intervención socioeducativa. *Madrid: Narcea*
- Vega, A. (1995): Los medios de comunicación social y las drogas: entre la publicidad y el control social. *Revista Española de Drogodependencias*, 20 (2), 99-111.
- Voss, H.L. y Stephens, R.C. (1973): Clinical history of narcotic addicts. *Drug Forum*, 2, 191-202.
- Werner E.E. (1989): Vulnerability and resiliency: A longitudinal perspective, en M. Branzbring, E Lósel y H. Skowroner (Eds.), *Children at risk: Assessment, Longitudinal Research and Intervention*. *Berlín: Walter de Gruyter & Co.*, 157-172.

I4

SOCIOLOGÍA

2.4 Aspectos en el Hilo de la Historia e Implicaciones

*Francisco Javier Rodríguez Díaz, Susana G. Paño
Dpto. de Psicología. Universidad de Oviedo*

1. Trayectoria Histórica. 1.1. Pinceladas Históricas.
 - 1.1. Perspectiva Histórica para el Análisis del Hoy.
 - 1.2. Problemática desde la Perspectiva Histórica.
2. Droga Cultura y Contracultura.
3. La Droga y su Contexto Actual.
A Modo de Conclusión.
Referencias Bibliográficas.

I4 Aspectos en en Hilo de la Historia e Implicaciones*

Francisco Javier Rodríguez Díaz

Susana G. Paíno

Dpto. de Psicología. Universidad de Oviedo

Al final de los años sesenta ya se podían contabilizar más de diez mil trabajos científicos telatiyolá la temática de la drogodependencia (Laurie, 1979). Treinta años después, sin embargo, no se cuenta con una información sólida sobre esta errática –eso si, cada vez es mayor el nivel de producción–. Ante ello , en la actualidad se está hipotetizando una enorme cantidad de factores de todo orden que están incidiendo simultáneamente (políticos, económicos, psicológicos, sociológicos, ...) en la problemática enmarcada en el uso de drogas, afirmando que el abuso de drogas, de entre todos los problemas sociales, es el de abordaje más difícil y el más inexplicable. Hoy por hoy, hay que reconocerlo, no contamos con una respuesta adecuada y estándar (Alan, Baer, Donovan y Kivlahan, 1988; Laurie, 1979; Ordoñez, 1993; Paino, 1995; Prochaska y DiClemente, 1985; Rodríguez, Ordoñez y Paino, 1944; ...).

A pesar de ello, se sigue trabajando e investigando, aunque en la actualidad es de reseñar que la acción drogodependiente no tiende a aislarse del resto de las conductas; así, en la actualidad es factible enmarcarla en un ámbito comportamental más amplio: las conductas adictivas (Alan, Baer, Donovan y Kivlahan, 1988; Echeburúa, 1994). De esta manera, la drogodependencia y su

* El presente trabajo se corresponde con la ponencia presentada por los autores en el II Curso Teórico-Práctico en Drogodependencia y es una parte del Cruso Drogodependencia: Prevención y Tratamiento del Doctorado de Psicología de la Salud bienio 1995-1997 de la Universidad de Oviedo

problemática van a aparecer ligadas a la temática de la dependencia (Beneit, 1990; Ordoñez, 1993), situación en la cual la estructura social en la que está inmersa la persona, las relaciones grupales y la exposición a la sustancia -intereses del mercado- forman un "cuadro" que expresa la realidad y la complejidad de la conducta drogodependiente (Echeburúa, 1994; Escohotado y Markez, 1994; Freixa y Soler, 1981; León, Herrero y López, 1995; Martín López, 1991; Rodríguez, Paino y Herrero, 1995; Salleras y Freixa, 1988; Vega, 1993).

La dependencia la entenderemos como una situación en la que se presenta la conducta de búsqueda de una sustancia, la que, a su vez, produce cambios y modificaciones en las relaciones del individuo con su entorno (familia, estudios, trabajo, ..); es decir, fenómeno en virtud del cual y como resultado de la administración de una droga se desencadenan una serie de fuerzas –psicológicas, bioquímicas, sociales o ambientales que predisponen a su utilización de manera continuada. Esta relación al persistir –exposición prolongada a la droga–, ante la situación de supresión de la sustancia, va a producir, va a vivirse con ansiedad y angustia, aunque bajo un modelo de búsqueda característico para cada status del producto (Beneit, 1990; Rodríguez, Ordoñez y Paino, 1995; Sirvent, 1993).

TABLA 1.
**Características para un marco conceptual
de las conductas adictivas**

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Modelo hábito repetido. ● Incremento del riesgo de enfermedad. ● Incremento de la asociación a: <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Problemas sociales y/o.</i> ○ <i>Problemas personales.</i> ● Refuerzo a corto plazo (gratificación inmediata). ● Costo a largo plazo: <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Efectos retardados.</i> ○ <i>Efectos nocivos.</i> |
|---|

No es de extrañar, pues, que esta conducta se deslinda por

adjetivos tales como: compulsión, exceso, impulsividad, descontrol, indulgencia, ... Desde esta perspectiva, por tanto, las conductas adictivas van a resaltar como experiencia subjetiva de 'falta de control', que se define a través de las características que aparecen en la Tabla 1 (Alan, Baer, Donovan y Kivlahan, 1988). Así, desde una concepción de amplio rango, se asumirá como definición de droga la siguiente:

cualquier sustancia que ingresada en el organismo es capaz de alterar ciertas funciones, producir dependencia física o psíquica, y que indistintamente tenga efectos terapéuticos o no, el consumidor la utiliza con otros fines.

De esta manera, muy ligados a este concepto aparecen dos términos que es necesario desarrollar para entender la problemática de la droga: desintoxicación y desahabitación.

"Es toda sustancia que al ser usada por individuos ha provocado en alguno de ellos un síndrome de dependencia, percibido por el propio individuo, su entorno grupal, o la sociedad como tal. La aparición de un síndrome de dependencia depende de las propiedades farmacológicas de la sustancia al interactuarse con un organismo vivo" (Comas, 1985, p.23).

El problema de los años noventa, en el ámbito de las drogodependencias, ya se perfila en los ochenta –planteamiento que defenderemos y desarrollaremos- al desplazarse el consumo de estas sustancias de su carácter ideológico– contestatario, reducido, minoritario o de moda pasajera, a tener un carácter inequívocamente consumista (Aguar, 1982; Escohotado y Markez, 1994; Rodríguez, Ordoñez y Paino, 1995). Desde esta perspectiva, el análisis a realizar en las líneas siguientes pretende indagar en la trayectoria histórica del uso de drogas, así como en sus implicaciones para la sociedad actual –trata de comprender por qué nos ha llegado a preocupar este fenómeno–, para ofrecer contribuciones significativas que orienten la prevención y el tratamiento, que asumimos bajo una orientación biopsicosocial –en la perspectiva de la teoría del aprendizaje social y los principios cognitivos- conductuales–.

1. TRAYECTORIA HISTÓRICA

1.1. Pinceladas Históricas

El descubrimiento de la droga, como otros tantos, puede que no haya sido fortuito. Así, somos conscientes de que el hombre vivía en la naturaleza y conocía los efectos curativos de muchas plantas. Tal vez, accidentalmente, descubrió otros efectos en ciertas plantas, como lo corrobora las cápsulas de adormidera encontradas en las tumbas neolíticas de La Tène, en Centro Europa.

Al mismo tiempo, cuando el hombre deja de ser cazador y se convierte en sedentario, agricultor o ganadero pasa a explotar los recursos naturales y a almacenarlos. Ello va a permitir, en cierta medida también por azar, descubrir que con el almacenamiento en condiciones adecuadas del jugo de las uvas y del obtenido de ciertos granos se consiguen distintas bebidas que producen efectos tónicos y, en muchas ocasiones, efectos que le apartaban de la realidad sumiéndole en estados placenteros –ésto concederá a las bebidas un cierto carácter mágico–.

Esta realidad descrita, que puede cifrarse en torno a 10.000 y/o 20.000 años a. C., va a favorecer que los efectos de estas sustancias se asocien con un ente no terrenal, lo que le va a permitir pasar a formar parte de la experiencia místico-religiosa. De esta manera, en la Antigüedad el consumo de droga se realiza con un carácter marcadamente religioso y/o mágico, utilizándose tanto para experiencias religiosas como para aquellas de índole curativo (Escohotado, 1994).

No puede extrañar, después de lo dicho, que a menudo se concluya que 'cada cultura tiene su droga', que el consumo de droga no es absolutamente nuevo, sino que, por el contrario, es consustancial al hombre mismo. Así, con frecuencia se recuerda la existencia de tribus indias, como por ejemplo la Tarahumara –que viven en la Sierra Madre– que tras consumir droga durante siglos no presentan los fenómenos asociados a ella (dependencia, tolerancia,...) ni su problemática. Aquí lo que no tenemos presente es un hecho sustancial: en estas culturas el consumo de la droga es meramente litúrgico y ritual –sólo en unas determinadas ocasiones del año se consume y con finalidades estrictamente místico-religiosas–.

Siguiendo con esta línea argumental, y tomando como base el análisis de Freixa (1981), en México se utilizan hongos y cactus de forma relativamente habitual, como ya se utilizaban en culturas precolombinas, con finalidades rituales y en ceremonias controladas – una o dos veces al año--; así, la etnia yaqui, en la Sierra Tarahumara (Chihuahua), con fines adivinadores y en Oaxaca tales fines son mágico- curativos, los indios navajos en EEUU o numerosas poblaciones de Siberia. Igualmente, en nuestra cultura la liturgia católica ha incorporado el consumo de alcohol en el mismo sentido. Aunque la lista de ejemplos a relatar no acaba con éstos, baste recordar que de hecho las bebidas alcohólicas, en un principio fermentadas y luego destiladas, han constituido en el área europea, y posteriormente con el fenómeno de la colonización, la primera problemática de drogodependencia, a la cual aún hoy aparecen asociados graves problemas de salud –principalmente en Europa, América y África–.

En suma, la literatura de la Antigüedad ofrece múltiples ejemplos (ver Escotado, 1994) de la utilización de drogas, aunque siempre aparecerán asociadas con fines litúrgicos y/o curativos, y con una utilización realmente prudencial. De esta forma, las primeras referencias fiables de la problemática asociada con la dependencia se relacionan con el opio, y datan de 1515 - 1588 en Turquía y Persia. En esa misma época un médico chino ya escribía: "la adormidera produce un producto - medicamento que cura, pero mata como un sable".

1.2 Persepectiva historica para el análisis del hoy

Hoy se puede decir que con el despertar tecnológico e industrial se inicia, a principios del siglo XIX, una nueva era en el consumo de drogas. Esta nueva era, al mismo tiempo, va a caracterizarse por la inquietud en buscar remedios para la enfermedad, lo que propiciará el aislar principios activos de diversas plantas, que hasta entonces eran utilizadas on fines curativos Así, en 1803 se aísla la morfina en 1832 la codeína, en 1860 la Cocaína en 1870 se sintetiza heroína –con el objetivo de evitar las consecuencias desastrosas de la adicción a la morfina–, en 1918 la escalina y en 1938 el L.S.D. (sus efectos alucinógenos no van a ser relatados hasta 1943); ...

Históricamente , al mismo tiempo, es de destacar que los holandeses, al parecer, fueron quienes exportaron la costumbre javanesa de fumar tabaco impregnado de opio. En China la prohibición de fumar tabaco, en 1650, va a reducir el consumo de esta mezcla, aunque los portugueses, desde Macao, se van a esforzar por introducir el opio en China ilegalmente, ya que formalmente había sido prohibido en 1729. En la India los ingleses fueron los promotores tanto del cultivo del Opio como de su venta y consumo entre los indígenas, hasta que en 1773 se dieron cuenta de que con ello estaban aniquilando su propia mano de obra y en consecuencia declararon a este cultivo monopolio del Gobernador Británico de Bengala y la Compañía de las Indias Orientales (Escohotado, 1994).

Es más, el gobierno chino, siendo consciente de como sus súbditos se deterioraban física y mentalmente fumando opio, va a valerse de todos los medios de negociación pacífica para intentar persuadir a los británicos para que abandonasen este comercio 'criminal'. Ante ello, la respuesta de la Cámara de los Comunes, defensora de la 'libertad', fue rotunda aduciendo que era inoportuno abandonar una fuente de ingresos tan importante como el monopolio de la Compañía de las Indias, en cuanto se refería al opio (Freixa, 1981). Una vez más, los blancos, cristianos, occidentales, civilizados, ... defienden la libertad de 'comercio'. Los intereses económicos eran ya tan fuertes para los ingleses, presionados por los comerciantes de

opio, que ocasionarán la guerra-Guerras del opio,-trás ganar las guerras, éstos van a imponer en China el opio- como mercancía libremente admitida. El opio, obviamente, era uno de los pilares económicos del Imperio Británico, del bienestar de los ingleses

" por un método abiertamente civilizado -cañones, fusiles y buques de guerra-, los chinos pasaron de dos millones de opiómanos en 1850, a más de 120 millones en 1878, con un aumento del 6.000 % en 28 años". (Freixa, 1981, p. 56)

La consecuencia e las- Guerras del opio (1839-1842 y 1856-1858) fue la creación del mercado libre en China. Es entonces y después del último tratado (1860), cuando los chinos deciden cultivar esta sustancia, pero no antes, con la finalidad de evitar que sus súbditos consumiesen mercancía extranjera. Es entonces y sólo entonces, cuando se inicia la auténtica historia del cultivo de opio en China y su ulterior desarrollo. Esta realidad va a verse favorecida además, por dos hechos: la corrupción de la República e, Cang Kai-Chek y la guerra con los japoneses, que introducirán los laboratorios— montados por los japoneses— para la transformación del opio en morfina y heroína. Posteriormente el régimen popular chino al tener como objetivo el erradicar la opimanía en su país va a propiciar que los grandes cultivadores y "empresarios" /negociantes huyan Tailandia y Birmania.

Al unísono, Turquía, cultivador tradicional, inicia la expansión y venta, induciendo el cultivo en Egipto. Al mismo tiempo, países subdesarrollados a finales del siglo XIX, y todavía hoy — Vietnam, Camboya, Laos, Birmania, ...—, con mercados tradicionalmente limitados a fines mágicomedicinales, intentan exportar su "opio". En estas zonas, al igual que en Irán, Afganistán y Pakistán, se inicia el cultivo de la adormidera en los años treinta y se aumenta en los cincuenta; su comercialización, inicialmente, se lleva a los centros de elaboración de la heroína —América Central y del Sur, Europa y Estados Unidos— y posteriormente es en los propios puntos de origen donde se elaborará la Morfina y la Heroína (Freixa, 1981).

Pero en el siglo XIX, la síntesis de la morfina (1830) y el descubrimiento de la jeringuilla van a cambiar y a ampliar el aspecto de la opiomanía. Esta problemática se agrava' más cuando, en un intento por descubrir sustituto inocuo para morfina, se descubre la heroína. La cocaína, aislada en 1860 por Nieman y recomendada por el mismísimo Freud como remedio contra la morfinomanía, tiene su auge en el siglo XIX, llegándose a comercializar en forma de vino, pastillas de rapé, ... y consumida incluso por el propio Papa León XIII, que aspiraba rapé y llevaba su cantimplora con vino de coca en la cintura.

La difusión de las drogas va a ser enorme a partir de la Revolución Industrial, teniendo ésta sus momentos álgidos en tiempos de guerra: la guerra de Secesión americana(1861-1865), donde alcanzó un enorme protagonismo Morfina con la consiguiente enfermedad del soldado; la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), en la que las anfetaminas se utilizaron de forma masiva; la guerra del Vietnam(1965-1975), donde la heroína fue la droga principal. Sin embargo, la utilización de estas sustancias durante períodos de confrontaciones bélicas ha dado lugar a diversas prácticas de adicción: unos creados por la práctica de drogar a los soldados para quitarles el miedo, otros instaurados en tratamientos "clínicos", otros como forma de huir de las difíciles y traumáticas condiciones bélicas y, finalmente, otros surgidos en los años de posguerra, marco más que propicio para producir una extensión en el consumo. En todo caso,

"La expansión de las diversas culturas, los movimientos migratorios y los intereses económicos han hecho que sustancias cuyo consumo estaba unido a pautas sociales concretas, hayan perdido su carácter definitorio geográfico y cultural. Las atribuciones mágico-religiosas hechas a distintas drogas por numerosos pueblos, su utilización ritual y precisa para la consecución de bienestar físico y espiritual y la satisfacción en la búsqueda científica, han permitido su razón en la actualidad, ya que las drogas son consumidas hoy en día, de forma indiscriminada" (Aguar, 1982, p. 71).

Hasta hace siglo y medio, aproximadamente, las drogas eran utilizadas con fines mágicos, religiosos o médicos; es a partir de ese momento cuando empieza el consumo, la toma de drogas sin utilidad práctica –inadaptación subjetiva– (Rodríguez, Paino y Herrero, 1995; Valverde, 1988), mientras el uso con conocimiento de causa y la búsqueda de unos efectos determinados se da únicamente en minoras –artistas y escritores en el siglo XIX y grupos contraculturales en el siglo XX (en los años sesenta principalmente, y en particular por los Hippies)–.

Llegados aquí, es posible mantener como cierto que las drogas salen del uso ritualista y pierden el fin de enriquecimiento personal; posteriormente, con la desaparición de los Hippies, se convierten a un nuevo estilo: la evasión social.. En los setenta, por tanto, la música rock, las comunas, la filosofía oriental y las drogas psicodélicas, que formaron parte de la cultura de los sesenta, se convierten en un engranaje comercial que va a diluir la práctica vital y social de la contracultura, la cual hoy ya no persiste ni como una mera 'ideología' / propuesta de vida.

Las crisis económicas y sociales, la ausencia de valores humanistas, la competitividad ... han dado paso a una etapa de decepción que transcurre entre la violencia y la evasión o la tenología y la disciplina pasiva. En resumen, aunque son muchos los factores que parecen haber contribuido a la situación actual, con respecto al consumo de drogas como situación problema / inquietante, probablemente uno de los factores más determinantes puede haber sido la asimilación 'comercial' que la sociedad de consumo hizo de la contracultura de los años sesenta. ésto añadimos la crisis, tanto económica como social, las implicaciones que conlleva, tendremos unos elementos más claros y precisos para entender nuestra realidad.

Es de todo imposible, por último, estudiar el problema de la drogodependencia desde una perspectiva histórica sin relacionarla con factores económicos fuertemente implantados en las sociedades que consumen y producen drogas. Es más, hoy por hoy es difícil combatir con éxito el fenómeno de la droga, por los enormes intereses –incluso nacionales– a él ligados. Así, en los países productores de adormidera la droga está lejos de constituir una simple cuestión médica o policial, pues el Opio constituye un medio de vida –a menudo el único de amplios sectores de la población, principalmente la campesina. Además, tendríamos que añadir la actividad tanto industrial como mercantil e incluso el sistema de impuestos, como ocurre con el tabaco, en todos los países occidentales o con el alcohol en los países del Sur de Europa (España, Francia, Italia, Portugal, ...).

La lucha contra la droga, pues, implica una fuerte inversión de dinero en los países productores - generalmente en el tercer mundo-. Esta inversión, a su vez, acarrearía escasos beneficios económicos directos a las industrias de los países industrializados. Ello explicaría la escasa colaboración económica de los países desarrollados, así como el fracaso del llamado 'Fondo de Lucha contra la Droga', al que países como EEUU, Canadá, Holanda, ... contribuyen muy poco económicamente y otros como Alemania, Japón, Austria o España no tienen ni una aportación.

1.3. Problemática desde la Perspectiva Histórica

Una de las características básicas de la problemática de la drogodependencia es su uso fuera del marco de referencia cultural y social. Es decir, la droga comienza a ser un problema serio cuando no se utiliza con fines religioso-mágicos. Ahora bien, el uso fuera del marco referencial sólo es factible al contar con la sustancia en suficiente cantidad y con fácil conservación, almacenamiento y transporte, sin que en ello pierda sus cualidades activadoras. De esta manera, cuando ya se encuentra extendido el cultivo o la recolección, y es el sustento de un grupo o población o incluso de todo un Estado, y además el proceso de destilación o elaboración de la 'esencia' representa una tecnificación para su posible venta y distribución, existiendo un consumo tradicional –fumadores de tabaco o de opio,

bebedores de alcohol, ...– el riesgo, como problema de Salud Pública, únicamente aparecerá cuando la presión del mercado sea intensa (Guerras, Comercio, ...).

ionales en la zona de origen. Al producirse una saturación eEl auténtico problema, sin embargo, aparece cuando el resultado de la tecnificación sea permitir una producción y un uso masivo del producto, el cual será comercializado por los mismos canales tradic dicho mercado –aparición de los problemas locales, tales como: alcoholismo en Francia y en España, Heroína en Birmania y Tailandia, consumidores de pasta de coca en Perú, ...– se va a provocar una presión exportadora que no reparará en medios legales-no legales para su venta, distribución o comercialización.

Lo cierto es que si el fenómeno de la drogodependencia es considerado hoy como una problemática mundial real se debe, en una buena medida, a que se trata de un problema que fue y es grave en los EE.UU. Este país, al mismo tiempo es de reseñar aquí, está recogiendo su cosecha de los años sesenta y setenta, época en que se introdujo la droga de forma importante y peligrosa, lo que ha sido favorecido por: de un lado, el ponerse de moda entre hippies y movimientos estudiantiles y juveniles en general (artistas musicales, principalmente) y, de otro, por los excombatientes de Vietnam. Esta realidad, pensamos, es evidente que va a ser amparada por las redes comerciales, por la proximidad de Colombia y otros países productores,... –es de resaltar el hecho de que en los últimos años los EE.UU. han venido interviniendo, incluso militarmente, para enfrentarse al problema que genera cierto tipo de droga–.

Un ejemplo, que explica lo que teóricamente venimos sosteniendo, es el cannabis. El consumo de esta sustancia se remonta a muchos siglos atrás: usado como planta sagrada en actos litúrgicos por los hindúes, asirios,...; conocido ya por los griegos y los romanos, su mayor difusión se produce con la cultura árabe -con el nombre de hachis-. Sin embargo, a pesar del intenso contacto entre los países occidentales -principalmente los mediterráneos- y los norteafricanos, en los siglos XVIII y XIX, la práctica de consumo de esta sustancia no se propagó en Europa -quedó circunscrita a ciertos ambientes intelectuales o marginales-. Podemos afirmar, pues, que el consumo de los derivados del cannabis hasta muy recientemente ha sido exclusivo de países subdesarrollados o en los que no existía competencia de otras drogas, como el alcohol, quedando limitado en el resto de los países a ambientes marginales (Escohotado, 1994; Freixa, 1981; Rodríguez Martos, 1985).

En la década de los sesenta, con la aparición de la generación "beat", es cuando se inicia a generalizarse el consumo de los derivados del cannabis; primero se produce en la música pop (Dylan, Beatles,...) y después se introduce en la burguesía intelectual, llegando progresivamente a todas las capas de la población -muy especialmente a nuestra adolescencia-. El Cannabis se convierte en un símbolo de la contracultura, de una ideología que propugna la búsqueda de otra forma de vida fuera del "stablishment" y basada en principios de pacifismo, orientales, ...

En resumen, las causas de la propagación actual del cannabis en nuestra sociedad no pueden localizarse únicamente en las características personales del consumidor y/o en las propiedades farmacológicas de los diversos derivados sino, como ya señala el Informe Técnico N. 478 referido al Uso del Cannabis por el Comité de Expertos de la O.M.S., más bien en poderosas fuerzas socioculturales, además de las que representan la amistad, la aprobación y las presiones del grupo y/o las costumbres sociales. De los factores asociados a un uso regular, y en particular a un consumo elevado,

es de resaltar el cambio sociocultural que se encuentra en las situaciones que suponen, por ejemplo, industrialización, urbanización, conflictos sociales, transición de la guerra a la paz, ...

2. DROGA, CULTURA Y CONTRACULTURA

El problema de la drogodependencia, hoy por hoy, es serio y complejo. No afecta únicamente a los países industrializados, como a veces se nos trata de hacer creer, sino también aparece como problemática fuerte en los países subdesarrollados.

"La incapacidad de las estrategias de salud en el abordaje de la problemática de todas las drogodependencias, se evidencia no tan sólo —como se pretendía hace pocos años— en los países desarrollados, sino, paradójicamente, en los países en vías de desarrollo y subdesarrollados" (Freixa, 1985, p. 7-8).

La realidad, manteniendo una perspectiva de análisis bajo una visión negativa, parece llevarnos a destacar la existencia de dificultades para impedir la exportación de drogas, por 'necesidades de mercado' y de 'libre comercio'. Así, los datos de aumento del alcoholismo en Africa, paralelos a los esfuerzos de disminución del consumo en los países desarrollados, sirven como indicadores ciertos de nuestro postulado relativo al mecanismo de oferta para todas las drogas.

Si la comercialización de los medicamentos ya aparece más condicionada por factores políticos y económicos que por necesidades de salud, ¿cómo pueden los países desarrollados pensar en controlar el 'libre mercado' de opio, coca, marihuana, ...? En el fondo, incluso, se ha llegado a insinuar que la heroína podría transformarse en una droga más rentable que las bebidas alcohólicas, en tanto es factible que llegue a posibilitar un mayor control social.

La situación, así, precisa una reconsideración política, social, económica, de salud y bienestar, calidad de vida, ... en la aplicación de una estrategia mundial en "salud para todos", donde cultura, estructura social y droga son conceptos que se

relacionan. Así, cada cultura y estructura social presenta una actitud diferente frente a una determinada droga. De ello, a su vez, va a depender quién, por qué y cómo toma una droga y de qué forma se considera a sí mismo y es considerado por los demás quien usa o abusa de ella (Edwards y Arif, 1981; Lebeer y Orenbuch, 1985; Rodríguez, Ordoñez y Paino, 1994).

De esta manera, en las culturas estables el consumo de drogas autóctonas es moderado, gracias al equilibrio entre demanda y aporte, a su inclusión dentro de unos determinados ritos o tradiciones. Este equilibrio se ve alterado cuando se traspasa las fronteras tradicionales de las drogas puras y por la posibilidad de sintetizar otras artificialmente; es decir, al cambiar el marco y la finalidad de consumo, lo que lleva implícito que con ello se ha roto el equilibrio psicológico -social del "usuario".

"De unos patrones de consumo rituales se ha pasado a una utilización masiva e indiscriminada, orquestada por presiones consumistas y los dictados de la moda" (Rodríguez Martos, 1985, p. 30).

El uso de drogas, y no el abuso, creemos haber demostrado es tan antiguo como el hombre mismo. Así, no es por azar que la droga y la religión haya ido evolucionando de forma pareja: el hombre ha pretendido trascenderse, ir más allá de sus propias fuerzas y de su conciencia. El éxtasis puede alcanzarse dentro de una "mística religiosa" o con la "mística de la droga", estando a menudo ambas modalidades combinadas. La experiencia religiosa se vincula desde los primeros momentos con la droga y sus efectos —la droga sirve para comunicarse con los dioses—. Ello, a su vez, ocurre en todas las religiones, entre los artistas y literatos e incluso entre los grupos contraculturales de las últimas décadas.

"Cuando el uso de una droga se ha enmarcado dentro de una práctica religiosa y sus efectos han sido canalizados y controlados por un sacerdote o el chamán que dirigía la experiencia, el sujeto no ha caído en la esclavitud de la droga, a la que no ha recurrido como fin, sino como medio. Obsérvese que, además, las drogas vinculadas a las prácticas esotéricas han sido siempre las alucinógenas, las destinadas a modificar- cuantitativamente y cualitativamente las percepciones, nunca las que deprimen, sino las que expanden la conciencia" (Rodríguez Martos, 1985, p.33).

La problemática actual de la droga, pues, aparece cuando ésta sobrepasa su marco tradicional y su condición de medio de comunicación sobrenatural o social. De esta manera, religión, magia y salud se han venido entremezclando durante toda la historia, especialmente en la antigüedad: desde el código de Hammurabi al Antiguo Testamento, en la mitología griega o romana, en la cultura árabe o en la edad media -época del apogeo de la brujería, en cuyas prácticas la droga tenía un papel primordial, particularmente los alucinógenos-. El problema se plantea, por tanto, cuando el cambio de 'marco' implica un cambio de 'sentido', cuando las drogas pasan de ser un medio a ser un fin -situación en la que nos encontramos en la actualidad-.

Al analizar las relaciones entre droga y cultura, al mismo tiempo, es preciso considerar el papel que han jugado algunas clases de drogas en los movimientos contraculturales de nuestro siglo. En este sentido, es fácil identificar droga con contracultura, en tanto que no es difícil comprobar cómo una misma sustancia deviene apta para amoldarse a las más variadas expectativas sociogrupales. Así,

"en los EE. UU. de los años 20-30, en pleno 'boom ' prohibicionista y todavía con pesados residuos puritanistas, el uso y el abuso del alcohol consistió en hacerse contracultura)" (Solé, 1981, p. 377).

El problema de la droga, luego, no está en la toxicidad intrínseca de la sustancia, sino que es el problema de unas determinadas relaciones personales y sobre todo sociales, expresadas en una peculiar y concreta relación de dependencia, no sólo de una u otra droga, sino también de un conjunto de valores, normas y comportamientos (Jervis, 1978; Rodríguez, Paino y Herrero, 1995; Vega, 1993).

El consumo del alcohol se trivializó y se ve desplazado por otras drogas en su función contracultural. Por consiguiente, ni puede extrañar ni fue una casualidad que, por ejemplo, entre las personas de raza negra, y más en concreto su elite artística –los músicos de jazz–, arraigara el uso de otras sustancias. Charlie Parker cuando inventó el jazz moderno inventó un estilo de vida: una nueva forma de vestir, hablar, drogarse, el modo de no preocuparse por el dinero, rehusar las normas higiénicas, económicas y morales que dominaban la vida cotidiana. De esta manera, al igual que antes nació una narrativa alcohólica –para reflejar los usos y costumbres de una época– a partir de los años cincuenta nace lo que se reconoce como 'la nueva literatura de la droga': se empieza a hablar de marihuana y heroína, hashish y mescalina,...Ello favorece la aparición del movimiento hippy de los años sesenta, donde la música, la droga y el pacifismo aparecen como paladines. Nuevamente la droga, en particular marihuana y L.S.D., cumple una función claramente litúrgica, como rito de una cultura –contracultura en este caso–.

El cambio producido en la actitud de los jóvenes al final de los años cincuenta –desplazan sus intereses de las violentas situaciones de poder externo hacia formas más personales de experiencia, manifestadas exteriormente en la manera de vestir y en la música– va a favorecer el fuerte incremento que se va a producir en el consumo de drogas. En esta atmósfera cambiante, no puede sorprender que el uso de droga vaya a ser aceptado con mayor facilidad e incluso logre convertirse en una forma de vida.

A pesar de ello, entre el optimista y candoroso hippy de los años sesenta y el pesimista y desesperanzado joven de los años noventa hay un largo camino, del que no tiene poca culpa el desarrollo social de la época. Ello implica, creemos, la necesidad de tomar en cuenta la perspectiva transcultural para abordar este tema, en tanto es preciso llegar a comprender que la historia de la droga corre pareja a la historia de la humanidad como que es casi imposible encontrar una sociedad humana en la que no se dé el uso de una u otra sustancia psicoactiva (Escohotado, Baratta, González y otros, 1991) ; en tal afilnación, sin embargo, hay que hacer algunas precisiones:

- El papel de la droga no va a depender únicamente de sus acciones farmacológicas, sino que también es necesario tener presente la función de la motivación, las expectativas y el medio cultural en que se utiliza. De esta manera, los efectos de una sustancia pueden ser diferentes según varíen los factores de uso.
- Es un reduccionismo 'ilusorio' el pensar que las sustancias psicoactivas son las únicas culpables de la problemática drogodependiente. Las drogas, sin lugar a dudas, pueden jugar papeles distintos a aquellos que les otorgamos —los individuos pertenecemos a un sistema cultural—
- La universalidad y constancia en el uso de drogas ha llevado a considerar que existe una tendencia o impulso a la búsqueda de los estados alterados de conciencia. A su vez, esta necesidad interna de alteración ocasional de conciencia se entiende que persiste a lo largo de la vida, manifestándose de diversas formas y en distintos grados — los juegos de la infancia, por ejemplo, giran sobre uno mismo—.

3. LA DROGA Y SU CONTEXTO ACTUAL

"La revolución industrial marco un hito en la difusión de las drogas, por coincidir con la aparición de las producciones en cadena, la filosofía mercantilista y el instrumento de la propaganda. Pero los períodos de auge de las toxicomanías han coincidido siempre con crisis de civilización, acompañadas de movimientos encauzados a la búsqueda de una nueva identidad o de nuevos valores" (Rodríguez Martos, 1985, p. 43).

El auge actual en el uso de drogas, pues, podemos vincularlo a la profunda crisis de la civilización occidental, que tendemos a ubicarla con posterioridad a la II Guerra Mundial. De hecho, el auge en el uso de drogas, que llega hasta nuestros días, tiene su comienzo en los movimientos contraculturales de los años cincuenta y en la concluyente represión de éstos por parte de la sociedad: las nuevas generaciones se rebelan y se enfrentan contra lo establecido por las anteriores y se alinean con posturas marginales. Los movimientos contraculturales pretenden, por tanto, cambiar las estructuras sociales y las "ideologías", utilizando para ello las drogas como algo contestatario y opuesto a la cultura dominante —ello explica que utilicen 'drogas no institucionalizadas', es decir, culturalmente no dominantes—.

Aunque estos movimientos contraculturales se inician en los años cincuenta, con los 'beat' —cuyos partidarios eran fundamentalmente intelectuales—, el máximo auge de la contracultura tiene lugar en los años sesenta, en concreto en 1968 (el Mayo francés). Fue la década de los Hippies y con ellos se retorna la mística, la magia, se pone de moda los amuletos y aparecen movimientos con ritos más o menos demoníacos, como la secta destructiva de Satán que asesinará a la actriz Sharon Tate bajo la influencia de las drogas y en plena ceremonia (Rodríguez Martos, 1985).

La década de los ochenta, y la actual de los noventa —principalmente—, se va a caracterizar por un uso exagerado de las

drogas, lo que se convierte en una problemática acuciante, no únicamente social, que afecta cada vez a más personas, tanto directa como indirectamente. Este problema, creemos, aparece en nuestra sociedad por la descontextualización social y cultural, que tradicionalmente tenía el uso de drogas, y convertir su uso en un fin y no en un medio. Aquí, con todo, no es posible aislarnos de algo tan básico, tan crucial como son las características inherentes a la sociedad de consumo, entre las que hay que destacar la más relacionada con la ampliación del mercado: la publicidad.

Al tratar el tema de la comunicación y la publicidad y su influencia en la prevención y el consumo de drogas, nos hace preciso utilizar una clasificación denostada por nosotros –tanto científicamente como tecnológicamente–, es decir, diferenciar entre 'drogas legales' y 'drogas ilegales'. Pues bien, mientras las segundas son negativizadas por los medios de comunicación, estos mismos medios, incluidas las TV estatales y privadas, incitan, tratan de favorecer el consumo de las primeras, particularmente del café, tabaco y alcohol. Esta función se desempeña tanto por la publicidad directa –a través de anuncios comerciales– como por la publicidad indirecta, que sin lugar a dudas es más peligrosa ya que busca sorprendernos –personajes que son entrevistados por TV con el cigarrillo o la copa en la mano, film donde los momentos importantes se acompañan de una copa, campeones deportivos que celebran su triunfo con champán,...–.(Sierra y Simo, 1981; González, 1988). En este sentido, los medios de comunicación no se limitan al suceso, sino que ofrecen una interpretación, la construyen y exponen su particular realidad, que es la que llega al receptor (Alvarez, Comas, Caballero y otros, 1988; Froján y Rubio, 1994; García, Menor y Perales, 1987; Montero, 1992).

"El tratamiento de las noticias, la relevancia que se dé a los acontecimientos ocurridos en torno a un tema concreto y la forma de presentarlos a través de los distintos medios serán factores fundamentales para generar un clima social de unas determinadas características que, finalmente, facilitará o dificultará el enfrentamiento al problema por parte de las instituciones y la implantación de potenciales soluciones futuras" (Froján y Rubio, 1994, p. 193).

Frente a lo dicho, también es cierto que existe una publicidad contraria al uso de drogas, casi siempre realizada desde organismos oficiales. La pregunta es fácil y obvia: ¿qué ocurre cuando se utiliza simultáneamente con la publicidad a favor del uso de drogas, como es el caso de las drogas legales?. Si para dar la respuesta a esta pregunta acudimos a la teoría publicitaria, tenemos que referirnos necesariamente a dos factores que ponen en tela de Juicio la eficacia de las campañas publicitarias contra el uso y el abuso de drogas, es decir:

- a) La publicidad no puede ir contra corriente. Es decir, es imprescindible que se den unas condiciones mínimas adecuadas en el receptor para asegurar su eficacia. Conocer tales condiciones exige estudios costosos, que los presupuestos de las campañas preventivas no contemplan.
- b) La dirección de la conducta viene dada por el mensaje que mejor se adapte. Es decir, si ofrecemos dos mensajes que ofrecen dos ideas contradictorias al receptor, la dirección de su conducta va a depender de cual de ellos se adapte mejor a sus actitudes, expectativas, costumbres y presión del medio, y que a la vez tenga mayor agresividad, utilizando el lenguaje comercial

De esta manera, no es aventurado suponer que cada tímida campaña que fracasa en pro de la prevención es un refuerzo para el consumo y un obstáculo para campañas posteriores (Sierra y Simo, 1981). A pesar de ello, ésto no puede hacernos olvidar el contexto social de la droga -por ejemplo, al aparecer la marihuana a mediados de los años cincuenta en Inglaterra ésta fue vista como una amenaza social, precisamente cuando los inmigrantes de color comenzaron a ser considerados como un problema social. Es decir, fue la reacción racista la que dio luz a este problema: se luchaba contra la droga para combatir al negro. ¿Y en nuestra sociedad actual hoy qué pasa?. Hoy ya nadie pone en duda la importancia vital de conocer el medio para poder predecir los efectos de las sustancias en y sobre el individuo. Se incide, al mismo tiempo, en que si no existieran consumidores no habría nuevos usuarios (Laurie, 1979; Pérez Vilariño y Veira, 1986).

Lo cierto, y en consonancia con la necesaria contextualización de esta problemática, es que a España el problema de la droga llega a la opinión pública asociado al robo de farmacias y a la delincuencia; es decir, se reduce la problemática a un problema de orden público, lo que ha tenido importantes, y creemos que peligrosas, implicaciones para alcanzar el tratamiento adecuado (Rodríguez, Paino y Herrero, 1995; Valverde, 1991). Ante ello, ¿qué podemos hacer?

Nadie niega ya que el tratamiento de la problemática drogado dependiente es difícil y caro; entendemos, con todo, que la prevención es posible, es menos cara y desde luego con ella, pensamos, se podrían obtener mejores resultados.

"El terreno adecuado en el tratamiento de las drogodependencias es el de la prevención y justamente aquí es donde se ha invertido menos. Hasta ahora los mayores esfuerzos se han limitado a intentar controlar el tráfico de estupefacientes, habiéndose hecho muy poco —y con escasa coordinación— en el ámbito de la prevención" (Pérez Vilariño y Veira, 1986, p. 17).

Si nos paramos un momento, y observamos la realidad en los años noventa, es innegable que ésta realidad sigue sin sufrir variaciones, aunque verbalmente se apoye a la prevención. De esta manera, de un lado, la intervención se reduce únicamente al tratamiento o reeducación de los problemas existentes y se deja la tarea preventiva para instancias superiores y, de otro lado, se sigue sin cumplir los principios mínimos para una acción social preventiva adecuada: ser un proceso activo —no se analizan ni contextos concretos ni la percepción social que en ellos se tiene de esta problemática; si se realiza, el informe suele terminar en un cajón olvidado después de una rueda de prensa, donde se reafirma la voluntad de desarrollar un programa de intervención concreto, seguida de un buen vino—, global —ni se analiza ni se trata de intervenir sobre el problema en su conjunto, más bien se orientan a favorecer y a subvencionar alternativas que "rayan" el apart - heid

y/o incluso la falta de respeto a las libertades personales, es decir, las sectas destructivas— y continuado —la intervención debería realizarse bajo la forma de programa explícito, así como explícito su seguimiento a corto, medio y largo plazo— (CREFAT, 1992; Fernández Rios, 1994; Vega, 1993).

" La preocupación de la sociedad se centra más en los posibles efectos sobre el orden establecido que en las implicaciones personales para el sujeto consumidor además de las carencias de todo tipo que sufre " (Vega, 1993, p. 23).

Esta realidad, al mismo tiempo, nos permite introducir un tema muy de actualidad y que se encuentra sobre el 'tapete': el grado de información pública que debe darse al problema de la droga. Tiene cierto sentido el recomendar una mayor información pública; es lo que algunos llamamos el modelo de la Ilustración para el "combate". A pesar de ello, hay críticas que insisten en que una mayor información lo único que hace es aumentar la necesidad de consumo; el argumento es fácil: si mucha gente en la actualidad aún no usa y/o abusa de las drogas, es porque está fuera de los canales de información y distribución. En consecuencia, puede suceder que cuanto más se hable de droga y cuanto más se aumente su problemática más se despertará la 'curiosidad' de la gente, lo que crea un mercado potencial más amplio.

La dirección a tomar en esta polémica referida a la información a ofrecer a la población no es evidente, porque cuanto más se hable de droga mayor interés despertará en un "auditorio"; pero también es cierto lo contrario, o sea, que cuanto más se oculta el tema de la droga mayor atractivo va a despertar. En todo caso, por lo menos en la actualidad, hay pocos datos empíricos que evidencien una relación entre un incremento en el conocimiento sobre drogas y un aumento en el consumo (Goodstadt, 1985), aunque quizás habría que ser más cuidadosos en la información a suministrar y en la definición de los grupos destinatarios de esa información, es decir, no en función de cada grupo de población concreto —jóvenes, adultos, ... - sino en función

de áreas geográficas concretas - comparten historia, relaciones (sociales, políticas, ...), recursos, problemática, ...- planificando para el "cambio", para mejorar el medio, o sea, disminuir la oferta y la demanda de drogas en "ese espacio" (CREFAT, 1992; Vega, 1993) respetando las actividades propias para cada núcleo en espacios comunes. En todo caso, pensamos que el sentido común indica que podemos afrontar de forma competente cualquier problema cuando estamos suficientemente informados para hacerle frente (Kalina, 1992; Pérez Vilariño y Veira, 1986; Vega, 1992, 1993).

No podemos de dejar de señalar aquí que la prevención en drogodependencias se debe realizar en sus dos ámbitos: la oferta y la demanda, por lo que pensamos que tales acciones deberán ser mixtas. De esta manera, las actuaciones sobre la oferta - básicamente ceñida al cumplimiento de la normativa vigente- va a tener una problemática asociada, es decir, vencer los intereses económicos que determinados grupos muestran en el comercio (Calvo, 1992; Elzo, Elorza y Laespada, 1994; Escohotado, Baratta, González y otros, 1991). Con todo, no podemos olvidar que en la solución de la problemática debemos implicarnos todos, con la finalidad de modificar la toma de decisiones en las "esferas del poder"; por muy fuertes que sean los intereses económicos, no podemos olvidar que hay "intereses sociales" que pueden ejercer una fuerte influencia en los poderes públicos, por lo menos en los estados democráticos, sin implicar medidas de "corte represivo" - legislación contra el blanqueo de dinero, limitación y sustitución de cultivos, reducción horaria, cargas impositivas, ...- siendo conscientes de que su éxito se ve mediado por implicarlas a nivel supranacional y reducir la economía dependiente de ellas.

A MODO DE CONCLUSIÓN

La idea principal que se ha tratado de transmitir en este ensayo es la relación existente entre la problemática de la drogodependencia y la cultura –historia, religión, costumbres, normas sociales, estructura social, ...-. Y es que mientras el ámbito clínico de la Psicología se ocupa principalmente de las causas de la adicción del individuo, los ámbitos sociales y epidemiológicos de esta ciencia deberán acudir a los factores externos, que causan o predisponen a la dependencia. Así, por ejemplo, la adicción en América es prevalente entre ciertas minorías étnicas en las áreas urbanas más deprimidas, destacándose entre los determinantes sociales de esta realidad el bajo nivel educativo, el status económico carencial, los problemas familiares y las condiciones de hacinamiento –se configuran en lo que algunos investigadores llamaremos ambiente estresante-. Estos determinantes, sin embargo, no podemos verlos como inevitables; en Gran Bretaña, por ejemplo, no hay evidencia de que la desventaja social lleve a la adicción, e incluso la dependencia entre los indios americanos y entre los asiáticos que están en Gran Bretaña parece ser insignificante (Gossop, 1982). Y ¿dónde están los estudios específicos de nuestra realidad?.

Un factor esencial que con frecuencia se olvida, quizás por ser obvio, es la disponibilidad de las drogas. Así, sabemos que cuanto más fácilmente se obtienen las drogas más tiende la gente a utilizarlas –se ha estimado que la tasa de adicción entre el personal sanitario, y más concretamente el personal médico, es diez veces mayor que entre la población general. Por otra parte, el uso ilícito de drogas por los americanos en Vietnam, cuando la heroína y otras drogas eran fácilmente accesibles, da los siguientes resultados: casi la mitad de los hombres alistados usaron narcóticos alguna vez durante su estancia en Vietnam y el veinte por ciento se hicieron adictos.

"Sin embargo, incluso cuando las drogas son fáciles de conseguir mucha gente ni siquiera lo intenta, y de los que lo hacen sólo una minoría se hace adicto. Es mejor ver la disponibilidad como una condición necesaria más que suficiente para la dependencia de la droga. Cuanto menos accesibles sean las drogas para el individuo, más poderosos deben ser los otros factores" (Gossop, 1982, p. 267).

Es decir, la droga de fácil adquisición será utilizada por "cualquier persona", sin embargo una droga con difícil acceso (por ejemplo, la heroína) se consigue a altos costes –económicos, sociales, individuales y de salud– sólo por aquellos que por diferentes razones les compensa –presiones de grupo, adicción, impulsos adolescentes de rebeldía, ...–.

Para terminar, por todo lo dicho, creemos que es necesario reflexionar entorno a esta problemática de una forma seria y asumiendo realidades, donde es difícil no estar de acuerdo con lo ya publicado por la Dirección General de la Salud Pública en 1981:

"El consuno de drogas psicoactivas por el hombre es muy antiguo. Los fines perseguidos con ello han sido, unas veces, aliviar el dolor u obtener el placer; pero también se han utilizado para alcanzar fines sociales y religiosos. Cada país o cada región han tenido una droga preferida: el alcohol en unos sitios, el opio en otros, ... Las distintas sociedades han aceptado el consumo de diversa forma, según la naturaleza de la droga, las costumbres, el período de la historia y la dosis utilizada. Incluso en la actualidad, las distintas culturas muestran distintas actitudes según la droga de que se trate. Por lo general, en el pasado el uso de drogas psicoactivas (es decir, drogas que alteran las funciones mentales) estaba reservado únicamente a personas que habían alcanzado la madurez y la responsabilidad dentro de su propia sociedad" (p. 11).

Por consiguiente, hay que preguntarse: ¿por qué si el uso de drogas es tan antiguo en la actualidad existe una preocupación elevada a nivel de problemática en este tema?. Las razones son múltiples, pero a forma de resumen entre ellas queremos destacar:

- El aumento del número de personas que usan y abusan de drogas desaprobadas socialmente, así como sus consecuencias tanto biomédicas –enfermedades infectocontagiosas, y en concreto el VIII– como sociales – el absentismo laboral, seguridad ciudadana, 'tráfico' y mafias, sectas destructivas, ...–.
- El uso y abuso elevado entre los jóvenes, inducido en buena medida por la gran difusión de información respecto a su existencia, distribución y formas de consumo en otros ambientes –cine, TV, ...– y por la mejora en el poder adquisitivo.
- El uso y abuso de diversas drogas en "regiones" en las que no han sido habituales con anterioridad.
- El uso y abuso de drogas "nuevas" –drogas de diseño, principalmente de tipo anfetamínico– sintetizadas recientemente por la industria "farmacéutica".
- La difusión del uso y abuso de drogas afecta ya a todas las clases sociales, siendo ello, en muchas ocasiones, impulsado por intereses económicos no sólo particulares sino también de índole nacional.

El análisis de las diferentes respuestas a esta realidad va a generar diferentes percepciones que, a su vez, van a permitir diferenciar distintos agrupamientos de actitudes (Lebeer y Orenbuch, 1985; Ordoñez, 1993; Rodríguez, Ordoñez y Paino, 1994):

- a) Actitud pasiva referida a la responsabilidad del usuario. El usuario de drogas, se postula, no tiene características distintas y, en consecuencia, no deberían ser objeto de las presiones sociales a las que se ven sometidos. Los problemas de estos usuarios de drogas se encuentran en la práctica ilegal y/o en su déficit financiero. Para ello, pues, la intervención no es necesaria.
- b) Actitud compasiva. Los usuarios de drogas se contemplan como gente desgraciada, estimando que su consumo afecta a su condición psicológica, salud y/o a sus relaciones con la autoridad. La conclusión conlleva entender la intervención como ayuda, pero únicamente cuando lo demanden.
- c) Respuesta indecisa o incoherente. Se trata de una actitud intermedia.
- d) Enfermedad. La actitud implica la necesidad de la intervención de los técnicos de salud, de forma estricta e incluso sin que sea necesario que el drogodependiente dé su consentimiento.
- e) Actitud Negativa. Referida a las responsabilidades de los usuarios de drogas. Se les hace responsable de aquellos actos que afectan a su relación con los demás. Esta postura implica la necesidad de medidas de represión severas, así como la posible negación de ayuda cuando el usuario la precise.

Si a estas actitudes, hacia el uso de drogas, se añade el peligro que entraña el abuso es posible comprender las posturas de la población en general, ya que desde una actitud compasiva no se tiene en cuenta la peligrosidad de estas sustancias y desde la contraria se tiende a exagerar la peligrosidad. Es fácil intuir que en nuestra realidad está más presente esta segunda, la cual a su vez está determinando toda la actuación e intervención hacia ella (modelo ético - jurídico - policial) sin tener en cuenta su desarrollo y sus implicaciones (Pastor y López - Latorre, 1993; Santacreu, Zaccagnini y Márquez, 1992) bosquejadas aquí desde una perspectiva transcultural.

"La falta de decisión política en todo lo relacionado con los programas de prevención, los excesos verbales en torno al 'problema de la droga', acompañados con afirmaciones sobre las 'causas de la drogadicción' que contrastan radicalmente con los datos empíricos disponibles, las sentencias de los tribunales afirmando la peligrosidad del toxicómano, las desviaciones de los recursos atribuidas a drogas u otros temas que nada tienen que ver gracias a excusas como 'recursos normalizados' o 'inespecificidad', la ocupación sistemática de teleseries con sus fantasías sobre 'drogadictos y camellos', la creación de imágenes de barrios y minorías 'contaminadas' al ciento por ciento por la droga; la permanente confusión entre infectados por HIV y caso de SIDA, y por fin, la actitud global de todas las fuerzas políticas, que parecen preferir en este tema la histeria a la pedagogía, han provisto a la opinión pública de carnaza, sin que quepa escandalizarse ahora porque la está devorando" (CREFAT, 1992).

Desde esta perspectiva, no puede extrañarnos el hecho de que la sociedad actual considere como solución apropiada aquella de índole represiva (CIS, 1988, 1994; Grossi y Calvo, 1992) y que mantenga una imagen del usuario de drogas / drogadicto asociada a conceptos peyorativos -enfermo, delincuente o vicioso- (Froján y Rubio, 1994; Ordoñez, 1993; Paino, 1995; Rodríguez, Ordoñez y Paino, 1994, 1995 Vega, 1993), que no hace sino dificultar la implantación de soluciones potencialmente efectivas -implican no únicamente responsabilidades para la sociedad, sino también para los propios usuarios-. La realidad, por todo lo dicho, pone de manifiesto una necesidad urgente: frenar al alarmismo creciente en torno a la gravedad del problema, siendo conscientes de que lo fácil es aplicar la fuerza ante problemas que no entendemos o no queremos entender.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguar O y cols. (1982):* Las drogas:familia y escuela. Madrid: *EOS*.
- Alan, G.; Baer, J.; Donovan, D.M. y Kivlahan, D.R. (1988):* Addictive Behaviors: Etiology and treatment. *Rev. Psychol.* 39, 223-252.
- Alvarez, P; Comas, D.; Caballero, J; Ontoso, P y Vilalta, R. (1988):* Estrategias informativas en relación con las drogas. Congreso de drogodependencias: Análisis Multidisciplinar. *II Congreso Mundial Vasco. Victoria: Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco* (p. 216-238).
- Beneit, (1990):* Concepto y clasificación de sustancias susceptibles de generar abuso. Curso de Extensión Universitaria "Drogadicción. Análisis y Alternativas". *Gijón*.
- Calvo, E (1992):* La mentalidad de la sociedad vasca ante el problema de las drogodependencias. *Vitoria: Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco*.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (1988):* Actitudes, Opiniones y Comportamientos de los Españoles ante la droga. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 43, Julio-Septiembre. *Madrid*.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (1994):* Opiniones y comportamiento de los españoles ante el consumo de drogas, tabaco y alcohol. *Estudio n. 2080 para el Plan Nacional de Drogas*.
- Comas, D. (1985):* El uso de las drogas en la juventud. *Barcelona: Informe Juventud en España n. 4. Publicaciones de Juventud y Sociedad, S.A. Ministerio de Cultura*.
- CREFAT 0992):* De aquellos polvos , vinieron esos lodos (*Editorial*). *Boletín de Drogodependencias*, 17, Enero.
- Dirección General de Salud Pública (1981):* La dependencia de las drogas. *Madrid: M.E.C*.
- Echeburúa, E. (1994):* Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos. *Madrid: Fundación Universidad-Empresa*.
- Edwards, G. y Arif, A. (1981):* Los problemas de la droga en el contexto sociocultural. *Cuadernos de Salud Pública*, n. 73. *Ginebra: O.MS*.
- Elzo, J.; Elorza, M.A. y Laespada, M.T. (1994):* Alcoholismo Juvenil. reflexiones y sugerencias de actuación ante una realidad

- contrastada. *Bilbao: Universidad de Deusto.*
- Escohotado, A. (1994): Historia General de las Drogas. Madrid: Alianza.*
- Escohotado, A.; Baratta, A.; González, S. y otros (1991): ¿Legalizar las drogas?. Criterios técnicos para el debate. Madrid: Popular*
- Escohotado, A. y Markez, I. (1994): Las drogas: de ayer a mañana. Madrid: Talasa.*
- Fernández Rios, L. (1994): Manual de Psicología Preventiva Madrid: Siglo 10a.*
- Freixa, E (1987) Aspectos históricos - culturales y socioeconómicos, en E Freixa y cols. (Eds): Toxicomanías: Un enfoque multidisciplinario. Barcelona: Fontanella, p. 53-64.*
- Freixa, E (1985): Prólogo, en A. Rodríguez Martos: Manual Preventivo contra la Drogadicción. Barcelona: Mitre, p. 7-8.*
- Freixa, E y Soler P.A. (1981): Toxicomanías: Un enfoque multidisciplinario. Barcelona: Fontanella.*
- Froján, M.J. y Rubio, R. (1994): La imagen de la droga en la prensa española (1988 - 1992). Revista Española de drogodependencias, 19, (3), 191-204.*
- García, B.; Menor J. y Perales, A. (1987): La imagen de la droga en la prensa española *Comunidad y Drogas*, 2.*
- González, L. (1998): Drogas y Medios de Comunicación, en Congreso de Drogodependencias: Análisis multidisciplinar. II Congreso Mundial Vasco. Vitoria: Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco, p. 192-197.*
- Goodstadt, M.S. (1985): I Congreso sobre drogodependencias. Barcelona: Grupo IGIA.*
- Gossop, M. (1982): Drug-dependence: The mechanics of treatment evaluation and the failure of theory, en R. Eiser (Ed.): *Social Psychology and Behavioral Medicine*. Chichester: Wiley, p. 261-279.*
- Grossi, F.J. y Calvo, A. (1992): Los jóvenes de Oviedo. 1991. Oviedo: Concejalía de Juventud de Oviedo.*
- Jervis, G (1978): La ideología de la droga y la cuestión de las drogas ligeras. Barcelona: Anagrama.*
- Kalina, E. y otros (1992): Los padres ante las drogas: una cuestión de información. Bilbao: Edex*
- Laurie, P (1979): Las drogas. Madrid: Alianza.*
- Leebet; G. y Orenbuch, J. (1985): Una contribución al estudio de las actitudes de los jóvenes respecto del uso y los usuarios de*

- drogas. *Bull. Estupec. Vol XXXVII, 2 y 3, 105.*
- León Fuentes, J.L.; Herrero, S. y López, M.J. (1995).: Conductas Adictivas. En A. Blanco (Ed). *Fundamentos de Psicología. Valencia: Tirant lo Blanch. p. 369-412.*
- Martín López, (1991).: Detección de variables familiares para la prevención de la drogodependencia. *Sevilla: Tesis Doctoral no publicada.*
- Montero, M. (1992): Información y debate sobre las drogas ilegales. *Voces y Culturas, 4, 36-50.*
- Ordoñez, F.F. (1993).: Análisis diferencial y repercusiones de la drogodependencia via parenteral (ADVP) Sida. *Oviedo: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo.*
- Paino, S. G. (1995).: Factores Psicosociales para la intervención en la cárcel como sistema de control social. *Oviedo: Tesis Doctoral no publicada. Facultad de Psicología.*
- Pastor; J.C. y López-Latorre, M.J. (1993): Modelos teóricos de prevención en toxicomanías. *Anales de Psicología, 9, 1, 19-30.*
- Pérez Vilariño, I y Veira, J.L. (1986): La cultura de la droga en Galicia. *Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones.*
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1985).: Common processes of self-change in smoking, weight control, and psychological distress, en S. Shiffman y T.A. Wills (Eds). *Coping and substance use. N.Y Academic. p. 345-363.*
- Robins, L.N.; Davis, D.H. y Goodwin, D.W. (1974): *Drug use by U.S. Army enlisted men in Vietnam: A follow-up on their return home. Amer. J. of Epidemiology, 99, 235-249.*
- Rodríguez Martos, A. (1985): Manual preventivo contra la drogadicción. *Barcelona: Mitre.*
- Rodríguez, E.J.; Ordoñez, EE y Paino, S.G. (1994).: Apuntes de Psicología de las Adicciones. *Oviedo: Facultad de Psicología. Apuntes en mimeo.*
- Rodríguez, E.J.; Ordoñez, F.F. y Paino, S.G. (1995): Bases conceptuales explicativas para el análisis de la conducta drogodependiente. *Curso Superior de Animación Sociocultural. Anexo VI en cuadernos 3 y 4. Oviedo: ASCUniversidad.*
- Rodríguez, E.J.; Paino, S.G. y Herrero, E.J. (1995).: Conducta delictiva y drogo-dependencia: un análisis de su relación. *Comunicación al 1 er Congreso Iberoamericano de Psi. Jurídica. Santiago de*

Chile. Septiembre 7-9.

- Rodríguez, F.J. y Paino, S.G. (1996). Drogodependencia y Medio Penitenciario. Evaluación y valoración de un programa en el Establecimiento Penitenciario de Villabona- Asturias. En J. Robes, E González - Quiros y P.G. Portilla (Ed). *30 años de alcoholismo y otras drogas en Asturias. Oviedo: Gofer 189-199.*
- Salieras, L. y Freixa, E (1988).: Drogodependencias y Salud. G. Piedrola; M Domínguez; E Cortina y otros (Ed). *Medicina Preventiva y Salud Pública. Madrid: Salvat. p. 985-999.*
- Santacreu, J.; Zaccagnini, J.L. y Marquez, M.O. (1992): *El problema de la droga. Un análisis desde la Psicología de la Salud. Valencia: Promolibro.*
- Sierra, E. y Simo, M. (1981): Publicidad y toxicomanías, en E Freixa y E.A. Soler (Eds): *Toxicomanías: Un enfoque multidisciplinario. Barcelona: Fontanella, p. 391-435.*
- Sirvent, C. (1993): Clínica y Psicopatología de la Drogodependencia Juvenil. Oviedo: *E Instituto Spiral. Dpto. de Publicaciones.*
- Solé, J.R. (1981): Drogas y contracultura, en E Freixa y E.A. Soler (Eds): *Toxicomanías: Un enfoque multidisciplinario. Barcelona: Fontanella, p. 373-389.*
- Valverde, J. (1988): El proceso de inadaptación social. Madrid: *Popular*
- Valverde, I (1991): La cárcel y sus consecuencias. La intervención sobre la conducta desadaptada. Madrid: *Popular*
- Vega, A. (1992): Las drogas en los centros escolares: Aspectos educativos, en J. Elzo y otros: *Escuela y Drogas. San Sebastian: Escuela Universitaria de Trabajo Social.*
- Vega, A. (1993): La acción social ante las drogas. Propuestas de intervención socioeducativa. Madrid: *Narcea.*

III 1

3 EVALUACIÓN

3.1 Diagnóstico de las Drogodependencias

Miguel Angel Torres

Profesor asociado de Psiquiatría U. s. M. de Torrent (Valencia)

1. Patrones de uso y abuso
2. Factores y fundamentos.
3. Sistemática para la historia clínica
4. Afectación /somática por las, drogas y examen físico básico
5. Síntomas y signos precoces o de sospecha.
6. El laboratorio en las drogodependencias.
7. Escalas y Tests diagnósticos y de Evaluación.
8. Valoración de la Psicopatología y estado Mental de los pacientes.
9. Establecimiento del diagnóstico.

II 1 Diagnóstico de las Drogodependencias*

*Dr. Miguel Angel Torres Hernández
Profesor Asociado de Psiquiatría U.S.M. de Torrent (Valencia)*

INTRODUCCION

La adolescencia es un período conflictivo y de intensas alteraciones en el que se producen cambios psicobiológicos, culturales, en confrontación con la cruda realidad. Se produce un progreso individual desde la seguridad y aislamiento de la infancia hacia otras apreciaciones del mundo del adulto, con sus responsabilidades, penas y alegrías. Es durante esos años, cuando mucha gente inicia sus consumos de drogas. Lo que se traduce en drogo-dependencias entre los jóvenes y adultos jóvenes y menos jóvenes.

Los adolescentes sobrevaloran las demandas sociales, tienen una carencia de identidad adulta y, a menudo, se sienten disminuidos. Se habla de que en un período crítico de preparación y no es vivido por ellos como una buena razón y tienen un miedo intenso hacia el futuro. Probar y experimentar son partes integrales del joven, la investigación para descubrir por sí mismos los aspectos de su sociedad y progresar desde la infancia hacia la madurez y la independencia. Al mismo tiempo las normas de conducta que son las que emanan de los adultos, son vistas concurridas, espontaneidad, entusiasmo e iniciativas frecuentemente equivocadas por la impulsividad, el deseo de satisfacción inmediata o la agresividad. Las instituciones sociales, como la familia, el sistema

* Lección al Curso Teórico – Práctico sobre Drogodependencia organizado por el Instituto Spiral. Valladolid, Octubre de 1990

educativo, la empresa y el Estau conjunto, etc. son vistas por el adolescente como hostiles o que no le proporcionan respuestas a sus cuestiones. Debido a estas presiones, la incapacidad de algunos adolescentes para enfocar sus metas, sus deseos de gratificación inmediata y su apreciación disminuida de las consecuencias de sus conductas no sorprenden a nadie.

Es el período de los trastornos emocionales marcados por intensos anhelos y deseos y por agradar y mejorar y desear una mejor aceptación en las relaciones que se idealizan. Las crisis narcisistas, en las cuales la autoestima se ve severamente amenazada, con resultados como vergüenza, rabia y desesperación, son frecuentes. La asociación con sus iguales y la aceptación por éstos es crucial en el sentido de sentirse ellos mismos. Necesitan comprar o consumir lo que sienten o lo que ven a través de la mirada de otros, aunque muchos de ellos no tienen la suficiente confianza o experiencia para desarrollar unas relaciones productivas. Si añadimos que el uso de drogas, la actividad sexual temprana son consideradas como fuentes de placer y orgullo. Sin embargo, muchas de estas prácticas poco satisfactorias serán fuente de ansiedad y, posterior, desmoralización. Además de la carencia de expectativas laborales y de que la sociedad cuente con ellos.

La pobreza, el paro, marginalidad, discapacidades psicológicas, físicas o intelectuales, oferta excesiva de diversiones, etc. componen la constelación a veces, de ser joven y, además reducen el disfrute, el sentido de dignidad y capacidad, individualidad y capacidad del joven en un mundo *estrecho*, los apoyos familiares son críticos para esta población carencias en tanto estas familias están desarraigadas o no componen el modelo apropiado. Los papeles de triunfador de la sociedad adulta, están muy lejos de estos jóvenes. Muchos de esos jóvenes, particularmente los que viven en los extrarradios, adquieren un enorme y sofisticado arsenal de supervivencia en las calles.

El drogodependiente se hace muy *inteligente* y conoce perfectamente los mecanismos de relación de las personas y aprende a utilizar a los demás y a toda la sociedad en su propio

beneficio. No están preparados por y para el sistema educativo, ya que encuentra las clases aburridas, irrelevantes y frecuentemente hacen novillos por encontrarlas muy exigentes y poco rentables para su futuro. Estas situaciones crean condiciones de desesperanza, resentimiento y fracaso inevitable. En ese contexto, la administración de sustancias psicoactivas queda como una de las pocas opciones placenteras para muchos jóvenes; esto puede ser un predictor aceptable con el que puntuar, de otro modo, una vida desaprovechada. El usuario joven de drogas obtiene aceptación de sus iguales y efectos farmacológicos que incrementan su autoestima y reducen la tensión y la ansiedad.

1. PATRONES DE USO Y ABUSO

Los jóvenes son, a menudo, *introducidos* al uso de varias drogas por amigos próximos, o en el caso del alcohol, por las personas relacionadas con él (amigos, parientes, etc.) Las intenciones iniciales son las de compartir una excitante placentera experiencia o difundir algo vergonzoso o culpabilidad asociada al consumo de drogas, o simplemente transgredir normas sociales. Las conductas pueden devenir, entonces como el objetivo de la interacción grupal e identidad. Muchos de esos jóvenes, llegan a creer que por si mismos podrán controlar el consumo de drogas para que no destruyan su personalidad, a pesar de las recomendaciones de los padres, los medios de comunicación, los profesores, sobre los riesgos del uso de drogas. De hecho, a menudo tienen antecedentes familiares o familiares víctimas de esas conductas. En muchos casos, tienen razón: las drogas son menos destructivas para ellos que lo que les habían dicho o amenazado (como es el caso de la cannabis).

Las experiencias tempranas con drogas reflejan los factores sociales, culturales y la facilidad de obtención de cada una de las sustancias psicoactivas, el énfasis de los medios de comunicación, la cultura dominante de hedonismo, la presión hacia el consumo de sustancias como único instrumento para ir "*de fiesta*" y las sanciones legales. Como consecuencia de estos patrones se llega a ser más dependiente de los factores psicobiológicos o farmacológicos.

Los adolescentes empiezan el uso de sustancias a los 13 ó 14 años con cerveza, vino o combinados. Beben en sociedad con sus amigos, como una función social, o con frecuencia con sus padres o su familia. Durante este periodo se consumen excitantes, alucinógenos, drogas de diseño, etc. dependiendo en gran parte de factores socioculturales y la oferta desmedida de drogas del mercado actual. Los opiáceos son la última droga en esa cadena progresiva. Aunque en ciertas áreas urbanas, los opiáceos, la cocaína, las drogas de diseño, etc. se consumen más tempranamente, justo después de la iniciación del consumo de alcohol.

Muchos adolescentes paran en este punto de su vida ya que los efectos del uso de drogas pueden percibirse como desagradables o peligrosos. Algunos jóvenes solo usaran de una droga o grupo de drogas, durante un periodo concreto. A menudo se utilizarán varias drogas, dependiendo de la facilidad de adquisición de estas y los consejos que hayan recibido en su período de consumo y sus necesidades. Esto que es llamado el patrón de policonsumo o politoxicomanía es más frecuente que el uso de una sola droga y es variable en diferentes formas, desde el uso intermitente o en ocasiones especiales, hasta el peligroso, desorganizado y múltiple abuso de drogas de la juventud alterada.

No es inusual entre jóvenes normales el consumir marihuana, anfetaminas, drogas de diseño o *cocaína* para irse de *fiesta*. Se consideran a si mismos como consumidores sofisticados, que desprecian a los que no saben consumir: El consumidor compulsivo de depresores del S.N.C. y de heroína que presenta fracaso escolar o presenta problemas con sus amigos, también se debe considerar consumidor de riesgo. Es importante tener en cuenta que cuanto más joven se es, se establecen patrones de consumo más peligrosos, normalmente vuelven al consumo que se inició más tempranamente.

Algunas teorías sostienen que la progresión desde el consumidor experimental al consumidor abusivo se debe al aprendizaje social. El futuro abusador de drogas primero aprende sobre la forma de administrarse la droga con sus amigos. Este proceso de socialización anticipatoria incluye la orientación sobre los efectos placenteros de las drogas y la sociedad consumidora de drogas. El adolescente, entonces, aprende a asociar la administración con los efectos psicoactivos y fisiológicos que aprende a identificar como agradables y placenteros o evasivos. La experiencia se va repitiendo. Los efectos conductuales y fisiológicos del síndrome de abstinencia y la privación podrían sentirse, produciendo a un síndrome compulsivo de nuevo abuso para evitar la aparición del "mono". Estos aspectos no dependen, en una mayoría, de una psicopatología premórbida del futuro drogadicto. Al mismo tiempo, se encadenan estos factores y patrones de personalidad produciendo un mayor refuerzo de esas conductas.

Para establecer el diagnóstico de las drogodependencias, tendremos en cuenta diferentes aspectos biológicos, psicológicos y sociales. A través de todos ellos estableceremos la necesidad de establecer un tratamiento. El diagnóstico no es un fin en sí mismo, por lo que se debe obtener entre los profesionales y los afectados como proponen Arif y Westermeyer (1988):

- Hacerle sabedor del problema y su pronóstico.
- Elegir las alternativas de tratamiento para que sean las mejores posibles.
- Facilitar la comunicación entre la familia y los profesionales.

2. FACTORES Y FUNDAMENTOS

El drogodependiente es un paciente especial, en cuanto reúne una serie de aspectos concretos derivados de su adicción, sus conductas, su psicopatología, la afectación de su entorno y de su medio ambiente. Lo que hace que sean pacientes con una relación especial con el medio que les rodea. Se sienten marginados, con temor y con un resabio previo de que van a ser tratados como *delicuentes* como marginales cuyo interés es su suministro de drogas. Por otro lado ellos mismos son ambivalentes entre el deseo de dejar las drogas y el miedo a dejarlas y a pasarlo mal, así como a plantearse un cambio en su vida. es más, en su mayoría la solicitud de asistencia viene condicionada por la presión familiar, de otros o del medio en que viven.

Actitudes de los profesionales, el medio y el paciente:
Acercarse al tratamiento de un drogodependiente supone acceder al mismo, contar con su colaboración y sus familiares, amigos y el entorno social. Se debe ser muy cuidadoso en recoger la información más veraz y honesta, para ello el profesional debe estar bien formado, preparado para comprender adecuadamente el problema de las drogodependencias. Hay que ser cuidadoso de no ser utilizado ni por el paciente, ni por la familia, como un cómplice de unos u otro, hay que ser un conocedor de esas dinámicas alteradas para no formar parte de un sistema que pueda ser o excesivamente tolerante o excesivamente represor o parte del propio "sistema" que puede ser visto por el drogodependiente como un enemigo.

El profesional suele ser cuestionado por el paciente, de modo que éste quiere conocer, hasta que punto le va a poder ayudar o a elaborar unos esquemas terapéuticos apropiados o bien se trata de un personaje del que se pueden obtener los beneficios de tipo inmediato que a veces elabora el drogodependiente con respecto a su adicción. Además de los problemas de autoestima o vergüenza que siente el propio drogodependiente ante su adicción, sus recaídas y sus comportamientos. Por lo tanto al profesional tiene que manifestar una serie de actitudes y comportamientos como los que vamos a mencionar y que ayudarán a establecer correctos diagnósticos y un

apropiado abordaje y que son los siguientes:

- Aceptación del paciente como persona, aproximación a su problema aunque no se comparta el fenómeno adictivo.
- Escuchar, comprender y no llegar a conclusiones prematuras.
- Mantener firmeza y claridad en las opiniones, intervenciones, usar adecuadamente sus potestades y conocer los límites de los mismos.
- Evitar ambigüedades en los mensajes.
- Conocer las sensaciones que provocan los pacientes en los profesionales: en algunos casos rechazo, temor, empatía en otras, etc. de modo que no influyan, de forma excesivamente positiva o negativa en los criterios diagnósticos y en el abordaje y acción terapéutica. Valorar el interés, las preocupaciones del paciente evitando juicios morales de su proceso adictivo y sus conductas.
- La recogida de información debe tender a mejorar la situación del paciente, no para culpabilizarle.

El profesional no debe estar condicionado ni por el paciente ni por las instituciones sociales. Es esencial tener claro que los profesionales cuentan con una potencial autoridad, por lo que se debe dejar clara desde el principio de la relación, para que no haya dudas ni vacilaciones ni por parte del paciente ni por parte del mismo.

Los profesionales deben ser mediadores entre la familia, las instituciones, etc. pero nunca un cómplice del paciente ni de los familiares, debe profesionalizar siempre la relación dejando los conceptos, consejos y orientaciones terapéuticas para que puedan ser empleados por quienes se benefician de esa atención profesional.

Motivación para la consulta: Es fundamental conocer la auténtica razón del por qué se demanda atención. Hay que averiguar si es motivada por el propio paciente, por la familia (para tranquilizarlos, evitar los reproches,...), por presión de las instituciones, por huida de situaciones legales o penales, por encontrar

un beneficio compensatorio de enfermedad con la seguridad social, etc. El conocimiento de las razones nos va a indicar cual es su motivación real y facilitarnos, en una primera visita de la intencionalidad hacia un proceso terapéutico y establecer un pronóstico provisional.

Normalmente, en los centros asistenciales españoles, la demanda para atención por problemas de drogas tiene que ver con la propia adicción y el problema conductual y comportamental que ello conlleva, además de paliar los síntomas molestos de la abstinencia o suplir las escaseces del *mercado* de drogas ilegales. Cuando la petición es debida al problema adictivo y la búsqueda de *salida* de su complejo problema. A veces, por las carencias de adecuados servicios asistenciales públicos, solo se puede llegar a tratamientos paliativos y no se puede hacer el abordaje apropiado, desintoxicación, deshabituación, abordaje psicoterapéutico, abordaje de aprendizaje de habilidades sociales, reinserción académica, laboral, social, familiar, nuevos amigos, nuevos ambientes, etc. Por lo que hay que darle una información objetiva y ética de las metas a las que se puede llegar con esos medios disponibles, que desgraciadamente son escasos.

3. SISTEMÁTICA PARA LA HISTORIA CLÍNICA

El tipo de historia clínica de un problema de drogodependencia debería ser un proceso mixto dentro de los canones académicos del como realizar la misma. Por un lado, se debe hacer una anamnesis sobre el proceso actual, el motivo de la demanda, la antigüedad en el problema, los antecedentes personales, familiares, sociales, los trastornos en la psicopatología y en la conducta, así como las complicaciones somáticas, las pruebas de objetivación tanto psicológicas como físicas, analíticas, etc. finalmente el diagnóstico según los criterios internacionales, un tratamiento y medios a aplicar en su proceso y un pronóstico. Por otro lado, la historia clínica toxicológica además del proceso drogodependiente del paciente. De ese modo se podría recoger la información más amplia posible y, por supuesto, la motivación real del paciente para resolver su conflicto.

El modelo de historia clínica (demanda principal, características de la enfermedad, antecedentes personales, familiar, rasgos psicosociales, etc. debe ofrecer una estructura integral para un apropiado diagnóstico.

La relación paciente-profesional y las informaciones que se recojan darán a los técnicos la posibilidad de dar respuesta a las cuestiones para un diagnóstico apropiado. Hay que valorar qué nos dice el paciente con sus problemas y demandas; qué estilo de comunicación utiliza para contarnos sus problemas, si usa un lenguaje evasivo, defensivo, muy descriptivo, exagerando, minimizando sus conflictos, etc. Hay que partir de la base de que el drogodependiente es muy hábil en tratar de engañar y son muy capaces de manipular al profesional y, especialmente si esperan obtener psicofármacos como paliativos o aditivos y otros beneficios.

Proceso y desarrollo de la historia: Cada centro, región, país, etc. ha venido elaborando modelos estandarizados de historias clínicas, actualmente la tendencia es a establecer una serie de criterios comunes que pueda ser leída y entendida en todos los países y lenguas, un ejemplo sería el uso de un instrumento como el A.S.I. de McLellan o su traducción europea como es el caso del EUROPASI. De todos modos, hasta llegar a la estandarización y el lenguaje común, se pueden establecer los siguientes criterios:

- Reducir las resistencias, la ansiedad, el displacer y la incomodidad ante las preguntas que se vayan a realizar y las informaciones que se van a obtener.
- Es fundamental establecer una recogida de datos con la mejor empatía, estableciendo una relación cordial, pero profesional, para recoger adecuadamente los aspectos cognitivos, conductuales y relacionales del paciente y las drogas y su entorno.
- Valorar las posibles coerciones de la familia, las instituciones, etc. en la demanda ya que ello puede ser, como se ha mencionado anteriormente, un factor negativo o positivo,

según se mire, ya que de ese factor de presión se pueden obtener beneficios de aproximación al paciente a la regularización de asistencia de su problema.

- Valorar, antes que nada los sentimientos de culpa, la vergüenza, los miedos, los remordimientos, la desesperanza, el hastío o el deseo de permanecer en un estado morboso que, de algún modo le produce un beneficio perverso.
- Se puede influir profesionalmente en la entrevista, ya que una actitud moralista, de rechazo o de prejuicio es sentida por el paciente con una sensibilidad especial.

Motivación de la demanda: Se debe recoger no solo del paciente, también de los acompañantes, la familia, etc. que nos brindarán una versión del problema desde diferentes puntos de vista y con unas demandas que pueden no coincidir con las del paciente.

Proceso actual: valorar las siguientes cuestiones:

- droga o drogas consumidas, vía de ingesta, frecuencia del consumo, cantidades diarias y dinero gastado en su drogadicción;
- tolerancia máxima adquirida, dosis máximas a las que se ha llegado dentro de su proceso de dependencia;
- lugares de consumo, de obtención de las sustancias y quienes le aprovisionan, así como si fuera posible, la pureza de las mismas;
- edad de iniciación al consumo, modos de iniciación, edad aproximada en que el paciente se ha sentido adicto o implicado física o psicológicamente al consumo, deseo personal o presión de otros o circunstancias del inicio, situación personal y psicológica en el momento del inicio, hábitos tóxicos anteriores y actuales, modos de consumo habitual, circunstancias del mismo, etc
- existencia de síntomas de dependencia física, intensidad de los mismos, enumeración de los mismos: específicos para cada sustancia;

- intensidad de la dependencia psicológica o psíquica, patología de su adicción, síntomas de apetencia, motivaciones fundamentales para mantener la adicción, cuales son las razones para la impulsión en el consumo, en el deseo del mismo, etc.;
- aspectos toxicológicos de las drogas consumidas por el paciente: edad de iniciación, cantidad consumida diariamente o periódicamente, y características que pudieran hacer pensar en un abuso o una adicción -aspecto frecuente en las politoxicomanías- no valoradas adecuadamente y que es importante conocer para evitar sorpresas y cambios en la adicción del demandante;
- conducta adictiva en el último año, para observar los posibles intentos de reducción por parte del paciente o los incrementos de tolerancia y conocer, con mayor o menor precisión el momento en que toma una decisión de abandono (es importante valorar los intentos de reducción o disminución, así como los intentos de abandono por si mismos); otro aspecto es el uso o no de instrumentos para la administración de la o las drogas habituales y presumir un posible riesgo de contaminación infecciosa, que, a la vez, con el transcurso del tiempo y con la observación de múltiples historias podremos ver si ha habido cambios en las pautas de consumo;
- Un aspecto fundamental, aunque lo hayamos situado en el último párrafo es el de la recogida de información por parte del paciente y de su familia de los cambios psicopatológicos y del carácter que se han venido manifestando y produciendo tras el consumo de drogas y justo hasta llegar a los recursos asistenciales, qué aspectos de su vida de relación y afectiva se han modificado, qué es capaz de valorar el paciente y la familia como necesidad de producir un cambio, qué cambios han sido por el uso de las drogas, cuales lo han sido por el ambiente de consumidores, cuales por el aspecto de la marginalidad y la legalidad o ilegalidad de las mismas, cuales han sido las modificaciones en sus escalas de valores, si es que las ha habido. Es decir, como era esa persona y como es en la actualidad y qué posibilidades de cambio hay hacia su rehabilitación.

Antecedentes personales: Este capítulo se debe recoger dos apartados importantes, uno el que responde a su vida afectiva, su desarrollo, su maduración, escolaridad, relaciones con los familiares, aceptación en el entorno familiar, relaciones con los compañeros, amigos, iguales, relaciones con su entorno social, etc. hasta el momento del uso de las primeras drogas y estudiar qué relaciones posibles, así como el estudio del carácter y una probable psicopatología y dificultades que pudieran hablar de algún condicionante hacia su consumo, que llamaríamos "desarrollo y maduración".

El segundo apartado es el que responde a los procesos físicos habidos por esa persona antes de su acceso a las drogas, que pudieran, de algún modo, condicionar su vida y hacer que presentase una cierta predisposición o favorecer los consumos. Hay que recoger la información del paciente y de la familia, siguiendo un criterio de aparatos y sistemas y consignando las que pudieran ser relevantes. Unos aspectos que hay que destacar son los antecedentes neurológicos, psicósomáticos, psiquiátricos, apetito, sueño, etc.

Aunque podría no ser absolutamente ortodoxo, pensamos que útil recoger una anamnesis de todos los procesos orgánicos habidos tras el proceso del consumo de drogas y estudiar su relación el mismo:

- Características de las intoxicaciones, episodios de intoxicaciones superiores a las habituales: embriagueces, sobredosis, alteraciones neurológicas, accidentes de tráfico, agresiones, ingresos en unidades de urgencias médicas, etc.
- Anotar las afectaciones del aparato digestivo, aparato cardiovascular, aparato locomotor, sistema nervioso, central sistema nervioso periférico, aparato respiratorio, aparato genitourinario, infecciones alteraciones hematopoyéticas.
- Las complicaciones más frecuentes por tipos de drogas:
- Alcohol: afectaciones en sistema nervioso central periférico y vegetativo alteraciones hepáticas, pancreáticas, gástricas, hipertensión, hiperglucemia, hiperuricemia, arritmias, impotencias sexuales, alteraciones metabólicas, etc.

- Tranquilizantes, sedantes e hipnóticos: afectaciones en S.N.C. y S.N.V., alteraciones cardiovasculares (hipotensiones, etc.)
- Opiáceos: alteraciones digestivas, S.N.C., S.N.V., infecciones, complicaciones dermatológicas y quirúrgicas, etc...
- Estimulantes, cocaína, drogas de diseño: afectaciones en S.N.C., alteraciones cardiovasculares, hipertermias, anorexia, etc. alteraciones metabólicas, etc.
- Alucinógenos, cannabinoides, etc.: alteraciones en S.N.C., alguna alteración metabólica, etc.

La vía de administración también debe considerarse a la hora de recoger información ya que se puede producir algún tipo de patología como son las siguientes:

- Vía oral: infecciones e inflamaciones en mucosa bucofaríngea, tumoraciones, ulceraciones, etc.
- Vía venosa: abscesos, cicatrizaciones anómalas, flebitis, edemas, riesgo de septicemias, endocarditis, riesgo de hepatitis, VIH, etc.
- Vía nasal: inflamaciones y posteriores perforaciones en tabique nasal.
- Vía respiratoria por fumado: bronquitis crónicas, inflamaciones en vías respiratorias, tumores, enfisema, etc.

En esta recogida de datos y exploración por aparatos y sistemas debe incluirse una analítica general de sangre y orina, además de las posibles pruebas diagnósticas imprescindibles como serian las siguientes peticiones analíticas:

Sangre y suero: Fórmula leucocitaria, recuentos de hemáties, V.S.G. bilirrubina, G.O.T., G.P.T., gamma-glutamiltanspeptidasa (gGT), fosfatasas alcalinas, glucemia, colesterol, ácido úrico, urea. Determinaciones de presencia de anticuerpos VIH, hepatitis, prueba de Mantoux, venéreas, etc.

Orina: Densidad, reacción, sedimento, anormales, cultivos y antibiograma si fuera necesario.

Controles de tensión arterial, temperatura, talla, peso, etc.

Debemos buscar con especial énfasis esos aspectos colaterales de las drogodependencias, que se pueden tratar con relativa facilidad, al mismo tiempo que estamos abordando el problema adictivo, conductual, de deshabitación y de reinserción, lo que permite ganar tiempo precioso y que con unos conocimientos básicos sirven para prevenir complicaciones médicas perfectamente salvables como sería el caso de adelgazamientos, polineuritis, atrofas musculares, hipovitaminosis, infecciosas (VIH, hepatitis, candidiasis, tricomoniasis, bronquitis, etc.), dermatitis, pediculosis, enfermedades venéreas, accidentes, alteraciones psiquiátricas (psicosis, trastornos paranoides, depresiones, ataques de pánico, complicaciones mentales orgánicas, etc.).

Se debe pensar, siempre, en las drogas consumidas para tener presente y encauzar las pesquisas clínicas en ese sentido, para ello hay que disponer de la suficiente formación teórico-práctica en los profesionales y considerar al drogodependiente como un compendio de patologías personales, clínicas, sociales, familiares, no entidades estancas y separadas, en resumen es una persona con problemas que hay que abordar simultáneamente.

De todos modos vamos a hacer un pequeño repaso a diferentes patologías a considerar:

Las drogas psicodpresoras: alcohol, opiáceos, tranquilizantes, hipnóticos, inhalables, etc. pueden producir en sus intoxicaciones iniciales o en personas con baja o escasa tolerancia, cuadros comatosos con riesgo de muerte, alteraciones neurológicas severas, alteraciones tóxicas hepáticas agudas o crónicas, etc. La abstinencia, provoca cuadros inversos como hiperexcitabilidad vegetativa y central, es decir una activación metabólica con hipertensión taquicardias, temblores, ansiedad, agitación, insomnio, náuseas, vómitos, etc.

Las drogas psicoestimulantes (anfetaminas, cocaína, drogas de diseño, etc.): cuadros psicóticos agudos, taquicardias y arritmias, hipertermias, etc. en las intoxicaciones agudas, mientras que la abstinencia o retirada de los mismos suelen producir cuadros apáticos, depresivos, paranoides, etc.

Antecedentes familiares: En esta sección de la historia clínica debemos tener sumo cuidado en recoger la información por parte de quién demanda la asistencia y de quién le acompaña ya que podremos descubrir una serie de intrincados sistemas que pudieran haber influido en el proceso de maduración y de desarrollo posterior de la drogodependencia del paciente. También en este apartado es conveniente recoger: historia de enfermedades orgánicas de familiares directos, las enfermedades mentales declaradas o manifiestas y, especialmente los problemas psicopatológicos, adictivos o consumos de drogas, y de adaptación social y del entorno familiar, medios de vida, situación económica, migraciones, marginalidad, etc.

Dentro de teorías más sistémicas debemos valorar, en la medida de nuestras posibilidades la influencia del propio sistema familiar sobre el paciente y viceversa. Debemos conocer qué influencias han ejercido el padre, la madre, los hermanos, allegados, etc. y las modificaciones que se hayan producido en ese complejo entramado de relaciones y qué papel juega el drogodependiente en el mismo y como puede favorecerle o complicarle.

Relaciones familiares actuales: Recogeremos la información de cual es su situación actual de convivencia y si se han producido modificaciones desde que se ha establecido el proceso adictivo, de modo que estudiemos y analicemos como vive, con quién vive, cual es el tipo de relación existente, agresiones, indiferencia, violencia, pérdida de afectos, tensiones, dificultades económicas, relaciones sexuales y frecuencia, así como la proclividad a las mismas por parte de la pareja, separaciones, abandonos del hogar familiar, etc. para establecer cual ha sido la vida de familia o como es en la actualidad y qué posibilidades de integración existen, en el caso de que estén desestructuradas. Relaciones con los hijo, con los padres, etc. y respuestas por parte de todos los convivientes hacia el afectado, es decir, un auténtico análisis del sistema familiar.

Relaciones sociales, laborales, legales, etc.: El drogodependiente, sea de drogas legales o ilegales, suele estar afectado en su vida relacional, de modo que el uso de las mismas afecta su esfera comportamental sea en la esfera de la hiperactividad, la depresión, la agresividad, dificultades en sus rendimientos y en su comunicación social, en función de que determinadas conductas conducen a un rechazo social, en general, puede que en su ambiente de consumidores no, pero la población en conjunto, suele aceptar mal conductas adictivas y sus consecuencias, lo que puede provocar enfrentamientos con el grupo social, entrada en procesos de marginación, aislamiento, y que el mundo del drogodependiente se estreche a su propio submundo.

Otro aspecto fundamental de este capítulo es el relacionado con el mundo laboral, actualmente escaso, empobrecido, eventual y precario, para toda la población, pero el adicto suele emplear la mayor parte de su tiempo en proporcionarse su consumo o sus propias intoxicaciones merman sus capacidades y sus ganas de trabajar, lo que motiva que situaciones como el paro, el empleo precario o los despidos sean aspectos frecuentísimos, además de la inedia y la falta de apetencia por la búsqueda del mismo, o bien cuando se ha conseguido, que sean trabajos de una inestabilidad notoria.

Finalmente entramos dentro del capítulo del constante roce con las leyes, las normas sociales, etc. que hacen que el drogodependiente tenga una facilidad enorme de rozar la ilegalidad, desde el consumo público de sustancias ilegales, con riesgo de multas y sanciones, seguimos por los robos, hurtos y actuaciones contra la propiedad para conseguir sustancias, así como el tráfico, prostitución, además de agresiones de cualquier índole motivadas por la baja tolerancia a cualquier situación social o reproche o cualquier acto que entienda que atenta contra *seguridad* en su submundo, especialmente en las ilegales, aunque en las legales, como es el caso del alcohol el incremento de agresividad y por sus interpretaciones paranoides de la realidad. No olvidemos los accidentes de tráfico bajo los efectos de sustancias o sus deprivaciones, los suicidios y actos absurdos que hacen que intervenga la Ley con frecuencia. No debemos olvidar que

esta última condiciona, en muchas ocasiones los proyectos de rehabilitación y reinserción social de los mismos con gran número de juicios, condenas que poco a poco se van haciendo más largas y condenando a que el individuo cada vez tenga menos motivaciones para reinsertarse socialmente.

Un apéndice final, en la historia clínica sería el valorar el número de intentos previos de deshabitación, los medios empleados, los recursos utilizados, etc. y los motivos de recaídas, en caso de que las hubiera, tras un proceso iniciado, así como la motivación final al tratamiento tras la historia clínica y la propia conciencia de enfermedad que el paciente puede haber matizado tras el análisis y reflexión de todo su proceso vital recogido con habilidad, paciencia y sin prejuicios.

Finalmente, nos haremos un planteamiento diagnóstico, un pronóstico, contando siempre con la intervención del paciente y de sus medios, recursos y redes sociales. Así como el tratamiento inicial y todas las pruebas objetivas que se precisen o estimen convenientes y que señalaremos en capítulo aparte, tras el análisis de afectaciones concretas por el uso de drogas.

4, AFECTACIÓN SOMÁTICA POR LAS DROGAS Y EXAMEN FÍSICO BÁSICO

Vamos a hacer un somero repaso de la afectación general y por aparatos o sistemas que puedan inducir a pensar que sean atribuibles al consumo de drogas en una persona que sospechamos que lo es, siguiendo los criterios de Arif y Westermeyer (1989), que son muy asimilables como sistemática general.

Temperatura: Fiebre en las complicaciones infecciosas por las inyecciones u otras fuentes de contaminación del abuso de drogas u con los síndromes de abstinencia del alcohol y los sedantes (incluyendo el delirium tremens).

Pulso: , taquicardias, arritmias con el uso de cafeína, tabaco, alcohol, cocaína, drogas de diseño y anfetaminas. También en síndromes de abstinencia, especialmente en los de drogas psicodélicas por la hiperactivación metabólica. Bradicardias con las sobredosis de opiáceos.

Presión Arterial: Hipertensión por el uso crónico de alcohol o en la abstinencia alcohólica.

La hipotensión se puede presentar con la sobredosis de muchas drogas, pero es especialmente característico en la sobredosis por opiáceos y otros psicodélicos.

SÍNTOMAS SUGESTIVOS de drogodependencia y sus afectaciones:

Cabeza: Antiguos o recientes traumatismos craneoencefálicos, incluyendo hematomas subdurales o fracturas con depresión craneal, infecciones por pediculosis, candidiasis, etc.

Ojos: Pupilas: miosis con la intoxicación por opiáceos; dilatadas con el síndrome de abstinencia por estos. Midriasis y no reactivas con las sobredosis por alcohol y sedantes, así como en las intoxicaciones por psicoestimulantes.

Conjuntivas: congestionadas con las intoxicaciones por alcohol o cannabis; pálidas con las anemia debida a la depresión hematopoyética por el uso abundante de drogas o por desnutrición.

Lagrimo asociado al síndrome de abstinencia a opiáceos. Conjuntiva icterica en las enfermedades hepáticas.

Músculos oculomotores: parálisis y oftalmoplejia con el síndrome de Wernicke-Korsakof. Ambliopía tóxica (bizqueo) por tabaco, alcohol etílico y metílico de los destilados domésticos no controlados.

Nariz: Rinorrea o moqueo, en la abstinencia de opiáceos; ulceración de tabique y , a veces perforación con drogas inhaladas o esnifadas. Nariz agrandada, con vascularización y coloreada en los alcohólicos.

Boca: Fetor oral, olor a alcohol en alcohólicos; deficiente higiene dental en general; olor a tabaco y cannabis. Lesiones malignas y premalignas de labios y lengua debido al uso combinado de alcohol y tabaco, cianosis en grandes fumadores. Erupciones alrededor de la boca por el uso de inhalantes. Caries dentales e infecciones periodontales, con casi todas las drogas, por falta de higiene. Edema de la campanilla entre los que abusan del hachisc. Lengua: temblores durante los síndromes de abstinencia por depresores de SNC. Faringe: inflamación o tumor con el uso de alcohol, tabaco, etc.

Cuello: Nódulos en la intoxicación por Opiáceos o por las infecciones cutáneas consecuentes a este uso. Rigidez muscular y espasmos que pueden ocurrir con síndromes de abstinencia a psicodépresores.

Tórax y corazón:

- Arañas vasculares por el daño hepático.
- Ginecomastia en los hombres por el daño hepático y las deficiencias de testosterona por alcoholismo.
- Cicatrices o fracturas debidas a traumatismos en intoxicaciones.
- En los pulmones se pueden observar signos de bronquitis o enfisema entre los grandes fumadores de tabaco, opio, marihuana. Abscesos pulmonares por aspiración durante intoxicaciones agudas. Edema agudo de pulmón que puede producirse en la intoxicación por opiáceos. El LSD, calma-bis, opio y otras drogas podrían precipitar ataques de asma en individuos predispuestos. Puede presentarse un "cor pulmonale" en fumadores crónicos.
- Cardiomegalia por miocardiopatía alcohólica, dilatación aguda cardíaca por la intoxicación por inhalantes.
- Murmullos cardíacos en las endocarditis y pericarditis por inyección que pueden causar estrechamientos de válvulas.
- Alteraciones en el ritmo cardíaco por alcohol, inhalantes, tabaco, cafeína, estimulantes, etc.

Abdomen:

- Abombamiento por ascitis en alcohólicos. Dilatación de las venas superficiales debidos a la obstrucción portal.
- Cicatrices quirúrgicas por intervenciones de úlceras pépticas, biopsias hepáticas, paracentesis. Hematemesis por varices esofágicas en las cirrosis hepáticas.
- Hepatomegalia depresible o no. Endurecimiento del cuadrante superior derecho en las hepatitis y periumbilical o epigástrico en las pancreatitis alcohólicas y en las derivadas de las hepatitis víricas de los otros drogodependientes. Ascitis con oleadas fluidas.
- Disminución de los sonidos peristálticos en los opiáceos y estimulantes. Incremento de las ondas peristálticas en la malabsorción alcohólica y en el síndrome de abstinencia por opiáceos. Flojedad en la percusión de los sonidos debidos a la ascitis alcohólica. Hepatomegalia dura en las hepatitis y cirrosis.

Aparato Genitourinaio:

- Algunos de sus aspectos podrían deberse indirectamente al modo de vida del drogodependiente.
- Hombres: Lesiones peneanas (chancros, herpes genitales). Infecciones uretrales (gonorrea, tricomonas, sífilis). Atrofia testicular, disminución del vello pubiano entre los alcohólicos y drogodependientes por implicación hepática severa. Pediculosis en el pubis.
- Mujeres: Chancros, herpes genitales. Secreciones uretrales y vaginales (gonocócicas, tricomoniasis, moniliasis, inespecíficas, etc). Cervicitis por la promiscuidad sexual. Amenorrea por los efectos del alcohol o los opiáceos en el ovario.
- Sistema Músculo - Esquelético:

- Disminución de masa muscular (alcohólicos, anorexia de los psicoestimulantes, etc.). Espasmos y rigideces musculares en la intoxicación por psicoestimulantes. Fracturas debidas a traumatismos o accidentes. Osteomielitis y artritis sépticas por inyecciones infectadas. Hipersensibilidad muscular en la neuropatía alcohólica. Dolores, edemas y adelgazamiento musculares debidos a la rabdomiolisis aguda por administración intravenosa.

Sistema Nervioso- Periférico:

- Temblores: por la afectación hepática, síndromes de abstinencia por alcohol o drogas sedativas. Alteraciones en la marcha por la afectación cerebelosa.

Piel:

- Manchas en los dedos en los grandes fumadores de cannabis, opio o tabaco. "Rosario" de señales en los trayectos de las inyecciones intravenosas. Tromboflebitis. Abscesos. Zonas deprimidas por inyección en tejido graso. Prurito, dermatitis seborreicas. Sequedad de piel y mucosas por deficiencias vitamínicas. Sudoración profusa en los síndromes de abstinencia por alcohol y sedantes, además de opiáceos/"Carne de gallina o de pavo"en el síndrome de abstinencia por opiáceos. flodermitis por escasa higiene o por inmunodeficiencias o por deficits de leucocitos en el alcoholismo.

Sistema Linfático:

- Aumento de tamaño de ganglios asociados por el SIDA.

5. SÍNTOMAS Y SIGNOS PRECOSES O DE SOSPECHA

Suelen ser absolutamente inespecíficos pero que sumados y tenidos en cuenta en una trayectoria vital que se modifica y que podrían asociarse a ese consumo, pero que no deben ser considerados suficientes para un diagnóstico:

Cefaleas de repetición, trastornos diarreicos o estreñimiento pertinaz que no se explican por otra causa, absentismo escolar o laboral, síntomas de malestar no precisados, cambios de humor inexplicables.

El diagnóstico precoz debe tender a evitar los daños físicos, psíquicos y sociales. Síntomas de sospecha de drogodependencia pueden ser: cefaleas de repetición, trastornos diarreicos o estreñimiento pertinaz, absentismo escolar o laboral frecuente basado en síntomas de malestar vagos, cambios de humor inexplicables, en las fases iniciales.

Problemas de memoria (lagunas), conductas antisociales o agresivas inexplicables o, bajo efectos de alguna sustancia, embriagueces, sueño excesivo, quemaduras por cigarrillos, crisis de ira, enlentecimiento mental, deterioro de la higiene personal, disminución del deseo de actividades lúdicas, cambios en la personalidad hacia la impulsividad, la intolerancia o la rebeldía sin causa aparente y explicable en un sistema más o menos integrado. Además hay una pérdida de intereses por una vida social comprensible en su entorno, apatía, huida de relaciones sociales apropiadas, contacto con nuevos amigos no próximos a su entorno escolar o laboral, etc.

El abuso, la dependencia también se pueden producir por los medicamentos tranquilizantes como la benzodiazepinas; pueden estar asociados con un leve síndrome de abstinencia con ansiedad, insomnio, mareos, vértigos, dolores de cabeza y anorexia con rápida pérdida de peso.

Dadas las circunstancias actuales sobre la amplia extensión del consumo de sustancias, debería incorporarse a la mayoría de

protocolos de atención primaria, de urgencias en hospitales o en equipos sociales de base el hacer una encuesta, aunque fuera breve sobre el uso de sustancias, su uso, cantidades, frecuencia, etc. para evitar sorpresas y poder aconsejar lo más tempranamente posible.

6. EL LABORATORIO EN LAS DRODEPENDENCIAS

El laboratorio puede ayudar al clínico en dos sentidos. Primero proporciona una información importante al diagnóstico exacto y objetivo y ayuda al paciente a entender la magnitud de sus implicaciones físicas o la presencia de sustancias en su organismo. Segundo, en muchos casos, el laboratorio ayuda a un diagnóstico precoz antes de que se produzcan daños más importantes.

El laboratorio en drogodependencias sirve porque las drogas pueden ser medidas directamente en suero, orina, o aire exhalado y porque las funciones bioquímicas y fisiológicas alteradas por las drogas pueden ser detectadas. El laboratorio es un complemento de la historia y las exploraciones clínicas, aunque algunas pruebas sean específicas.

Muchas drogas pueden ser detectadas en orina tras unas horas hasta dos días o más después de su consumo. Algunas drogas pueden ser detectadas al cabo de más días (15 aproximadamente) después de su consumo (cannabis, por ejemplo), pero son las menos. Las drogas que se pueden detectar en orina son prácticamente todas. Tanto las determinaciones en orina como en sangre suelen ser de gran fiabilidad dando muy pocos falsos positivos, que ante dudas conviene repetir. Los análisis de orina para el uso de drogas son los más empleados, por su facilidad de obtención y la facilidad de instrumentos de medida y las pocas necesidades, que las determinaciones de sangre o plasma, ya que estas últimas requieren, al menos un laboratorio próximo y personal sanitario para su obtención.

Los análisis de sangre y orina pueden ser empleados en multitud de situaciones. Algunos de estos aspectos podrían ser: determinación de drogodependientes ocultos, diagnóstico diferencial en pacientes comatosos con agitación o conductas extrañas, control del proceso terapéutico de pacientes en tratamiento, asesoramiento de pacientes en alto riesgo de llegar a ser drogodependientes (pacientes traumatológicos, psiquiátricos, personas con responsabilidades laborales importantes y de cuya estabilidad dependen otras personas, etc.), asesoramiento de pacientes en los cuales el ser drogodependientes es especialmente peligroso (embarazadas, preoperatorio, etc.).

Hay que ser cuidadoso con los controles de orina evitando los engaños de los drogodependientes, ya que con fines diversos, pueden sustituir la orina por la de otra persona o cambiarla por agua u otros líquidos coloreados.

La tasa de alcohol superior a 0,5 gr/litro revela síntomas discretos de intoxicación. Una tasa superior a 0,8 gr./litro revela que ya se pueden empezar a tener algunas habilidades reducidas, es por lo que legalmente se usa como tasa límite para conductores de automóvil en España y otros y países. Las tasas superiores a 1 gr./litro empiezan a indicar que se está entrando en estado de embriaguez moderada, con mayor o menor cantidad de síntomas de la misma, dependiendo de la tolerancia del individuo que dependerá fundamentalmente de su historia de consumidor.

Las pruebas de naloxona, naltrexona, deben servir, fundamentalmente para desactivar síntomas de intoxicaciones tipo sobredosis, sabiendo que van a provocar un síndrome de abstinencia, pero a la vez van a servir para salvar la vida de pacientes adictos a opiáceos, otro uso de la naltrexona es como medicamento antagonista de los opiáceos y para el mantenimiento de la abstinencia a los mismos. Otro fármaco específico para síntomas de intoxicación aguda por benzodiacepínicos es el flumazenil o anaxate, que no es específicamente diagnóstica pero si que sirven para resolver esa urgencia que se puede presentar por dichos medicamentos cuando son tomados masivamente.

Como pruebas específicas y características del despistaje del alcoholismo o abuso crónico de alcohol contamos con la gamma glutamil transpeptidasa (GGT). Es un indicador muy fiable del abuso crónico de alcohol. Entre un 60- 80% de personas que han bebido mucho tienen elevada la GGT. Los daños por las hepatitis alcohólicas se determinan por el incremento de la GGT. Por el contrario el hecho de tenerla disminuida no quiere decir que no haya un proceso alcohólico. El volumen corpuscular medio de los glóbulos rojos (VCM) y una GGT elevada son indicadores muy sensibles para el alcoholismo.

7. ESCALAS Y TESTS DIAGNÓSTICOS Y DE EVALUACIÓN.

El diagnóstico puede mejorarse a través de la aplicación de tests autoadministrados o recogidos por los clínicos y equipos profesionales. Estas escalas pueden emplearse para obtener información como: dependencia del paciente, tanto psicológica como física, sus sensaciones acerca de la dependencia o su déficit de control, los problemas por la drogodependencia como pueden ser los biomédicos, ocupacionales, interpersonales o implicaciones legales. Pueden ser utilizados para apoyar el diagnóstico y su severidad. Estos, también, permitirán una medida cuantitativa de la situación. Es importante incorporar estos cuestionarios a las encuestas nacionales de salud, para determinar que tipo de patología existe o priorizar la atención médica o para solicitar más información sobre estos temas en las historias clínicas. Podemos afirmar que, sin ningún género de duda el mejor instrumento por la fiabilidad aceptada mundialmente y por utilizar unos criterios reconocidísimos, inclusive para evaluar en el tiempo la evolución del proceso nos encontramos con el Addiction Severity Index de McLellan. Actualmente en fase de introducción en Europa de la versión EUROPASI, traducida al Castellano por Bobes, y cols. (1995).

Entre las escalas más importantes y más fáciles de emplear en alcoholismo podemos encontrar las siguientes: CAGE, CBA (Cuestionario Breve de Alcoholismo), MAST, MALT, CBA (cuestionario Breve de Alcoholismo), AUDIT, etc.

Otro aspecto que nos parece importantísimo destacar el que los diagnósticos se deben aproximar, cada vez más a una serie de criterios internacionales que estarían incluidos en dos líneas fundamentales como son los criterios C.I.E.-10 y D.S.M.-IV, que con ciertos niveles de coincidencia nos permiten adaptar los diagnósticos a unos criterios universalmente reconocidos.

8. VALORACIÓN DE LA PSICOPATOLOGÍA Y ESTADO MENTAL DE LOS PACIENTES

Trabajar con drogodependientes no debe permitirnos eludir llegar a un conocimiento aproximado de los rasgos de personalidad del mismo, no debemos olvidar que el fenómeno dependencia hay una serie de rasgos de personalidad que pueden ser origen o estar involucrados en la personalidad del paciente, o bien, por el uso de sustancias modificarse la personalidad, que nos es importante conocer para un abordaje psicoterapéutico en el proceso de deshabitación y reinserción.

Debemos conocer sus rasgos conductuales: higiene, presentación, actitud en la entrevista, etc.

Las relaciones interpersonales, las valoraremos por los criterios de presentación, suspicacia, manipulación, seducción, evasivas en las respuestas.

Criterios sobre el estado de humor los obtenemos en la presentación de rasgos de tristeza, euforia, irritabilidad, ansiedad, cambios bruscos de humor, irascibilidad, etc.

Otro aspecto a valorar es la lógica del contenido de su conversación y de las explicaciones que recibimos del paciente, observar si está acelerado en el curso del pensamiento, si hay coherencia o puede haber presencia de alguna idea extraña o delirios de diversa índole, si hay un pensamiento apropiado a las circunstancias de la entrevista, ideas extrañas-o extrañeza por parte del paciente.

Valorar, asimismo, la presencia de alguna alucinación o

alguna visión o percepción rara o diferente de la realidad.

Es importante saber la orientación témporo-espacial, la imagen de sí mismo y de su entorno y la memoria tanto reciente como lejana.

Es aconsejable para determinar rasgos o características de personalidad, el uso de instrumentos fáciles, económicos, aplicables, reconocidos y de criterios intercambiables que nos permitan poder ver la personalidad del paciente y seguir, si fuera posible su evolución. Podemos utilizar cuestionarios amplios tipo MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) versiones completas o versiones resumidas como la versión resumida Mini-Mult, el 16 PF de Cattell, el SCL-90. Para medir algunos rasgos más específicos como Depresión podemos utilizar instrumentos como el H.D.S. (Hamilton Depression Scale); para rasgos como Ansiedad el Hamilton, el STAI, etc. Para orientación y memoria se puede utilizar el Mini Examen Cognoscitivo o Mini Mental, de fácil y sencilla aplicación.

9. ESTABLECIMIENTO DEL DIAGNÓSTICO

Una vez recogida toda la información y reuniendo unos criterios como los establecidos por DSM-IV o el CIE-10, además de todas las informaciones aportadas por la exploración, la clínica, la información familiar, las pruebas objetivas y rasgos de personalidad, se debe establecer el diagnóstico de drogodependencia a una concreta, a varias, establecer unos criterios pronósticos, unas posibilidades terapéuticas y un pronóstico que se debe compartir plenamente con el interesado y sus allegados, con claridad y con planteamientos de lo que va a ser su presente, su futuro inmediato, a medio plazo y su futuro sin drogas. Hay que estar muy seguros de que lo que decimos está basado en un diagnóstico de certeza, racionalizándolo con el paciente, para que entienda que hay que buscar una terapéutica: médica, psicológica, social, laboral, familiar, etc.

El enfrentamiento al diagnóstico y al drogodependiente requiere lo siguiente (Arif, A.; Westermeyer, J. (1989)4:

Actitudes

- Empatía y deseo de ayudar al paciente.
- No mostrarse paternalista.
- No ser moralista, sino técnico.
- Aceptación del paciente como persona, con una actitud firme por el clínico.
- Seguridad en los conocimientos y en las sensaciones por parte del clínico.
- Confianza realista que motive confianza en el paciente.
- Madurez y ecuanimidad en el trato que se da al paciente.

Conocimientos

- Debe informarse al paciente acerca de los efectos fisiológicos y psicológicos del uso de drogas.
- Comprensión de las resistencias de los drogodependientes hacia el profesional (sensaciones, resistencias, mecanismos de defensa).
- Realizar una auténtica alianza con el paciente para establecer una terapéutica.
- Tener los suficientes conocimientos del *aquí y ahora*-para establecer un buen abordaje terapéutico. -
- Conocer el proceso de la rehabilitación y los pasos necesarios para llevarla a cabo.

Habilidades del Profesional

- Actuar en el momento adecuado para la comunicación, incluyendo los momentos de intervención en las crisis.
- Conocer una variedad de vías para tratar de romper las resistencias del paciente.
- Ayudar a que el paciente asuma su responsabilidad para aceptar el diagnóstico, admitir la necesidad de la ayuda y aceptar el programa terapéutico propuesto.
- Estar dispuesto a ayudar al paciente a aceptar el problema y aceptar el programa terapéutico, incluido la solución clínica del problema.
- Ayudar a que el paciente establezca un cambio de vida y que sea más adaptado socialmente que cuando consumía drogas.

II2

EVALUACIÓN

3.2 Aspectos Médicos en Drogodependencias no alcohólicas

Pilar Blanco Zamora

Médico Psicoterapeuta de Instituto Spiral

1. Introducción.
2. Historia clínica.
 - 2.1. Examen físico
 - 2.2. Pruebas complementarias
 - 2.3. Examen psíquico
 - 2.4. Escala y test autoadministrativos.
3. Consecuencias médicas derivadas de las drogodependencias.
 - 3.1. Sobre dosis
 - 3.2. Síndrome de abstinencia a la heroína
 - 3.3. Dexintoxicación
4. Complicaciones médicas.
 - 4.1. Endocarditis infecciosa
 - 4.2. Complicaciones pulmonares.
 - 4.3. Complicaciones hepáticas.
5. Otras infecciones frecuentes en la población toxicómana.
 - 5.1. Tejidos blandos
 - 5.2. Sistema osteoarticular
 - 5.3. Enfermedades de transmisión sexual
 - 5.4. Complicaciones oculares.
6. SIDA
 - 6.1. Aspectos clínicos
 - 6.2. Serología y diagnóstico
 - 6.3. Tratamiento.

II2 Aspectos Médicos en Drogodependencias no alcohólicas

*Pilar Blanco Zamora
Médico Psicoterapeuta.*

1.- INTRODUCCION

Tres consideraciones previas.

- 1º) Es raro que se consuma una droga aislada, con lo que el efecto clínico, aunque puede ser debido a la droga predominante, lo más probable es que sea el resultado de la suma de los efectos parciales de cada una de las drogas. Quizás uno de los ejemplos demostrativo sea el de la endocarditis en el que se puede encontrar simultáneamente la consecuencia de la administración I.V. de opiáceos (o de otras drogas) en condiciones poco higiénicas y el descenso de la capacidad inmunitaria.
- 2º) Hemos de establecer una distinción entre los efectos producidos por las drogas en función de sus propiedades específicas farmacológicas y las originadas por la vía de entrada en el organismo, por ejemplo la necrosis nasal producida por la cocaína snifada, o los problemas respiratorios por fumar cannabis.
- 3º) A todo esto conviene añadir el extraordinario impacto que la infección por el VIH ha representado en la evolución y tratamiento de las toxicomanías . Prejuicios de los consumidores y pre-toxicómanos, cambio de droga consumida, proscripción de la heroína y de quienes la consumen, cambios de vía del consumo. Etc)

Como cualquier otro proceso clínico, antes de empezar el tratamiento habrá que establecer un diagnóstico, para lo cual tenemos que tener en cuenta las tres dimensiones de las drogodependencias: la- **dimensión biológica**, la dimensión psicológica y la dimensión social, pues un tratamiento integral dimensión social, pues un tratamiento integral del paciente requiere no solamente tratar los síntomas, sino todo el problema desde todas sus dimensiones, y sabido que numerosos drogodependientes practican un reduccionismo terapéutico invocando la dimensión médica del problema, argumentando por ejemplo “que con una buena y (por supuesto indolora) desintoxicación es suficiente, luego soy capaz de seguir sin problemas”. A veces el propio médico (y la familia) caen en esa trampa. La desintoxicación solo el primer paso y resulta absolutamente insuficiente si se plantea como un todo terapéutico.

En definitiva, el objetivo de la intervención terapéutica debe de ser la restitución o adquisición del mejor nivel posible de salud psicofísica e integración social en su sentido más amplio, en condiciones de abstinencia y con la capacidad suficiente como para mantenerse así.

El diagnóstico lo basaremos en la historia clínica junto con un examen físico detallado, así como en la utilización racional de las pruebas de laboratorio y otras técnicas instrumentales (Rx, ECG, EEG, endoscopias, etc).

2.- HISTORIA CLINICA

Aunque se han hecho numerosos intentos para establecer una historia clínica unificada, ésta aún no existe por lo que cada centro o institución tiene la suya propia.

En general todas tienen una orientación globalizada, con importantes vertientes clínicos, sociofamiliares y legales.

En nuestro caso (I. Spiral) partimos de un cuestionario básico (CORE) constituido por una ficha de datos de filiación y dos cuestionarios previos tipo A y tipo B que forman un cuerpo banal de datos suficiente para un buen conocimiento elemental del problema.

Si con este cuestionario básico no basta para determinar la vía terapéutica, puede aplicársele un A.S.I. (Addiction Severity Index).

Los cuestionarios y protocolos son cerrados y heteroaplicados, recogándose en un archivo de datos que a su vez se convierte en un fichero SPSS con el que luego analizar los resultados.

Cuando el sujeto ya está integrado en el programa se le van pasando bloques de protocolos hasta completar el expediente clínico que concluye en un diagnóstico global. En estadios postterapéuticos (alta, seguimiento, etc) se aplican los protocolos específicos DARP y TOPS.

Me voy a centrar en la vertiente clínica que comprende los siguientes apartados:

- Anamnesis o interrogatorio acerca de las enfermedades somáticas previas, desde la infancia, y actuales, así como enfermedades psiquiátricas.
- Exploración física detallada.
- Pruebas instrumentales: Rx, ECG, EEG, Endoscopia, TAC, etc.
- Pruebas biológicas.

2.1 Examen físico

Una exploración clínica detallada es imprescindible para hacer una valoración adecuada dado que la drogodependencia puede afectar a cualquier órgano o sistema, teniendo en cuenta que esta afectación puede ser debida a la acción farmacológica específica de la droga consumida, a la forma de administración o a factores concomitantes como pueden ser el tipo de vida llevado por estas personas.

En primer lugar debemos tener en cuenta como están los signos vitales: temperatura, pulso y presión arterial. Puede haber fiebre en las complicaciones infecciosas, en los síndromes de abstinencias. Disrritmias por el uso del tabaco, alcohol o cafeína. Bradicardia e hipotensión en la sobredosis por opiáceos o hipertensión en el uso crónico del alcohol.

El estado de nutrición y coloración de la piel también es importante observarlo pues podemos encontrar signos de deshidratación y desnutrición, déficit vitamínico o coloración icterica de piel y mucosas derivada p.ej. de un proceso hepático.

Especial interés tiene el examen del sistema venoso de los miembros superiores por donde suelen inyectar la mayoría de los toxicómanos que utilizan la vía intravenosa. Aunque existen otras vías no tan frecuentes, como pueden ser las venas de los miembros inferiores, cara inferior de la lengua o vena dorsal del pene para evitar su descubrimiento por familiares o allegados, lo más habitual es utilizar las venas del antebrazo y mano, que cuando se hace de forma diaria y durante mucho tiempo, produce los llamados *rosarios venosos* que no son más que cicatrices con esclerosis de la pared del vaso que imposibilita la inyección en ese punto, buscándose vías alternativas, como pueden ser incluso las venas del cuello (la vena yugular).

Así pues se debe hacer una exploración del cuerpo del paciente, bien siguiendo un orden topográfico (cabeza, cuello, extremidades superiores, tórax, abdomen y extremidades inferiores) o bien seguir un orden sistemático, o sea, por aparatos (sistema nervioso, respiratorio, circulatorio, digestivo, genitourinario, etc) mediante la inspección, palpación y auscultación, con lo que conseguiremos una serie de signos y síntomas clínicos que nos ayudarán a comprender su patología, causa y utilidad diagnóstica.

2.2.- Pruebas complementarias

Las más habituales son: grama, VSG, fórmula leucocitaria, glucosa, urea, bilirrubina, mantoux, y VDRL.

Pruebas de detección de la hepatitis B y C, como son la determinación del HBeAg, HBsAg y anti-HBc para la hepatitis B y determinación de los Anti HBc en la hepatitis C. Otras pruebas que nos pueden ayudar en el diagnóstico clínico son: Rx de tórax, EEG, ECG, endoscopia.

Para la detección de VIH se realizan ensayos de inmunoadsorción enzimática (ELISA) y el WESTERN BLOT TEST, así como recuento de los linfocitos CD4 y cociente CD4/CD8.

Por último, también se puede realizar análisis de drogas en orina, aunque también se pueden detectar en otros medios como la sangre, el aire aspirado por la saliva, el pelo, en general en la mayoría de fluidos corporales.

En orina los métodos empleados son la cromatografía en capa fina, la cromatografía de gases con espectrometría de masas y la técnica del inmunoensayo.

2.3.- Examen psiquico

No debemos olvidar que las drogas se definen como sustancias psicoactivas y en consecuencia pueden producir trastorno psicopatológico diversos que van desde alteraciones comportamentales a trastornos cognitivo-ideatorios, distimias, despercepciones...etc.

Estos hallazgos psicopatológicos deben ponerse en relación con el tipo de droga consumida, la cantidad, tiempo transcurrido desde el inicio de la ingesta, si se trata de un efecto agudo o crónico, y la posibilidad de utilizar varias sustancias a la vez, teniendo en cuenta que el alcohol suele ser una de ellas con frecuencia.

2.4.- Escalas y test autoadministrados

El diagnóstico puede mejorar a través de la aplicación de tests autoadministrados. Estas escalas pueden emplearse para obtener información como:

Evaluación del síndrome de abstinencia (D2)

WS (Escala del s. de abstinencia)

WIP (Escala de evaluación psicológica de abstinencia)

ASI (Índice de severidad de la adicción)

CIDI-CORE (Preg. específica de drogadicción) (OMS)

PSE-Catego

DIS

CIDI-SCAN

3. CONSECUENCIAS MEDICAS DERIVADAS DE LAS DROGODEPENDENCIAS (no alcohólicas)

3.1.- Sobredosis (overdose)

El cuadro clínico consiste en un estado comatoso, con las pupilas contraídas (al menos que exista daño cerebral) la respiración es superficial, con edema pulmonar y estado de shock.

El tratamiento en estos casos es la administración de antagonistas de la morfina, NALOXONA, que resuelve con relativa rapidez el estado de depresión respiratoria, evitando las complicaciones a que podría dar lugar.

La sobredosis puede ser debida a varias causas: bien por intento de suicidio o desconocimiento de la dosis letal. Otro mecanismo podría ser el cambio en el tipo de heroína, que esté con un grado de pureza más de lo habitual. También puede ser por la pérdida de tolerancia a la heroína.

En muchos casos, la muerte en consumidores por vía parenteral de opiáceos se debe a un shock anafiláctico que no es más que una reacción alérgica brusca e intensa ocasionada por las sustancias adulteradas.

3.2.- Síndromes de abstinencia

La sintomatología de la abstinencia a la heroína y opiáceos en general: metadona, codeína, buprenorfina...etc se desarrolla gradualmente en el tiempo: Se inician a las 8 horas e la administración de la última dosis, adquiere el punto máximo a las 3672 horas y va descendiendo posteriormente de forma paulatina a lo largo de 5-10 días.

En la manifestación clínica que provoca se puede reconocer un componente comportamental y psicológico, determinado por la propia idiosincrasia del sujeto, y otro componente neurovegetativo inducido por la privación de la droga.

Fase Inicial	Fase Intermedia	Fases avanzadas
Bostezo	Midriasis	Calambres musculares
Lagrimeo	Piloerección	Fiebre
Rinorrea	Dolores musculares	Nauseas, vómitos
Ansiedad	Temblores	Diarreas
	Irritabilidad	
	Insomnio	

El síndrome *de abstinencia a la cocaína* aparece mucho antes que el de la heroína. El aspecto más destacable en el consumidor de cocaína, son las modificaciones del estado de ánimo que aparecen ante la suspensión del consumo, siendo la sintomatología más frecuente:

Insomnio

Irritabilidad

Depresión

Cansancio

Alteraciones de la memoria y de la concentración

Trastornos de tipo paranoide (en más de un 50%)

3.3.- Desintoxicación

Concepto:

Consiste en la eliminación o superación de los efectos farmacodependientes inmediatos, médicos y psicológicos, mediante la privación brusca o paulatina de las sustancias inductoras de la dependencia.

Dicha desintoxicación puede ser efectuada de múltiples formas, de manera ambulatoria, domiciliaria, en una unidad de desintoxicación hospitalaria o en un centro terapéutico.

Quién desintoxica:

Lo fundamental antes de iniciar una desintoxicación es valorar lo esencial de la demanda; una cosa es lo que el paciente realmente quiere y otra lo que se le ofrece. En general puede tener conciencia de su dependencia, pero difícilmente la valora en toda su dimensión.

En estas circunstancias adquiere importancia (valorar) efectuar un diagnóstico correcto. Hay una serie de datos fundamentales a considerar como: tipo de drogas consumidas, dosis, antigüedad en el consumo, estado físico del paciente, situación social y familiar.

Las condiciones, en nuestro caso parara llevar a buena desintoxicación es que se trate de una drogodependencia mayor y que exista motivación para seguir un proceso completo, es decir, no se trata de un acto aislado, sino que es la primera parte de todo un programa, es la puerta de entrada a la rehabilitación.

Atendiendo a lo antes dicho, para nosotros, la desintoxicación tiene un carácter global, multifrontal, en la que se tienen en cuenta los siguientes parámetros:

A) Parámetros médicos:

En primer lugar se hace una valoración global de la situación física del paciente mediante el estudio del informe médico y análisis clínicos, necesarios para la admisión del mismo: hemograma completo, bilirrubina, transaminas, marcadores hepáticos, serología luética y Ac VIH, anamnesis, exploración física y toma de constantes

Pautas médicas:

Respecto al tratamiento farmacológico, se tienen en cuenta los componentes sintomatológicos de los síndromes de abstinencia que por lo común pueden ser a opiáceos (SAO), a psicofármacos o a psicoestimulantes, cocaína, anfetaminas, drogas de diseño, etc, grupos éstos más frecuentes de sustancias que presentan síndrome de abstinencia. De la valoración ponderada de dichos síntomas surge el adecuado tratamiento médico. El componente álgico (o doloroso) surge por lo común en sujetos que toman opioides y/o analgésicos y suspenden el consumo.

Los síntomas ansiosos o agitativos en el insomnio aparecen en sujetos consumidores de sustancias psicodestructoras que suspenden la ingesta. Estos síntomas también se presentan después de tomar psicoestimulantes.

Las manifestaciones neurovegetativas (bostezos, lacrimo, sudores, taquicardia, calambres, escalofríos, piloerección, etc) son típicos de la privación opioide.

Los síntomas psicóticos pueden aparecer por lo común tras el consumo de psicodislépticos o psicoestimulantes u ocasionalmente tras la ingesta de psicodestructores. Es importante la diátesis personal o predisposición del consumidor a padecer estos síntomas.

Sintomatología versus farmacoterapia:

- Si predomina la sintomatología *álgida* o dolores musculares o articulares, suele prescribirse dextropropoxifeno o derivados codeínicos.
- La sintomatología *ansiógena*, se contrarresta mediante ansiolíticos benzodiazepínicos
- Los síntomas *neurovegetativos*, mediante agonistas de los receptores opiáceos (clonidina o guanfacina) en el caso de SAO.

- El insomnio, se procura tratar con inductores hipnóticos de perfil específico y vida media semicorta: (por ejemplo nitrocepaam zoplicona y zolpidem.
- La sintomatología *psicótica* si existiere, se aborda con neurolépticos sites en los extremos derechos e izquierdo de la escala de Lambert para síntomas disgregados o agitativos, respectivamente , o la combinación de ambos, por ejemplo levopromazin más derivados butiofenónicos y neurolépticos intermedios para mantenimiento.

B) Parámetros psicológicos

Apoyo psicológico, reorientándole y tranquilizándole, pero adoptando una postura firme sin ceder a las pretensiones y propuestas del paciente.

Adquisición progresiva de pautas de conducta, mediante un trasiego constante de mensajes –elementos terapéuticos conscientes que se inducen de manera explícita–, y metamensajes, no inadvertido, lo que está ahí y permanece omnipresente pero que no se ve (predicar con el ejemplo).

C) Parámetros socioambientales

Si fuere posible sin internamiento procurar un clima cálido, familiar y acogedor, para poder pasar lo más atraumáticamente posible dicho proceso. Tratamiento deferencial, pero sin privilegios, por parte de sus compañeros, animándole y ayudándole en todo momento

Durante las 24 horas estará acompañado por una persona que reúna determinadas características individuales (serenidad, dinamismo, etc.) que le mantiene distraído y ocupado, evitándole el agobio y los pensamientos obsesivos que suelen ser frecuentes en esta etapa.

4.- COMPLICACIONES MEDICAS

4.1.- *Endocarditis infecciosa:*

Es la principal complicación cardiaca que presentan los toxicómanos, constituyendo el 8% de la mortalidad según datos recogidos por Solé y Calafach.

El germen más frecuentemente hallado es el staphylococcus aureus, siguiéndole en frecuencia el streptococcus viridans, el enterococo, enterobacterias, pseudomonas y hongos (cándida).

En cuanto a la patogenia, se cree que la inyección I.V. reiterada de droga (heroína y cocaína principalmente) puede lesionar el endotelio valvular, principalmente la válvula tricúspide, mediante la penetración de sustancias insolubles en el material inyectado, así como la inoculación directa en el torrente sanguíneo de microorganismos responsables.

Las manifestaciones clínicas de la endocarditis derecha, que es la que más afecta a la población toxicómana se caracteriza por un cuadro febril agudo, con deterioro del estado general, escalofríos y manifestaciones pulmonares del tipo de dolor torácico de características pleuríticas, tos y expectoración purulenta y/o hemoptoica.

El tratamiento es por supuesto antibiótico.

El tratamiento quirúrgico es de elección cuando tiene una disfunción valvular o el tratamiento médico no consigue erradicar la infección con frecuencia en la endocarditis infecciosa por hongos o gérmenes Gram(-).

4.2.- Complicaciones pulmonares:

La tendencia de los drogodependientes a las infecciones pulmonares es en gran parte debida a la depresión respiratoria inducida por las drogas, la falta de higiene y las infecciones por depresión del sistema inmunitario. También suelen ser grandes fumadores y frecuentar espacios cerrados y mal ventilados (pub, chamizos, sótanos...etc)

I) Neumonía por neumococos: es la infección bacteriana más frecuente en los toxicómanos.

La enfermedad se manifiesta con sintomatología típica de fiebre, escalofríos, tos productiva purulenta y dolor pleural.

Hay leucocitosis con desviación a la izquierda y la Rx de tórax muestra consolidaciones segmentares o lobulares y también infiltraciones dispersas. Hay leucocitos.

El tratamiento de elección es la penicilina.

II) Neumonía por estafilococos: El staphylococcus aureus es la especie más frecuentemente encontrada en el esputo. Este tipo de neumonía puede ocurrir por infección primaria por vía traqueobronquial, pero más a menudo es secundaria a émbolos sépticos liberados por la válvula tricúspide o por tromboflebitis periféricas.

III) Neumonía estreptocócica: la infección por estreptococos es más rara, pero su incidencia es mayor entre los toxicómanos que en la población en general. Puede ocurrir como resultado de la introducción del estreptococo presente en la piel a la corriente sanguínea a través de la inyección.

IV) Tuberculosis: Cada vez es mayor la frecuencia de la tuberculosis entre la población toxicómana, pudiendo representar estos hasta el 30% de todos los casos de esta enfermedad.

Puede ser una de las formas de presentación del SIDA en los toxicómanos. La tuberculosis puede aparecer meses o años

antes que las restantes manifestaciones clínicas de la infección por VHI aunque puede ser también una complicación tardía. . En la Rx de tórax se suelen observar infiltrados de los lóbulos inferiores uni o bilaterales, aunque tampoco son raros los infiltrados pulmonares difusos. Estos infiltrados suelen asociarse a adenopatías hiliares, paratraqueales o mediastínicas

También se observan, con relativa frecuencia casos de tuberculosis extrapulmonar de huesos, riñones, cerebro, ganglios linfáticos y prácticamente todas las vísceras del organismo.

Clínicamente, la tuberculosis de esta población responde rápidamente al tratamiento. Se aconseja realizar una terapéutica con tres fármacos: isoniacida, rifamicina y ethambutol.

4.3.- Complicaciones hepáticas:

Constituyen una de las complicaciones más frecuentes y de mayor gravedad, por sus secuelas, de la adicción a drogas por vía parenteral, representando en nuestro medio el 53,5% de los procesos infecciosos.

Hepatitis aguda: El agente etiológico que produce hepatitis con mayor frecuencia es el VHB. La prevalencia de portadores crónicos del HbsAg entre los toxicómanos varía entre el 5-10%.

Así pues, el riesgo potencial es grande entre los que comparten agujas, aunque la vía parenteral no es exclusiva para la transmisión del virus, habiéndose constatado otras vías como la sexual o la percutánea a través de pequeñas soluciones de continuidad de la mucosa.

El cuadro clínico, aunque entre el 75% y el 90% de los casos son asintomáticos, se caracteriza por una primera fase con síntomas gastrointestinales, náuseas y vómitos, astenia intensa, mialgias, cefalea y febrícula. De tres a seis días después aparece la ictericia, primero en conjuntivas y luego generalizada.

En la exploración física se palpa hepatomegalía dolorosa en las d-terceras partes de los pacientes y en un 20% esplenomegalia.

Analíticamente las transaminasas se elevan una 8 ó 10 veces por encima de lo normal bilirrubina oscila entre 5-15 mgr y la FA está entre 1,5 - 3 p encima de su valor normal.

En cuanto a los marcadores hepáticos, que son los que realmente nos van a confirmar el diagnóstico, el HBsAg y el HBeAg son los primeros marcadores que aparecen (3-4 semanas antes del debut de los síntomas). El HBsAg alcanza la máxima concentración en el comienzo de los síntomas y persiste de 1 a 5 meses. El HBeAg desaparece antes que el HBsAg, dando lugar a la formación de Anti-HBc.

El Anti-HBe (Ag del core) aparece simultáneamente con los síntomas o poco después y alcanza rápidamente títulos altos. Es el marcador más útil de infección por virus B.

Para la vacunación de estos pacientes hay que tener en cuenta el HBsAg y el Anti-HBc:

Si el Anti-HBc es negativo, se debe proceder a la vacunación. Si el Anti-HBc es positivo, aún cuando el HBsAg sea negativo no se debe vacunar pues lo más probable es que sea una persona inmunizada.

Respecto a la evolución de la hepatitis aguda tipo B, en el 90% de los casos es favorable. Entre un 5-10% de los casos evolucionan hacia una hepatitis B crónica y 1% de los afectados hacia hepatitis fulminante cuya mortalidad es superior al 85%.

En orden de frecuencia, e 2º agente etiológico implicado en la hepatitis agudas es el virus C, aislado recientemente que va a dar lugar a la hepatitis C.

La vía fundamental de transmisión es la parenteral. En los ADVP la prevalencia de anticuerpos es muy elevada. En estudios realizados en EEUU y en Europa entre el 70% y 92% tienen anticuerpos positivos frente al virus C.

Los síntomas son comunes a los presentados en la hepatitis B con mayor tendencia a formas anictéricas y en un 75% de los casos es asintomático.

El diagnóstico se realiza mediante la determinación del Anti-HCV (Acs frente al virus de la hepatitis C).

Las HC evolucionan con mucha frecuencia hacia la cronicidad un 50% de los casos.

En los estudios realizados en las formas crónicas, aunque tienen escasos síntomas clínicos y bioquímicos un 25% desarrollan cirrosis hepática y hasta un 25% formas de hepatitis crónicas activas.

Tratamiento de las hepatitis agudas: Aunque cl'sicamente no se administra ninguna sustancia esp~e_ están haciendo estudios de tratamiento con interferon para disminuir la incidencia de evolución cronicidad, aunque los seguimientos a largo plazo de estos casos no son muy claros.

5.- OTRAS INFECCIONES FRECUENTES EN LA POBLACION TOXICOMANA

5.1.- Tejidos blandos

La infección de las partes blandas son frecuentes debido a la falta de higiene en la inyección de la droga, la utilización de disolventes contaminados, etc. Se incluyen infecciones superficiales de la piel, foliculitis, abscesos sucutáneos, linfangitis, flebitis septicas fascitis y miositis. El germen más frecuente es *stafilococcus aureus*, aunque también se puede aislar *estreptococo G(-)*, anaerobios y *cándidas*. Hay que descartar la afectación osea y/o articular por su contigüidad. Ante una flebitis también habrá que descartar una endocarditis séptica. Normalmente basta el tratamiento antibiótico, aunque en ocasiones hay que recurrir al tratamiento quirúrgico.

5.2- Sistema osteoarticular.

La osteomielitis y la artritis séptica son las infecciones más frecuentes. SE deben a bacteriemias transitorias y, con menor frecuencia a contigüidad de una infección de partes blancas o metástasis séptica de una endocarditis infecciosa.

La clínica depende de la localización y del germen etiológico, destacando la *psudomona aeruginosa* y el *stafilococo*.

5.3.- Enfermedades de transmisión sexual

Los hábitos sexuales, a menudo promiscuos de los ADVP y el recurso de la prostitución como fuente de ingresos, condiciona que presenten una elevada incidencia.

La sífilis es la más común (57%) seguida de la gonococia (19%), la tricomoniasis (10%) y el herpes genital.

5.4.- Complicaciones oculares: endoftalmias

La infección ocular por *Candida Albicans* representa una grave endoftalmítis micótica ya que cursa con lesión irreversible de la visión. El cuadro se manifiesta por la visión de manchas oscuras, escotomas y disminución progresiva de la agudeza visual.

El tratamiento se realiza con anfotericina o fluorocitosina.

Otra de las complicaciones oculares de extrema gravedad es la coriorretinitis por CMV que también cursa con la pérdida total de la visión. Esta es una de las complicaciones que aparecen con relativa frecuencia en los pacientes con SIDA.

El tratamiento en estos casos es con ganciclovir.

Normalmente basta el tratamiento antibiótico, aunque en ocasiones hay que recurrir al tratamiento quirúrgico.

6.- SIDA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida fue descrito como una nueva entidad clínica en 1981. Primero en California Nueva York y luego rápidamente en otros estados de aquel país se diagnosticaron enfermedades infecciosas y tumorales en individuos hasta entonces sanos. A partir de ese momento se observó un paradoja: individuos sin ninguna causa conocida de inmunodeficiencia presentaban síntomas de inmunodeficiencia.

Nació así una primera definición del síndrome, aunque no se hacía referencia al agente responsable del mismo.

Sin embargo, los que tenían este nuevo síndrome presentaban algunas características comunes:

Eran adultos jóvenes de edades comprendidas entre los 20 y 40 años.

En su inmenso mayoría varones homosexuales o con una vida sexual muy promiscua.

Individuos ADVP en los que el intercambio de jeringuillas era una práctica habitual.

Pacientes que padecían hemofilia y habían recibido transfusiones de sangre o derivados de la misma.

El hecho de que en algunos grupos la enfermedad se transmitiera a través de la sangre y derivados y en otros por vía sexual tendía a hacer pensar que el agente responsable del mismo era infecciosa.

A partir de estas premisas se realizaron estudios de todos los virus conocidos y se observó que los enfermos de SIDA poseían anticuerpos frente a ciertos virus que habitualmente infectaban las células del sistema inmunitario. Así nació la teoría de que un retrovirus era el responsable de la enfermedad.

Muy pronto, en 1983, un equipo del Instituto Pasteur de Paris (Francia) anunció el aislamiento de un nuevo virus en el ganglio de un joven con riesgo de padecer SIDA. Poco más tarde dos laboratorios estadounidenses anunciaron que habían aislado virus muy semejantes al aislado en el Instituto Pasteur.

Al virus aislados en los pacientes con SIDA se le conoce hoy día con el nombre de, virus de inmunodeficiencia humana VIH) y por ser el primero de una nueva estirpe de virus que producen inmunodeficiencia, también se la conoce con el nombre VIH1.

La gran virulencia, es decir, la agresividad del VII-1 en los seres humanos se debe a que las células dianas de estos van a ser células del sistema inmunitario. Los linfocitos T4, cuya misión es controlar y estimular a otras células que modulan la respuesta inmunitaria.

El cuerpo humano vive en un ambiente biológicamente hostil, sometido a presiones constantes por parte de agentes infecciosos tales como parásitos bacterias y virus. Necesariamente existen células especializadas en la defensa del organismo frente a esos agentes infecciosos.

Así cuando uno de estos agentes se introduce en el organismo hay una respuesta por parte de dichas células, encaminada a eliminar al invasor, esta reacción es la respuesta inmunitaria. Si esta respuesta no existe o es ineficaz el agente invasor puede proliferar indefinidamente y en el peor de los casos acabar con el huésped, es decir el organismo invadido.

El sistema inmunitario también es un sistema de vigilancia capaz de destruir las células que no reconoce como propias de un determinado organismo, por ejemplo las células tumorales. Este mismo sistema actúa cuando se produce el rechazo al trasplante de algún órgano.

El hecho de que este virus afecte enirimer término a las células del sistema inmunitario tiene tres nocivas consecuencias:

- **La pérdida progresiva de la inmunidad:** esta es una de las razones por las cuales, cuando la infección por VIH es ya avanzada se producen tantas infecciones en los individuos afectados, generalmente gérmenes oportunistas, así como la aparición de tumores peculiares como el sarcoma de Kaposi.
- **La difícil defensa del organismo contra el propio virus,** dado que el virus infecta preferentemente a las células que tendrían que luchar contra él.
- **La conversión de las células infectadas en su propio santuario.**

Como se explico anteriormente *las células más afectadas VIII son los por el linfocito* en concreto los *linfocitos T4* son células que muestran en su superficie una glucoproteína la CD4 sobre la ue se va a fijar el virus.

Esta proteína, que aunque no es exclusiva de los linfocitos T4, es donde se encuentra con mayor abundancia. Sin embargo, es posible encontrarla también en los macrófagos, células del SNC y en otras del tracto digestivo que también son atacadas por el virus desde el principio.

Cuando el virus ingresa en el organismo se fusiona con la célula receptora, penetrando en el interior de esta, pudiendo comenzar en ese momento el proceso de duplicación viral o, por mecanismos aún desconocidos, permanecer en estado latente hasta que algún factor desencadenante desactiva la célula. A partir de entonces empieza la producción de nuevos virus las cuales infectarán sucesivamente a nuevas células del sistema inmunitario, que iran desapareciendo o inactivándose de forma paralela a la progresión de la enfermedad.

La importancia de la infección por VIH y las toxicomanías radica en la alta frecuencia de infección en, las personas que se administran drogas por vía parenteral. La falta de higiene y la utilización compartida de jeringuillas determinan el paso de sangre contaminada por el VHI directamente a la corriente sanguínea. Los datos recogidos en España indican que el *ADVP era el factor de transmisión más importante en los casos de SIDA* en los años 80 primero y 90.

Según los informes del sistema estatal de información sobre toxicomanías (SEIT) el 69.5% de los 7489 casos registrados hasta el 31 de diciembre de 1990 eran debidos al uso de drogas por vía parenteral y el 64.20 de los 13.261 reconocidos hasta Abril de 1992.

Comparativamente con otros países de nuestro entorno, solo Italia tiene un porcentaje ADVP tan elevado como el nuestro.

6.1.- Aspectos clínicos del SIDA

La infección por VIH no significa que el individuo presente inevitablemente el SIDA, sino que existe una probabilidad de que este se desarrolle. Hoy se cree que alrededor del 35 al 50% de los infectados por el VIH desarrollaron un SIDA completo en un plazo de 7 a 10 años a partir de la infección por el VIH_{fi}. El desenlace para el restante de los casos infectados es motivo de discrepancia científica.

El curso de la infección por VIH se puede dividir en 4 fases que no siempre van a ser consecutivas, ni se pueden establecer el tiempo de evolución de las mismas, tampoco podemos afirmar que todas las personas infectadas por el VIH van a pasar por estas cuatro fases:

Primera fase o estadio

Período asintomático o de portador: tras el ingreso del virus en el organismo, al cabo de varios meses (entre 1 y 6) se puede determinar la producción de anticuerpos, ciertamente ineficaces frente a la infección. En general la mayoría de las personas que se infecta (85%) no tienen manifestaciones clínicas de enfermedad.

En el 15% restantes la infección se manifiesta como un cuadro gripal con fiebre, malestar general, cefaleas y linfadenopatías. Sin embargo desde 1995 se registran en España una mayor incidencia de portadores de VIH de etiología sexual y una drástica reducción de nuevos casos por vía parenteral. El miedo al SIDA ha sido una eficaz arma preventiva, al igual que en el resto de Europa vía sexual, es la más importante como transmisora.

En la mayoría de los casos estas fases iniciales de enfermedad involucionan y desaparecen, y el individuo vuelve a la normalidad. De no ser por la serología positiva nada haría sospechar la existencia del VIH.

Segunda fase o estadio.

Linfadenopatía **generalizada persistente** es decir, aumento de tamaño de los ganglios.(a 1 cm) en dos o más localizaciones intrainginales (cuello, axila..etc) de más de tres meses de evolución, aunque no exista ninguna otra causa que las justifique.

No se sabe si este cuadro es efecto de una sobreestimulación causada por el propio virus o por otras infecciones intercurrentes o añadidas. Aunque el índice de progresión hacia el SIDA es variable, entre un 12-35% de los pacientes con LGP desarrollarían un SIDA en un periodo de 3 a 5 años.

Tercera fase o estadio.

Complejo relacionado con el SIDA: Cuando presenta uno o más trastornos siguientes: fiebre de más de 1 mes, pérdida de peso del 10% de su peso corporal, diarrea de más de un mes de evolución sin que otra causa justifique esta patología.

En los datos analíticos el hallazgo más constante es una reducción global de los linfocitos CD4, acompañado de un aumento del número de CD8. Por lo general la relación CD4/CD8 es sustancialmente menor (en condiciones normales su valor normal es 1).

Cuarta fase o estadio.

El término de SIDA se reserva para describir las manifestaciones más graves de la infección por VIH, en especial las infecciones oportunistas y los raros tumores asociados, que suelen tener escasa o nula trascendencia en el individuo inmunocompetente.

Parásitos como pneumocistys carini o el toxoplasma, hongos como el cryptococo o la candida, bacterias como el estreptococo, estafilococo, o virus como el citomegalovirus o el herpes son algunos de los agentes causales de las infecciones que se observan en pacientes con SIDA. Estas infecciones suelen ser graves, persistentes y recidivantes, todo ello incluso si se instaura una terapéutica adecuada.

6.2.- Serología y diagnóstico

Las pruebas serológicas que se hacen en el diagnóstico de la infección por VIH son diversas, pero ninguna tiene una especificidad ni una sensibilidad del 100%. Se basan en la observación de que casi todos los infectados por este virus desarrollan anticuerpos específicos al cabo de varias semanas o meses. Estos anticuerpos persisten mientras dura la infección. Las más utilizadas en la actualidad son:

Pruebas de inmunoensayo ligado a enzimas, inmunoanálisis enzimático (EIA), o los análisis de inmunoabsorción (ELISA), para detectar las respuestas serológicas específicas frente al virus.

La prueba INMUNOBLOT western Blot, técnica de inmunotransferencia ligada a enzimas. Tiene como ventaja más importante la separación e identificación de los distintos anticuerpos frente al VIH, que en condiciones normales se encuentran en forma de mezclas complejas.

Inmunofluorescencia indirecta (IFA). Es una prueba bastante útil para detectar o confirmar la presencia de anticuerpos frente al VIH.

Análisis de inmunoprecipitación (RIPA). Es caro y trabajoso, y exige posibilidad de aislamiento para el manejo del VIH vivo.

Otras técnicas experimentales son la detección de antígenos precombinantes o de la cadena de polímera

Dada la existencia de falsos positivos y la trascendencia del diagnóstico de infección por VIH, antes de aceptar como positiva una prueba es preciso repetirla mediante técnicas distintas.

Mención aparte merece la detección de antígenos del propio virus. Esta técnica se practica con poca frecuencia. Tiene importancia cuando todavía no se ha producido la seroconversión pero se sospecha que sí ha habido contagio. En estos casos la serología de anticuerpos es negativa pero el antígeno es positivo.

6.3.- Tratamiento

En estos últimos años los investigadores han llegado a conocer el ciclo de vida de VIH mejor que el de cualquier otro tipo de virus. La replicación del VIH es un proceso complejo y consta de múltiples fases.

Cuando en 1983 se descubrió al VIH como el agente causal de la enfermedad, se inició una rápida y larga carrera para encontrar fármacos antirretrovíricos que inhibieran la replicación de este virus.

La introducción de la terapia antirretrovírica a partir de 1987 con la zidovudina (ZDV), juntamente con el mejor conocimiento de la enfermedad y el tratamiento de la patología asociada, han aumentado las expectativas de vida de estos pacientes.

6.3.1 Tratamiento con monoterapia

Zidovudina

La zidovudina (ZDV), a la que inicialmente se la denominó azidotimidina o AZT, actúa impidiendo la elongación de la cadena del ADN vírico y, por otro lado, como inhibidora competitiva de la transcriptasa inversa.

Su eficacia ha sido demostrada en múltiples estudios clínicos, disminuyendo el número de infecciones oportunistas, así como la intensidad de las mismas, a la vez que se consigue un restablecimiento parcial de la función inmune, aumentando el número de linfocitos CD4.

La ZDV mejora también la encefalopatía y demencia asociada a VIH, y puede prevenir la aparición de la misma; sin embargo, no presenta utilidad en el tratamiento de la neuropatía periférica y de la mielopatía relacionadas con el VIH.

La duda que se plantea en la actualidad es cuando se debe empezar a administrar el CDV. Hasta hace poco generalmente se prescribía cuando el paciente presentaba alguno de los síntomas asociados y en las pruebas del laboratorio había un descenso de los linfocitos CD4 inferior a 500/mm³ y el cociente CD4/CD8 era inferior a 1.

Hoy día hay quien aboga por su administración desde que se tiene conocimiento de la infección por VIH, pero un problema importante a tener en cuenta es la toxicidad del CDV. A dosis habitualmente empleados (200mgr/4h) puede producir efectos indeseables con anemia, trombopenia, insomnio, cefalea, náuseas, vómitos que en muchos casos obliga incluso a suspender el tratamiento.

Es por esto, por lo que durante el tratamiento con CDV se deben realizar controles analíticos periódicos para controlar los posibles efectos secundarios y además evaluar la eficacia terapéutica del fármaco.

Didadosina (DDI)

Actúa de forma parecida a la zidovudina, observándose en varios estudios realizados una mejoría en los parámetros clínicos e inmunológicos, así como un menor número de nuevos eventos definitorios del SIDA.

No presenta toxicidad hematológica y los efectos adversos más importantes son la neurotoxicidad (neuropatía periférica dolorosa) y la pancreatitis.

Zalcitabina (DDC)

La zalcitabina se encuentra aprobada para la utilización combinada con ZDV. Produce un aumen o transitorio de los linfocitos CD4 durante las 8 a 12 primeras semanas. Se ha observado mejoría clínica y biológica, buena tolerancia y menor toxicidad con la alternancia semanal de DDC y ZDV

En cuanto a los efectos adversos produce fiebre, rash y estomatitis aftosa en las primeras (1-4) semanas, que desaparecen usualmente en 1 ó 2 semanas a pesar de mantener el tratamiento.

6.3.2.- Tratamiento combinado

Cuando hablamos de combinaciones es necesario clarificar si nos estamos refiriendo a la administración alternativa de diferentes fármacos o a la administración simultánea de más de un fármaco.

La monoterapia intermitente parece menos eficaz que la monoterapia continua y ésta, a su vez, parece menos eficaz que las combinaciones.

Durante los últimos años se ha demostrado que la ZDV sola o combinada con otros fármacos puede influir favorablemente en la evolución y supervivencia de los pacientes infectados por V.I.H.

BIBLIOGRAFIA

- ALCARAZ VM, COLOTLA VA, LATIES VG, Drogas y conducta. Interacciones y aplicaciones, ED. TRILLOS, MÉXICO DF, 1983.
- ALONSO FERNÁNDEZ F, Alcoholdependencia. Personalidad del alcohólico, ED
- CASAS M, GUTIERREZ Y SAN L, Adicción a Psicofármacos, EDICIONES EN NEUROCIENCIAS, STGES 1993.
- CADAFALCH J, CASAS M, El paciente heroínómano en el hospital general, EDITA P.N.D., MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, GENERALITAT DE CATALUÑA Y CITRAN, BARCELONA 1988.
- CÁNOVAS G, Drogas y cerebro, BIBLIOTECA SCIENTIFIC AMERICAN, PRENSA CIENTIFICA, BARCELONA 1992.
- CASAS M, Trastornos psíquicos en las toxicomanías (I), EDICIONES EN NEUROCIENCIAS, BARCELONA 1992
- COSTA M, LÓPEZ E, Salud comunitaria, EDITORIAL MARTINEZ ROCA, BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA, PSIQUIATRIA Y SALUD, BARCELON 1989.
- DELGADO A, MANUAL SIDA. Aspectos médicos y sociales, EDITORIAL IDEPSA, MADRID 1987.
- DEVITA JR. VT, HELLMAN S, RESENBERG S, Sida. Etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención. EDITORIAL SALVAT, 2° ED., BARCELONA 1990.
- ECHEBURUA E, Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos, ED.FUNDACIÓN UNIVERSIDAD, EMPRESA, MADRID 1994

ELZO J, ELORZA M.A., LAESPADA MT, Alcoholismo Juvenil, ED. UNIVERSIDAD DE DEUSTO, BILBAO 1994.

FEÜERLEIN W, Alcoholismo: Abuso y dependencia. Introducción para médicos, psicólogas y asistentes sociales. ED. SALVAT, COLECCIÓN BIBLIOTECA MÉDICA DE BOLSILLO, BARCELONA 1982

FREIXA F, MASFERRERJ, SALA LL, Urgencias en drogodependencias, CONSEJERÍA DE SANFREIIDAD, DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD

FREIXA F, SOLER INSA PA, Y COLABORADORES, Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario, EDITORIAL FONTANELLA, COLECCIÓN CONDUCTA HUMANA N° 41, BARCELONA 1981

FREIXA I SANTFELIÚ F, El fenómeno droga, ED. SALVAT, TEMAS CLAVES, BARCELONA 1993.

GOLDBERG J, Las endorfinas, EDITORIAL GEDISA, COLECCIÓN LÍMITES DE LA CIENCIA, SERIE DE EXTENSIÓN CIENTÍFICA, VOLUMEN 4, BARCELONA 1989.

GRAÑA GÓMEZ JL, Conductas adictivas, teoría, evaluación y tratamiento, ED. DEBATE, SERIE DE PSICOLOGÍA, MADRID 1994.

GUIMON J, MEZZICH JE, BERRIOS GE, Diagnóstico en psiquiatría, ED. SALVAT, BARCELONA 1988.

JIMENO BULNES N, Drogas y enfermedad mental. Un estudio sobre las esquizofrenia y psicosis tóxica, UNIVERSIDAD DE VALLADOLID, VALLADOLID 1995.

NAHAS G, TROUVÉ R, Manual de toxicomanías, ED. MASSON, BARCELONA, 1992.

NAJERA MORRONDO R, GONZÁLEZ LAHOZ JM, Infecciones oportunistas: protozoos y hongos. Profilaxis y tratamiento, SOCIEDAD ESPAÑOLA INTERDISCIPLINAR DEL SIDA, MADRID 1994.

MALKA R, FOUQUET P, VACHONFRANCE G, Manual de alcoholología, ED. MASSON, BARCELONA 1988.

MADDEN JS, Alcoholismo y farmacodependencia, EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, SA DE CU, MÉXICO DF 1984.

MARTIN TEBAR A, BRONET SINOVAS JR, RAMÓN CARRERO MA, Modalidades de desintoxicación en toxicomanías no alcohólicas, ED. CRUZ ROJA ESPAÑOLA, MADRID 1990.

MUSACCHIO DE ZAN A, ORTIZ FRAGOLA A, Y OTROS, Drogadicción, ED. P.

PLAN REGIONAL SOBRE DROGAS, Actuar es posible, el profesional de atención primaria de salud ante las drogodependencias, ED. EL PRINCIPADO DE ASTURIAS-INSALUD, OVIEDO.

PÚBLICA, JUNTA DE GALICIA, SANTIAGO DE COMPOSTELA 1988.

RICO MENDEZ FG, RUIZ FLORES LG, Tabaquismo. Su repercusión en aparatos y sistemas. ED. TRILLAS, MÉXICO DF, 1990.

PSIQUIATRIA, PSICOPATOLOGÍA, Y PSICOSOMÁTICA, BARCELONA MORRONDO R, GONZÁLEZ LAHOZ JM, Terapia específica sobre VIH, ED. SOCIEDAD ESPAÑOLA INTERDISCIPLINARIA DEL SIDA, MADRID 1994.

- VILA-ABADAL J, La toxicomanía juvenil, ED. DIPUTICIÓN I CAIXA DE BARCELONA.
- SIRVENT RUIZ C, Curso sobre drogodependencias, ED. F. INSTITUTO SPIRAL-INSERSO, PALENCIA 1985.
- SIRVENT RUIZ C, Sistematización de la evaluación en Instituto Spiral, ED. INSTITUTO SPIRAL, MADRID 1995.
- SOLÉ PUIG JR, Terapia antidroga, ED. SALVAT, COLECCIÓN MANUALES, BARCELONA, 1989.
- SOLER INSA, FREIXA, PENA GALAN Y COLS, Trastorno por dependencia del alcohol. Conceptos actuales, ED. LABORATORIO DELAGRANGE, MADRID 1988.
- ZARAGOZA JR, LLANOS M, Tabaco y Salud, ED. AC, COLECCIÓN ALFA TEMAS, MADRID 1980.
- VALBUENA BRIONES A, Toxicomanías y Alcoholismo, Problemas médicos y psiquiátricos, EDITORIAL MASSON, COLECCIÓN SALVAT MEDICINA, 2º EDICIÓN, BARCELONA 1993.
- VARIOS AUTORES, Estudio Epidemiológico sobre el alcoholismo en España, PUBLICACIONES DEL PATRONATO NACIONAL DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA, SERIE MONOGRAFÍAS, MADRID 1966.
- VARIOS AUTORES, Alcoholismo y delirium tremens, SERVICIO CIENTÍFICO "ROCHE".
- VARIOS AUTORES, Alcoholismo y otras drogodependencias, JUNTA DE CASTILLA Y LEON, VALLADOLID 1991.
- VARIOS AUTORES, Tratamiento obligatorio de la drogadicción, investigación y práctica clínica, EDITA LA FAD, MADRID 1995.

VARIOS AUTORES, Abordaje de problemas asociados al alcoholismo, ED. FAD, GOBIERNO VASCO Y EDEX KOLEKTIBOA, BILBAO 1993.

VARIOS AUTORES, DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, ED. MASSON, BARCELONA 1995.

VARIOS AUTORES, XXIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, 28,29, 30 MARZO 1996, ED. ASTRA ESPAÑA, OVIEDO 1996.

VARIOS AUTORES, Actas VIII Jornadas Estatales de la APCTT, Oviedo 1993, ED. APCTT, BARCELONA 1994.

VARIOS AUTORES, Drogodependencias. Informe y recomendaciones del comité de expertos de Castilla y León en drogodependencias, ED. JUNTA Y CASTILLA Y LEON, VALLADOLID 1987.

VARIOS AUTORES, Revista Española de Drogodependencias, VOLUMEN 19, N° 1, 1994.

VARIOS AUTORES, Avances en drogodependencias I, SOCIDROGALCOHOL, XIX JORNADAS NACIONALES, STA. CRUZ DE TENERIFE, 29, 30, 31 OCTUBRE, 1991, EDITA GOBIERNO DE CANARIAS, 1991.

VARIOS AUTORES, Avances en drogodependencias II, SOCIDROGALCOHOL, XX JORNADAS NACIONALES, CÓRDOBA 4, 5 Y 6 DE NOVIEMBRE, 1992. ED. EXCMA. DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE CÓRDOBA, 1992.

VARIOS AUTORES, Confrontaciones psiquiátricas. La toxicomanías (1), ED. RHONE POULENC FORMA, SAE, MADRID 1988.
MASSON-SALVAT MEDICINA, BARCELONA 1992, 3ª EDICIÓN.

VARIOS AUTORES, Revista española de drogodependencias, volumen 20, nº 4, 1995.

THE PLINIUS MAIOR SOCIETY "Alcoholism, Journal on Alcoholism and related addictions, Guidelines on evaluation of treatment of alcohol dependence, VOL. XXX, SUPPLEMENT, 1994.

VARIOS AUTORES, Curso de Master /experto en drogodependencias y Sida, Vol. III, TEMA 11, Las hepatitis víricas, TEMA 12, La tuberculosis. ED. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN DE CIENCIAS SOCIALES, MÁLAGA, 1994.

VARIOS AUTORES, Curso de Master/experto en drogodependencias y Sida, Vol. IV, TEMA 13, Infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH),: Virología, etiopatogenia y diagnóstico, TEMA 14, Epidemiología de Sida, TEMA 15, Sida: clínica y tratamiento de las infecciones oportunistas. ED. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN DE CIENCIAS SOCIALES, MÁLAGA, 1994.

VARIOS AUTORES, Curso Master/experto en drogodependencias y Sida, VOL. V, TEMA 17, Uso actual de los análogos de los nucleósidos en el tratamiento de la infección por el VIH, TEMA 19, Drogadicción-Sida y embarazo, ED. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS SOCIALES, MÁLAGA, 1994.

VARIOS AUTORES, Hepatitis virales, ED. ABBOTT CIENTÍFICA SA, MADRID 1992.

VARIOS AUTORES, Infección por VIH en usuarios de drogas, ED. PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS, MADRID, 1991.

II3

EVALUACIÓN

3.3 La Familia del Drogodependiente

*Leandro Palacios Ajuria
Psicólogo de Instituto Spiral*

1. Aproximación Conceptual al Funcionamiento Familiar.
2. La Familia del Toxicómano.
3. Visión Familiar del Problema.
4. Actitud Familiar ante el Problema.
5. Consecuencias Relacionales.

II3

La Familia del Drogodependiente

*Leandro Palacios Ajuria
Psicólogo de Instituto Spiral*

1. APROXIMACIÓN CONCEPTUAL AL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Los terapeutas de familia sostienen que su labor no consiste simplemente en comprender las formas en que las causas de los problemas de un individuo pueden tener su origen en la familia. Más bien acentúan la importancia de prestar atención a las características de la interacción entre los miembros de una familia que inhibe y promueven el funcionamiento de los individuos y de la familia como un todo.

El concepto central en los modelos de terapia familiar es el de la familia como sistema, que se refiere básicamente a que la conducta y la experiencia de un miembro de la familia, no se puede entender separada de la del resto de sus miembros. La familia es una unidad social enormemente interdependiente. La conducta de un adolescente, por ejemplo está asociada y depende de la conducta de sus padres hacia él, de la relación de éstos como pareja, de la relación con sus hermanos, etc.

Considerar a la familia como una unidad permite a los profesionales de la salud mental pensar en términos de tres aspectos del funcionamiento familiar: estructura, regulación e información.

1. La estructura se cualifica en los siguientes grados

- a) El grado de claridad o difusión de los límites entre los miembros de la familia, es decir, qué miembros de ella son accesibles a quiénes y cuán amplia o limitada es la forma en que discuten un cierto rango de temas.
- b) El grado en que existe una jerarquía (quién está a cargo de quién y de que)
- c) La diferenciación (el grado en que los miembros de la familia tienen identidades separadas sin dejar de mantener el sentido de la familia como un todo)

La triangulación es un tipo importante de disfunción asociada con la estructura familiar. Se puede definir como el intento de resolver los conflictos interpersonales de dos personas involucrando a una tercera. Las características de la tercera persona, especialmente sus problemas, se convierten en el foco de las interacciones en las que participa las tres personas. Ocurre con gran frecuencia entre padres y un hijo, quien representa el objetivo. Por ejemplo, una pareja con problemas en su matrimonio pueden centrar su atención en enuresis, en lugar de hacerlo en sus dificultades matrimoniales.

2. Una segunda faceta de la familia es la regulación.

Esta faceta se refiere al modo en el cual la familia mantiene su balance de interacciones. Esto es, la secuencia de conducta de interacción que las familias adoptan, generalmente son consideradas como enormemente estables y predecibles. Esta característica ha conducido a que se sugiera que una conducta específica no pueda entenderse como directamente "causada" por la conducta que le precedió inmediatamente (la concepción de que la conducta es causada por la conducta inmediata que la precede se conoce como causalidad lineal). En contraste, el concepto de causalidad circular es adoptado por todos aquellos que trabajan con familias.

La causalidad circular incluye la noción de que la conducta está determinada de un modo complejo; las secuencias de interacción de A es dependiente de la conducta de B y, a su vez, B es dependiente de la conducta de A.

Un ejemplo de causalidad comúnmente citado es la siguiente serie de secuencias de interacción: una esposa estimula la comunicación "regañando": su esposo rehúsa comunicarse, tal como queda expresado por retraimiento; su esposa nuevamente estimula la comunicación, el esposo nuevamente se retrae, distanciándose cada vez más de su esposa y así sucesivamente. Al explicar sus frustraciones el marido dice que su retraimiento no es mas que una defensa contra los constantes regaños de su mujer, mientras que ésta dirá que eso constituye una distorsión burda e intencional de lo que "realmente" sucede en su matrimonio, esto es, que élla le critica o le regaña debido a su pasividad.

Despojadas de todos los elementos efímeros y fortuitos, sus discusiones consisten en un intercambio monótono de estos mensajes: "me retraigo porque me regañas" y "te regaño porque te retraes".

El segundo término que se utiliza para escribir la autorregulación de la familia es la homeostasis. La familia es un sistema autoregulado o autocorrectivo que encuentra su equilibrio gracias a la retroalimentación negativa.

Si algún miembro de una familia presenta algún tipo de disfunción psíquica la intervención del terapeuta no debe limitarse a ese miembro, sino extenderse a todo el núcleo relacional de la persona. Si no, los cambios que introduce el terapeuta se verán contrarrestados por este sistema de retroalimentación negativo.

Este sistema autocorrectivo está dirigido por los miembros de la familia que influyen uno sobre la conducta del otro y establecen reglas de ese sistema familiar. Este sistema familiar tiende a ser activado por el error, la discrepancia. Si un miembro de la

familia quiebra las reglas vuelve a funcionar hasta que se vuelven a cumplir las reglas o aparece una nueva regla. De forma similar a las funciones de un termostato que mantiene un cierto rango de temperaturas, se supone que los mecanismos de la familia regulan y mantienen los patrones de interacción. Esto se puede ejemplificar si volvemos al ejemplo del esposo y la esposa desconsolados. Vamos a suponer que los niños aparecen también en el escenario. Ellos pueden sentir perfectamente la tensión de sus padres. En lugar de la retirada de la esposa, la secuencia de interacciones puede ser interrumpida por la conducta de un niño: un niño empieza a llorar porque su hermano le rompió su juguete. Uno de los padres consuela al niño del juguete roto y regaña al otro que lo rompió. El niño que rompió el juguete puede "calmar" la interacción del mismo modo que lo hubieran hecho el retraimiento del esposo o el comentario de la esposa. La conducta del niño sirve para reducir el nivel de tensión entre sus padres, al menos por el momento. Así, el foco de tensión familiar se traslada ahora sobre el niño "destrutivo".

3. El tercer aspecto de la familia como sistema es el de la información

La información se refiere al modo en que los miembros de la familia se comunican unos con otros. Se han realizado más investigaciones sobre los patrones interacción que sobre cualquier otra faceta del funcionamiento familiar. Se han investigado entre otros elementos los siguientes :

- a) La cantidad de habla
- b) Quién habla después de quien (en algunas familias está rígidamente pautado. Es estable y predecible)
- c) Superposición del habla (el tiempo en que se oyen dos voces o más simultáneamente, aunque no se cuenta como interrupción cuando la persona se entromete para apoyar lo que dice la primera).
- d) Los silencios.

- e) El criticismo (declaraciones críticas hacia un sujeto).
- f) Hospitalidad (grado en que se muestra una emoción negativa). (tono de voz, las expresiones cordiales o espontáneas).
- g) Implicación emocional. Valora un inusual y marcado interés hacia el paciente.
- h) Calor o cordialidad (tono de voz, las expresiones cordiales o espontáneas).
- i) El apoyo (interés por los comportamientos y los problemas del otro).
- j) Inducción a la culpabilidad (por ejemplo decir al toxicómano que causa sus propios problemas y además los del resto de la familia).
- k) Intrusión, declaraciones en que los padres dicen que conocen los sentimientos del hijo.

En familias conflictivas se han observado múltiples formas de comunicarse patológicas. Una, de ellas sería *la contradicción entre mensaje verbal y no verbal*

Por ejemplo si un niño afligido le pregunta a su madre si realmente le quiere y la madre le responde fríamente: "por supuesto que te quiero", el niño puede sentirse perfectamente desconcentrado por el contraste entre la información verbal y la no verbal.

Otro aspecto importante es que en la comunicación hay dos niveles: el nivel de contenido y el nivel relacional tal que el segundo clasifica al primero y es por ende, una metacomunicación. Se refiere a que tipo de mensaje debe entenderse que es, y por tanto, a la relación de los comunicantes.

Un ejemplo: Si una mujer A le pregunta a otra B ¿son auténticas esas perlas?, el contenido de su pregunta es una petición de información acerca de un objeto, pero al mismo tiempo proporciona su definición de la relación entre ambas. La forma en que pregunta (en este caso el tono, el acento de la voz, la expresión facial y el contexto) indicaría una relación amistosa, una actitud competitiva, relaciones comerciales. etc. B) puede aceptar, rechazar o definir pero no puede, ni siquiera mediante el silencio, dejar de responder el mensaje de A. Por ejemplo la definición de A puede ser maliciosa. B puede reaccionar a ella con aplomo o con una actitud defensiva. Esta parte de la interacción nada tiene que ver con el contenido (la autenticidad de las perlas) sino con la definición de la relación, aunque se hable de perlas.

Las relaciones "enfermas" se caracterizan por una constante lucha acerca de la naturaleza de la relación, mientras que el aspecto de la comunicación vinculado con el contenido se hace cada vez menos importante.

Debido ello , estos sistemas suelen ser los que con mayor frecuencia presentan y/o mantienen problemas como una drogodependencia.

4. La familia del toxicómano

Se han realizado varios intentos de conceptualizar y explicar el abuso de drogas como fenómeno familiar. Así ALEXANDER y DIBB encaran la adicción como un factor de estabilización familiar;- mientras que NOONE y REDDIG consideran que la familia está atascada en una etapa del ciclo vital evolutivo como resultado de lealtades y pesadumbres familiares no resuelta.

REILLY entiende que los problemas de pérdida, duelo, angustia se separación en la familia se perpetúan en el patrón de abuso de drogas. Desde una perspectiva menos lineal, Stanton sugiere que la drogadicción puede considerarse como parte de un proceso cíclico que involucra a tres o más individuos, comúnmente el adicto y sus dos padres o padres sustitutos, en el cual la conducta Del adicto cumple una importante función protectora contribuyendo a conservar el equilibrio homeostático del sistema familiar.

Por otra parte, diversos autores han trabajado en los últimos años para intentar determinar las características más frecuentes de las familias de tóxicómanos.

AUSLOOS distingue entre familias de transición caótica que generarían delincuentes o drogodependientes y familias de transición rígida que generarían miembros psicóticos o anoréxicos. De las primeras, que son las de nuestro interés, habría que destacar su fuerte tendencia a la transformación, es decir, no poseen reglas estables, sino que éstas están en un continuo proceso de cambio.

Las fronteras o límites en este tipo de familias son muy abiertos y permeables, con lo que la información no es retenida ni elaborada.

Los comportamientos que exhiben sus miembros son desordenados, no hay ligazón entre ellos, no se definen en relación a los otros y generalmente suelen buscar a alguien que arbitre entre ellos y sus conflictos con la sociedad.

Este autor extrapola de su trabajo con familias unas características generales estadísticamente significativas:

- El toxicómano suele ser rechazado por el padre del mismo sexo: el hijo es el único objeto de amor del padre del sexo contrario en detrimento de la pareja.
- Respecto a los hermanos del drogodependiente, si éste no es el mayor, entonces el que ocupa el primer lugar suele presentarse como un modelo o hijo ideal.

Cancrini describe cuatro categorías en su intento de clasificación- y afirma que existe una consonancia entre la organización psicológica individual, el síntoma y la organización familiar.

Para este autor existen cuatro tipos de familia:

a) Tipo traumático (adicción traumática):

La toxicomanía se presenta ante traumático que envuelve a toda la familia original (muerte de un miembro, ruptura de la pareja parental, etc) y que provoca un sentimiento de culpa en el sujeto (normalmente, hermano/as modelo).

Este acontecimiento traumático desmorona el equilibrio psíquico de la persona y, ante la imposibilidad de expresar el duelo se produce una evolución patológica. En este caso el síntoma es funcional para el sujeto, pues le permite afrontar y superar el sufrimiento personal. El encuentro con la heroína es fulminante por la importante capacidad anestésica que posee .

b) Tipo Adicción de neorisis actual (el tipo más frecuente).

La estructura familiar donde se desarrolla este tipo de adicción se caracteriza por:

- La gran implicación de uno de los padres (generalmente el del sexo opuesto) en la vida del hijo su enfermedad (coincide con Ausloos) . A este respecto ATTARDO en un estudio que se hizo entre familias de psicóticos y familiares de toxicómanos, demuestra que las madres de adictos se atascan en una edad más temprana de crianza y tienden a aferrarse a los hijos y tratantandolos como si fueran menores de los que son realmente. Hay más práctica simbiótica en este tipo de madre. También esto se suele unir al papel periférico del otro miembro de la pareja parental.
- La presencia de una estructura conocida como el triángulo perverso (Haley), triángulo consistente en una diada progenitor-hijo excesivamente apegado. Recuerdo un caso de un toxicómano el que había un triángulo de este tipo muy claro, su madre había muerto hace 6 años, y el papel parental lo había adoptado su tío en una clarísima competición con la madre. Ahora mismo él presenta severos problemas de relación con su madre y su madre de relación con su tío.
- La debilidad entre subsistemas que constituyen la jerarquía familiar.
- El desarrollo de una polarización que define al hijo adicto como "malo" en comparación con otro hijo "bueno".
- Un sistema de comunicación caracterizado por mensajes contradictorios no paradójicos y conflictos que se desarrollan rápida y violentamente.
- Existe un conflicto incompleto entre los padres, mantenido por el síntoma del hijo (STANTON Y TOOD)
- Padres que viven juntos tienen problemas suavizados por el hijo. Si está bien, hay amenaza de separación, si está mal se vuelven a acercar

Cuando los padres soportan una relación muy conflictiva de ruptura, estando mal el hijo mantiene un vínculo cómplice para que los padres sigan juntos. Este caso lo tuvimos con la madre de un drogodependiente el cual la madre padecía más el problema que el hijo; Su padre era alcohólico, estaban separados, y la madre seguía un tratamiento ya que le resultaba imposible trabajar, incluso salir de casa. Ante nuestra pregunta de cómo se sentiría ella si su hijo después del tratamiento abandonase la familia o la casa respondió que casi prefería que su hijo siguiese siendo toxicómano a que se separase de ella. Confirmándose el ejemplo claro de un apego patológico).

Este tipo de adicción, según Cancrini, sería propia de adolescentes en vías de individualización o de jóvenes adultos en fase de abandono del hogar con una constelación familiar en la que no hay comunicaciones incongruentes sino contradictorias.

c) Adicción transicional

Aquí el contexto familiar se caracteriza por el esfuerzo de no definir las relaciones. Esto se logra mediante el frecuente número de mensajes paradójicos e incongruentes. Tanto dentro de la familia como en los contextos externos existe un alto nivel de mitificaciones. La familia utiliza la enfermedad como una solución, adoptando posturas de autosacrificio.

Este tipo de trastorno se sitúa entre la neurosis y la psicosis con defensas de ambas. La comunicación es contradictoria y caótica. La droga funciona como una válvula de escape para la psicosis (es una especie de "terapia peligrosa" para mantener el equilibrio).

Ambos progenitores en este tipo de familias están muy ligados unidos aunque existe un divorcio emocional entre ellos.

d) Adicción antisocial y sociopática (acting-out)

Presenta rasgos comunes con familias desligadas, familias que generalmente pertenecen a clases sociales bajas cuyos miembros parecen moverse en órbitas aisladas, mostrando no tener mutuamente ninguna interdependencia. Son hijos de familias multiproblemas en los "guetos" de grandes ciudades. El uso de drogas en estos sujetos es una forma de autodestruirse, de no quererse a sí mismos.

Este tipo presenta ya problemas de adaptación antes de que comience la drogodependencia. Son personas que hasta el final de la infancia experimentan separaciones de personas significativas.

Suelen tener una personalidad antisocial o psicopática. Tienen a expresar el conflicto psíquico a través del acting. Utilizan cualquier tipo de droga la que encuentran, ya sea estimulante o depresor, en cualquier caso de manera auto destructiva.

Stanton y Tood escriben un modelo prototípico para las familias de adictos varones en el cual la madre está comprometida en una indulgente, enredada, sobreprotectora y dramática relación con el adicto, que es colocado en una posición de "niño favorecido". Frecuentemente está mimado; es definido por la madre como el más fácil de criar y generalmente como bueno.

La figura del padre es definida como periférica, no comprometida, débil o ausente. La relación padre-hijo es descrita por el adicto como negativa con una tensa e inconstante disciplina. Un número desproporcionado de padres manifiestan problemas de alcohol (u otros similares a la adicción).

Schwarteman distingue entre dos tipos de padre de adicto: el hombre paja que es autoritario, violento, pero fácil y controlable por la madre y el distante, que es claramente secundario a la madre en términos de poder dentro de la familia.

En este punto me parece interesante incluir un estudio de Vaillant donde resulto que los adictos que se mantuvieron abstinentes después de su tratamiento no vivían con sus padres, lo cual indica que la cura estuvo asociado a no vivir con los padres o parientes. Se encuentra pues una correlación entre vivir en casa de los padres y continuar la adicción.

Para terminar, y como base para cualquier tipo de abordaje de la familia, consideraríamos a ésta como un sistema que se auto-gobierna por reglas que se constituyen en el tiempo, a través de intercambios y comunicaciones entre sus miembros. Toda conducta es una comunicación que no puede sino provocar una respuesta, que a la vez constituye otra comunicación.

Nos encontramos ante un sistema que se autorregula mediante el funcionamiento homeostático para preservar el equilibrio del sistema. Este equilibrio pasa por unas etapas de posibles crisis dentro del ciclo familiar (matrimonio, emancipación de los hijos, jubilaciones, etc.)

Los momentos críticos son los de cambio de etapa dentro del ciclo familiar. En estos momentos es cuando existe una situación con mayor probabilidad de que la familia desarrolle síntomas. En el caso de un hijo toxicómano, este síntoma tendría la función de mantener cohesionado el sistema (la familia). La iniciación en una droga concreta depende de diferentes factores (el individuo, la disponibilidad de droga, el tipo de ambiente, ... etc.), pero el desarrollo de la conducta adictiva está condicionada por factores familiares en una alta proporción de los casos, y es un factor crucial en el mantenimiento de la toxicomanía.

4. *Visión familiar del problema*

En este apartado se recoge parte de la información que la familia posee acerca de la génesis del problema. Nos formulamos las siguientes preguntas:

- ¿Qué es para usted, un drogodependiente?
- ¿Porqué creen que empezó a consumir droga?
- ¿Cuáles fueron los cambios más significativos observados en su hijo de antes a después de consumir drogas?

4.1. *¿Qué es para usted un drogodependiente?*

Mentirosos, inmaduros, cobardes, personas sin voluntad ó de carácter débil son algunos de los adjetivos más utilizados por las familias a la hora de describir ó definir al miembro toxicómano

La gran mayoría consideran la adicción como una enfermedad y, por tanto, al adicto como un enfermo. Esto que, a simple vista, puede parecer un dato insignificante, es determinante a la hora de optar por un tratamiento o ayuda especializada.

Esta concepción de la toxicomanía como enfermedad viene dada, sobre todo, por el progresivo deterioro físico del afectado y de la impotencia sentida por la familia ante el fracaso de todas sus tentativas de solución.

4.2. *¿Por qué creen que empezó a consumir drogas?*

Al plantear esta cuestión, observamos que, en las explicaciones sobre la etiología del problema que las familias elaboran, parecen sucederse dos etapas:

Una primera ligada al hallazgo de la dependencia del hijo cuyo planteamiento de fondo es: ¿qué hemos hecho?, ¿en qué hemos fallado?

Y otra posterior en que se desplazan las causas del inicio a factores exógenos, bien sean relacionados con los vacíos de personalidad del toxicómano o bien culpabilizando las relaciones interpersonales, en las que los otros aparecen como inductores de la adicción.

4.3. Cambios observados

Es habitual que exista en la familia una imagen idealizada del adicto anterior al problema que contrasta vivamente con la que describe en la actualidad.

Se observa, ante todo, un deterioro comunicativo en el seno familiar y la aparición de un estilo relacional lleno de ambigüedades y pautas agresivas que culminan en un progresivo aislamiento voluntario del adicto respecto al sistema familiar.

5. Actitud familiar ante el problema

Este segundo apartado engloba distintos aspectos de la forma con que la familia se enfrenta al problema. Así, hemos recogido de cómo descubrieron la condición del hijo hasta los sentimientos asociados a todo el proceso pasando por las reacciones implícitas y por las medidas adoptadas.

5.1. ¿Cómo se enteraron?. ¿Cuanto tiempo tardaron en enterarse?

Los padres son los últimos en descubrirlo, a pesar de que la adicción lleva establecida normalmente más de un año. Cuando lo descubren siempre es a través de otros, o bien son los propios afectados quienes lo revelan al hacerse insostenible su situación o bien son personas ajenas al núcleo familiar los que lo hacen.

Este hecho resulta interesante si se tiene en cuenta la multitud de indicadores acumulados y el gran lapso de tiempo transcurrido. Cabe pensar, entonces, en un proceso de minimización, o incluso de

negación, consciente o inconsciente que bloquea a la familia y la protege de eventuales peligros que para la continuidad del sistema relacional traería la aceptación del problema.

5.2. Reacciones al descubrirlo y posteriores

Las primeras reacciones consecuentes al descubrimiento suponen una ruptura total y una negativa a aceptar las responsabilidades derivadas del problema, justificando esta postura mediante la ignorancia, la incapacidad, el miedo o la turbación.

Una vez que se aceptan estas responsabilidades, las reacciones de la familia cambian drásticamente de signo y se orientan hacia el establecimiento de una intensa unión entre los miembros restantes o hacia la adopción de actitudes rígidas del tipo "esto no lo queremos en casa, vete fuera".

5.3. Medidas adoptadas

Hemos observado que, debido a la poca información que las familias tienen sobre asistencia especializada, la primera solución que ensayan es acudir a los servicios primarios de atención. En ellos normalmente da comienzo un rosario de tratamientos y de profesionales que ofrecen soluciones intermedias y, por desgracia, poco eficaces (metadona, naltrexona, desintoxicaciones ambulatorias, etc.) seguido de otro proceso que implica el paso por comunidades de variada índole cuya elección viene determinada más por las posibilidades económicas de la familia y la disponibilidad de plazas en los centros que por la idoneidad o no de los mismos en función del caso.

No obstante, es necesario reconocer que de un tiempo a esta parte nos estamos encontrando con una canalización y derivación más adecuada, debido a la labor de dispositivos adecuados a tal efecto como, por ejemplo, los C.A.D., Centros de Salud, etc.

5.4. Sentimientos asociados

Hemos recogido algunas de las respuestas emocionales más frecuentemente ligadas al problema.

Los sentimientos primarios que muestran todas las familias son la angustia por la pérdida del hijo y la impotencia para poder recuperarlo. De esta impotencia fluyen, a su vez, multitud de sentimientos que abarcan desde los deseos de muerte para el hijo hasta celos de la droga, rabia, vivencias de fracaso como padres, etc.

6. Consecuencias relacionales

No entraremos a analizar cómo eran las relaciones anteriores al descubrimiento de la condición de toxicómano del hijo, sino las que se establecen posteriormente al mismo.

A pesar de la complejidad y distorsión con que las familias refieren estas cuestiones creemos ver un patrón común en ellas que evoluciona según tres etapas:

- una primera fase de ruptura y trasvase de culpas hacia un miembro u otro de la pareja.
- otra posterior en que la familia, y sobre todo la pareja, cierra filas en torno al problema y se produce un acuerdo tácito orientado a la adopción de medidas.
- y una tercera de readaptación del sistema, apareciendo el resto de los hijos como fuente de una demanda orientada al cumplimiento de las medidas.

Referencias bibliográficas:

- Cancrini, L. (1982): Quei temerari sulle machine volanti. Nuova Italia Scientifica.
- Kalina, E. (1987): La familia del drogadicto: 15 años de experiencia. Drogalcohol, vol. x, 4, 161-170.
- Kalina, E. (1990): La familia del adicto y otros temas. Nueva Visión.
- Rodríguez, M. y Sanz, M. R. (1987): Estudio sobre drogadicción: una aproximación a la estructura familiar del toxicómano. Clínica y Análisis grupal, vol. x, n°3, 101-109.
- Rodríguez, M. y Sanz, M. R. (1989): Modelo de entrevista con familia de toxicómanos. Cuadernos de terapia familiar, año 3, n°2, 5-19.
- Soriano Mompó, F. (1985): Psicoterapia familiar con drogodependientes. Drogalcohol, vol. x, n°3, 101-109.
- Stanton, M. D. y Todd, T. C. (1988): Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas. Gedisa.

II4

EVALUACIÓN

3.4 Estudio psicopatológico a drogodependientes mediante escala de PAI

Un estudio preliminar a través del Personality Assessment Inventory (PAI)

Rafael Ga utier

Médico psicoterapeuta de Instituto Spiral

Introducción.

1. Descripción del PAI.

2. Método.

3. Resultados.

3.1. Resultados de las variables clínicas.

3.2. Escalas de consideración terapéutica.

3.3. Escalas Interpersonales.

3.4. Resultados de las Subescalas Clínicas.

3.5. Subescalas de consideración terapéutica.

4. Comentario de los Resultados.

Bibliografía Consultada.

II4

Estudio psicopatológico a drogodependientes mediante escala de PAI

Un estudio preliminar a través del Personality Assesment Inventory (PAI)

Rafael E. Gautier

Médico Psicoterapeuta de Instituto Spiral

INTRODUCCIÓN

Este trabajo intenta ampliar y clarificar conceptos psicopatológicos en el complejo proceso de la toxicomanía. Es bien sabido que, como dice Rodríguez Piedrabuena, se recarga demasiado el peso de las circunstancias sociales, económicas, de marginación y de paro como origen y causa de las adicciones a drogas. Pero no es menos cierto que la validez de estos factores, aún sin dejar de tomarlos en cuenta por su demostrada acción, es parcial y poco útil a la hora de analizarlos independientemente como base descriptiva y explicativa de la enfermedad en cuestión. Aspectos nucleares que conforman la personalidad misma del sujeto deben analizarse en toda su extensión, como, por ejemplo, la propia necesidad de búsqueda e integración del sí mismo (self) y la vital necesidad adaptativa a un sistema (micro y macro) que le impulsa a "consumir" lo deseado por lo deseado o por lo necesitado, o ambos.

Concretamente en la toxicomanía nos encontramos con un proceso que incluye muchos aspectos básicos interrelacionados. Estos no dejan de ser acápites que individualmente estudiados traducen una complejidad intrínseca, dada su extensión y su difícil diferenciación. Así, por ejemplo, el intrincado compendio de la autoestima y su relación con el narcisismo, las fases adaptativas que cursan los sujetos en la toxicomanía, los diversos modos psicopatológicos evaluados en un mismo sujeto según sus características previas, su tipo de consumo, su nivel evolutivo y estructural de la personalidad y sus fluctuaciones caracteriales, suponen una clara visión de la extensión y complejidad del sujeto mismo y su relación con la sustancia de la que depende.

De ahí que la mayoría de los autores dedicados al estudio de la psicopatología en las adicciones muestren una clara precaución a la hora de definir clínicamente al sujeto toxicómano: "es imposible definir un tipo de personalidad específica de la conducta toxicómana"

Sin embargo, se han postulado fallas estructurales comunes en la gran mayoría de sujetos toxicómanos, aquello que Balint denominó la "falla básica". Aún así, esta falta es compartida por varios tipos de pacientes que no presentan trastornos por abuso y/o dependencia de sustancias, por lo que la llamada "falla básica" queda dispersa y compartida, dejando evidentemente de ser patognomónica de las adicciones.

De este modo, el sujeto toxicómano se permite el lujo de darse a conocer como un ente clínico diferenciado; como una compleja maraña interrelacionada de varias entidades y rasgos psicopatológicos. En este sentido, no es difícil entender por qué en muchos estudios retrospectivos (remítase a la bibliografía) los autores se ceñían a una postura de inmadurez científica, dada la novedad del precepto. Simplemente, no se podía definir al sujeto toxicómano.

Esta postura sufrió un cambio radical cuando, a medida que se desarrollaban los nuevos y más precisos procesos de diagnóstico basados en reconceptualizaciones de clásicas teorías y emergentes marcos ideológicos, surgió el concepto borderline (límitrofe). En su

inicio, el concepto psicopatológico incluía, a modo de cajón de sastre, a aquellos pacientes que no encajaban dentro de la psicosis ni dentro de la neurosis. Con el estudio consecuente del término y de su representación epistemológica de una manera más honesta y precisa, los años de investigación dieron como resultado la llamada organización borderline de la personalidad, establecida por Kernberg, quien empezó a describirla desde un punto de vista estructural. A partir de este arranque ideológico y descriptivo clínico, otros autores (remítase a la bibliografía) han aunado esfuerzos con el fin de aclarar y tratar el llamado paciente borderline. Los resultados han sido en muchos casos exitosos y en otros complejos y poco útiles. En el caso concreto del sujeto toxicómano, en mi propia experiencia, el sujeto adicto a drogas en la mayoría de los casos posee o bien una estructura borderline evidentemente previa al trastorno toxicológico, o bien presenta abundantes rasgos de trastorno borderline de la personalidad, sin olvidar que el llamado trastorno antisocial de la personalidad está presente, aunque bien podría tratarse de una "prolongación" o una variante sindrómica del trastorno borderline.

De esta manera, el estudio persigue, sin pretender la consecución demostrativa de una afirmación categórica, corroborar la hipótesis clínica planteada, partiendo del supuesto de que bajo el síntoma toxicofilico, y por tanto de la toxicomanía en sí, se encuentra una estructura borderline de la personalidad, o su variante sindrómica (el TAP).

1. DESCRIPCIÓN DEL PAI

Propósito

Provee una valoración comprensiva de la psicopatología adulta. Sugerido para edades de 18 años a adultez. Administración: preferiblemente individual, aunque con una buena supervisión se puede realizar en grupo (recomendable no más de 8 sujetos). Tiempo de aplicación: 50-60 minutos.

El Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI) es un inventario objetivo de la personalidad adulta diseñado para valorar los diversos síndromes psicopatológicos. Provee información relevante a la diagnosis clínica, plan de tratamiento y búsqueda de psicopatología.

El inventario contiene 344 ítems (preguntas) que constituyen 22 escalas completas independientes. Dichas escalas fueron seleccionadas para cubrir los constructos más relevantes de un amplio abanico de trastornos mentales; incluyen 4 escalas de validez, 11 escalas clínicas, 5 escalas de tratamiento y 2 escalas interpersonales. Para facilitar la interpretación y cubrir el rango amplio de constructos clínicos, 10 de las escalas contienen subescalas conceptualmente derivadas de estas.

Los sujetos con un nivel de escritura y lectura de nivel bajo-medio pueden completar el test en menos de una hora. Los mismos puntúan cada uno de los 344 ítems (contenidos en el cuadernillo llamado "tasa de inventario de la personalidad") sobre una escala de cuatro puntos que oscilan desde absolutamente falso, hasta muy cierto, señalando sus respuestas sobre una hoja de registro. Esta hoja de registro tiene otra página debajo donde las respuestas ya se traducen en puntuaciones T, por lo que el examinador necesitará solamente de unos 15 a 20 minutos para valorar todas las escalas y subescalas del PAI.

Los formularios de perfiles de adultos y adolescentes (PAI Profile Forms) permiten una rápida traslación de las puntuaciones brutas a puntuaciones T, y así visualizar en globalidad los resultados, para la consecución de su interpretación. Este formulario lleva también impresa una línea azul demarcadora de la distribución de las valoraciones (puntuaciones) de una amplia muestra de casos clínicos. Esto facilita la comparación de la valoración de un sujeto con aquellas de la muestra normativa.

El formulario de Ítems críticos presenta 27 ítems de importancia clínica inmediata. Distribuidas a través de 7 áreas de contenidos, dichos ítems sugieren la existencia de comportamiento o psicopatología que podría demandar una atención inmediata. Estas categorías se han identificado como críticas según dos criterios fundamentales: indicación de una crítica potencial y bajo nivel de recursos en sujetos normales. Este formulario además, ha sido diseñado para facilitar la secuencia del cuestionamiento, así como provee de un espacio para anotar los comentarios de los examinados con respecto a su adaptabilidad y respaldo al test.

Confiabilidad / Validez

La confiabilidad y validez está basada en múltiples estudios sobre los datos de tres muestras:

- una muestra normativa censal de 1000 sujetos adultos (cotejados según género, raza y edad),
- una muestra de 1246 pacientes de 69 instituciones clínicas.
- una muestra de 1051 estudiantes preuniversitarios.

Dado que el PAI se normalizó para adultos en una diversidad clínica y comunitaria, los perfiles se pueden comparar tanto con poblaciones normales como clínicas. Además, se ofrece una tabla de combinación normativa de sexos.

El manual (original en inglés) contiene datos normativos para adultos viejos y para población negra (válido más para poblaciones anglosajonas). La confiabilidad de la consistencia interna del PAI tiene un alto grado de la misma a través de las muestras seleccionadas en períodos de 2 a 4 semanas. Los estudios de validez demuestran una convergencia y validez discriminatoria de las escalas del PAI con más de 50 medidas para psicopatología.

Interpretación de los Resultados

Para facilitar la interpretación relativa a la estandarización de la muestra de 1000 adultos, las puntuaciones brutas de las escalas y subescalas del PAI se transforman en puntuaciones Típicas (T). Estas puntuaciones tienen una media de 50 y una desviación estándar de 10, de manera que las valoraciones T que oscilen por encima de 50 están situadas en la media en comparación a los sujetos de la muestra normalizada. Por tanto, las valoraciones T mayores o iguales a 70 (2 desviaciones estándar por encima de la media) inmediatamente nos llamará la atención por su desviación de las respuestas típicas de los adultos en la muestra normativa.

Modo de Aplicación e Interpretación

Como regla general, al menos el 95% de las respuestas deben completarse; por tanto el test no es válido si se han dejado sin contestar más de 17 preguntas.

Asimismo, si el examinado obtiene una puntuación mayor que desviaciones estándar por encima de la media de la muestra clínica (indicada por la línea azul), el perfil es muy probable que esté seriamente distorsionado o debe considerarse inválido.

Escalas

ICN- Inconsistencia: es una escala empírica derivada que refleja la consistencia en la cual el examinado respondió a los ítems con contenidos similares. Esta escala está compuesta de 10 pares de ítems, cada uno de los cuales tiene un contenido relacionado (preguntas formuladas de manera distinta pero con el mismo fondo).

INF- Infrecuencia: esta escala es útil para identificar aquellos casos donde se presentan dificultades de lectura, descuido, indiferencia, o respuestas aleatorias dadas a través de respuestas inusuales o extrañas.

NIM- Impresión Negativa: esta escala presenta ítems en los cuales

hay una impresión exageradamente desfavorable o presentación de síntomas extremadamente extraños o poco comunes en el sujeto.

PIM- Impresión Positiva: comprende la presentación de una impresión muy favorable o negación de fallas menores.

Escalas Clínicas

SOM- Quejas Somáticas: se encarga de reflejar preocupaciones con respecto al funcionamiento físico o cuestiones de la salud. Esta escala comprende tres subescalas: conversión (SOM-C), somatización (SOM-S) y preocupaciones con la salud (SOM-H).

ANX- Ansiedad: mide características clínicas comunes con la experiencia de ansiedad. El ítem contiene rangos a lo largo de varias características de ansiedad, incluyendo preocupación constante, sentimientos subjetivos de aprehensión y constricción y signos físicos de tensión y estrés. Esta escala está compuesta de tres subescalas que reflejan las tres modalidades más importantes de la expresión de la ansiedad: Cognitiva (ANX-C), Afectiva (ANX-A) y Psicológica (ANX-P).

ARD- Trastornos relacionados con la ansiedad: mide características clínicas de tres áreas diferentes de sintomatología relacionadas con trastornos por ansiedad. Los contenidos de los ítems incluyen miedos específicos relacionados a objetos o situaciones, fobias, pensamientos y comportamientos obsesivo-compulsivos, y experiencias problemáticas relacionadas con un evento traumático. Estos síntomas se distribuyen a lo largo de tres subescalas: Obsesivo-compulsivo (ARD-O), Fobias (ARD-P) y Estrés Traumático (ARD-T).

DEP- depresión: mide aquellas características clínicas comunes al síndrome de la depresión. El contenido del ítem comprende varias características de este síndrome, incluyendo

pesimismo y expectativas negativas, sentimientos subjetivos de infelicidad y apatía y signos físicos de baja energía (vitalidad) y cambios en el sueño y el apetito. Está dividida en tres subescalas que reflejan las tres constelaciones más importantes de la sintomatología depresiva: Cognitiva (DEP-C), Afectiva (DEP-A) y Fisiológica (DEP-P).

MAN- manía: mide elementos de la presentación clínica del sujeto que sugieren hipomanía y manía. El contenido del ítem comprende varias características de estos síndromes, incluyendo humor elevado, expansividad y grandiosidad, niveles aumentados de actividad, e irritabilidad e impaciencia. La escala está dividida en tres subescalas que recogen los tres aspectos más importantes de la manía: nivel de actividad (MAN-A), grandiosidad (MAN-G) e irritabilidad (MAN-I).

PAR- paranoia: mide la fenomenología característica del sujeto paranoide, con respecto tanto a su sintomatología como a su personalidad. El contenido del ítem valora una vugilancia sobre el medio ambiente en búsqueda de daños potenciales y una tendencia al resentimiento. Así mismo el sujeto valora a los demás; de la forma en que él cree que se le trata. La escala está compuesta de tres subescalas que reflejan la postura paranoide: hipervigilancia (PAR-H), persecución (PAR-P) y Resentimiento (PAR-R).

SCZ- esquizofrenia: esta escala fue diseñada para medir un número de diferentes facetas de la esquizofrenia; este acercamiento multifaceta es necesario dado que el trastorno es uno de los más heterogéneos dentro de la clínica. El contenido del ítem incluye creencias y percepciones inusuales; competencia social pobre y anhedonia social e ineficacia y alteraciones en la atención, concentración y procesos asociativos. Cada uno de estos elementos se expresa en cada una de las tres subescalas siguientes: experiencias psicóticas (SCZ-P), retraimiento social (SCZ-S) y trastorno de pensamiento (SCZ-T).

BOR- Características borderline (límitrofes): valora aquellos elementos propios de un trastorno grave de la personalidad. Aunque todos estos elementos son comunes a una gran variedad de trastornos, son parte del trastorno borderline también. El contenido del ítem incluye indicadores de pobre control de las emociones y la rabia, relaciones interpersonales intensas y usualmente combativas, confusión con temas de identidad y autovalía, e impulsividad que usualmente termina en conductas autodestructivas. La escala está compuesta de cuatro subescalas que remiten a los cuatro elementos del síndrome: inestabilidad afectiva (BOR-A), problemas de identidad (BOR-I), relaciones negativas (BOR-N), y autodaño (BOR-S).

ANT- Características antisociales: provee de una valoración de características comportamentales y de personalidad relevantes para el constructo de personalidad antisocial y psicopatía. El contenido del ítem incluye desde indicadores de egocentricidad, audacia y poca empatía hasta ítems indicadores de actitudes y comportamientos antisociales. La escala comprende tres subescalas que abarcan diferentes facetas del síndrome: comportamientos antisociales (ANT-A), egocentricidad (ANT-E) y búsqueda de estímulos (ANT-S).

ALC- Problemas de alcohol: mide los comportamientos y consecuencias relacionadas con la ingesta de alcohol, abuso y dependencia. El contenido del ítem va desde afirmaciones de total abstinencia pasando por el uso frecuente hasta consecuencias severas de beber, pérdida de control, y crisis de abstinencia. Las preguntas se realizan literalmente con respecto al alcohol, por lo que una prominencia de negación a la ingesta puede suprimir las valoraciones de la escala. Si los valores de ALC son muy bajos y hay una elevación del PIM acompañada de una cierta elevación del BOR y/o ANT, debe considerarse indagar más sobre la ingesta. No obstante, en general, un cuestionamiento directo sobre la ingesta será de más ayuda que sacar inferencias indirectas.

DRG- Problemas de drogas: mide aquellas conductas y consecuencias relacionadas con el uso de drogas, abuso y dependencia. El contenido del ítem va desde afirmaciones de total abstinencia, pasando por uso frecuente hasta consecuencias severas del uso. Las preguntas se realizan literalmente sobre el consumo de drogas (tanto prescritas como ilícitas), por lo que podrían darse negaciones y así disminuir la puntuación de esta escala. De la misma forma que con ALC, si la puntuación bruta (raw) es muy baja y hay elevaciones de PIM y ciertas elevaciones de BOR y/o ANT, se debe evaluar la posibilidad del uso de drogas. En general, no obstante, un cuestionamiento directo con respecto a historia de uso de drogas usualmente dará más información que tomar medidas indirectas.

2. MÉTODO

Se escogió aleatoriamente y por disponibilidad de la muestra un grupo de 47 sujetos (18 mujeres y 29 hombres) con una edad media de 25.2 años de cuatro áreas distintas del programa de rehabilitación-reinserción de toxicómanos de la Fundación Instituto Spiral: dos áreas de Comunidad Terapéutica (C.T.), otra de Ciclo Urbano y una tercera de Salud Mental. Dichas áreas son en realidad fases evolutivas terapéuticas que van desde el ingreso cerrado (C.T.), pasando por un régimen semicerrado (C.U.), hasta una fase ambulatoria. La muestra obtenida se escogió de estos distintos niveles dado que queríamos establecer la continuidad/permanencia del supuesto trastorno psicopatológico de base o consecuente. Así, en tres días y bajo estricto control de personal especializado, se aplicó el test a los sujetos escogidos en sus propios lugares de permanencia dentro del programa terapéutico. Posteriormente, los formularios fueron enviados al coordinador del estudio una vez completados por los sujetos. Se procedió luego a su corrección individual.

3. RESULTADOS

Tomando en cuenta que la primera escala a tomar en cuenta es el índice de inconsistencia/fiabilidad (ICN), se procedió a calcularla según establece la norma de corrección para esta escala del test. Así, aunque hubo tres casos (todos de mujeres en C.T.) que se acercaban a la invalidez del test ($n=13$) y esto nos obligaba a considerar cualquier interpretación psicopatológica con cautela, en general la muestra global ofreció un promedio de 8.76 (57T) de ICN, lo que sugiere que todos los formularios fueron completados con un buen índice de confiabilidad. Aún así, para fines estadísticos, se anularon tres cuestionarios (todos pertenecientes a la muestra femenina), por su dudosa elaboración.

La siguiente escala a tomar en consideración fue la de infrecuencia (INF) de las respuestas. El resultado global fue de 5.0 (59T), lo que sugiere que los sujetos respondieron de manera adecuada a los contenidos de las preguntas.

La escala subsecuente, Impresión Negativa (NIM), fue de particular importancia inicial, ya que esperábamos que los sujetos intentasen brindar una impresión negativa de sí mismos con el fin de obtener beneficios secundarios. Lo mismo esperábamos de la siguiente escala a valorar: la Impresión Positiva (PIM). Salvo dos casos aislados, los cuales comentaremos en la revisión individual de los casos, la NIM global fue de 4.80 (60T) lo que sugiere que los sujetos no intentaron presentar una impresión más negativa que la que el cuadro clínico garantizaría. Así mismo la HM global fue de 9.88 (38T) lo que traduce que los sujetos no intentaron ofrecer una impresión demasiado favorable de sí mismos al completar el test.

3.1 Resultados de las Variables Clínicas

Las diferentes escalas clínicas (11 en total) están compuestas, tal y como se ha descrito anteriormente, de tres subescalas, a excepción de la escala BOR que consta de cuatro. Las distintas oscilaciones en las subescalas en los protocolos de la muestra nos brindan una aproximación más concreta de la patología que aparece, señalando el grado de intensidad y la esfera (sea cognitiva, afectiva o física) de la misma. De la misma manera, en algunas escalas se abordan otras esferas o "espacios" psicológicos donde la patología adquiere mayor importancia o prevalencia. A continuación enumeramos con sus respectivos valores cada una de las escalas y su preponderancia en sus específicas subescalas.

Quejas Somáticas (SOM)

Esta escala, dentro de su valoración global; es decir, ponderando las tres subescalas que la conforman, obtuvo una puntuación total bruta de 19.68 (56T), lo que sugiere ausencia de patología con implicaciones somáticas.

Ansiedad (ANX)

La escala de ANX obtuvo una puntuación general de 30.93 (63T), lo que según las interpretaciones del PAI sugiere un cierto grado de sensación de estrés y preocupación, un aumento de la sensibilidad y de la emocionalidad, sin llegar a constituir un síndrome donde prevalezca la ansiedad.

Trastornos Relacionados con la Ansiedad (ARD)

Como se ha mencionado, esta escala mide características clínicas de tres áreas diferentes de sintomatología relacionada con trastornos de ansiedad, que incluyen miedos específicos a objetos o situaciones, fobias, pensamientos y comportamientos obsesivo-compulsivos y experiencias problemáticas relacionadas con eventos traumáticos. La valoración global de la muestra escogida en esta escala fue de 31.52 (65T), lo que sugiere que los sujetos de la muestra presentaban miedos o preocupaciones concretas y poca confianza en sí mismos.

Depresión (DEP)

La valoración global de la DEP fue de 23.70 (60T) lo que traduce que los sujetos de la muestra se mostraron infelices, dubitativos, pesimistas y sensibles, sin llegar a manifestar un síndrome clínico depresivo.

Manía (MAN)

Esta escala tuvo una valoración global en la muestra escogida de 31.13 (59T), lo que significa que los sujetos se mostraron activos, ambiciosos y moderadamente impacientes y hostiles.

Paranoia (PAR)

La escala PAR obtuvo una puntuación bruta total de 28.36 (61T) que traduce una postura escéptica y de rigidez mental, sin llegar a presentar el grado extremo de un proceso paranoide.

Esquizofrenia (SCZ)

Esta escala obtuvo una puntuación global de 26.00 (65T), lo que sugiere que los sujetos de la muestra fueron poco convencionales, aparentemente vacíos y poco afectivos, sin llegar a ofrecer una sintomatología coherente con un trastorno esquizofrénico ni sus modalidades.

Características Borderline (BOR)

Esta escala logró una puntuación global de 39.34 (71T), lo que sugiere que los sujetos de la muestra son impulsivos y emocionalmente lábiles, se sienten malinterpretados por lo demás (los cuales tienen la sensación de estar ante sujetos egocéntricos) y con una dificultad moderada para mantener relaciones afectivas estables. Tienden a ser rabiosos y suspicaces al tiempo que presentan ansiedad y se ven necesitados, haciéndoles sujetos bastante ambivalentes con respecto a las interacciones con los demás. No obstante, esta puntuación no necesariamente sugiere un diagnóstico de trastorno borderline de la personalidad, ya que para que sea así, las cuatro subescalas deben estar altas. Además, estas características son compartidas por otros trastornos.

Características Antisociales (ANT)

La escala ANT obtuvo una puntuación global de 35.54 (74T), lo que sugiere que los sujetos son impulsivos y hostiles y pueden presentar historia de conductas antisociales. Son percibidos por los demás como explotadores en sus relaciones afectivas y tienen pocas amistades duraderas. Esta puntuación no cumple los criterios de trastorno antisocial de la personalidad, aunque se acerca.

Problemas relacionados con el Alcohol (ALC)

Esta escala obtuvo una puntuación bruta global de 15.09 (68T) lo que sugiere que los sujetos de la muestra han consumido alcohol de manera regular y esta ingesta les ha provocado problemas, así como reacciones adversas de posibles intoxicaciones.

Problemas relacionados con el uso de Drogas (DRG)

La DRG obtuvo, como era de esperar por las características de la muestra escogida, una puntuación global bruta de 23.93 (90T), por lo que todos los sujetos cumplen los criterios de dependencia de drogas. Además, esta puntuación es propia de sujetos que están sometidos a programas de tratamiento por el diagnóstico indicado. Sin embargo, esta puntuación no está asociada a un grado extremo de dependencia, donde el sujeto no pueda de ninguna manera abandonar la dependencia.

3.2 Escalas de Consideración Terapéutica Agresión (AGG)

Esta escala obtuvo una puntuación global de 26.13 (63T) lo que sugiere que los sujetos eran impacientes, irritables y susceptibles. También pueden presentar accesos de rabia cuando son presionados por los demás.

Ideación Suicida (SU!)

La puntuación global de esta escala fue de 9.22 (62T), lo que refleja que los sujetos de la muestra presentan pensamientos periódicos y transitorios sobre el suicidio y son pesimistas con respecto a los proyectos de futuro.

Estrés (STR)

La puntuación general de la STR fue de 12.31 (64T), indicativa de que los sujetos de la muestra experimentan un grado moderado de estrés como resultado de dificultades en algún área prevalente de su vida.

Falta de Apoyo (NON)

La escala de NON obtuvo una puntuación global bruta de 8.70 (61T), lo que sugiere que los sujetos de la muestra tienen pocas amistades o pueden estar insatisfechos con la naturaleza de estas relaciones interpersonales.

Reticencia al Tratamiento (RXR)

Los sujetos de la muestra obtuvieron una puntuación de RXR de 7.27 (35T), lo que indica que los mismos eran conscientes de tener dificultades importantes en su funcionamiento y de necesidad urgente de ayuda para manejar estos problemas.

3.3. Escalas Interpersonales

Dominio (DOM)

La escala DOM obtuvo una puntuación global de 17.77 (44T), lo que sugiere que se trata de sujetos más bien modestos y aislados. Tienden a ser conscientes de su postura ante las relaciones sociales y probablemente no son capaces de ser especialmente asertivos. Es muy posible que no se sientan cómodos cuando son el centro de atención.

Calidez/empatía (WRM)

La muestra en cuestión obtuvo una puntuación global en la WRM de 19.79 (42T), lo que indica que son sujetos que tienden a ser distantes en sus relaciones con los demás. No invierten demasiado esfuerzo en hacer duraderas sus relaciones afectivas y la mayoría de las relaciones sociales se viven sin mucho entusiasmo. Los demás pueden percibir a estos sujetos como poco simpáticos. Estos sujetos están usualmente menos preocupados por la opinión de los demás que el resto de las personas.

3.4. Resultados de las Subescalas Clínicas

Dentro de las escalas descritas anteriormente, las clínicas poseen subescalas. Las puntuaciones de las mismas fueron prevalentes en las siguientes:

La **SOM-C** fue alta en 5 sujetos de la muestra (11.36%), cuatro hombres y una mujer, lo que indica que estos sujetos experimentaron trastornos funcionales debido a síntomas asociados con disfunciones sensoriales o motoras.

La **SOM-S** fue alta en un sujeto de la muestra (2.27%), hombre, lo que sugiere que este sujeto refería la ocurrencia frecuente de varios síntomas físicos (p.e., cefaleas, dolores estomacales, etc.) y quejas vagas sobre una salud enfermiza y fatiga.

La **SOM-H** fue alta en tres sujetos de la muestra (6.81%), todos varones, lo que indica que estaban típicamente preocupados por su estado de salud y problemas físicos. Usualmente, los temas de conversación tienen que ver con cuestiones sobre la salud o enfermedad, básicamente sobre sus problemas de salud y su autoimágen está bastante influenciada por creencias de que están incapacitados por su pobre salud.

Un caso de los anteriores cumplió los criterios de trastorno por somatización (varón) al elevarse las tres subescalas descritas.

La **ANX-C** fue alta en nueve sujetos de la muestra (20.45%), cinco hombres y cuatro mujeres, indicando una prominente preocupación con respecto a cuestiones importantes de su vida actual. Dichas preocupaciones están presentes hasta el grado de comprometer significativamente su habilidad para la concentración y la atención. Presentan además una preocupación excesiva en ocasiones que no pueden controlar.

La ANX-A fue alta en ocho sujetos de la muestra (18.18%), cinco hombres y tres mujeres, sugiriendo que estos sujetos experimentan un alto grado de tensión, dificultad en relajarse y presentan fatiga como consecuencia de la percepción aumentada de estrés.

La ANX-P fue alta en once sujetos de la muestra (25.0%), cuatro hombres y ocho mujeres, lo que indica que tienden a expresar el estrés de forma somática. Usualmente manifiestan signos físicos de tensión y estrés, tal y como palmas sudorosas, quejas de arritmias y dificultad de respirar.

De esta muestra, seis sujetos (13.63%) cumplieron los criterios para trastorno de ansiedad, dada la elevación de las tres subescalas.

La **ARD-O** fue elevada en dos sujetos de la muestra (4.54%), todos hombres, indicando que éstos tienden a ser muy rígidos y siguen sus propias guías personales para conducirse de una manera inflexible. Los demás perciben a estos sujetos como perfeccionistas y constrictivos. Su excesiva atención a los detalles usualmente inhiben la toma de decisiones, dejándole incapaces de percibir la gran importancia de las decisiones en sí. Los cambios de las rutinas, eventos inesperados e informaciones contradictorias usualmente generan estrés. Pueden sentir miedo de sus propios impulsos y dudan sobre su capacidad para controlarlos.

La ARD-P fue alta en tres sujetos de la muestra (6.81%), todos hombres, sugiriendo que es muy probable que en estos sujetos existan comportamientos fóbicos que interfieran de manera significativa en algún área de su vida. Tales personas tienden a prestar atención a su entorno de manera fantasiosamente irrealista para evitar mantener contacto con el objeto fóbico, y esta actividad constriñe sus actividades vitales. Es más probable que con las puntuaciones obtenidas (no muy altas) estos sujetos tengan una fobia simple.

La ARD-T fue elevada en nueve sujetos de la muestra (20.45%), cuatro hombres y cinco mujeres, lo que implica que estos sujetos han vivenciado experiencias traumáticas en una etapa temprana de su vida que les sigue estresando en la actualidad. Usualmente refieren que el evento traumático les ha modificado en cierta manera su vida.

Tres de los sujetos de la muestra anterior (todos hombres) compartían elevaciones de ARD-P y ARD-T.

La DEP-C fue alta en seis sujetos de la muestra (13.63%), cuatro hombres y dos mujeres, lo que indica que estas personas referían pensamientos de invalidez personal, desesperanza y fallo personal. También podrían presentar dificultades en la concentración.

La DEP-A fue elevada en ocho sujetos de la muestra (18.18%), seis hombres y dos mujeres), indicando la presencia de tristeza y pérdida del interés sobre actividades cotidianas que antes eran halagüeñas.

La DEP-P fue alta en un sujeto de la muestra total (2.27%), indicando la tendencia a expresar la depresión de forma somática. Acusan estos sujetos una disminución del funcionamiento físico, de actividad y de energía. Es muy probable que presenten trastornos del sueño, disminución del interés sexual y pérdida del apetito y/o pérdida de peso.

Un sujeto (hombre) cumplió los criterios de depresión mayor a elevarse las tres subescalas DEP.

Cinco sujetos (cuatro hombres y uno mujer) compartieron elevaciones del DEP-C y del DEP-A.

La MAN-A fue elevada en cuatro sujetos (13.63%) de la muestra, tres hombres y una mujer, indicando un nivel de actividad alto de energía según los demás. Pueden estar envueltos en una gran variedad de actividades de manera hasta cierto punto desorganizada y pueden experimentar procesos de pensamiento acelerado.

La MAN-G se elevó en dos sujetos de la muestra (4.54%), todos hombres, reflejando un contenido de pensamiento de autoestima sobrevalorada, expansividad o grandiosidad, oscilando entre creencias de tener niveles altos de destrezas comunes a creencias que bordean el delirio, en términos de tener algo especial y talentos únicos que le llevarán a la fama y la fortuna.

La MAN-I fue alta en dos sujetos de la muestra (4.54%), un hombre y una mujer), indicando la referencia de que sus relaciones con los demás son tensas debido a su frustración por la inhabilidad o falta de deseo de los demás de adecuarse a sus planes, demandas y posibles ideas irreales. En este caso, la irritabilidad puede resultar en acusaciones paranoides.

Un sujeto (hombre) de la muestra anterior compartió elevaciones de la MAN-A y MAN-G y otro sujeto (hombre) compartió elevaciones de MAN-A y MAN-I.

La **PAR-H** fue elevada en cinco sujetos de la muestra (11.36%), dos hombres y tres mujeres, evidenciando que estas personas están constantemente examinando su entorno en búsqueda de la evidencia de que los demás están intentando hacerles daño o desacreditarles de manera extraña o poco común. Usualmente pueden cuestionar y desconfiar de los motivos de aquellos que les rodean sin tomar en cuenta la naturaleza de la historia de la relación en cuestión.

La PAR-P fue alta en dos sujetos de la muestra total (4.54%), un hombre y una mujer, reflejando que estas personas sienten que están continuamente perseguidos por los demás y que existe una preocupación excesiva de los demás sobre ellos con la finalidad de amainar sus intereses.

La PAR-R se elevó en dos sujetos (4.54%), todas mujeres, indicando que son sujetos muy sensibles y susceptibles ante cualquier crítica de los demás. Se inclinan a atribuir el éxito de los demás a la suerte y a culpar a los demás de sus desgracias. Tienen por tanto, a ser muy envidiosos y no ayudan a los demás en la consecución de metas y proyectos.

Dos sujetos (hombres) de la muestra anterior compartieron elevaciones de PAR-H y PAR-P, uno (mujer) de PAR-H y PAR-R y otro (mujer) cumplieron los criterios de trastorno paranoide dada las elevaciones de las tres subescalas.

La SCZ-P fue elevada en ocho sujetos de la muestra (18.18%), cuatro hombres y cuatro mujeres, indicando que estos sujetos experimentaron percepciones inusuales y sensaciones extrañas, pensamiento mágico y/u otras ideas poco comunes que podrían evidenciar creencias delirantes.

La SCZ-S fue alta en cuatro sujetos de la muestra (9.09%), dos hombres y dos mujeres, sugiriendo un aislamiento social y carencia de relaciones (o muy pocas) afectivas cálidas y cercanas. Su aislamiento social les sirve para disminuir la sensación de incomodidad que los contactos interpersonales les produce.

La SCZ-T fue elevada en once sujetos de la muestra (25.0%), siete hombres y cuatro mujeres, indicando que el pensamiento de estos sujetos es muy probable que esté marcado por la confusión y por dificultades en la concentración.

Cinco sujetos de la muestra anterior (cuatro hombres y una mujer) presentaron una elevación compartida de SCZ-P y SCZ-T y cuatro sujetos (dos hombres y dos mujeres) elevaciones de SCZ-S y SCZ-T.

La BOR-A fue alta en diecisiete sujetos de la muestra (38.63%), trece hombres y cuatro mujeres, indicando que éstos muestran una gran inestabilidad emocional; típicamente manifiestan rápidos y extremos cambios de humor. Tienden a sufrir episodios de rabia pobremente controlada.

La **BOR-I** estuvo elevada en dieciocho sujetos de la muestra (40.90%), doce hombres y seis mujeres, indicando problemas en la identidad. Estas personas tienden a ser inseguros en cuestiones vitales y tienen poca iniciativa. Se describen a sí mismos como vacíos, aburridos o parcialmente satisfechos.

La **BOR-N** se elevó en nueve sujetos (20.45%) de la muestra, cinco hombres y cuatro mujeres, indicando que en este grupo los sujetos refieren una historia de relaciones personales ambivalentes e inestables. Usualmente se han sentido resentidos y traicionados por aquellas personas que en su momento fueron cercanas a ellos.

La **BOR-S** fue alta en diecisiete sujetos de la muestra (38.63%), once hombres y seis mujeres, indicando que éstos son impulsivos en áreas con un gran potencial de consecuencias negativas: sexo, abuso de sustancias, consumismo, etc. Tal comportamiento interfiere típicamente con el funcionamiento social y/o laboral.

Seis sujetos de la muestra anterior (tres hombres y tres mujeres) cumplieron los criterios de trastorno borderline de la personalidad, dada la elevación de las cuatro subescalas. Tres sujetos (todos hombres) tuvieron elevaciones compartidas de BOR-A y BOR-I. En un sujeto (hombre) hubo una elevación compartida de BOR-A, BOR-I y BOR-N. Dos sujetos (un hombre y una mujer) dieron alta puntuación en BOR-A y BOR-S. Cinco sujetos (todos hombres) tuvieron elevaciones compartidas de BOR-A y BOR-S. Cinco sujetos (cuatro hombres y una mujer) tuvieron una elevación compartida de BOR-I y BOR-S.

La **ANT-A** fue alta en veintiún sujetos de la muestra total (47.72%), dieciséis hombres y cinco mujeres, indicando que estas personas tienen historia de actos antisociales y usualmente han tenido trastornos de conducta durante la adolescencia. Han podido estar envueltos en situaciones ilegales o actos criminales, destrucción de la propiedad, y agresión física hacia los demás.

La **ANTE** se elevó en veintiséis sujetos de la muestra (59.09%), diecisiete hombres y nueve mujeres, indicando que éstos tienden a ser egocéntricos, dando muy poca atención a las opiniones de los demás. En su deseo de satisfacer sus propias necesidades e impulsos, utilizan a los demás, incluso a aquellos que son cercanos a ellos. Sienten poca responsabilidad ante la propiedad de los otros. Aunque estos sujetos pueden sentir culpa por situaciones cometidas en el pasado, no son muy dados a sentir remordimiento.

La ANT-S fue alta en diecisiete sujetos de la muestra (38.63%), nueve hombres y ocho mujeres, indicando un comportamiento arriesgado y potencialmente peligroso hacia sí mismos o hacia los demás. Buscan continuamente la excitación y la estimulación y se aburren con mucha facilidad con la rutina.

Doce sujetos (siete hombres y cinco mujeres) de la muestra anterior cumplieron los criterios de trastorno antisocial de la personalidad, dado que se elevaron las tres subescalas descritas. Cuatro sujetos (dos hombres y dos mujeres) presentaron elevación compartida de ANT-A y ANT-E. Un sujeto (mujer) tuvo una elevación compartida de ANT-E y ANT-S.

3.5. Subescalas de consideración Terapéutica

La AGG-A se elevó en seis sujetos de la muestra global (13.66%), cinco hombres y una mujer, indicando que los mismos son personas que se molestan fácilmente, refiriendo que tienen poco control sobre la expresión de su rabia, siendo percibidos por los demás como hostiles y fácilmente irritables.

La AGG-V fue alta en cinco sujetos de la muestra (11.36%), dos hombres y tres mujeres, indicando que éstos no se intimidan ante la confrontación y tienden a ser verbalmente agresivos (críticos, insultantes o amenazantes con la palabra) con poca provocación. Demuestran su agresión tan pronto la sienten.

La AGG-P fue elevada en doce sujetos de la muestra (27.27%), ocho hombres y cuatro mujeres, sugiriendo que éstos son tendientes a la demostración de su agresión a través de lo físico, incluyendo daño a la propiedad, peleas físicas y amenazas violentas. Es muy probable que los de su alrededor estén intimidados por su temperamento y por su potencial de violencia.

Dos sujetos de la muestra anterior (un hombre y una mujer) presentaron una elevación de las tres subescalas, considerándoles como personas de gran riesgo de violencia, abrupta y descontrolada. Dos sujetos (hombres) tuvieron una elevación compartida de AGG-A y AGG-P. Cuatro sujetos (un hombre y tres mujeres) tuvieron una elevación compartida de AGG-V y AGG-P.

4. COMENTARIO DE LOS RESULTADOS

Partiendo de la hipótesis inicial, esto es, la presencia de trastornos borderline de la personalidad su variante sindrómica, el trastorno antisocial de la personalidad, podemos observar como en el estudio descrito la mayoría de los sujetos de la muestra presentan bien subescalas elevadas de estos trastornos, o bien presentan de hecho los trastornos. Esta afirmación se puede corroborar con el hecho estadístico de que el 13.63% de la muestra cumplieron los criterios diagnósticos para el trastorno borderline de la personalidad. Así mismo, el 27.27% obtuvo un diagnóstico clínico de trastorno antisocial de la personalidad. Si unimos ambas patologías indicadoras de patología estructural de la personalidad, el resultado asciende a un 41% de la muestra, indicando que casi la mitad de los sujetos estudiados presentaban algún trastorno de personalidad en el momento de su valoración. Evidentemente, aunque no podríamos señalar la presencia anterior de estos trastornos en los sujetos, bien es sabido que los mismos tienen una prevalencia temporal bastante alta, y además usualmente se identifican como etiológicamente tempranos en su desarrollo. Estos hallazgos se toman en cuenta sólo en aquellos sujetos que cumplieron los criterios en su totalidad, es decir, en las elevaciones de todas las subescalas correspondientes a los trastornos. La subescala independiente que más alta puntuación obtuvo fue la ANT-E con 26 de frecuencia, cuya interpretación se describe al inicio de este estudio. Le sigue la ANT-A con 21 puntos de frecuencia y finalmente las BOR-A y la BOR-S con 17 ambas. Esto supone una vez más que, sin padecer una patología franca, la mayoría de los sujetos presentaron elevaciones (rasgos) psicopatológicos correspondientes a los trastornos antisocial y borderline.

Las restantes subescalas carecen de importancia para este estudio, dado que sus elevaciones son aisladas y pueden perfectamente compartirse en los trastornos descritos.

En cuanto a las escalas de consideración terapéutica, observamos que la prevalencia de la agresividad es bastante marcada. Las subescalas de AGG pueden perfectamente incluirse como manifestantes clínicos y rasgos psicopatológicos de los trastornos descritos. La presencia de estrés y las restantes escalas ya han sido descritas y comentadas.

Finalmente, es necesaria la consecución de más estudios de este tipo, ya que a pesar de ser una muestra bastante fiable para la obtención de resultados certeros, creemos conveniente ampliar la misma.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Annis, H.M. (1990). Relapse to substance abuse: Empirical findings within a cognitive-social learning approach. *J. Psychoactive drugs*, 22: 117-124.
- Baekland, F., y Lundwald, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82 (5), 738-783.
- Bale, R.N., Cabrera, S., y Brown, J. (1977). Follow up evaluation of drug treatment. *American Journal Drug Alcohol Abuse*, 4, 233-249.
- Bale, N.R., (1980) Therapeutic Community vs Methadone Maintenance. A Prospective Controlled Study of Narcotic Addiction Treatment Design and One Year Follow-up. *Archives General of Psychiatri*, 37, Febrero.
- Barton, E. (1986). Approaches to treatment and coping with AIDS in a therapeutic Community. Paper presented at the world conference of TC's at Elkistuna Sweden.
- Baker, L.A., Galea, R.P., Lewis, B.F., y Paolantonio, P., (1989). Relapse prevention training for drug abusers. Special Issue: Relapse: Conceptual, research and clinical perspectives. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 2 (2), 173-192.
- Baker, T.B., Morse, E. y Sherman, J.E. (1989). The motivation to use drugs: A Psychobiological analysis of urges. In P.C. Rivers (ed.), *Nebraska Symposium on Motivation: Alcohol and addictive behavior*. Lincoln: University of Nebraska Press, 257-322.
- Berger, H., y Smith, M.J. (1978). Voluntary versus prescribed termination of methadone maintenance. *British Journal of Addiction*, 73, 178-180.
- Craig, R.J. (1984a). Can personality tests predict treatment dropouts?. *The international journal of the addictions*, 19 (6), 665-674.

- Craig, R.J. (1984b). Personality dimensions related to premature termination from an inpatient drug abuse treatment program. *Journal of clinical psychology*, 40, 351-355.
- Craig, R.J. (1985). Reducing the treatment drop out rate in drug abuse programs. *Journal of substance abuse treatment*, 2, 209-219
- .
- Craig, R.J., y Olson, R.E. (1988). Differences in psychological need hierarchy between Program completers and dropouts from a drug abuse treatment program. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 14 (1), 89-96.
- Craig, R.J., Rogalski, C., y Veltri, D. (1982). Predicting treatment dropouts from a drug abuse rehabilitation program. *The International Journal of the Addictions*, 17 (4), 641-653.
- De Angelis, G.G., McCaslin, F.C., y Ungerleider, J.T. (1979). Drug use and employment patterns before and during treatment. *The International Journal of the Addictions*, 13 (8), 1183-1205.
- DeJong, W. (1994). Relapse prevention: An emerging technology for promoting long-term drug abstinence. *The international Journal of the Addictions*, 29, (6), 681-705.
- De Leon, G. (1973). Phoenix house: Changes in psychopathological signs of resident drug addicts. *Arch. Gen. Psychiatry*, 28, 131-135.
- De Leon, G. (1974). Phoenix house: Psychopathological signs among male and female drug-free residents. *Addictive Disease: an International Journal*, 1 (2), 135-151.
- De Leon, G. (1980). *Therapeutic Communities: Training self-evaluation. Final report of project activities under National Institute on Drug Abuse Grant No. H81-DA01976*, 226 pp.

- De Leon, G. (1984). Social and psychological adjustment of 400 dropouts and 100 graduates from the Phoenix House Therapeutic Community. *The Therapeutic Community: A study of effectiveness*. Rockville Maryland: National Institute on Drug Abuse Treatment, Research Monographic Series.
- De Leon, G. (1988). Legal pressure in Therapeutic Communities. In C.G. Leukefeld, and F.M. Tims (Eds), *Compulsory treatment of drug abuse: Research and clinical practice*, (pp 160-175), New York: National Institute on Drug Abuse.
- De Leon, G. (1989). Retention in drug free therapeutic communities. Paper presented at the National Institute on Drug Abuse (NIDA) RAUS Technical Review Meeting on Improving Drug Abuse Treatment. National Institutes of Health, Bethesda Maryland, August 28-30.
- De Leon, G. (1990-91). Altercare in therapeutic communities. Special Issue: Relapse prevention in substance misuse. *International Journal of the Addictions*, 25 (9A-10A), 1225-1237.
- De Leon, G., y Jainchill, N. (1982). Male and female drug abusers: Social and psychological status 2 years afther treatment in a therapeutic community. *Am. J. drug alcohol abuse*, 8 (4), 465-497.
- De Leon, G., Jainchill, N. (1986). Circumstance, motivation, readiness and suitability as
- De Leon, G., y Rosenthal, M.S. (1979). Therapeutic Community. In R. Dupont, A. Goldstein, and J.O'Donnell (Eds), *Handboock on Drug Abuse*, Washington, DC: National Institute on Drug Abuse.
- De Leon, G., y Schwartz, S. (1984). Therapeutic communities: What are the retention rates?. *American Journal drug alcohol abuse*, 10 (2), 167-284.
- De Leon, G., Wexler, H., y Jainchill, N. (1982). The therapeutic Community: Success and improvement rates 5 years after treatment. *Int. J. of Addict.*, 17 (4), 703-747.

- Des Jarlais, D.C., Joseph, H., y Schmeidler, J. (1983). Predicting post-treatment narcotic use among patients terminating from methadone maintenance. In (Eds.). *Evaluation of Drug Treatment Programs* (pp 57-68). Haworth press.
- Dubinsky, M. (1986). Predictors of appointment non-compliance in community mental health patients. *Community Mental Health Journal*, 22 (2), 142-146.
- Duvall, H.J., Locke B.Z., y Brill, L. (1963). Follow up study of narcotic drug addicts five years after hospitalization. *Public Health Reports*, 78, 185-193.
- Espina, A., García-Martín, E. (1993). Factores pronw up study of narcotic drug addicts five years after hospitalization. *eatAdicciones*, 5 (2), 185-204.
- García, E., Espina, A. Pumar, B., Ayerbe, A. y Santos, A. (1996). La emocidrug addicts five years after hospitalization. *eatment. herapeutic community*. Glaser, F.B. (1974). Splitting: Attriction from a drug-free therapeutic community. *Am. Journal of Drug Alcohol Abuse*, 1, (3), 329-348.
- Gossop, M. (1988). Addiction and after. *Brithis Journal of Psychiatry*, 152, 307-309.
- Gossop, M. (1978). Drug dependence: A study of the relationships between motivational, cognitive, social and hitorical factors, and treatnmet variables. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 166, 44-50.
- Gossop, M., Bradley, B., y Phillips, G.T. (1987). An investigation of withdrawal symptoms shown by opiate addicts during and subsequent to a 21-day in-patient methadone detoxification procedure. *Addictive behaviors*, 12, 1-6.
- Gossop, M., Green, L., Phillips, G., Bradley, B.P. (1989). Lapse, relapse and survival among opiate addicts after treatment: A prospective follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 154, 348-353.

- Gossop, M., Green, L., Phillips, G., Bradley, B. (1990). Factors predicting out-come among opiate addicts after treatment. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 209-216.
- Guardia, J., y González, S. (1983). Estudio de seguimiento (un a predicting out-come among opiRevista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, (10), 357-381.
- Guardia, J., Masip, J., y Viladrich, C. (1987). Estudio de seguimientos de adictos a la heroína a los tres aer treatment. t: A prospective folComunidad y Drogas, 3, 61-79.
- Haastrup, S., y Jepsen, P.W. (1988). Eleven year follow-up of 300 young opioid addicts. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77 (I), 22-26.
- Harb, J.J.J. (1986). El drogadicto y su familia. *Psicopatología*, 6 (4), 364-368.
- Heit, D.S., y Pompei, K.F. (1977). Hypothetical Client retention factors in residential treatment. *Addict. Ther.*, 2 (1).
- Hubbard, L.R., Rachal,V., y Graddock, S.G. (1983). Treatment Outcome Prospective Study (TOPS). Clients characteristics and behaviours before, during and after treatment. En NIDA Drug Abuse Treatment Evaluation: Strategies, Progress and Prospects. NIDA, Research monograph Series.
- Hubbard, R.L., Rachal, J.V., Graddock, J.G., y Cavanaugh, E.R. (1984). Treatment Outcome Prospective Study (TOPS): Client characteristics and behaviors before, during and after treatment. In F.M. Tims, y J.P. Ludford (Eds.), *Drug Abuse Treatment evaluation: strategies, progress and prospects* (pp.42-68). National Institute on Drug Abuse. Research Monograph 51. DHHS Publ. ADM 84-1329.
- Hunt, W.S., Barnett, L.W. y Branch, L.G. (1971). Relapse rates in addiction programs. *Journal of clinical psychology*, 27, 445-456.
- J.A. Rodríguez Piedrabuena: ¿Por qué nos drogamos?. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1996.

- John A. Talbott, Robert E. Halles, Stuart C. Yudofsky: Tratado de Psiquiatría. Ed. Ancora, Barcelona, 1989.
- Joe, G.W. (1976). Studies of retention in treatment of drug users in the DARP: 1969-1971 admissions. S.B. Sells (Ed.) Evaluation of Treatment. Vol. 1, Chap. 18, Ballinger Press, Cambridge, Massachusetts.
- Joe, G.W., Person P.Jr., Sells, S.B., y Retka, R.L. (1972). An evaluative study of methadone and drug free therapies for opiate addiction. IBR Report N° 72-14. S.B. Sells (Ed.) Evaluation of Treatment. Ballinger Press, Cambridge. Massachusetts.
- Joe, G., Singh, B., Lehman, W., Simpson, D., y Sells, S. (1983). Agency differences in post-treatment outcomes: a follow-up of drug abuse treatment clients. *International Journal of Addiction*, 18, 523-538.
- Klingemann, H. (1991). The motivation for change from problem alcohol and heroin use. *British Journal of Addiction*, 86, 727-744.
- Leslie Morey: Personality Assessment Inventory. Psychological Assessment Resources, USA, 1991.
- Leff, J. y Vaughn, C. (1985) Expressed Emotion in families. Its significance for mental illness. The Guilford Press. Nueva York.
- Lehman, E.K.W., y Joe, G.W. (1987). Longitudinal behavior as a predictor of follow-up outcomes for opioid addicts. *Psychology of addictive behaviors*, 3, 173-184.
- Leukefeld, C.G., y Tims, F.M. (1989). Relapse and recovery in drug abuse: Research and practice. *The international journal of the addictions*, 24 (3), 189-201.
- Little, G.L., y Robinson, K.D. (1987). One day dropouts from correctional drug treatment II. *Psychological reports*, 60, 454.

- Ludwig, A.M. (1986). The mystery of craving. *Alcohol Health Res.* 11 (1), 1417.
- Ludwig, A.M.; y Wikler, A (1974). "Craving" and relapse to drink. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 35, 108-130.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavioral change. In P. Davidson and S. Davidson (Eds.), *Behavioral Medicine: Changing Health lifestyles*. New York: Brunner/Mazel, 410-452.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. In G.A. Marlatt, G.A. y J.R. Gordon, J.R. (Eds.). *Relapse prevention* (pp 3-67). New York; The Guilford Press.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E., y O'Brien, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patient. The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 26-33.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E., O'Brien, C.P. y Druley, K.A. (1983). Predicting response to alcohol and drug abuse treatment: Role of psychiatric severity. *Arch. Gen. of Psychiatry*, 40, 620-625.
- McLellan, A.T., Childress, A.R., Griffith, J., y Woody, G.E. (1984). The psychiatrically severe drug abuse patient: Methadone maintenance or therapeutic community?. Levy, N.M., y Tortelli, J.A. (1974). Methadone dropouts in a drug free therapeutic Am. J. drug alcohol abuse, 10 (1), 77-95.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J., Evans, F., Barr, H.L., y O'Brien, C.P. (1985). New data from the Addiction Severity Index. Reliability and validity in three centers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173 (7), 412-423.

- McLellan, A.T., Luborsky, L., O'Brien, C.P., Barr, H.L., y Evans, F. (1986). Alcohol and drug abuse treatment in three different populations: Is there improvement and is it predictable?. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 12 (1 y 2), 101-120.
- Nahas, G.G. (1981). Classification pharmacologique des drogues susceptibles d'être gendrerl'abus. *Bull. Stupefiants.*, 33 (2), 1-17.
- National Institute on Drug Abuse. (1981). Effectiveness of drug abuse treatment program. Department of health and Human Services, Publications n° (ADM) 81-1143.
- Niaura, R.S., Rohsenow, D.J., Binkoff, J.A. Monti, P.M., Pedraza, M., y Abrams, D.B. (1988). Relevance of cue reactivity to understanding alcohol and smoking relapse. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 133-152.
- Nieva, P. (1988) EvoluciP. (1988) al Psychology, 97off, J.A. Monti, P.M., P. Tesis doctoral. UNED. Madrid.
- O'Donell, J.A. (1964). A follow-up of narcotics addicts, morality, relapse and abstinence. *American journal of orthopsychiatry*, 34, 948-954.
- Ochoa, E., Arias, F., Somoza, J.C., Vicente, N. y Jordá, L. (1992). Retenciand abstinence. . Relevance of cue reactivity to understanding alcohol andAdicciones, 4 (3), 207-212.
- Page, R.C., y Mitchell, S. (1988). The effects of two therapeutic communities on illicit drug users between 6 months and 1 year after treatment. *The International Journal of the Addictions*, 23 (6), 591-601.
- Pascual, J.M., Rubio, G., Lf the Addictions, 23of two therapeutic communities on illicit drug users between 6 months and 1 year after treatment. 1 and smoking relapse. is it predictable?.ters. (19Rev. Psiquiátrica Fac. Barna, 16 (1), 3-12.

- Prochaska, J.O. & Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteorético del cambio para conductas adictivas. En Casas, M., Recaídas y prevención del cambio, Sitges. Ediciones en Neurociencias, (pp 85-136) Citran.
- RAFAEL E. GAUTIERCatalano, R.F., Hawkins, J.D., Wells, E.A., y Miller, J.L. (1990-91). Evaluation of the effectiveness of adolescent drug abuse treatment, assessment of risks for relapse, and promising approaches for relapse prevention. Special Issue: Relapse prevention in substance misuse. *International Journal of the Addictions*, 25 (9A-I0A), 1085-1140.
- Robertson, J.R., Bucknall, A.B.V., Skidmore, C.A., Roberts, J.J.K., y Smith, J.H. (1989). Remission and relapse in heroin users and implications for management: Treatment control or risk reduction. *The International Journal of the Addictions*, 24 (3), 229-246.
- Roig-Traver, A. (1988). Posibles repercusiones de la infecirts, J.J.K., y Smith, J.H. (1989). Remission and relapse in heroin users and implications *Rev. Esp. Drogodep.*, 13 (1), 25-40.
- Roldán, G., y Berasategui, A. (1987). Incidencia sobre un grupo de pacientes y el equipo de trabajo del proceso de un paciente de SIDA en Comunidad Terapéutica. Comunicaciobre un grupo de pacientes y el equipo de trabajo del proceso d
- Royo, J. (1990). Estudio de seguimiento de adictos a la heroína dos ae trabajo del proceso de un paciente de SIDA en Comunidad Terapéuticausers and implications for manegeme. Comunicacieguimiento de adictos a la heroína dos ae trabajo del proceso de un paciente-251). Valencia.
- Sánchez-Carbonell, J., y Camí, J. (1986). Recuperacie trabajo del proceso de un paciente de SIDA en Comunidad Terapéuticausers and implications for m *Medicina Clínica*, 87 (9), 377-382.

- Sánchez-Carbonell, J., Cami, J., y Brigos, B. (1988). Follow-up of heroin addicts in Spain (EMETYST Project): Results 1 year after treatment admission. *British Journal of Addiction*, 83, 1439-1449.
- Sánchez-Carbonell, J., Brigos, B., Carní, J. (1989). Evolución year after treatment admission. e SIDA en Comunidad Terapéuticausers and implications for manegemeMedicina Clínica, 92, 1-9.
- Sánchez-Carbonell, J. (1988). Conocimientos y valoración year after treatment admission. e SIDA en Comunidad TComunidad y Drogas 8, 9-24.
- Secades, R., Fernández-Hermida, J.R., y Fernández-Rodríguez, C. (1991). Estudio de los determinantes en las recaídas de los heroin implicaRev. Esp. Drogodep., 16 (4), 285-293.
- Shiffman, S. (1984). Cognitive antecedents and sequelae of smoking relapse crisis. *J. Appl. Soc. Psychol.* 14: 296-309.
- Shiffman, S. (1989). Conceptual issues in the study of relapse en M Gossop (Ed) *Relapse and addictive behaviour*, Kent, England: Groom Helm Ltd.
- Shiffman, S. (1992). Relapse process and relapse prevention in addictive behaviors. *The behavior therapist*, 9-11.
- Simpson, D.D., Savage, L.J. y Lloyd, M.R. (1979). Follow-up evaluation of treatment of drug abuse during 1969 to 1972. *Archives of General Psychiatry*, 36, 772-780.
- Simpson, D.D. (1979). The relation of time spent in drug abuse treatment to posttreatment outcome. *American Journal of Psychiatry*, 136 (11), 1449-1453.
- Simpson, D.D. (1981). Treatment for drug abuse: follow up outcomes and length of time spent. *Archives of General Psychiatry*, 38, 875-880.

- Simpson, D.D., y Sells, S.B. (1982a). Effectiveness of treatment of drug abuse: an overview of the DARP Research Program. *Adv. Alcohol Substance Abuse*, 2 (1), 7-29.
- Simpson, D.D., y Sells, S.B. (1982b). Evaluation of drug abuse treatment effectiveness: summary of DARP, Follow-up research. DHHS Publication No.(ADM) 82-1194. Washington DC: U.S. Government Printing Office, NIDA.
- Simpson, D.D. (1986). 12 years followup of opioid addicts treated in Therapeutic Community. In G. De Leon y J. Ziegenfuss (Eds.), *Therapeutic Communities for addictions: Rearings in theory, research and practice*, (pp109-120), Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Tucker, J.A., Vuchinich, R.E., y Harris, C.V. (1985). Determinants of substance abuse relapse. In M. Galizio and S.A. Maisto (eds.), *Determinants of substance abuse: Biological, Psychological and environmental factors*. New York: Plenum, 383-421.
- Vaillant, G.E. (1966a). A twelve-year follow-up of New York Narcotic addicts: I the relation of treatment to outcome. *American Journal of Psychiatry*, 122, 727-737.
- Vaillant, G.E. (1966b). A twelve-year follow-up of New York Narcotic addicts: IV some characteristics and determinante of abstinence. *American Journal of Psychiatry*, 123, 573-585.
- Vaillant, G.E. (1973). A twenty-year follow-up of New York Narcotic addicts. *Archives General of Psychiatry*, 29, 237-241.
- Vaillant, G.E. (1988). What can long-term follow-up teach us about relapse and trastornos. *Comunicaciabout relapse and n long follow-up of New York Narcotic add*Vuchinich, R.E., y Tucker, J.A. (1988). Contributions fromm behavioral theories of choice to an analysis of alcohol abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 181-195.

- Wexler, H., y De Leon, G. (1977). The therapeutic Community: multivariate prediction of retention. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 4 (2), 145-151.
- Wilson, S. (1978). The effect of treatment in a therapeutic community on intravenous drug abuse. *British Journal of Addiction*, 73, 407-411.
- Wilson, S., y Mandelbrote, B. (1978). The relationship between duration of treatment in a therapeutic community for drug abusers and subsequent criminality. *Brit.J. Psychiatry*, 132, 487-491.
- Winick, C. (1962). Maturing out of narcotic addiction. *UN Bulletin on Narcotics*, 14, 1-8.

III 1

4 PROCESO

4.1 *Factores asociados a la le recaída y abandono terapéutico en toxicómanos.*

*Alberto Espina • Enrique García
Universidad del País Vasco*

1. Concepto de recaída
2. Factores precipitantes de la recaída.
3. Revisión de estudios sobre factores que eintervienen en la recaída de toxicómanos.
4. Conclusiones sobre estudios de recaídas
5. Concepto de abandono terapéutico.
6. Factores que intervienen en el abandono y retención de tratamientos.
7. Conclusiones metodológicas sobre los estudios de seguimiento revisados.
8. Aportación al estudio de las actitudes de los familiares como rpedictor de abandono y recaída.

Referencias Bibliograficas.

III 1 Factores asociados a la recaída y abandono terapéutico en un toxicómano

*Alberto Espina • Enrique García
Universidad del País Vasco*

1. CONCEPTO DE RECAÍDA

La recaída en toxicomanías es un fenómeno complejo, un proceso gradual que como tal presenta cuestiones de criterio. Marlatt y Gordon (1985) desarrollaron una teoría muy influyente sobre el proceso de recaída que pone énfasis en los factores cognitivos, afectivos y situacionales que pueden potenciar la recaída. Esta vendría dada, primero por situaciones de riesgo, que son aquellas que el individuo percibe como amenazantes para su auto-eficacia y que incrementan el riesgo potencial y segundo, las recaídas estarían favorecidas por otros factores de carácter menos específico que se mantienen a lo largo de un tiempo más prolongado.

Para estos autores, recaída (relapse) se refiere al consumo continuado y compulsivo de la droga, un completo retorno al abuso de la sustancia (heroína) posterior a un período de abstinencia. Lapse o caída (lapse) es un episodio singular de abuso de sustancia, un leve error o desliz. Según Shiffman (1989), lapse es un único episodio en el que se infringe la restricción mientras que una recaída señala el fin sin éxito de todo el esfuerzo para el cambio de conducta. Un desliz puede ser seguido o no por un retorno a la anterior conducta adictiva. A este respecto Gossop y cols. (1987) encontraron en un estudio, que

a pesar de la alta tasa de caídas (lapse) en el consumo nada más acabar el tratamiento, un seguimiento posterior mostró que a los seis meses, alrededor de la mitad de la muestra permanecía abstinentes. En la misma dirección, define De Leon (1990-91) el concepto de recaída como el "uso recurrente de drogas después de un período de abstinencia". De todas formas estos patrones pueden variar desde un consumo aislado (slip o lapse) o un episodio de múltiples consumos en un tiempo limitado (binges), o bien un retorno a la frecuencia y patrón de uso anteriores a la abstinencia (relapse).

Para Catalano y cols. (1990-91), la recaída puede ser definida como un evento discreto que ocurre con el simple uso de una droga, después de un intervalo abstinentes, o como un proceso que se desarrolla a lo largo del tiempo. En el primer caso, se suele distinguir entre el abuso de la droga primaria u otra sustancia psicoactiva como posible sustitución. Como proceso, la recaída ha sido definida de diferentes modos: uso diario, retorno a la línea base, consecuencias como la readmisión a tratamiento, diagnóstico de nueva dependencia según diferentes criterios. Shiffman (1992) describe las grandes tendencias que han marcado en la última década una aproximación conductual a la recaída. Hoy se reconoce que el cambio conductual del tratamiento y la prevención de recaídas son procesos diferentes y requieren abordajes distintos. Se da más importancia a las situaciones particulares, a los eventos en el proceso de recaída y se enfatiza la participación activa del cliente en su proceso de autocontrol. La recaída se ve afectada por una multitud de variables, incluyendo los estilos de vida, la presión social, la autoeficacia, el estrés, el coping, el apoyo social y la motivación. Los procesos de recaída pueden ser genéricos en diferentes conductas adictivas.

Como hemos observado hay diferencias substanciales en la definición de recaída entre los diferentes autores, pero quizás el mayor obstáculo reside en operativizar el término y esta dificultad se expresa en dos aspectos concretos: qué intervalo de tiempo vamos a analizar para determinar la recaída y cómo vamos a valorar de forma cuantificable la presencia o ausencia de recaída. Respecto al primer punto, hay autores que analizan los 30 días anteriores a la recogida de información (McLellan y cols., 1986; Guardia y González, 1983;

Guardia y cols., 1987), otros analizan los dos meses anteriores (Secades y cols., 1991). Robertson y cols., (1989) critican este tipo de estudios pues dan información sobre el final de un período de tiempo de diferentes años, pero dicen muy poco o nada de lo que ha ocurrido durante ese tiempo.

En cuanto al segundo punto tampoco hay un criterio común. Secades y cols. (1991) valoran la presencia de recaída si existe un mínimo de tres consumos en dos meses. Otros autores (Guardia y González, 1983; Guardia y cols., 1987) hablan de situación desfavorable en el mes anterior a la recogida de información, si el paciente ha tenido algún consumo de opiáceos, alcohol u otras drogas y/o problemas con la justicia. Para Royo (1990), la situación del toxicómano es desfavorable si consume heroína en la actualidad o está ingresado en régimen penitenciario. Robertson y cols. (1989), realizan un estudio de seguimiento con 117 heroínómanos para analizar los patrones de abstinencia y recaída, para lo cual estructura el seguimiento por períodos mensuales y expone cuatro categorías relacionadas con la regularidad del uso de heroína:

- 1.- Abstinencia, sin uso de heroína.
- 2.- No dependencia, menos de un consumo diario.
- 3.- Dependencia, al menos un consumo diario.
- 4.- Mantenimiento, prescripción de uso de opiáceos sólo.

Usando esta clasificación se pueden comprobar longitudinalmente desde el principio los patrones de uso de drogas de los sujetos y pueden ser analizadas las variaciones entre y dentro de los sujetos. Se recogieron datos sobre la historia del sujeto (empleo, familiar, personal, uso de drogas) y se indagó en el último mes sobre los patrones de uso, los compromisos clínicos y el uso de servicios y tratamientos. Lehman y Joe (1987) operativizan con una cierta complejidad las diversas situaciones en las que se pueden encontrar los toxicómanos en el seguimiento y distinguen entre:

1- Abstinencia inmediata, en la que deben cumplirse cada una de las siguientes condiciones:

A.- No más de un consumo de heroína al mes en cualquier momento del seguimiento.

B.- No estar en tratamiento más de cuatro meses durante el período del seguimiento.

C.- La frecuencia del consumo de otras drogas es menor que diaria en el último año.

D.- El consumo de alcohol menor a ocho onzas (250 grs) por día durante el mes precedente a la entrevista de seguimiento

E.- La estancia en cárceles debe ser inferior al 50% del periodo de seguimiento.

2- Abstinencia aplazada. cuando se cumplen las condiciones anteriores C,D,E y además una de las dos siguientes:

A.- El consumo de heroína se produce menos de una vez a la semana y más de una vez al mes, durante el período de seguimiento.

B.- Su estancia en tratamiento es superior a cuatro meses durante el seguimiento.

3- Uso continuado. Cuando el promedio de consumo mínimo de heroína es de una vez a la semana durante el período de seguimiento.

4- Sustitución por no opiáceos o alcohol. En este caso el promedio de consumo de heroína durante el periodo de seguimiento debe ser inferior a uno a la semana, no produciéndose consumo diario de heroína en ningún momento durante el último año y el tiempo pasado en la cárcel es inferior al 50% del seguimiento. Cumplido esto debe darse una de las siguientes condiciones:

A.- Uso de no opiáceos diariamente durante el último año.

B.- Consumo diario fuerte de alcohol (8 onzas o más) durante el mes anterior a la entrevista de seguimiento.

5- Problemas especiales. Cuando encontramos calificaciones del grupo dos o del grupo cuatro, pero el tiempo de estancia en la cárcel es superior al 50% del período de seguimiento.

Es necesario que se consensuen criterios de recaída aceptados por la comunidad científica internacional, pues esta disparidad de criterios entorpece los estudios transculturales y la comparación de resultados de las diferentes investigaciones, dispersando y atomizando las aportaciones realizadas en este campo, con el consiguiente empobrecimiento en algo decisivo para el tratamiento de las toxicomanías.

2. FACTORES PRECIPITANTES DE LA RECAÍDA

Los modelos cognitivo-conductuales son los que más se han utilizado para explicar la recaída en toxicómanos. En una revisión de la literatura, desde un enfoque cognitivo-social de la teoría del aprendizaje, referente a los antecedentes inmediatos a la recaída, Annis (1990) enumera los siguientes factores precipitantes, cuya importancia puede diferir en función de la persona:

- 1.- Estrés. Cuando es debido a acontecimientos vitales negativos o a problemas diarios, incrementa la vulnerabilidad a la recaída.
- 2.- Emociones negativas. Angustia, depresión, ansiedad, frustración. La necesidad de evitar estas emociones es un fuerte determinante de la recaída
- 3.- Conflictos interpersonales. Especialmente con miembros de la familia, cuando existe una comunicación pobre y conflictos sin solucionar.

- 4.- Presión social. Algunas son evidentes, como cuando alguien ofrece drogas, otras son más subliminares, viéndose atrapado a menudo el sujeto en una red social en donde el abuso de sustancias es especialmente problemático.
- 5.- Emociones positivas. La recaída puede a veces ser precipitada por un sentimiento de bienestar provocado por el hecho de alternar con la gente.
- 6.- El uso de otras sustancias. Esto puede elicitar el deseo de experimentar los efectos de la sustancia principal, disminuyendo el autocontrol, o la habilidad del sujeto para responder de forma efectiva a la recaída. En este sentido, la utilización de medicaciones prescritas puede ser también problemático.
- 7.- Presencia de pistas relacionadas con la droga. La parafernalia relacionada con la droga o las personas o lugares asociados al uso de sustancias, pueden elicitar fuertes deseos de consumo.

La recaída es a menudo el resultado de la acción combinada de estos diferentes factores precipitantes. En otros estudios se han encontrado antecedentes del lapso que incluyen experiencias subjetivas como el urge, que es el impulso repentino a realizar una acción y el craving o deseo de experimentar los efectos de la sustancia (Heather y Stallard, 1989). Es innegable la valiosa aportación de modelos como el de Afrontamiento al Estrés (Marlat y Gordon, 1985; Shiffman, 1989), Motivacional-condicionado. (Ludwig, 1986; Baker y cols., 1987; Niaura y cols., 1988), Elección conductista (Tucker y cols., 1985; Vuchinich & Tucker, 1988, 1991), la teoría del "Síndrome de recaída" de Gorsky (1986, 1990), o el modelo transteorético de cambio (Prochaska y Prochaska, 1993), en la explicación del proceso de la recaída en toxicómanos y los buenos resultados terapéuticos obtenidos en el retraso, interrupción o eliminación de las recaídas, pero también es cierto que aunque no lo

nieguen, no abordan en profundidad el papel relevante que la familia tiene en la recaída, ni se han desarrollado técnicas que desde los diferentes modelos de prevención de recaídas, trabajen directamente con familiares de drogodependientes, para disminuir las situaciones de riesgo.

3. REVISIÓN DE ESTUDIOS SOBRE FACTORES QUE INTERVIENEN EN LAS RECAÍDAS EN TOXICÓMANOS

La recaída es un problema central tanto en el tratamiento como en el proceso de rehabilitación en toxicómanos. Daley (1989), en una revisión de la literatura sobre índices de recaídas en toxicómanos descubrió que en la mayoría de los estudios, un alto número de pacientes recaían a los seis meses de haber iniciado el programa, oscilando estos datos entre el 50% y el 75%, según la conceptualización de la recaída en los diferentes estudios y el control experimental en los mismos, cifras que aumentan a medida que aumenta el período de seguimiento (entre un 70% y un 90%), como también se muestra en otros trabajos (Hunt y cols., 1971; Dubinsky, 1963; O'Donnell, 1964; Vaillant, 1966b; Robertson y cols., 1989).

El hecho de que la tasa de recaída sea alta en todos los tratamientos, crea dos necesidades:

- 1- Estudiar los diferentes elementos de los programas.
- 2- Examinar los factores relacionados con las recaídas.

Todo ello con la finalidad de proveer una base empírica para identificar enfoques de tratamiento efectivos (Catalano y cols., 1990-91). En esta revisión nos vamos a centrar en el segundo punto, puesto que conocer las variables predictoras de recaída servirá para plantear, no sólo cambios tácticos, como el uso de técnicas específicas, sino cambios estratégicos que enriquezcan el abordaje global de las toxicomanías (Espina y García-Martín, 1993). Como señala DeJong

(1994), para entender las causas de la recaída es necesario hacer dos observaciones. La primera que la recaída, no se puede explicar únicamente como una respuesta fisiológica al abandono del consumo de droga, puesto que a menudo ocurren mucho tiempo después del último consumo y cuando la dependencia física hace tiempo que ha terminado. Y segunda, la recaída no es un problema de falta de motivación adecuada o falta de fuerza de voluntad, puesto que la mayoría de los abstinentes que después recaen, están fuertemente motivados para cambiar sus vidas, pero aún así fallan en el intento.

Dentro de las teorías que explican la drogodependencia y sus condicionantes están las que consideran al toxicómano como un sujeto en estado evolutivo y que supera la toxicomanía cuando llega a una determinada madurez. La primera de estas teorías se remonta a los años 60 cuando Winick (1962), postuló la hipótesis de la maduración, que consiste en que los adictos al acercarse a los 40 años tienden a madurar y abandonan las drogas espontáneamente.

El mejor predictor de la situación del toxicómano con el paso del tiempo suele ser su situación después del tratamiento, así se observa que los pacientes que se encontraban en situación favorable al año de seguimiento, tienen más probabilidades de encontrarse bien a los tres años. Esta probabilidad aumenta con la duración del programa y no existe una tendencia clara, ni hacia la mejora, ni hacia el empeoramiento global de los datos con el paso de los años (Guardia y cols., 1987; Sánchez-Carbonell y cols., 1988) y esto se observa para todas las modalidades de tratamiento (NIDA, 1.981). Este enfoque tiene que ver con el efecto estabilizante del programa. No obstante Robertson matiza estos planteamientos afirmando que por lo general las terapias mostraban más probabilidades de éxito a corto plazo, sin embargo a largo plazo era más probable que ocurriera una recaída. Los heroínómanos en su estudio (Robertson y cols., 1989) presentaban una proporción similar de períodos de abstinencia, no dependencia y períodos de dependencia, pero con diferentes duraciones relativas. Los sujetos del estudio mostraban, cortas interrupciones en su consumo de drogas. Esta descripción encaja con la visión de la drogadicción y la dependencia como una enfermedad crónica y recidivante (Leukefeld y Tims, 1989). De Leon (1990-91),

confirma este planteamiento cuando observa que para cualquier toxicómano que permanece abstinentemente la posibilidad de recaída disminuye después del primer año de abstinencia comparándola con los que sí han consumido. De cualquiera de las formas, el número de individuos que tienen alguna recaída se incrementa con el paso del tiempo.

Parece ser que en otros estudios con seguimientos más largos la adicción decrece con el paso del tiempo. En un estudio de seguimiento de 11 años a 300 drogodependientes, Haastrup y Jepsen, (1988) consiguieron recoger datos del seguimiento en el 90% de la muestra. De este porcentaje el 26% estaban muertos y el número de sujetos que mantenían una abstinencia estable no dejaba de incrementarse regularmente con el tiempo. Vaillant (1988), es uno de los autores que más ha estudiado el efecto del paso del tiempo realizando seguimientos de 12 y 20 años (Vaillant, 1966a, 1966b, 1973). Este autor señala la dificultad de este tipo de estudios puesto que la conducta del drogodependiente, cambia a cada momento. Pero tras reflexionar sobre sus trabajos anteriores destaca las siguientes tendencias que ocurren con el transcurso de los años:

- 1- El número de drogodependientes de heroína decrece constantemente.
- 2- El número de adictos con problemas marginales permanece más o menos constante.
- 3- Hay un número de individuos que no se muestran claramente dependientes puesto que o continúan intermitentemente el abuso de drogas o son institucionalizados por enfermedad o crimen relacionado con el abuso.
- 4- El número de sujetos abstinentes se incrementa constantemente.

Estas investigaciones analizan en cierto modo la hipótesis de la maduración pero no llegan a resultados concluyentes. Y aunque coincidan en la creencia de que el consumo disminuye con el paso del tiempo, este decremento podría ser debido a coerciones externas al tratamiento como, relaciones personales intensas con otras personas, sustitución de la heroína por otras adicciones como el alcohol (Nieva, 1988), influencia de nuevos grupos de referencia, o cambios en la interacción con sujetos significativos (Klingemann 1991).

En resumen, los estudios de seguimiento nos dan pistas sobre la trayectoria de la toxicomanía. En líneas generales los períodos de consumo de drogas y de abstinencia se suceden de forma cíclica y con el paso de los años va aumentando el número de sujetos abstinentes. Los tratamientos consiguen prolongar a corto plazo los períodos de abstinencia, pero a medio plazo no previenen frente al número de recaídas.

4. CONCLUSIONES SOBRE ESTUDIOS DE RECAÍDAS

1. **Área de personalidad.** Parece ser que la depresión como variable de personalidad es un factor que aparece con frecuencia en los sujetos antes de la recaída. Sin embargo, es un factor que en la admisión a tratamiento facilita la retención. Exceptuando estos resultados no se ha conseguido establecer una relación clara entre desórdenes de personalidad y recaídas. La disparidad encontrada en los resultados puede ser causada a nivel metodológico por el tipo de tratamiento y duración, por la longitud del seguimiento y por los diferentes instrumentos empleados para medir la misma variable (Espina y García-Martín, 1993). Hay factores sin embargo, que protegen al abstinente contra la recaída (expectativas de autoeficacia, confianza en sí mismo) mientras que otros factores como los estados emocionales negativos, la conducta antisocial y los trastornos borderline precipitan su aparición.
2. **Área de psicopatología.** Los trastornos psicopatológicos están asociados a un peor pronóstico.

3. **Área legal.** Casi todos los estudios coinciden en que existe una relación entre la historia delictiva y las recaídas en el consumo de drogas, es decir, presentan peor pronóstico los drogodependientes que tiene una historia delictiva más larga. También favorece la recaída el hecho de tener juicios o condenas pendientes. No obstante el tratamiento y su duración actúa como amortiguador en la aparición de posteriores conductas delictivas.
4. **Área médica.** Los estudios indican que los sujetos con problemas médicos en la admisión consumen más alcohol. Por lo demás hemos encontrado pocos estudios empíricos publicados que aborden los problemas médicos y entre ellos el VIH como factor pronóstico. En cuanto a la información sobre seropositividad parece ser que el sujeto al enterarse de que es portador cambia mínimamente sus hábitos pero en seguida los normaliza. Numerosos estudios clínicos señalan la importancia del VIH en el curso del tratamiento y su influencia en los demás pacientes (Barton, 1986; Roldán)
5. **Área de consumo de drogas.** El mayor número de años consumiendo y el consumo durante el tratamiento es pronostico de recaída en el seguimiento y un consumo esporádico aunque no lleva directamente a la recaída, puede provocar un retorno al consumo continuado con gran probabilidad.
6. **Área socio-familiar.** Entre las variables sociofamiliares que retrasan las recaídas están: vivir con la familia, que la familia esté informada y que participe en el tratamiento, la libre expresión de pensamientos y emociones, la integración a nivel laboral, de amistades y de ocio. Mientras que las variables que precipitan las recaídas serían: las crisis familiares, los límites poco rígidos en la familia, el mal clima familiar, acontecimientos vitales estresantes en la familia, los conflictos interpersonales, en general, tener un bajo apoyo social, o una red social que apoye el uso de drogas. A pesar de estas conclusiones, abundan sobre todo estudios que

describen características de familias de toxicómanos pero pocos estudian metodológicamente la influencia de estas variables en la recaída (Harb, 1986).

7. **Área laboral.** Otra de las variables predictoras estudiadas frecuentemente. En este punto existen diferentes opiniones: algunos opinan que la variable empleo se mantiene constante antes y después del tratamiento y que no varía en función del consumo (Guardia y cols., 1987; De Angelis y cols., 1979; Sánchez-Carbonell y cols., 1988); frente a otros autores que hacen hincapié en la influencia del tratamiento en la posterior situación laboral del toxicómano (Royo, 1990; Guardia y cols., 1987). De cualquier forma no parece que existan datos concluyentes del valor predictivo de esta variable.

8. **Área de tratamientos.** Todos los autores coinciden en que el tiempo de estancia en el programa es un predictor de buen resultado en el seguimiento de toxicómanos y que cuanto más larga es la estancia, mayor es la probabilidad de que el sujeto esté en situación favorable y esto es especialmente significativo a partir de los tres meses. (Wilson, 1978; Berger y Smith, 1978; Simpson, 1979; De Angelis y cols., 1979; De Leon y Schwartz, 1984; Guardia y cols., 1987; Corty y cols., 1988; Sánchez-Carbonell y cols., 1988; Royo, 1990). El hecho de haber sido expulsado en tratamientos anteriores es pronóstico de recaídas. Asimismo, coinciden los diferentes estudios, con pequeñas diferencias, en que todas las modalidades de tratamiento (salvo la excepción de sólo desintoxicación física), producen mejorías en casi todas las áreas, no sólo en la vuelta al consumo. Sin embargo, los índices de recaídas siguen siendo altos para cualquier modalidad por lo que es conveniente abordar este problema mediante la utilización de técnicas específicas.

5. CONCEPTO DE ABANDONO TERAPÉUTICO

En la definición del concepto de abandono terapéutico no hay tanta disparidad de criterios, entre los diferentes autores, como en el concepto de recaída. Según Craig y Olson (1988), el proceso de abandono de tratamiento es común en todos los programas de mantenimiento con metadona, con naltrexona o Comunidades Terapéuticas (CT). Estos autores abordan el concepto de abandono como una disposición de la personalidad y como un enfoque situacional e interaccional entre el paciente y el equipo terapéutico. Existe abandono cuando cualquiera de los pacientes no completa el tiempo de permanencia planeado. Berger y Smith (1978) definen el abandono como una petición por parte del paciente de suspender el tratamiento en contra de la consideración del equipo, normalmente esto ocurre por un rechazo hacia la reglamentación del centro. Des Jarlais y cols. (1983), clasificaron en tres categorías la despedida del programa:

1. Expulsión. Cuando el paciente es despedido por violar reglas del programa.
2. Abandono prematuro. Cuando el paciente voluntariamente deja el tratamiento, en contra del consejo médico. Lo que Craig (1985) define como Alta en contra del consejo médico (Against Medical Advice, AMA).
3. Tratamiento completo (alta). Cuando el paciente deja el centro y el equipo cree que está preparado para dejarlo.

Con algunas ligeras diferencias, casi todos los autores están de acuerdo con estos criterios. Pero a pesar de esto, en la práctica clínica observamos diferentes tipos de situaciones del paciente en relación al programa y también hay diferencias entre los distintos tratamientos.

El consumo y la violencia son motivos de expulsión general en todos los programas. En las Comunidades Terapéuticas se incluyen también las relaciones, mientras que algunos tratamientos añaden la ausencia de motivación, la resistencia y la complicidad con otros pacientes. Las reacciones ante estos motivos dependen también de la gravedad de la infracción y del tipo de programa y van desde la llamada de atención hasta la expulsión definitiva pasando por la incomunicación dentro de la Comunidad Terapéutica, el retroceso a fases anteriores del tratamiento o la expulsión condicional durante un período prefijado de tiempo tras el cual se tienen que cumplir una serie de condiciones para poder retornarlo. Sin embargo, en la mayoría de las situaciones se producen abandonos de tratamiento por parte del paciente por una falta de adecuación al programa, desacuerdos con algunas normas o consumos reiterados.

6. FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL ABANDONO Y RETENCIÓN EN TRATAMIENTOS

El abandono terapéutico es un problema que preocupa a clínicos e investigadores desde que se realizaron los primeros estudios de seguimiento y de eficacia terapéutica (Baekeland y Lundwall, 1975). La efectividad del tratamiento de abuso de drogas está altamente correlacionada con la retención en los programas y la mayor parte de los estudios de resultados señalan que, el éxito y la mejora posterior se relacionan con el tiempo de estancia en el programa.

Intentando determinar la magnitud del problema, Glaser (1974) llevó a cabo un estudio sobre la tasa de abandono en seis Comunidades Terapéuticas y encontró que las medias de abandono en dichos centros era del 86%. De Leon y Schwartz (1984), analizaron los índices de retención de diferentes tipos de tratamiento y llegaron a la conclusión de que el abandono es una constante en todas las modalidades analizadas. Por ejemplo, hay datos que indican que los índices de abandono a los 12 meses del iniciado en el programa, se sitúan por encima del 93% en la modalidad de tratamiento residencial libre de drogas, comparado con un 78% en programas de Mantenimiento con Metadona y un 91% en centros ambulatorios libres de drogas.

El *Drug Abuse Reporting Program* (programa DARP) (1969-1973) fue el primer y mayor proyecto de evaluación de diferentes tratamientos de la toxicomanía y también se convirtió en el seguimiento exhaustivo de una muestra muy numerosa. Surgió de una iniciativa del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos en 1.969, para establecer un sistema de información sobre los pacientes que acudían a los diferentes centros. Fue diseñado para proporcionar la mayor cantidad de información posible de cada uno de los pacientes, tanto sobre su pasado como sobre su progreso durante y después del tratamiento en cada uno de los centros.

Se registraron datos de 43.943 pacientes, repartidos en un total de cincuenta y dos centros diferentes de 25 de los Estados Unidos de América. Se analizaron 4 modalidades de tratamiento (Mantenimiento con Metadona, Comunidades Terapéuticas, programa ambulatorio sin medicación y sólo desintoxicación) y se comparó la evolución de los pacientes que fueron asistidos en estos centros con los que sólo tuvieron alguna entrevista de acogida (sólo admisión). En este Proyecto, estudiando un periodo de tiempo de hasta seis meses después del ingreso, observaron que aunque el problema se mantenía en todos los tratamientos, el índice de retención variaba considerablemente según la modalidad. Así observaron que el 35% de los pacientes que iniciaban un programa de Mantenimiento con Metadona abandonaban tres meses después de comenzarlo, esta cifra subía hasta el 50% seis meses después de la admisión y al 68% al final del año (Simpson y Sells, 1982b); en tratamientos residenciales, durante el primer mes encontraban un 25% de abandono, que se elevaba al final del tercer mes, hasta un 56%; mientras que en la modalidad de pacientes externos libres de droga, el 60% de los pacientes dejaban el centro al tercer mes (Hubbard y cols., 1983; 1984). De Leon (1984) reconoce que el índice de abandono de la Comunidad Terapéutica Phoenix House en los 60 primeros días, es de alrededor de la mitad. En España, en un estudio de seguimiento de 365 pacientes en tratamiento con antagonistas opiáceos (naltrexona), el índice de abandono se situaba en el 53% a los seis meses de iniciado el programa (Ochoa y cols., 1992). En centros ambulatorios, Machado y Girón (1993) encontraron índices de abandono del 75% al de tres meses.

El abandono, como vemos, es un fenómeno común en todas las modalidades de tratamiento. Sin embargo las variables que se muestran predictoras de abandono en un programa determinado no lo hacen en otros; y las variables asociadas con el abandono en fases iniciales de un programa no son las mismas que en fases intermedias o finales (Craig y Olson, 1988).

Siempre teniendo en cuenta esta importante limitación que nos impide llegar a conclusiones precipitadas, haremos una revisión de estudios, que tratan de analizar este fenómeno y las variables que lo precipitan. La mayor parte de los estudios de seguimiento coinciden en que los sujetos que abandonan tratamiento suelen tener peor evolución que los que continúan, en todas las áreas estudiadas, de ahí la importancia de investigar este fenómeno, así como los factores que inciden en su aparición. Este conocimiento nos permitirá mejorar los programas, favoreciendo la retención mediante técnicas específicas (Espina y García-Martín, 1993).

Sin embargo al analizar este tipo de estudios nos vamos a encontrar con una serie de dificultades, por ejemplo, según De Leon y Schwartz (1984), las hipótesis relacionadas con las razones del abandono han sido propuestas a partir de impresiones clínicas y de estudios preliminares que de cualquier forma tienen poca validez empírica (De Leon y Rosental, 1979; Baekeland y Lundwall, 1975; De Leon, 1973; Heit y Pompei, 1977).

Hay un trabajo de revisión de estudios que analizan precipitantes de abandono terapéutico y recoge de forma fidedigna las dificultades para llegar a conclusiones en este área (Craig, 1984a). En resumen estas dificultades serían las siguientes:

1. Los resultados de varios predictores analizados, fracasaron cuando se realizaron réplicas posteriores.
2. Los resultados de muchos estudios no estaban validados con muestras independientes (grupo control), dentro del mismo programa de tratamiento.

3. Los predictores de abandono tienden a ser diferentes dependiendo del tipo de programa estudiado (desintoxicación, Mantenimiento con Metadona, Comunidad Terapéutica).

Sin embargo es fundamental a nivel clínico realizar un esfuerzo por conocer los predictores de los drogodependientes que van a abandonar un programa y de los que van a completarlo, puesto que los estudios muestran que los sujetos que completan un programa de desintoxicación tienen tres veces más probabilidades de estar libres de la droga un año después, que los que lo abandonan (Craig, 1984a).

Revisando los estudios que analizan factores que inciden en el abandono terapéutico en toxicómanos (Espina y García-Martín, 1993) extraíamos las siguientes conclusiones referidas a las áreas estudiadas:

1. **Área de personalidad.** La diversidad en metodología, elección de muestra, diseño, instrumentos utilizados para medir las diferentes variables no nos permiten llegar a resultados concluyentes, ni a la integración de un perfil claro de personalidad del sujeto que abandona el tratamiento. A pesar de esto vamos a describir las conclusiones a las que los diferentes estudios han llegado y que tienen un indudable interés clínico. Los pacientes drogodependientes con tendencias al abandono terapéutico son individuos psicopáticos, que sobrevaloran las propias capacidades y tienen aspiraciones poco realistas de éxito, inmaduros, con trastornos de personalidad, susceptibilidad ante la influencia del mundo de la droga y poca tendencia a participar en estructuras sociales organizadas, son independientes e indiferentes a los sentimientos de los demás, se muestran suspicaces y la interacción social les provoca ansiedad. Impulsivos e irritables en los primeros días del tratamiento, expresan directamente la agresión y muestran con frecuencia rasgos antisociales, así como puntuaciones elevadas en algunas escalas del MMPI (F, Pd, Sc, Ma). Sin

embargo parece ser que el abandono depende más de la actitud o disposición del paciente hacia el programa, que de un perfil claro de personalidad. Los test de personalidad por sí solos no predicen el abandono y hay que tener en cuenta además factores interaccionales y situacionales.

2. **Área de psicopatología.** Salvo en algún estudio de tratamiento de Mantenimiento con Metadona, los trastornos psicopatológicos, son predictores de abandono terapéutico. Otros predictores son también el locus de control externo y la ansiedad y depresión, si bien en el tema de la depresión, hay estudios contradictorios.
3. **Área legal.** Aunque no hay un acuerdo absoluto, la mayor parte de los estudios confirma que la remisión desde lo legal potencia la retención sobre todo en las primeras fases del tratamiento. En cuanto a los antecedentes legales previos al tratamiento no existe unanimidad y mientras unos autores señalan su influencia en las tasas de abandono, otros la niegan. En otros estudios se señala una diferencia en cuanto al sexo en esta variable, siendo las mujeres las que se ven más afectadas por este factor.
4. **Área médica.** Aunque hay pocos estudios sobre el tema, parece ser que los problemas médicos inciden en el abandono terapéutico.
5. **Área de consumo de drogas.** El consumo de drogas diferentes a las que motivan en tratamiento, durante este, se relaciona con un menor número de abandonos. Ocurre lo contrario cuando hablamos de la droga principal. Por último cuando se da una edad muy temprana en el inicio del consumo de drogas, aumenta la probabilidad de abandonos.
6. **Área sociofamiliar.** Salvo el nivel cultural bajo y el ingreso en tratamiento durante la época estival, que están relacionados con un mayor índice de abandonos, no se han encontrado características sociodemográficas que estén

asociadas de forma especial al abandono terapéutico. Sin embargo el hecho de que la familia tenga noticia de la drogodependencia del paciente y que apoye y participe en el tratamiento, o bien presione al sujeto para realizarlo, aumenta las probabilidades de retención.

7. **Área de tratamiento.** Los índices de abandono son altos en general en todos los programas, pero sobre todo en las Comunidades Terapéuticas, seguido de los centros de desintoxicación externa e interna, que tienen más tasa de abandono que los programas de Mantenimiento con Metadona. El periodo de mayor tasa de abandono, en cualquier modalidad de tratamiento son los tres primeros meses, en especial los 30 primeros días. A partir del cuarto mes, los pacientes que permanecen en los centros tienen mayores probabilidades de completarlo.

Las variables que influyen en el abandono de Programas de Mantenimiento con Metadona son: la edad, el estatus de empleo antes del tratamiento, la educación, el estado civil, la lista de arrestos anteriores al programa, el abuso de numerosas drogas, la dosis de metadona utilizada, los intentos anteriores de tratamiento, los cambios de residencia, la voluntariedad en la admisión y el rechazo a la reglamentación del centro. En los Programas de Desintoxicación el saber que hay un equipo disponible y solicitar su ayuda, aumenta la retención, así como la necesidad de ayuda médica, cantidad de angustia subjetiva y el admitir problemas con los amigos.

En los Programas de Comunidad Terapéutica, el patrón de abandono parece ser uniforme, alto en los primeros días, va descendiendo suavemente. Influye en el abandono, el nivel de participación en actividades de la Comunidad, la expresión de sentimientos, el control por parte del equipo, la percepción sobre la posibilidad de abandono de paciente realizada por los profesionales del centro, la trayectoria de participación en grupos por parte del paciente con anterioridad al tratamiento. Otro factor que aumenta la retención es la posibilidad de seguir un terapia familiar estructural. Por contra el mayor número de tratamientos previos reducen las

posibilidades de completar otro, así como la admisión involuntaria, la hostilidad hacia el programa y la negación de problemas. Tienen también más probabilidades de abandonar los pacientes que durante el ingreso tienen un papel poco activo.

En general, no parece que haya un perfil típico del sujeto que abandona el tratamiento pero los resultados de las diferentes investigaciones analizadas parecen apuntar a que las variables "dinámicas", como lo motivacional o lo perceptual, aparecen como más relevantes de cara a la retención que las variables "fijas", como las demográficas o los patrones de uso de drogas. A pesar de todo, aunque algunas variables se correlacionan consistentemente con el tiempo de permanencia en tratamiento, el poder predictivo de estas no ha sido corroborado en estudios de replicación (De Leon. 1989).

7. CONCLUSIONES METODOLÓGICAS SOBRE LOS ESTUDIOS DE SEGUIMIENTO REVISADOS

Una gran parte de los estudios de seguimiento analizados se ven afectados por las siguientes deficiencias metodológicas:

1. **Sesgos de diseño.** El diseño más generalizado en los estudios de seguimiento es el cuasi-experimental de tipo longitudinal y uno de los sesgos más importantes de este tipo de diseños es que no siguen un muestreo riguroso y que la asignación de los sujetos a los grupos experimentales y de control no es aleatoria y por lo tanto no garantiza un carácter demostrativo. Es claro que algunas de estas características son de muy difícil, si no imposible aplicación en estas investigaciones puesto que no es procedente aislar a un grupo de toxicómanos en un grupo de control y dejarlos sin tratamiento, se debe tener en cuenta que cada paciente es admitido a un programa según el diagnóstico de los profesionales, la disponibilidad del centro y las preferencias o elección del propio paciente (Comas y cols., 1992), por eso estos diseños suelen ser débiles y resulta difícil demostrar que el cambio de conducta que se observa en los pacientes después del programa, es debida precisamente a las características del tratamiento y no

a una remisión espontánea u otros factores no controlados.

El tamaño de la muestra afecta de forma importante al tipo de análisis que se puede realizar, habitualmente es el análisis de regresión múltiple, sin embargo si la muestra es pequeña se hace necesario limitar la complejidad de los análisis posteriores y se limita también la generalización de los resultados.

2. **Muestra estudiada.** Cuando se excluyen a los individuos que abandonan el tratamiento y se incluye en los resultados sólo a los individuos que lo finalizan, se sesga enormemente la muestra (Sánchez-Carbonell y Camí, 1986). Con frecuencia se realiza un mayor número de seguimientos a pacientes más relacionados con el centro y por lo tanto en una situación supuestamente más favorable, por el contrario hay una pérdida de información importante, en aquellos individuos que ponen dificultades en la recogida de información o bien no se pueden localizar que son generalmente los que menos contacto tienen con el centro. Los consumidores son a menudo difíciles de localizar para los estudios de seguimiento (Page y Mitchel, 1988). Para estos autores la información recogida está siempre sujeta a la cuestión de si los sujetos desean ser entrevistados por los investigadores. Esta es una limitación necesaria de este tipo de investigaciones.
3. **Validez de la información.** Cuando el autoinforme del adicto se confronta con datos de registros oficiales o con el resultado de los análisis de orina, ofrece una validez de 8085% (Sánchez-Carbonell y Camí, 1986).

Las fuentes de recogida de información durante el seguimiento son el propio toxicómano, la familia o amigos que convivan con él y del centro asistencial en el caso de que el paciente continúe en tratamiento en el momento del seguimiento, así como de los análisis de orina (Bale y cols., 1977; Melgarejo y cols., 1988; Royo, 1990). También se pueden obtener datos de fuentes policiales y judiciales.

Los instrumentos de recogida de información, ya sean cuestionarios, autoinformes o fichas o historias clínicas, deben tener rigor, validez, fiabilidad y técnicas para demostrar la veracidad de la información del propio paciente (Comas y cols., 1992).

4. **Diferencias en los parámetros de los estudios.** Existen numerosas diferencias básicas entre los estudios causadas con frecuencia por falta de consenso que impiden que se den réplicas correctas. Existen divergencias en cuanto a los períodos de tiempo empleados en los seguimientos; en la disparidad de las características de la muestra, en su motivación para el tratamiento, etc., que dificultan posibles comparaciones de resultados entre estudios.

Las diferencias entre los tratamientos de los distintos estudios también dificultan la contrastación de resultados e incluso entre programas del mismo tipo, son notables las discrepancias en cuanto a enfoques teóricos y prácticos al igual que las desigualdades en los criterios de selección empleados con los pacientes (Craig 1984a).

5. **Dificultades en la definición de variables e instrumentos.** Las variables de referencia clasificadas por Nieva (1988) en su tesis doctoral, con datos tomados del TOPS se dividen en las siguientes áreas:

- 1- Área de antecedentes individuales: Características demográficas, estilo de vida, uso de drogas y de alcohol, experiencia en programas para toxicómanos, actividades delictivas, laborales y otras conductas productivas socialmente aceptadas que realizara el paciente antes del tratamiento.
- 2- Área de Tratamiento: Tipo de tratamiento, conducta durante el mismo (uso de drogas y alcohol, actividad delictiva, trabajo, participación en las actividades del centro), valoración que el paciente hace del programa.

- 3- Comunidad: Integración en la comunidad, factores económicos y sociales que influyen en el individuo, apoyo de la familia y de otras personas durante el tratamiento, composición y cambios en la familia, disponibilidad de drogas en el ambiente cotidiano, conocimiento de los recursos de tratamiento y de los servicios comunitarios.
- 4- Resultados del tratamiento: "Tiempo de permanencia en el programa, uso de drogas y alcohol, conducta delictiva, trabajo, salud mental".

Con relativa frecuencia muchas de estas variables no se tienen en cuenta y es notable la ausencia de estudios de factores sociales y contextuales.

En numerosas ocasiones los instrumentos utilizados para evaluar la personalidad del paciente son cuestionarios no específicos de toxicomanías: el EPQ (A) de Eynseck (1975) y el MMPI de Hathaway y McKinley (1940), 16PF de Cattell y cols., (1970), que se utilizan para medir aspectos parciales de la enfermedad, como personalidad, psicopatología, ansiedad, depresión, redes sociales, etc (Craig, 1984a; Little y Robinson, 1987; Pascual y cols., 1989; Dubinsky, 1986). La limitación de los datos de estas pruebas está en la contaminación de los resultados por efectos de las drogas, o por el contexto sociocultural del drogodependiente.

También es frecuente la utilización de diversos instrumentos en diferentes investigaciones para medir un mismo factor, lo cual dificulta la comparación de resultados. Por ejemplo en los estudios para valorar la influencia de la depresión en la recaída se han empleado en distintos estudios el BDI de Beck, la escala de depresión del MMPI y el síntoma de depresión del área psicológica del ASI, con lo cual se complica la contrastación de resultados.

6- **Criterios de éxito o de curación.** Se tiende a utilizar criterios de éxito global, durante el seguimiento se recogen datos que puedan resultar significativos para apreciar la evolución del toxicómano, como por ejemplo:

7-

- Información relativa al tratamiento (sentimientos hacia la Comunidad Terapéutica, incidencias en el centro) (Simpson y Sells, 1982a).
- El consumo de drogas durante el seguimiento (consumo de heroína, cocaína, tranquilizantes, cannabis, alcohol, etc).
- El área psicológica (existencia de problemas relacionados con el consumo de drogas, intentos y/o planes de suicidio, etc).
- Las actividades productivas (situación laboral durante el seguimiento, matriculación en centros de enseñanza).
- El área legal (detenciones, juicios, encarcelamientos y actividades delictivas en el período de seguimiento) (Joe, 1976; Sells y cols., 1976; Sánchez-Carbonell y cols., 1988).

Sin embargo no hay consenso en los parámetros para medir estas variables y las diferencias en cuanto a las definiciones operativas son muy frecuentes.

8. APORTACIÓN AL ESTUDIO DE LAS ACTITUDES DE LOS FAMILIARES COMO PREDICTOR DE ABANDONO Y RECAÍDA.

En este último apartado vamos a referirnos brevemente a un estudio empírico sobre factores familiares predictores de recaída y abandono terapéutico en toxicómanos (García, Espina, Pumar, Ayerbe y Santos, 1996) en el que evaluábamos, entre otras variables, las actitudes de los familiares recogidas en el constructo Emoción Expresada (EE) (Leff y Vaughn, 1985), hacia el hijo toxicómano.

El constructo Emoción Expresada consta de 5 subescalas: Criticismo, Hostilidad, Sobreimplicación Emocional, Calor y Comentarios positivos y es un predictor de recaída de gran valor en esquizofrénicos y depresivos. En este estudio, el primero que se realiza con toxicómanos, concluíamos que los principales predictores de recaída y abandono terapéutico en toxicómanos son las actitudes de los padres hacia el hijo, por lo que resaltamos la importancia de realizar intervenciones familiares, dirigidas a cambiar estas actitudes y prevenir así el abandono y la recaída. Queda comprobada la capacidad predictora del constructo de "Emoción Expresada" (con la combinación de escalas empleadas en esquizofrenia) en las recaídas a los nueve meses en toxicómanos, así como el poder predictivo de diferentes combinaciones de subescalas del padre y en especial bajo Criticismo y/o alto Comentarios Positivos mostrándose como el mejor predictor de recaídas de todas las variables estudiadas. También se demuestra que diferentes combinaciones de subescalas de EE de la madre predicen el abandono en pacientes drogodependientes que acuden a un centro de Comunidad Terapéutica y particularmente alto Criticismo y bajo Calor en la madre como el mejor predictor de abandono, si bien las escalas tradicionales en esquizofrenia no se muestran predictoras de abandono.

Aparte de las variables familiares de EE, hemos encontrado que de las variables sociodemográficas sólo la edad del paciente es predictor de recaída; entre las variables de historia de la enfermedad se muestran predictoras la edad de inicio en el consumo y el hecho de realizar con anterioridad tratamientos de Comunidad Terapéutica;

ninguna de las variables clínicas son predictoras de recaída en nuestra muestra; lo mismo ocurre con las variables del área legal, por lo tanto podemos concluir que en el área familiar es donde más predictores de recaída hemos encontrado.

Respecto al abandono, se muestran predictores la variable sexo del paciente, el hecho de haber realizado tratamientos anteriores y la gravedad de la dependencia del paciente, ninguna otra variable estudiada se ha mostrado predictora, con lo cual podemos concluir también, que las variables familiares de EE, son las que en mayor número y con mayor fuerza son predictores de abandono terapéutico en nuestra muestra de drogodependientes.

Es importante tener en cuenta que hay variables que median las relaciones EE-recaída y EE-abandono, en el primer caso; el paciente se ve más influido por esta relación cuando es más joven, o cuando no ha realizado con anterioridad tratamientos de Comunidad Terapéutica, o cuando la familia tiene problemas económicos durante el seguimiento, o si el padre es católico practicante. Es necesario valorar todas estas interacciones, de cara a realizar intervenciones. Como limitación a la generalización de los resultados, es necesario reiterar que las consecuencias clínicas derivadas de ellos se pueden aplicar a familias cuyos hijos viven en casa con los dos padres y que realicen un programa de Comunidad Terapéutica específico. Tal vez sea más limitado el valor de las variables familiares en pacientes cuyas familias no cumplan estas características.

Basándonos en estas conclusiones proponemos las siguientes recomendaciones terapéuticas:

- 1- Respecto a la figura del padre nos planteamos un doble objetivo: por una parte, involucrarle dentro del proceso terapéutico ya que el papel del padre es fundamental para el proceso de rehabilitación del hijo toxicómano, y segundo conseguir que sea menos crítico y valore y refuerce más las conductas positivas del hijo, de cara a prevenir la recaída, mediante intervenciones en grupos de padres, grupos familiares, o terapias familiares.

- 2- Prestar especial atención a los sujetos más jóvenes o que hayan iniciado el consumo a una edad más temprana, porque van a consumir con más frecuencia, sería interesante mediante grupos de apoyo, favorecer la integración de este tipo de sujetos en el tratamiento y aumentar sus recursos ante situaciones de alto riesgo.
- 3- También sería importante estar especialmente atentos a sujetos que han realizado con anterioridad tratamientos de CT y realizar intervenciones específicas para elevar las expectativas de cara al éxito terapéutico, con el fin de impedir la recaída.. Se podría reforzar este objetivo mediante programas de prevención de recaídas.
- 4- Otro aspecto importante, es el detectar familias con dificultades económicas a lo largo del tratamiento y suministrar un apoyo que minimice los efectos de este tipo de problemática.
- 5- En relación a la madre, el objetivo terapéutico para aumentar la retención, sería potenciar una actitud más firme hacia el hijo, en el sentido de que sea menos permisiva y más dura ante sus conductas negativas y ante un posible abandono de tratamiento por parte del hijo mediante intervenciones con grupos de padres, con el objetivo de suministrar un apoyo y cambiar sus actitudes de cara a que el hijo permanezca en tratamiento.
- 6- En relación a las intervenciones relacionadas con la retención, se debería intentar, como ya señalamos, que las mujeres toxicómanas, que suelen ser poco frecuentes, se sientan integradas en el grupo, para lo cual podría ser interesante mantenerlas unidas en las actividades del centro proporcionando así la identidad de grupo de referencia que pueda faltar y contar con mujeres terapeutas como figuras de identificación.
- 7- También es importante para aumentar la retención, proporcionar sesiones de apoyo a pacientes que tengan una dependencia grave y cuidar de forma especial su integración en el proceso terapéutico, mediante entrenamiento en habilidades sociales y en definitiva dotarles de recursos para afrontar las situaciones que se puedan dar en una comunidad terapéutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Annis, H.M. (1990). Relapse to substance abuse: Empírica! findings within a cognitive-social learning approach. *J. Psychoactive drugs*, 22: 117-124.
- Baekland, F., y Lundwald, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82 (5), 738-783.
- Baker, L.A., Gatea, R.P., Lewis, S.F., y Paolantonio, P., (1989). Relapse prevention training for drug abusers. Special Issue: Relapse: Conceptual, research and clinical perspectives. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 2 (2), 173-192.
- Baker, T.B., Morse, E. y Sherman, J.E. (1989). The motivation to use drugs: A Psychobiological analisis of urges. In P.C. Rivers (ed.), *Nebreska Symposium on Motivation: Alcohol and addictive behavior*. Lincolnm: University of Nebraska Press, 257-322.
- Bale, R.N., Cabrera, S., y Brown, J. (1977). Folow up evaluation of drug treatment. *American Joumal Drug Alcohol Abuse*, 4, 233-249.
- Bale, N.R., (1980) Therapeutic Community vs Methadone Maintenance. A Prospective Controlled Study of Narcotic Addiction Treatment Design and On Year Follow-up. *Archieves General of Psychiatri*, 37, Febrero.
- Barton, E. (1986). Approaches to treatment and coping with AIDS in a therapeutic Community. Paper presented at the world conference of TC's at Elkistuna Sweden.
- Berger, H., y Smith, M.J. (1978). Voluntary versus prescribed termination of methadone maintenance. *British Journal of Addiction*, 73, 178-180.

- Catalano, R.F., Hawkins, J.D., Wells, E.A., y Miller, J.L. (1990-91). Evaluation of the effectiveness of adolescent drug abuse treatment, assessment of risks for relapse, and promising approaches for relapse prevention. Special Issue: Relapse prevention in substance misuse. *International Journal of the Addictions*, 25 (9A-10A), 1085-1140.
- Craig, R.J. (1984a). Can personality tests predict treatment dropouts?. *The international journal of the addictions*, 19 (6), 665-674.
- Craig, R.J. (1984b). Personality dimensions related to premature termination from an inpatient drug abuse treatment program. *Journal of clinical psychology*, 40, 351-355.
- Craig, R.J. (1985). Reducing the treatment drop out rate in drug abuse programs. *Journal of substance abuse treatment*, 2, 209-219.
- Craig, R.J., y Olson, R.E. (1988). Differences in psychological need hierarchy between Program completers and dropouts from a drug abuse treatment program. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 14 (1), 89-96.
- Craig, R.J., Rogalski, C., y Veltri, D. (1982). Predicting treatment dropouts from a drug abuse rehabilitation program. *The International Journal of the Addictions*, 17 (4), 641-653.
- De Angelis, G.G., McCaslin, F.C., y Ungerleider, J.T. (1979). Drug use and employment patterns before and during treatment. *The International Journal of the Addictions*, 13 (8), 1183-1205.
- DeJong, W. (1994). Relapse prevention: An emerging technology for promoting long-term drug abstinence. *The international Journal of the Addictions*, 29, (6), 681-705.
- De Leon, G. (1973). Phoenix house: Changes in psychopathological signs of resident drug addicts. *Arch. Gen. Psychiatry*, 28, 131-135.

- De Leon, G. (1974). Phoenix house: Psychopatological signs among male and female drug-free residents. *Addictive Disease: an International Journal*, 135-151.
- De Leon, G. (1980). *Therapeutic Communities: Training self-evaluation. Final report of project activities under National Institute on Drug Abuse Grant No. H81-DAO1976*, 226 pp.
- De Leon, G. (1984). *Social and psychological adjustment of 400 dropouts and 100 graduates from the Phoenix House Therapeutic Community. The Therapeutic Community: A study of effectiveness. Rockville Maryland: National Institute on Drug Abuse Treatment, Research Monographic Series.*
- De Leon, G. (1988). *Legal pressure in Therapeutic Communities. In C.G. Leukefeld, and F.M. Tims (Eds), Compulsory treatment of drug abuse: Research and clinical practice, (pp 160-175), New York: National Institute on Drug Abuse.*
- De Leon, G. (1989). *Retention in drug free therapeutic communities. Paper presented at the National Institute on Drug Abuse (NIDA) RAUS Tecnical Review Meeting on Improving Drug Abuse Treatment. National Institutes of Health, Bethesda Maryland, August 28-30.*
- De Leon, G. (1990-91). *Altercare in therapeutic communities. Special Issue: Relapse prevention in substance misuse. International Journal of the Addictions, 25 (9A-10A), 1225-1237.*
- De Leon, G., y Jainchill, N. (1982). *Male and female drug abusers: Social and psychological status 2 years afther treatment in a therapeutic community. Am. J. drug alcohol abuse, 8 (4), 465-497.*
- De Leon, G., Jainchill, N. (1986). *Circumstance, motivation, readiness and suitability as correlates of treatment tenure. Journal of Psychoactive Drugs, 18 203-208.*

- De Leon, G., y Rosenthal, M.S. (1979). Therapeutic Community. In R. Dupont, A. Goldstein, and J.O'Donell (Eds), Handboock on Drug Abuse, Washington, DC: National Institute on Drug Abuse.
- De Leon, G., y Schwartz, S. (1984). Therapeutic communities: What are the retention rates?. *American Journal drug alcohol abuse*, 10 (2), 167-284.
- De Leon, G., Wexler, H., y Jainchill, N. (1982). The therapeutic Community: Success and improvement rates 5 years after treatment. *Int. J. of Addict.*, 17 (4), 703-747.
- Des Jarlais, D.C., Joseph, H., y Schmeidler, J. (1983). Predicting post-treatment narcotic use among patients terminating from methadone maintenance. In (Eds.). *Evaluation of Drug Treatment Programs* (pp 57-68). Haworth press.
- Dubinsky, M. (1986). Predictors of appointment non-compliance in community mental health patients. *Comunity Mental Health Journal*, 22 (2), 142-146.
- Duvall, H.J., Locke B.Z., y Brill, L. (1963). Follow up study of narcotic drug addicts five years after hospitalization. *Public Health Reports*, 78, 185193.
- Espina, A., García-Martín, E. (1993). Factores pronósticos de abandono terapéutico y recaída en heroinómanos. Una revisión. *Adicciones*, 5 (2), 185-204.
- García, E., Espina, A. Pumar, B., Ayerbe, A. y Santos, A. (1996). La emoción expresada como factor pronóstico en toxicomanías. San Sebastián. Agipad.
- Glaser, F.B. (1974). Splitting: Attriction from a drug-free therapeutic community. *Am. Journal of Drug Alcohol Abuse*, I, (3), 329-348.

- Gossop, M. (1988). Addiction and after. *British Journal of Psychiatry*, 152, 307- 309 .
- Gossop, M. (1978). Drug dependence: A study of the relationships between motivational, cognitive, social and historical factors, and treatment variables. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 166, 44-50.
- Gossop, M., Bradley, B., y Phillips, G.T. (1987). An investigation of withdrawal symptoms shown by opiate addicts during and subsequent to a 21-day inpatient methadone detoxification procedure. *Addictive behaviors*, 12, 1-6.
- Gossop, M., Green, L., Phillips, G., Bradley, B.P. (1989). Lapse, relapse and survival among opiate addicts after treatment: A prospective follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 154, 348-353.
- Gossop, M., Green, L., Phillips, G., Bradley, B. (1990). Factors predicting outcome among opiate addicts after treatment. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 209-216.
- Guardia, J., y González, S. (1983). Estudio de seguimiento (un año) de adictos a la Heroína. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, (10), 357-381.
- Guardia, J., Masip, J., y Viladrich, C. (1987). Estudio de seguimientos de adictos a la heroína a los tres años de su admisión a tratamiento. *Comunidad y Drogas*, 3, 61-79.
- Haastrup, S., y Jepsen, P.W. (1988). Eleven year follow-up of 300 young opioid addicts. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77 (1), 22-26.
- Harb, J.J.J. (1986). El drogadicto y su familia. *Psicopatología*, 6 (4), 364-368.
- Heit, D.S., y Pompei, K.F. (1977). Hypothetical Client retention factors in residential treatment. *Addict. Ther.*, 2 (1).

- Hubbard, L.R., Rachal, V., y Graddock, S.G. (1983). Treatment Outcome Prospective Study (TOPS). Clients characteristics and behaviours before, during and after treatment. En NIDA Drug Abuse Treatment Evaluation: Strategies, Progress and Prospects. NIDA, Research monograph Series.
- Hubbard, R.L., Rachal, J.V., Graddock, J.G., y Cavanaugh, E.R. (1984). Treatment Outcome Prospective Study (TOPS): Client characteristics and behaviors before, during and after treatment. In E.M. Tims, y J.P. Ludford (Eds.), Drug Abuse Treatment evaluation: strategies, progress and prospects (pp.42-68). National Institute on Drug Abuse. Research Monograph 51. DHHS Publ. ADM 84-1329.
- Hunt, W.S., Barnett, L.W. y Branch, L.G. (1971). Relapse rates in addiction programs. *Journal of clinical psychology*, 27, 445-456.
- Joe, G.W. (1976). Studies of retention in treatment of drug users in the DARP: 1969-1971 admissions. S.B. Sells (Ed.) Evaluation of Treatment. Vol. 1, Chap. 18, Ballinger Press, Cambridge, Massachusetts.
- Joe, G.W., Person P.Jr., Sells, S.B., y Retka, R.L. (1972). An evaluative study of methadone and drug free therapies for opiate addiction. IBR Report N° 7214. S.B. Sells (Ed.) Evaluation of Treatment. Ballinger Press, Cambridge, Massachusetts.
- Joe, G., Singh, B., Lehman, W., Simpson, D., y Sells, S. (1983). Agency differences in post-treatment outcomes: a follow-up of drug abuse treatment clients. *International Journal of Addiction*, 18, 523-538.
- Klingemann, H. (1991). The motivation for change from problem alcohol and heroin use. *British Journal of Addiction*, 86, 727-744.

- Leff, J. y Vaughn, C. (1985) Expressed Emotion in families. Its significance for mental illness. The Guilford Press. Nueva York.
- Lehman, E.K.W., y Joe, G.W. (1987). Longitudinal behavior as a predictor of follow-up outcomes for opioid addicts. *Psychology of addictive behaviors*, 3, 173-184.
- Leukefeld, C.G., y Tims, F.M. (1989). Relapse and recovery in drug abuse: Research and practice. *The international journal of the addictions*, 24 (3), 189-201.
- Little, G.L., y Robinson, K.D. (1987). One day dropouts from correctional drug treatment *Psychological reports*, 60, 454.
- Ludwig, A.M. (1986). The mystery of craving. *Alcohol Health Res.* 11 (1), 14- 17.
- Ludwig, A.M.; y Wikler, A (1974). "Craving" and relapse to drink. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 35, 108-130.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavioral change. In P. Davidson and S. Davidson (Eds.), *Behavioral Medicine: Changing Health lifestyles*. New York: Brunner/Mazel, 410-452.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. In G.A. Marlatt, G.A. y J.R. Gordon, J.R. (Eds.). *Relapse prevention* (pp 3-67). New York; The Guilford Press.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E., y O'brien, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patient. *The Addiction Severity Index. The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 26-33.

- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E., O'Brien, C.P. y Druley, K.A. (1983). Predicting response to alcohol and drug abuse treatment: Role of psychiatric severity. *Arch. Gen. of Psychiatry*, 40, 620-625.
- McLellan, A.T., Childress, A.R., Griffith, J., y Woody, G.E. (1984). The psychiatrically severe drug abuse patient: Methadone maintenance or therapeutic community?. Levy, N.M., y Tortelli, J.A. (1974). Methadone dropouts in a drug free therapeutic Am. J. drug alcohol abuse, 10 (1), 77-95.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J., Evans, F., Barr, H.L., y O'brien, C.P. (1985). New data from the Addiction Severity Index. Reliability and validity in three centers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173 (7), 412-423.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., O'brien, C.P., Barr, H.L., y Evans, F. (1986). Alcohol and drug abuse treatment in three different populations: Is there improvement and is it predictable?. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 12 (1 y 2), 101-120.
- Nahas, G.G. (1981). Classification pharmacologique des drogues susceptibles d'er gendrerl'abus. *Bull. Stupefiants.*, 33 (2), 1-17.
- National Institute on Drug Abuse. (1981). Effectiveness of drug abuse treatment program. Department of health and Human Services, Publications n° (ADM) 81-1143.
- Niaura, R.S., Rohsenow, D.J., Binkoff, J.A. Monti, P.M., Pedraza, M., y Abrams, D.B. (1988). Relevance of cue reactivity to understanding alcohol and smoking relapse. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 133-152.
- Nieva, P. (1988) Evolución de centros de tratamiento de la drogodependencia. Tesis doctoral. UNED. Madrid.

- O'Donell, J.A. (1964). A follow-up of narcotics addicts, morality, relapse and abstinence. *American journal of orthopsychiatry*, 34, 948-954.
- Ochoa, E., Arias, F., Somoza, J.C., Vicente, N. y Jordá, L. (1992). Retención en un programa de tratamiento con Naltrexona: Dos años de seguimiento. *Adicciones*, 4 (3), 207-212.
- Page, R.C., y Mitchell, S. (1988). The effects of two therapeutic communities on illicit drug users between 6 months and 1 year after treatment. *The International Journal of the Addictions*, 23 (6), 591-601.
- Pascual, J.M., Rubio, G., López, J.R., y Heras, F.J. (1989). Cambios en el comportamiento, en un grupo de adictos a las drogas por vía parenteral tras la notificación de su seropositividad al VIH. *Rev. Psiquiátrica Fac. Barna*, 16 (1), 3-12.
- Prochaska, J.O. & Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico del cambio para conductas adictivas. En Casas, M., *Recaídas y prevención de recaídas*, Sitges. Ediciones en Neurociencias, (pp 85-136) Citran.
- Robertson, J.R., Bucknall, A.B.V., Skidmore, C.A., Roberts, J.J.K., y Smith, J.H. (1989). Remission and relapse in heroin users and implications for management: Treatment control or risk reduction. *The International Journal of the Addictions*, 24 (3), 229-246.
- Roig-Traver, A. (1988). Posibles repercusiones de la infección por VIH en el tratamiento de los drogodependientes. ¿Cómo puede afectar a las CCTT?. *Rev. Esp. Drogodep.*, 13 (1), 25-40.
- Roldán, G., y Berasategui, A. (1987). Incidencia sobre un grupo de pacientes y el equipo de trabajo del proceso de un paciente de SIDA en Comunidad Terapéutica. Comunicación presentada en el II Congreso Mundial Vasco, San Sebastian.

- Royo, J. (1990). Estudio de seguimiento de adictos a la heroína dos años después de haber finalizado el programa de abstinencia en régimen de ingreso (Comunidad Terapéutica). Comunicación presentada en el IIº Congreso del Colegio Oficial de psicólogos, (pp. 239-251). Valencia.
- Sánchez-Carbonell, J., y Camí, J. (1986). Recuperación de heroinómanos. Definición, criterios y problemas de los estudios de Evaluación y Seguimiento. *Medicina Clínica*, 87 (9), 377-382.
- Sánchez-Carbonell, J., Cami, J., y Brigos, B. (1988). Follow-up of heroin addicts in Spain (EMETYST Project): Results 1 year alter treatment admission. *British Journal of Addiction*, 83, 1439-1449.
- Sánchez-Carbonell, J., Brigos, B., Camí, J. (1989). Evolución de una muestra de heroinómanos 2 años después del inicio del tratamiento. (Proyecto EMETYST). *Medicina Clínica*, 92, 1-9.
- Sánchez-Carbonell, J. (1988). Conocimientos y valoración de las medidas y servicios de atención al toxicómano. *Comunidad y Drogas* 8, 9-24.
- Secades, R., Fernández-Hermida, J.R., y Fernández-Rodríguez, C. (1991). Estudio de los determinantes en las recaídas de los heroinómanos. *Rev. Esp. Drogodep.*, 16 (4), 285-293.
- Shiffman, S. (1984). Cognitive antecedents and sequelae of smoking relapse crisis. *J. Appl. Soc. Psychol.* 14: 296-309.
- Shiffman, S. (1989). Conceptual issues in the study of relapse en M Gossop (Ed) *Relapse and addictive behaviour*, Kent, England: Groom Helm Ltd.
- Shiffman, S. (1992). Relapse process and relapse prevention in addictive behaviors. *The behavior therapist*, 9-11.

- Simpson, D.D., Savage, L.J. y Lloyd, M.R. (1979). Follow-up evaluation of treatment of drug abuse during 1969 to 1972. *Archives of General Psychiatry*, 36, 772-780.
- Simpson, D.D. (1979). The relation of time spent in drug abuse treatment to posttreatment outcome. *American Journal of Psychiatry*, 136 (11), 1449-1453.
- Simpson, D.D. (1981). Treatment for drug abuse: follow up outcomes and length of time spent. *Archives of General Psychiatry*, 38, 875-880.
- Simpson, D.D., y Sells, S.B. (1982a). Effectiveness of treatment of drug abuse: an overview of the DARP Research Program. *Adv. Alcohol Substance Abuse*, 2 (1), 7-29.
- Simpson, D.D., y Sells, S.B. (1982b). Evaluation of drug abuse treatment effectiveness: summary of DARP, Follow-up research. DHHS Publication No.(ADM) 82-1194. Washington DC: U.S. Government Printing Office, NIDA.
- Simpson, D.D. (1986). 12 years followup of opioid addicts treated in Therapeutic Community. In G. De Leon y J. Ziegenfuss (Eds.), *Therapeutic Communities for addictions: Rearings in theory, research and practice*, (pp109-120), Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Tucker, J.A., Vuchinich, R.E., y Harris, C.V. (1985). Determinants of substance abuse relapse. In M. Galizio and S.A. Maisto (eds.), *Determinants of substance abuse: Biological, Psychological and environmental factors*. New York: Plenum, 383-421.
- Vaillant, G.E. (1966a). A twelve-year follow-up of New York Narcotic addicts: I the relation of treatment to outcome. *American Journal of Psychiatry*, 122, 727-737.

- Vaillant, G.E. (1966b). A twelve-year follow-up of New York Narcotic addicts: IV some characteristics and determinants of abstinence. *American Journal of Psychiatry*, 123, 573-585.
- Vaillant, G.E. (1973). A twenty-year follow-up of New York Narcotic addicts. *Archives General of Psychiatry*, 29, 237-241.
- Vaillant, G.E. (1988). What can long-term follow-up teach us about relapse and trastornos. Comunicación presentada en el I Congreso de Evaluación Psicológica.
- Vuchinich, R.E., y Tucker, J.A. (1988). Contributions from behavioral theories of choice to an analysis of alcohol abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 181-195.
- Wexler, H., y De Leon, G. (1977). The therapeutic Community: multivariate prediction of retention. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 4 (2), 145-151.
- Wilson, S. (1978). The effect of treatment in a therapeutic community on intravenous drug abuse. *British Journal of Addiction*, 73, 407-411.
- Wilson, S., y Mandelbrote, B. (1978). The relationship between duration of treatment in a therapeutic community for drug abusers and subsequent criminality. *Brit.J. Psychiatry*, 132, 487-491.
- Winick, C. (1962). Maturing out of narcotic addiction. *UN Bulletin on Narcotics*, 14, 1-8.

III2

PROCESO

4.2 *Teoría y Dialéctica del Método Psicoterapéutico en Drogodependencias*

Carlos Sirvent Ruiz

Psiquiatra de Instituto Spiral

1. Introducción.
 2. Descripción de algunos Modelos Terapéuticos en Drogodependencias.
 3. Una aproximación al método psicoterapéutico.
 4. Dialéctica Teoría - Método.
 - 4.1. Los problemas de la valoración previa al tratamiento.
 - 4.2. Problemas específicos del proceso terapéutico con adictos.
 - 4.3. Encrucijadas dialécticas.
 5. Corolario.
- Referencias Bibliográficas.

III 2 Teoría y Dialéctica del Método Psicoterapéutico en Drogodependencias

Carlos Sirvent Psiquiatra de Instituto Spiral

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende hacer un breve aunque esperemos que elucidativo análisis comparativo del proceder psicoterapéutico convencional respecto al específico en drogodependencias con especial detenimiento en la dialéctica del método, en las dificultades de aplicación teórico práctica y en las encrucijadas terapéuticas que todo profesional debe tener en cuenta cuando trata las adicciones, incidiendo especialmente en las dificultades interpretativas y aplicativas que suelen encontrar los psicoterapeutas. En un trabajo de esta naturaleza se deben señalar con meridiana claridad las pretensiones del mismo que son puramente generales y orientativas. Los límites son claramente psico-terapéuticos, aludiendo al método no como trasunto de una visión restrictiva del fenómeno, sino como un intento de acotar los márgenes del trabajo sin olvidar que existen otras variables (familia, ambiente, educación, trabajo) igualmente importantes pero que no se abordan aquí. Se efectúa una breve introducción a algunos modelos terapéuticos generalizados no como marco de referencia sino como un complemento informativo de cierta utilidad sobre todo para los menos avezados.

2. DESCRIPCIÓN DE ALGUNOS MODELOS TERAPEÚTICOS EN DROGODEPENDENCIAS

Con independencia de los referentes conceptuales teóricos (escuelas, métodos, etc), en la práctica suelen yuxtaponerse y complementarse los conocimientos al servicio de un trabajo en equipo que suele así ganar en eclecticismo. Además, de todos es sabido que, dada la complejidad del fenómeno adictivo y la imposibilidad de encontrar un solo marco explicativo, las diferentes aportaciones enseñan lo que de forma particular no se abarca, máxime en un grupo heteroprofesional donde se obvia la discusión y favorece el sumando de saberes (p.e.: psicólogos, trabajadores sociales, sociólogos, antropólogos, etc.) ¿Cómo cuajan los cuerpos doctrinales en modelos terapéutico-integradores si es que no se renuncia explícitamente a la reinserción? Repasemos someramente algunos modelos terapéuticos.

MODELO CONDUCTUAL

El modelo conductual (Stitzer, 1983-) considera que la drogadicción se inicia merced a la intensa carga como reforzador primario del efecto químico de la droga, y en especial por la inmediatez y duración de los efectos en conjunción con la desestimación de otras opciones que tienen menor carga reforzadora para el sujeto.

Así la primera etapa de la adicción se regiría por conductas de búsqueda a las que sucederían conductas de autoadministración una vez el hábito está ya establecido. La escalada, desarrollo y mantenimiento de la adicción se consideran vinculados a contingencias de reforzamiento positivo y negativo que —en síntesis— serían:

1. Contingencias de reforzamiento positivo:

- 1.1. Las relacionadas con la cualidad química (euforizante, placentera, sedativa, etc) de las drogas.

1.2. Aquellas que se asocian beneficios secundarios de caracter positivo: pertenencia a un grupo de iguales, adquisición de señas de identidad gregarias con todo lo que éello implica (conjunto de valores propios, sensación de protección, satisfacción de otras necesidades, arropamiento en el subgrupo, etc...).

2. Contingencias d reforzamiento negativo: feridas a la evitación o paliación aspectos dolorosos para el sujeto: situación sociofamiliar, problemas laborales o escolares, conflictos interpersonales, etc... Aquí también cabría incluir la evitación de síntomas de abstinencia y del estado psicofisico inherente al mismo.

MODELO TERAPÉUTICO COGNITIVISTA Y COGNITIVO CONDUCTUAL.

El modelo terapéutico cognitivista conecta directamente con la teoría conductual de Stitzez, donde el conjunto de refuerzos condicionados positivos, negativos, internos y externos son los responsables de las recaídas. (Sierra, Terrádez, 1991) desarrolla la terapia cognitiva dentro de un progrma multimodal en drogodependencias intentando camibar los elementos de adquisición, mantenimiento y refuerzo de la dependencia para lo cual debera efecturarse un adecuado psicodiagnóstico (este método no es aplicable a sujetos con C:I inferior a 90) para valorar los modelos de atribuciones, conducta dependiente, contingencias de reforzamiento positivo y negativo, estímulos desencadenantes, consecuencias cognitivas, ideas irracionales etc.

Algunas técnicas terapéuticas cognitivas serían:

1. *Autorregistro:* de comportamientos, ideas, estados anímicos asociados, sentimientos, afectos, etc. Vinculados a la toxicofilia en sus dos vertientes:
 - 1.1. *Vertiente negativa:* aumento de la filia y por tanto eventualidad de una recaida
 - 1.2. *Vertiente positiva:* amortiguación y por tanto

mantenimiento de la abstinencia.

2. Capacidad para la respuesta demorada (V. trabajos de Santacreu, 1992) sobre autocontrol* en base a una adecuada identificación de estímulos peligrosos para la violación de la abstinencia.
3. Desarrollo de *autoeficacia* y autonomía, percibiéndose como un sujeto “nuevo” que olvidó viejas costumbres o querencias asociadas al mundo de la droga.
4. El aumento en definitiva de las *habilidades sociales* necesarias para afrontar situaciones y resolver conflictos por sí mismo, sabiendo buscar ayuda y detectar problemas.

MODELO TERAPÉUTICO SISTÉMICO

El modelo sistémico considera que si el núcleo relacional del sujeto, (básicamente la familia) es disfuncional se producen una serie de desajustes que pueden generar aparición de una drogodependencia en uno o más miembros de la familia; de ahí que la intervención deba centrarse no en la adicción como síntoma sino en el código de relaciones familiares y dinámica de interacción, estructura de la familia y su red social, etc, que es donde se sitúa el origen del síntoma adicción.

El modelo sistémico actúa, pues, operando directamente dentro del subsistema familiar y/o de redes sociales, habida cuenta del papel crucial de la misma en la génesis y desarrollo del problema según quedó expuesto. El objetivo final de la terapia familiar sistémica es la reconstrucción del equilibrio familiar descompensado mediante un juego dinámico entre jerarquías y espacios de poder en sentido vertical (padres - hijos) y horizontal (hermanos - cónyuges). Las peculiaridades del modelo sistémico en el ámbito de las

* *Santacreu Mas, J. y otros*: “El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencia” *Revista Española de Drogodependencias* núm 3 y 6, 1991 y 1992

drogodependencias concluyen en la mayor necesidad de normativa como elemento coadyuvante y la concurrencia habitual de recursos educativos (o si se prefiere psicopedagógicos). En su acepción más pura, este modelo centra su intervención en el sistema familiar enfermo, siendo el drogodependiente (sujeto "designado") el síntoma emergente, con lo cual se pierde la perspectiva general, quedando relegados buen número de considerandos importantes, como el proceso *primum*, la dependencia en sí, y en general toda la cadena de trastornos y alteraciones del sujeto que por graves que resultaren no pasarían de constituir un conjunto sintomático más. Sin embargo, en conjunción con otras técnicas, y -sobre todo- incardinando la técnica y cuerpo de conocimientos relacionales dentro de un equipo multidisciplinar, puede completarlo de manera eficaz

MODELO PSICOPATOLÓGICO DINAMICISTA.

En la perspectiva **psicopatológico-dinamicista**, Solé Puig siguiendo a *Alonso Fernández*, afirma que "desde la perspectiva clínica y empírica, la personalidad narcisista adolece de una gran limitación para el altruismo" y cree factible aislar un denominador común psicopatológico dentro de la mayoría de toxicómanos actuales. Dicho denominador común sería el narcisismo, consideradd éste como un tipo de personalidad anómala (una forma de psicopatía) o sociopatía, indirectamente relacionado con las toxicomanías. Tras las habituales frustraciones narcisistas de la infancia paulatinamente subsanadas gracias a una forma de autocontrol aprendido, llega la adolescencia como etapa en la que se proyectan con fuerza los afectos y sentimientos al exterior. Si además acontecen sucesos biográficos traumáticos, se tiene cierta carga psicopática, o, sobre todo, si se dificulta el proceso de identificación con la imagen parenteral, quizá puede producirse una regresión narcisista que se traduzca en un egoísmo desmedido que puede abocar en formas de violencia juvenil, conductas desviadas, o toxicomanía secundaria al hipernarcisismo. La consecuencia sería un déficit del altruismo, considerado como factor etiológico de conservación de la especie y del propio individuo.

MODELO TERAPÉUTICO PSICODINÁMICO

El *modelo psicodinámico*, tiene dos formas típicas de expresión:

1. La *clásica*; mediante entrevistas perfectamente reguladas que ecidn profesionales en sus respectivos gabinetes, o como complemento dentro de un equipo multitécnico y pluridisciplinar.
2. La *adaptada*, dentro del estructuralismo simbólico, a un program mplio donde las fases terapéuticas combinan de manera simultánea intervenciones individuales, grupales y familiares (dinámico/sistémicas) dentro de un proceso estructurado en regímenes diferenciados (residencial/ ambulatorio) según programas preestablecidos.

En un caso representativo de este modelo* la C.T. sería el marco genuinamente reconstructivo, intentando hacer regresar al sujeto al estadio del espejo fragmentado (Olivenstein,1987) una transición hacia la realidad que se deno ▶ na, se: estadios terapéuticos, fase funcional, de escisión de transición y de duelo, recreando el principio freudiano de realidad como base para la reestructuración y ulterior reinscripción para lo c al se emplean recursos psicodinamicistas de atiz lacaniano.

* Centro terapéutico C. Lanza – Directora del Programa Fernández March, T. Diputación Provincial de Valencia

MODELO TERAPÉUTICO SOCIOEDUCATIVO

El denominado modelo socioeducativo de M. Pizzi invoca dos tipos de factores exógenos que inciden directamente, como son la desnaturalización de los nexos comunicativos y el déficit del sistema de socialización del sujeto que de consuno provocan una crisis del sistema familiar tradicional y educativo* al resquebrajarse el principio de jerarquía y orden social (de las motivaciones tradicionales y las solidaridades atávicas), lo que puede conducir, entre otras consecuencias, a la drogodependencia. Este modelo tiene dos ejes de intervención fundamentales:

1. El proceso de socialización tradicional, basado en principios de esfuerzo, disciplina social (normatividad) y jerarquía.
2. Reconstrucción de las conexiones sociales dando importancia a la solidaridad y creación de vínculos afectivos grupal-comunitarios. Para ello se estructuran tres fases de rehabilitación: 1) la acogida, de carácter ambulatorio con tratamiento paralelo de la familia y terapia grupal basada en la dualidad apoyo grupal/presión emocional (dura entre 6- 9 meses). 2) fase de comunidad terapéutica con una estructura jerárquica como corresponde al principio de socialización antes enunciado y el confrontamiento dual previamente iniciado dentro de la gran familia que se supone es la comunidad (dura unos 9 meses). 3) fase de reinserción que tiene otras 3 que duran de 3-4 meses cada una: 1) socialización, 2) reinserción laboral y educativa 3) autonomía e interdependencia.

* Los valores tradicionales de la familia se refieren al orden jerárquico, conexión interna, transmisión vertical de valores etc. Los vínculos comunitarios aludirán a identidades emocionales y grupos de iguales tegidos por atavismos unificadores y tradicionales

MODELO TERAPÉUTICO ESTRUCTURAL

El enfoque denominado estructural* tiene su máxima expresión en el modelo que el mencionado autor encuentra en el binomio "público-ambulatorio" de los centros que lo desarrollan donde, con independencia de los distintos modos de abordar la deshabituación, parece haber coincidencia generalizada en una visión teórica de la reinserción de tipo estructural, concibiendo ésta no como una fase ulterior a la rehabilitación, sino como un proceso sincrónico a la misma, que además debe efectuarse en el propio ambiente de origen del sujeto, sin crear espacios socialmente marginadores, de manera que queda claro el eje dialéctico individuo/sociedad como marco básico de operaciones atribuyendo tanto al sujeto como al propio medio la responsabilidad causal.

En consecuencia el tratamiento etiológico del problema pasa de manera principal por el eje individuo/sociedad, rechazando todo género de alternativas medicalistas, psicologicistas o represiva. El *aprendizaje* sería el vehículo de formación/autonomía persona motiva de normalización /socialización, siendo así los cambios sociales y personales integrantes de un mismo proceso, resultando destacable que los programas públicos de esta naturaleza procuran cada vez intervenir en ámbitos estratégicos de socialización, como el *educativo*.

De igual modo, otro punto de incidencia destacado es *la familia* tanto por intentar resolver la conflictividad intrafamiliar, como por implicarles y hacerles coparticipes del proceso, y -lo que es más peculiar- para recrear *un espacio natural de socialización*. Los dos objetivos básicos del proceso de socialización serían:

1. el logro de un nuevo estilo de vida no como un ajuste normativizado, sino como inserción plural, diversa e individualizadora en su entorno;

* Rodríguez Cabrero: "La integración social de drogodependientes" 1988. Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

2. el logro de la autonomía en un mundo donde la droga es una realidad.

INTERACCIONISMO SIMBÓLICO

Dentro de las corrientes modernizadoras antes aludidas, y más aún de las corrientes pluralistas tenemos el interaccionismo simbólico que, frente al modelo exógeno totalizador, elabora una teoría donde la adicción es un proceso de aprendizaje cultural, un conjunto de significados elaborados a partir de unas experiencias motrices de carácter cultural en las que se refuerzan los motivos de la drogodependencia y se etiquetan las conductas de forma interaccional. En dicho sentido *Rodríguez Cabrero* * afirma que no son los motivos preexistentes los que determinan el comportamiento desviado, sino el propio comportamiento desviado el que provoca el apartamiento de las normas sociales. No es la experiencia de consumo la que genera los motivos, sino el significado atribuido por el propio sujeto que incrementa en la medida que lo hace su paulatina y progresiva experiencia con las drogas.

Dentro de las teorías sociales globalizadoras (conflictivismo) tenemos las teorías estructuralistas que *Rodríguez Cabrero* sintetiza en su op. cit. en las cuales la génesis de la drogodependencia estaría en un marco de tipo socio-estructural, siendo los fenómenos explicativos de tipo cultural, social, económico e ideológico.

* Laraña Rodríguez Cabello "Las drogas como problema social: tipologías y políticas de tratamiento". Rev. Esp. de Investigación Social n°34, 1988

3. UNA APROXIMACIÓN AL MÉTODO PSICOTERAPÉUTICO*

Por seguir un orden vamos a suponer un hipotético e irreal proceso psicoterapéutico convencional asimilable a las etapas habituales por las que pueden atravesar sujetos adictos y no adictos en su devenir terapéutico que no pretende ser riguroso o fidedigno pero sí útil por ilustrativo, comparando luego ambas trayectorias (toxicómano / no toxicómano): analogías, diferencias cualitativa y cuantitativas, contingencia varias, etc

De forma muy abreviada (véase diagrama 1 y esquema 1) vamos a sintetizar las **etapas terapéuticas** del siguiente modo :

- 1 Antes del comienzo de todo proceso terapéutico existe una **demanda inicial** que puede circunscribirse al problema motivo del tratamiento, o ir más lejos (contingencias).
 - 1.1 El sujeto **no adicto** plantea la resolución de su problema y la recuperación del equilibrio.
 - 1.2 El sujeto **adicto** desea curar o paliar la dependencia. Ocasionalmente comprende que el problema vá más lejos; es la etapa de la valoración previa.
- 2 Etapa primera **inculpatoria** (INCULPACIÓN/EXCULPACIÓN) (no existe un orden definido) donde, tras plantear el problema clave surge la ansiedad añadida secundaria al descubrimiento del origen del problema, lo que lleva a un juego de culpabilizaciones, mediante el cual el sujeto no toxicómano oscila entre la sensación de no haber sido comprendido por nadie, víctima de personas y/o situaciones, y la sensación opuesta de creerse responsable del sufrimiento de los demás a causa de los problemas que él generaba.

* Esta explicación es independiente del modelo teórico práctico de referencia, y es válida para modelos tan dispares entre sí como el psicoanalítico, cognitivo-conductual, sistémico, fenomenológico-existencial, etc. En función no de un colectivismo integrador sino de una adicción sinérgica.

El sujeto drogodependiente puede afirmar que la sociedad es la culpable de otros como él sean víctimas de la marginación, por ejemplo, y -al igual que ocurría con los no drogodependientes- autoinculparse y creerse el verdugo de familiares y afectados.

Importante es la percepción, muy frecuente, de deterioro grave a consecuencia del tiempo perdido mientras se drogaba lo que verbaliza como : "Soy una ruina, he perdido el tren de todo mientras me ocupaba solo de drogarme", etc.

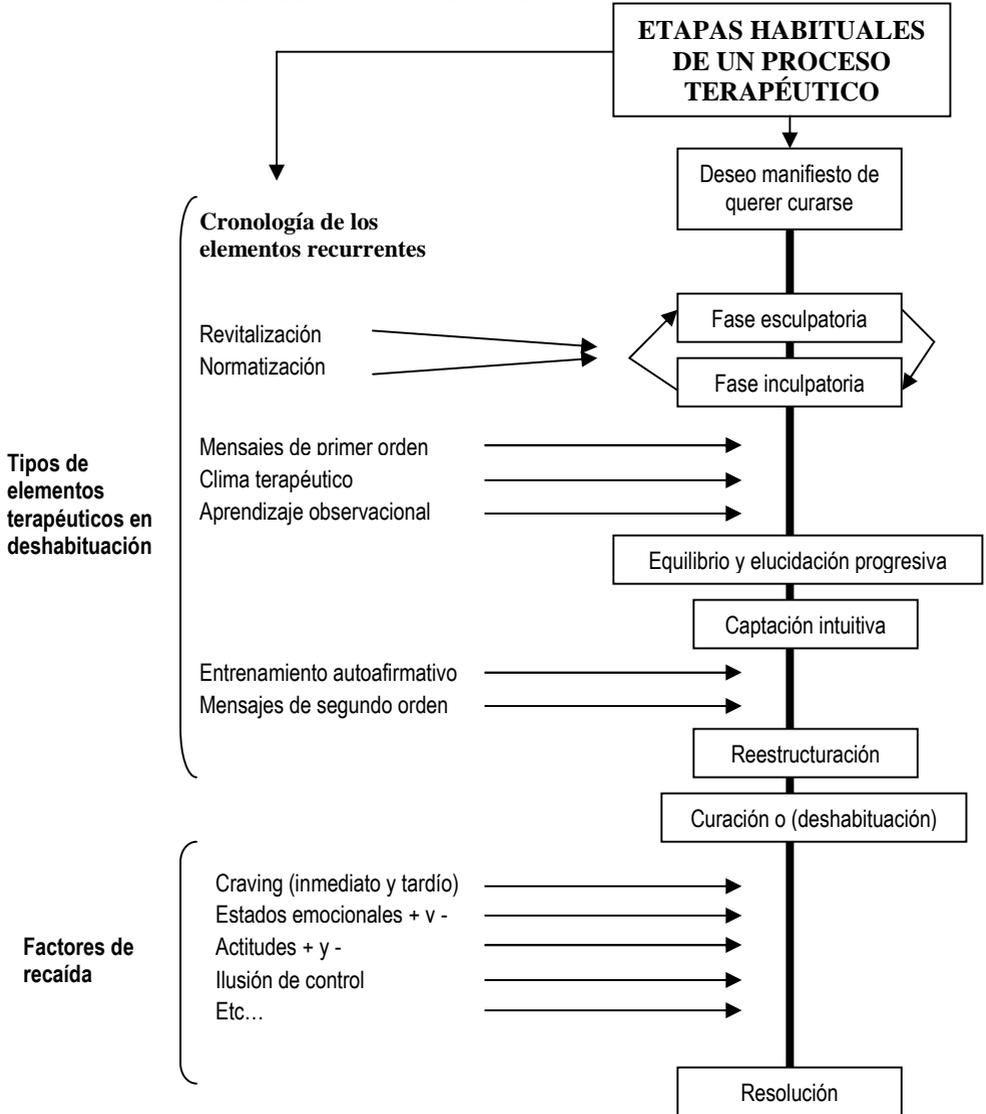
- 3 Segunda etapa de **equilibrio y elucidación** a la que sigue una inmediata fase de **captación intuitiva**, en la que se equilibran las inculpaciones (autoinculpaciones y exculpaciones) y elucidan de forma progresiva los mecanismos que conducen al desentendimiento o mala comunicación.(v. diagrama 2 y esquema 1).

Desde un cierto reequilibrio, se van comprendiendo (captando) los dinamismos que rigen el propio comportamiento, aunque éllo no garantiza el control del mismo, e intentando a su vez comprender mejor a los demás procurando situarse en su lugar.

- El sujeto **no toxicómano** acaba concluyendo que: "todos (los demás y yo) somos culpables o responsables. Lo importante es que ésto no se repita, sobre todo en lo que a mi conducta se refiere". Aparecen dudas vitales y razonables desprovistas de la carga emotiva de la anterior etapa. En la siguiente fase (captación intuitiva) la conclusión es del tipo: "voy descubriendo cosas de mi mismo que desconocía o pasé por alto. Cada vez me sorprende menos la imagen que exteriorizo y la reacción de la gente ante mí. Aprendo a detectar, analizar y - en progresiva medida- controlar sentimientos."

Diagrama 1.

1.1 ELEMENTOS RECURRENTE EN LAS ETAPAS DEL PROCESO TERAPÉUTICO



- El **sujeto toxicómano** también pasa por ese trance elucidativo que no significa ni mucho menos una comprensión absoluta del problema; es más, empiezan a aflorarle dudas respecto a su curación en una encrucijada desestabilizadora porque remueve aspectos de sí mismo de los que nunca se había ocupado. Se le van abriendo los ojos hacia su mundo interior, y también hacia el exterior que ahora contempla con mirada más serena, aunque tropieza con la propia mixtificación. Redefine con mayor objetividad su dependencia y la necesidad de llenar un vacío existencial que amén de desvitalizante compele al hedonismo. Inmediatamente observamos que la dependencia, como tal, se instala y arraiga donde la razón llega pero nada puede hacer porque la voluntad se doblga siempre ante la fuerza del instinto: un yonky comprende perfectamente que la droga le hace daño, pero, aún sabiendo que aquella dosis le puede matar, consume hasta sentirse satisfecho porque por encima del entendimiento está el poder sensorial máximo, el instinto de reproducción o de vida y aún el instituto de muerte.*

Y bien,¿cómo se traduce en la practica la eventual resolución de un problema que marca profunda huella en los estratos más inaccesibles del ser humano, o sea en los instintos y sentimientos?

Ardua tarea se presenta de ante mano y en verdad resultan frustrantes los reiterados fracasos con personas que perdieron las ganas de vivir y la energía para tener mínimum de vitalidad. Si a ello añadimos el relativamente frecuente problema de la serapositividad y en no pocos casos la presencia de incipientes muestras de desarrollo activo de SIDA, concluimos que; es como luchar por curar a un desahuciado al que además le faltan los deseos de seguir vivo. De entrada se anticipa que cualquier modelo que afronte el problema con garantías de éxito es largo costoso, de hecho existe correlación entre la duración real del tratamiento y la eficacia del mismo. En fin, la vitalidad -uno de los bastiones nucleares- resulta ser concepto casi más físico que psíquico. Y dado que en primera instancia el

* v. eñ rotp prdçañocp. Pñovemsteom. “Il n’y a pas des toxicomanes hereux”, 1985

drogodependiente es indomeñable, laxo, abandonado y apático, bueno resulta revitalizar desde un pleno exquisitamente etioterapéutico: normatividad activación física, horarios ajustados e inflexibles, al objeto de recuperarritmos biológicos perdidos etc. (v. esquema 2, cronograma secuencial).

En cuanto al abordaje terapéutico del otro gran carácter nuclear: la dependencia inmediata y la recurrente (en definitiva del enamoramiento del adicto por la droga) va a resultar tarea ímproba ineluctablemente necesitada de la decidida colaboración del adicto y allegados. ¿qué puede ocurrir para que un sujeto se desanoamore de la droga?

Recuperando los caracteres nucleares del modelo psico(pato)lógico, tenemos el emblemático fenómeno de la dependencia, del amor del sujeto hacia el objeto droga. Curar ésto equivale, entre otras muchas cosas, a curar el "mal de amor", solo que éste mal es de intensidad extrema y arraigo poderoso. Y -si se consigue olvidar temporalmente- resurge con renovados bríos cuando uno menos se lo espera (recuérdese la impronta mnésica de la dependencia recurrente)* ¿Qué hacer, qué método seguir para subsanar algo que a lo mejor no es remediable? ¿Sería acaso enfermedad este amor aberrante y pulsivo si no comportara secuelas más debidas al tipo de vida del toxicómano o situación de ilegalidad de las drogas que a la naturaleza intrínseca de la sustancia?

* La drogodependencia recurrente o craving tardío surge como respuesta condicionada a un estímulo consumofílico (o incluso sin él) en sujetos que llevan varios meses (como mínimo) sin drogarse. Se debe a la huella afectiva que dejan en la memoria las consecuencias placenteras del consumo, lo cula significa una huella profunda

En primera instancia todos los métodos son mecánicos prohíben el consumo de drogas y la relación directa con el mundo que las rodean, lo que equivale a apartar al adicto de la visión uso y disfrute de psicotropos, de manera que el sujeto se aleja pero no olvida. Sin embargo el tiempo y la distancia que todo lo curan, consiguen al menos apaciguar el anhelo consumofílico y permiten un cierto sosiego que retoma consciente y más reflexivo al adicto. (ver diagrama 3).

Ya está el terreno preparado : paciente alejado del consumo, con un cierto grado de tranquilidad y conciencia que permiten trabajar planos más profundos. En primera instancia debemos reorganizar el pandemonium de ideas, sentimientos, estereotipos etc. presididos por una profunda desconfianza hacia los demás y hacia si mismo en forma de baja autoestima y sentimiento íntimo de irrecuperabilidad o bien por un injustificado optimismo. Dicha reorganización es conveniente para que el adicto en rehabilitación descubra o tome mayor conciencia de su *falta de identidad*.

Desde luego deben atenderse también aquellas alteraciones importantes (aunque periféricas) como son las distimias, sociopatías, perturbaciones caracteriales, etc. llamativas y preocupantes en primera instancia, pero bastante bien manejables con el sencillo recurso de la atmósfera terapéutica, más la lógica adición de los numerosos elementos psicoterapéuticos que todo buen programa debe reunir.

La falta de identidad es fruto –entre otras muchas cosas– de la disolución de personalidad durante el idilio con la sustancia droga que le llevó a olvidarse de todo y perder aquellas señas y caracteres que le confieren mismidad. De ahí que casi todos los toxicómanos se parezcan : han perdido la identidad y solo piensan en obtener droga; sus conductas y el impulso que las rige es igual para todos y cuando un toxicómano se recupera, lo primero que recobra son elementos de carácter, temperamento, sentimientos, etc... pero no identidad.

La identidad como hecho de afirmación personal está tan profundamente perdida en el adicto que en la práctica suele delegar en otros la responsabilidad de sus iniciativas incluso la iniciativa propia* , su proyecto de vida, y, en definitiva, todo lo que suponga un acto trascendente, sensato, o que implique constancia y continuidad. Esa falta de identidad le crea un profundo vacío que cubre con la determinación más fácil e inmediata posible (si es él quien decide) o bien mediante la referida delegación de responsabilidades en otros. En definitiva, repitiendo el comportamiento de cuando era toxicómano activo.

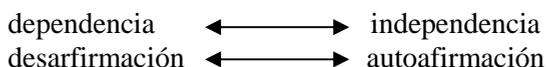
Este importantísimo fenómeno que es la falta de identidad explica que métodos irracionales y de carácter sectario como algunos centros regidos por ex-toxicómanos o ciertas comunidades religiosas, generalmente evangelistas, etc. supongan una real alternativa a toxicómanos que recuperan la identidad de modo fácil, inmediato y sin complicaciones intelectuales. En efecto, la pérdida del objeto, la retirada definitiva del consumo de drogas o renuncia voluntaria al objeto de su amor, puede suponerle al sujeto un insuperable vacío, con una secundaria y absoluta falta de motivación por lo cotidiano. De ahí que el toxicómano, como tantas personas que vagan por el mundo vacíos y desmotivados, y sin señas de identidad personal, sean presa fácil de sectas y organizaciones que prometen el dorado espiritual sustituyendo mito por razón y rito por psicoterapia.

Pero es que, además, el joven que decide abandonar el consumo de drogas se siente como si de una ruptura amorosa se tratara: recuérdese el vacío sentimental que solo se llena con otro amor de la misma envergadura y diferente naturaleza. Pero como no todos tienen la suerte de encontrar esta alternativa, necesitan querer (y también ser queridos). Y ese querer debe empezar por uno mismo en forma de autoestima y -sobre todo- autoafirmación, con características saludables, es decir no sirven narcisismos, egocentrismos, ni actitudes

* Resulta tópico descubrir al drogodependiente como persona de grandes proyectos que a veces inicia (cuando lo hace) y nunca culmina, lo que acaba induciéndole una sensación de insuficiencia o -lo más frecuente, sobre todo cuando siga consumiendo- de falsa prepotencia adaptativa ("yo soy capaz de ...", confundiendo deseos con realidad).

misantrópicas; tampoco el autodesprecio, la minusvaloración, ni, mucho menos, la desafirmación. Buscamos un equilibrio donde quererse a sí mismo sea un acto de comunicación más y la homeostasis se establezca dentro de un flujo individuo/entorno positivo para ambos.

El recurso de los profesionales estriba en restituir paulatina-mente el self autónomo e independiente al sujeto. ¿Cómo conseguirlo? Ahí está el problema. En nuestra opinión la fase más delicada e importante del proceso la marcan los binomios :



Para lo cual entre otras medidas, se hacen imprescindible los siguientes.

- 1 Apartamiento mecánico : no consumo de drogas. Trabajo ulterior/inmediato sobre la dependencia
- 2 Restitución de la consciencia con recuperación paulatina de la vitalidad
- 3 Creación de una atmósfera terapéutica que a su vez elimine las alteraciones periféricas procurando (re)motivar al sujeto hasta que se autorregule.
- 4 Preparación del terreno para una psicoterapia que incida muy especialmente en el proceso de autoafirmación.
- 5 Paralelamente a esto último se intentará que la energía vital parta desde el sujeto en vez de venir dada del exterior, trabajando la iniciativa, toma de decisiones y capacidad de autonomía hasta concluir con una imagen armoniosa de sí mismo. (ver diagrama 2)

DIAGRAMA 2. CRONOGRAMA SECUENCIAL DEL PROCESO TERAPÉUTICO

← Secuencia temporal →		
FASE PREPARATORIA: Creación del clima terapéutico	FASE ELUDICATIVO-ESTRUCTURADORA	FASE RESOLUTIVA
Instrumentos terapéuticos		Objetivos terapéuticos
Apartamiento mecánico (del consumo de drogas)	Apartamiento mecánico	Apartamiento voluntario
Marco normativo	Marco menos normativo	Normativa propia
Mensajes terapéuticos de 1 ^{er} orden	Mensajes terapéuticos de 2 ^o orden	Autonomía plena
Autonomía plena y presión para la progresividad	Remotivación	Autorregulación
Vitalidad inducida (horarios, actividades)	Vitalidad adquirida (o intuida todavía)	Energía vital propia
Objetivos finales		
Conciencia del problema Conciencia de falta de identidad Reorganización de la personalidad	Conciencia de la necesidad de adquirir identidad y vitalidad propias Entrenamiento autoafirmativo	IDENTIDAD PROPIA AUTOAFIRMACIÓN

Llegamos así a la etapa de reestructuración, donde a partir del progreso en la captación intuitiva se llega a un aceptable nivel de equilibrio interior y armonía con el medio que aboca en un nuevo esquema de funcionamiento donde la respuesta a los acontecimientos y la propia conducta están regidas por el equilibrio y la búsqueda activa de madurez con conciencia clara de las limitaciones y una actitud general de cierta reflexividad realista. Obviamente estamos aludiendo siempre a un proceso terapéutico ideal y arquetípico (v. diagrama 1 y esquema 1).

- Para el sujeto **no adicto**, el problema general que le llevó a iniciar este proceso se contextualiza dentro de un marco de interrelación sujeto/mundo donde no basta con resolver el problema inmediato sino que hay que poner las bases para curarlo y prevenir su reaparición en base a una reestructuración del aparato psicorrelacional del sujeto.
- En el sujeto **adicto**, además de lo anterior se toma conciencia de la complejidad del problema, no solo debe trabajar muy activamente su vacío existencial sino que debe ir sentando las bases para su vida futura, verificando la abstinencia y modulando los postreros deseos de consumo.

El trabajo reestructurador en un drogodependiente es un largo proceso de aprendizaje reeducativo y búsqueda de la motivación, donde la satisfacción debe sustituir al placer y además aprenderá a soportar primero la baja estimulación y encontrarle gusto después, es decir, se acostumbrará al refuerzo progresivo hasta que, cuando se encuentre en la cresta de su evolución sea capaz de autorreforzarse sin presión exterior y con fuerza motivacional interna. Factores de recaída (v. diagrama 1)

Es sabido que un buen n° de recaídas se producen en los primeros meses tras la conclusión del programa terapéutico asociadas con frecuencia a supuestas situaciones de alto riesgo que **Marlatt (1979)** diferencia en: 1°) *conflictividad*; 2°) *presión social*; y 3°) *estado emocional negativo* que pueden conducir el denominado *efecto de la violación de la abstinencia* por el que una incidencia negativa aislada (un consumo) se convierte en recaída en base a dos reacciones cognitivas:

- 1) El efecto de la disonancia cognitiva mediante la cual un estado asociado de culpabilidad (por el desliz) provoca una disonancia respecto de su propia autoimagen cognitiva que se suple o palía con la repetición de la conducta consumofílica, lo cual induce una redefinición de sí mismo en congruencia con la nueva y devaluada autoimagen ("no estoy curado" "de nuevo soy drogadicto", etc.).

- 2) El efecto de la atribución personal, mediante la cual se atribuye a sí mismo elementos sustanciales de insuficiencia personal ("no sirvo para nada", no tengo fuerza de voluntad ni control de mí mismo, etc.) La reiterada experiencia de fracaso sirve de autojustificación que retroalimenta el proceso lo que conduce de forma inexorable a la recaída plena; sin embargo un sujeto que ha aprehendido bien los elementos terapéuticos fundamentales, aquellos dirigidos contra los trastornos nucleares de 1° orden difícilmente recaerá en virtud de las 3 situaciones de alto riesgo de *Marlatt*, aunque éstas pueden operar como precipitantes. En el fondo el factor básico que puede definir el estado de las cosas es el peso específico residual del reforzamiento-químico primario (la nostalgia por el consumo). La larga persistencia de los EE.CC. son otro de los factores a tener en cuenta y la importancia de extinguirlos con mesura y a su debido tiempo.

ETAPAS TERAP. (arquetípicas)	Sujeto NO ADICTO	Sujeto ADICTO
I) DEMANDA INICIAL: (el terapeuta o equipo) ¿Se circunscribe al problema o vo más lejos?	Deseo resolver el problema y recuperar el equilibrio	Desea curar o paliar el problema de la dependencia
II) INculpACIÓN/EXculpACIÓN: (puede ir uno antes que la otra.)	<i>"Los demás son los culpables porque no me comprenden; en realidad soy el culpable de todo".</i>	Idem más : <i>"Soy una ruina, he perdido el tren de todo mientras me ocupaba solo de drogarme."</i>
III) EQUILIBRIO Y ELUCIDACIÓN: Se "equilibran las inculpaciones (auto o hetero) y elucidan de forma progresiva los mecanismos que conducen al desentendimiento o mala comunicación.	Todos (los demás y yo) somos culpables o responsables. Lo importante es que esto no se repita, sobre todo en lo que o mi conducta se refiere. Aparecen dudas vitales y razonables desprovistas de lo carga emotiva de la anterior etapa.	Idem pero empiezan a aflorar dudas respecto a la curación, es esta una encrucijada crítica donde se desestabiliza el sujeto.
IV) CAPTACIÓN INTUITIVA : Desde un cierto equilibrio, se van comprendiendo (captando) los dinamisismos que rigen el propio comportamiento, aunque ello no gorantiza el control del mismo, e intentando a su vez comprender mejor a los demás procurando situarse en su lugar.	<i>"Voy descubriendo cosas de mi mismo que desconocia o pasé por alto. Cado vez me sorprende menos la imagen que exteriorizo y la reacción de la gente ante mi. Aprendo a detectar, analizar y – parcialmente- controlar sentimientos."</i>	<i>"Se me abren los ojos (hacia mi mundo interior y también hacia el exterior) aunque tropiezo con mi propia mixtificación".</i> Redefine con mayor objetividad su dependencia y la necesidad de llenar un vacío existencial que le desvitaliza por un lado y compele al hedonismo por otro.
V) REESTRUCTURACIÓN : A partir del progreso en la captación intuitiva se llega a un aceptable nivel de equilibrio interior y armonía con el medio que aboca a un nuevo esquema de funcionamiento donde la respuesta a los acontecimientos y la propia conducta están regidos por el equilibrio y la búsqueda activa de madurez con conciencia clara de las limitaciones y una actitud general de cierta <i>reflexividad realata</i> .	El problema general que le llevó a iniciar este proceso se contextualiza dentro de un marco de interrelación sujeto/mundo donde no basta con resolver el problema inmediato sino que hay que poner las bases para curarlo y prevenir su reaparición en base a una reestructuración del aparato psicorrelacional del sujeto.	Además de lo anterior se toma conciencia de la complejidad del problema, no solo debe trabajar muy activamente el vacío existencial sino que debe ir sentando las bases para su vida futura, verificando la abstinencia y modulando los postreros deseos de consumo. El trabajo reestructurador en un drogodependiente es un largo proceso de aprendizaje y remotivación, a veces más importante que la mera superación de la dependencia.
VI) RESOLUCIÓN: Resolución y prevención de recaídas : Sensación subjetiva de haber quedado resuelto el problema y tener los recursos autóctonos suficientes como para evitar e incluso prevenir futuras contingencias.	Superación definitiva o máximo grado posible de paliación del mismo. En cierta medida puede sentirse una persona nueva, despojada del problema que le limitaba.	No basta con resolver el problema origen de la dependencia sino que deben quedar resueltos los siguientes puntos : 1 . Autoafirmación personal equilibrado y realista, sin tender a apoyarse para todo en los demás. 2. Proyecto de vida claro y sin ambages consumistas. 3. Energía vital suficiente y mecanismos autóctonos de mantenimiento. 4. Determinación para no volver o consumir drogas.

4. DIALÉCTICA TEORÍA-MÉTODO

4.1 *Los problemas de la valoración previa al tratamiento*

Entre los muchos considerandos para valorar a un dependiente hay algunos de importancia crucial como algo tan trivial cual es la determinación para curarse o, lo que es lo mismo, las ganas verdaderas de abdicar del consumo de drogas.

Los **handicaps**: En la mayoría de procesos psicopatológicos existe bien una conciencia del problema o un sufrimiento asociado que mueve al paciente hacia su resolución. El drama del adicto es que su relación con la droga no solo no genera sufrimiento sino que provoca placer y evade de un mundo hostil, actuando la droga como un formidable reforzador primario, de ahí que, en general, no sea la relación sujeto/sustancia la que provoque la demanda de tratamiento, sino su situación extrema muchas veces relacionada con los problemas derivados del consumo antes que por el consumo mismo: presión familiar, situación social límite, ruina económica, falta de disponibilidad de droga, etc, de manera que el adicto plantea un "quiero dejar las drogas" cuando en realidad piensa "quiero salir de esta situación", siendo incluso poco consciente de la raíz del problema por más que con vehemencia exprese su absoluto deseo de curarse y salir del problema.

A dicho respecto el factor *determinación* (para rehabilitarse) pretende discriminar la *motivación aparente* de la real ya que, como es en parte comprensible, la propia mixtificación del adicto le lleva a planteamientos erróneos, a confundir deseo manifiesto con determinación real y así ocurre que quien en un momento de euforia (muchas veces post-consumo agudo) afirma rotundamente querer curarse, al cabo de escasos días, y cuando la cruda realidad aprieta descubre que donde dije "digo" digo "diego" y claudica. "en ese juego entra muchas veces la propia familia e incluso profesionales que te presionan para que admitas rápidamente y sin demora a drogodependientes aprovechando" el buen momento que atraviesa", como si la determinación para curarse dependiera de un instante de lucidez.

Otro importante hándicap es el predominio de la nostalgia por el consumo o la dificultad para extinguir estímulos primarios - ya desde el comienzo y que se traduce mediante el craving (**Stephen J. Sideroff, V.C. Charuvastra, 1978 y Lynn T. Kozlowski, 1989**) o empleo compulsivo de droga tan irrefrenable que supone la mayoría de fracasos en tratamientos abiertos. Lo que los clínicos denominan dificultad para la contención. Este factor que se obvia relativamente con el apartamiento mecánico tiene su desdichado contrapunto en otro difícil obstáculo para quienes salvaron el primero : la huella mnésica o dependencia recurrente, (V. "alteraciones nucleares") que puede ser precipitada mediante EECC, descargas emotivas tardías o - sencillamente- nostalgia por el consumo (**A. Thomas McLellan 1985**) y que supone uno de los genuinos problemas de la dependencia.

Otro grupo no desdeñable de handícapas lo constituyen los déficits instrumentales: trastornos volitivos y de personalidad, (inmadurez y represión) insuficiencias cognitivas, etc que pueden tener su compensación o suplencia empleando técnicas consignatarias (renunciando a psicoterapias profundas en pro de un adiestramiento eficaz aunque sea más incompleto).

4.2 Problemas específicos del proceso terapéutico con adictos (que lo diferencian del proceso terapéutico convencional)

Sin llegar a ser las alteraciones nucleares del adicto absolutamente patognomónicas hay aspectos tan particulares que requieren una especialización o capacitación terapéutica del profesional, so pena de caer en un error conceptual básico desde el principio del tratamiento que lo puede hacer derivar hacia el fracaso o la distorsión. A dicho respecto deben considerarse:

- 1 Los TRASTORNOS NUCLEARES que marcan su impronta tanto en el drogodependiente que impermeabilizan su capacidad asimilativa o reestructuradora.
- 2 El no menor importante problema para el profesional de ciertas alteraciones específicas no nucleares que condicionan sobremanera el proceso terapéutico : alteraciones caracteropáticas, anomia, etc. que suelen requerir un SOPORTE NORMATIVO innecesario con pacientes convencionales.

Pudiere parecer que la toxicomanía es un limitado fenómeno de dependencia. Los modelos orientados a la eliminación del estímulo primario, los reforzadores y los estímulos condicionados chocan con los problemas no previstos y fundamentales de la **desvitalización** y de la **mixtificación intrínseca**. Esta última torna al adicto histrión de sí mismo y víctima de una desidentificación producto del eterno embaucamiento (autoembaucamiento) que dificulta en extremo la introyección o asimilación de elementos terapéuticos más por discapacidad que por falta de cooperación, mediatizada ésta tanto por una personalidad habituada a una vida anómica con gran aumento del umbral receptivo, como por una falta real de determinación para rehabilitarse. (v. más adelante en encrucijadas dialécticas la mixtificación intrínseca).

Recordando el modelo psicopatológico y los caracteres nucleares, encontramos dos tipos de alteraciones esenciales : una vinculación o dependencia que puede ser inmediata o tardía y la desvitalización o apagamiento de la energía vital. Las demás alteraciones (denominadas antes *trastornos periféricos*), por muy llamativas que resulten, son siempre secundarias, y aun cuando signifiquen lo más evidente y florido del cuadro clínico, a la postre deben ser considerados a todos los efectos caracteres de 2º orden (aunque es bien cierto que son siempre importantes y no pocas veces prioritarios). Pues bien, es frecuente que numerosos profesionales, sin duda impresionados por la sintomatología más aparatosa o acuciante, dan sistemáticamente prioridad e incluso orientan sus estrategias en torno a los trastornos periféricos, relegando y hasta olvidando los

trastornos nucleares, como por ejemplo en el caso de un sujeto con alteraciones anímicas o ideatorias con pérdida de memoria secundaria al consumo sostenido de sustancias que es tratado específicamente en base a esas alteraciones, olvidando las alteraciones nucleares, o considerando como connatural a la drogodependencia aspectos psicopáticos : marginalidad, lenguaje en argot, capacidad para fabular, etc... y trivializando al mismo tiempo un elemento tan importante como puede ser la vitalidad o la propia dependencia (hemos oído afirmaciones del tipo : "con un buen puesto de trabajo y una buena reinserción se cura la toxicomanía", olvidando el factor dependencia). Este error es en mi opinión una de las encrucijadas dialécticas más relevantes y motivo de fracaso de bastantes terapeutas.

El soporte normativo

Otro aspecto básico: la normativa, que aparece como algo omnipresente en numerosos programas y que en no pocos casos es más escudo protector del equipo que elemento de soporte terapéutico. **Behrouz Shahandeh** analiza 25 programas terapéuticos en un texto de la O.I.T. de Ginebra, todos ellos distintos entre si pero con un marco común normativo férreo que, además, era lo primero que se exponía. Así las diferencias normativas iban desde el riguroso y severo Plan de Vigilancia Obligatorio de la *Asociación Antinarcóticos de Singapur* hasta el ya histórico programa de *Emilie Hoeve* en Holanda, famoso por el estilo anormativo de su etapa inicial.

Podría decirse que todo aquello que tienda a la recuperación de la capacidad relacional, precisa de elementos reeducativos (con independencia de la técnica utilizada) que implican responsabilización y -por tanto- normativa o, si se prefiere, impregnación ética. Lo malo viene cuando estos presupuestos no los entienden ciertos terapeutas para quienes la normativa equivale a reglamento interior o, si se prefiere, a pantalla protectora del equipo frente a los drogodependientes con lo que éstos, en vez de introyectarlo como reeducativo lo viven como elementos disciplinarios coercitivos.

4.3. Encrucijadas dialécticas

Aún cuando todos admitimos que la toxicomanía trasciende el plano conceptual de una vulgar dependencia para convertirse en un complejo fenómeno psicosocial, hay modelos orientados hacia la extinción de conductas consumofílicas (entre otras razones por la limitación del propio marco terapéutico) que consiguen una paradójica buena respuesta a corto plazo y un rotundo fracaso a medio/largo plazo. (v.9 **Thomas McLellan, Anna Rosa Childress y Charles P. O'Brien, 1985**).

En no pocas ocasiones he oído a psicólogos efectuar comentarios triunfalistas respecto a pacientes que llevaban solo tres meses de abstinencia, estableciendo a partir de aquí prematuros planes de reinserción que se han ido al garete por recaídas imprevistas que desaniman y frustran a todos : paciente, familia y terapeuta. Las racionalizaciones del terapeuta entonces son variadas : considerar las dependencias como un fenómeno irreversible, al drogodependiente como un mentiroso embaucador (incluso un vicioso), de forma rotundamente maniquea y que no para en un mero comentario, sino que su actitud ulterior se rige por tan riguroso principio, considerándose (el profesional) como incapaz ante este tipo de sujetos, de ahí el escepticismo de numerosos profesionales de salud mental. En no pocos ambulatorios de la Seguridad Social se prohíbe explícitamente la asistencia de toxicómanos, no tanto por el temor que inspiran o por precaución ante la reiterada demanda de recetas, como por la sensación de impotencia real que se tiene ante ellos.

Prosiguiendo con el tema principal, cabe una cuestión básica. ¿por qué la extinción de conductas consumofílicas y la superación aparente de contingencias de reforzamiento positivo y negativo son relativamente factibles a corto plazo pero inviables a medio y largo plazo en numerosas ocasiones? Hay muchos argumentos que lo podrían justificar. El primero es evidente : el dependiente necesita una preparación (no exigible a los pacientes convencionales) para poder asimilar con visos de garantía los elementos terapéuticos antes invocados, ya que en primera instancia el toxicómano suele ser poco consciente (incluso después de

desintoxicado) debido a su prolongada existencia junto al uso abusivo de drogas y por el tipo de vida llevado, lo cual requiere una especie de entrenamiento preparatorio, las más de las veces relativo a aspectos funcionales del individuo. Una vez superada esta etapa (durante la cual muchos terapeutas imprudentes ya han "desensibilizado y entrenado en habilidades sociales" al confundido drogodependiente) encontramos dos nuevos handicaps difíciles de superar :

El primero es esa especie de escepticismo o más bien incredulidad que obstaculiza sobremanera la receptividad o posible introyección de elementos terapéuticos, más por discapacidad que por falta de cooperación. La incredulidad del toxicómano responde a un fenómeno sobreañadido de aprendizaje mixtificador: tan habituados han estado a engañar y engañarse para poder mantener su vida de consumidores de sustancias, que han caído en la tela de araña del embaucamiento, lo que les vuelve seres desconfiados por antonomasia.

Fruto de dicha desconfianza mistificada es ese talante opositor o cuestionador de todo y ante todo, que otras veces se convierte en una aparente aceptación del juego terapéutico y de las tareas que posteriormente no se traducen en aprehensión aunque lo parezca. Y es que, fruto de esa extraordinaria capacidad para el fingimiento y la mimetización que como se ha dicho tiene el drogodependiente, puede estar representando un papel a la perfección sin creerse en absoluto lo que hace ... Pero no juzguemos precipitadamente esta circunstancia ni el hecho de ser engañados, ya que son conductas automáticas, inconscientes muchas veces. El toxicómano no es un sujeto mentiroso, sino que el engaño significa su razón de ser y en no pocos casos único modus vivendi para existir. El terapeuta, por tanto debe permanecer al corriente de esta quintaesencia mixtificadora (mixtificación intrínseca) y que -en parte- se debe a ella. Otro problema básico para el terapeuta es la falta de identidad del adicto o la disolución de la misma en un caos de personalidad que se trató con anterioridad; si bien la baja autoestima unida a la carencia de señas de identidad son óbices importantes para la progresión terapéutica.

Y si –por fin– añadimos a todo lo anterior la famosa desvitalización, y/o la falta de ganas de curarse porque no se encuentra otra alternativa mejor, comprenderemos aún mejor como un drogodependiente puede extinguir conductas a corto plazo mientras queda una indeleble marca no superada que con el tiempo le hará recaer : la persistencia mnésica o dependencia recurrente transunto del amor por la droga hibernado pero no relegado y que revive con el reencuentro o con la fuerza de la nostalgia*. Comprendemos así la importancia definitiva de los trastornos nucleares (desvitalización, dependencia recurrente) que junto con la mixtificación intrínseca y la falta de identidad, justifican las recaídas aparentemente sorprendidas o inesperadas. todo é llo sin perjuicio de la concurrencia de factores culturales, sociofamiliares e incluso étnicos (véanse los trabajos sobre psicopatología comparada en población heroínómana holandesa y americana de **Hendricks, Rotterdam y Metzger, Pennsylvania 1990**). Adquiere así luz y puede entenderse el aparente antagonismo de los resultados a corto y largo plazo respecto a la extinción conductual ante estímulos primarios y condicionados. Debemos ser cautos y prever contingencias valorando finamente los criterios objetivos**, a que de lo contrario se puede caer en la misma trampa mixtificadora de la que es verdugo y víctima el propio toxicómano.

Otro problema de consideración es la disparidad de criterios entre los propios profesionales que trabajan en esta disciplina, ya que incluso con filosofías de atención afines existen tales diferencias conceptuales y metodológicas que asemejan las drogodependencias a una torre de babel donde cada maestrillo opera con su librito, confundiendo estrategias, técnicas, diagnosis, valoraciones y hasta

* Dicho de otra manera, los estímulos condicionados provocan siempre un fuerte impacto e el sujeto adicto, apartado meses, incluso años, del consumo y de su medio ambiente que sufre una reviviscencia de fuerte carga afectiva ante la reexposición al estímulo condicionado.

** Las manifestaciones subjetivas del dependiente, sobre todo en primera instancia deben ser recogidas, respetadas y consideradas, pero no servir de directriz única ya que —por todo lo antes referido— se corre el riesgo de entrar en una dinámica de actuación terapéutica errónea desde el principio.

objetivos primarios, puesto que buen número de profesionales no aspiran a curar sino a paliar, lo que en mi opinión, solo se justifica en los denominados programas de mantenimiento y/o de reducción del daño, existen sólidas pruebas de que la curación es posible y de la eficacia manifiesta de los programas serios. También es corriente en este apartado encontrar formulaciones más especulativas que consistentes, o -por el contrario- percepciones crepusculares de las toxicomanías ; así vemos conductistas radicales, psicoanalistas ortodoxos o terapeutas sistémicos que encuentran en el aferramiento a su Escuela las claves que no avistaron en el estudio del fenómeno drogodependencias, ni -por supuesto- en el propio sujeto toxicómano.

El tránsito entre teoría y método es discontinuo. Lo que para pacientes convencionales significa un proceso con altibajos previsible pero de cierta linealidad, en drogodependientes es trayectoria fluctuante y muchas veces imprevisible. Los vaivenes evolutivos del dependiente son en extremo peligrosos porque pueden significar la recaída o el abandono por mor de esa inmediatez y baja tolerancia a la frustración que tanto les caracteriza.

A este propósito recuerdo el sagaz comentario de un carpintero de mediana edad contratado para actividades manuales en un centro de rehabilitación allá por el año 81-82: "Lo que me llama la atención de estos chicos es que llegan mal, se van recuperando poco a poco y día tras día parece que les cambia la expresión de la cara hasta que un buen día se les ve animados y de repente, cuando menos te lo esperas, ¡zas! cambian de nuevo la expresión de la cara, se les endurece como cuando llegaron, se crispan y empiezan a racanear. Si no andas listo en este punto luego no hay manera de enderezarlos porque los muy puñeteros si les permites el racaneo se acomodan y van a menos ... y con mucho esfuerzo, para que avancen un paso te retroceden dos".

La discontinuidad evolutiva se manifiesta en muchos planos: por un lado la ya referida inercia al abandono o inedia, controlable con cierta facilidad. Por otro, mediante la emergencia periódica de episodios críticos que afloran de forma variada : unas veces son etapas de decaimiento anímico inexplicable, con o sin

nostalgia de consumo, otras son racionalizaciones que verbalizan con rara e irrefutable convicción : "ya me encuentro bien", "aquí ya no voy a sacar más", etc, y -por fin- las susodichas crisis pueden tener una causa desencadenante: acontecimientos familiares, problemas personales, etc que precipitan la crisis aunque no sean factor de primer orden.

5. COLORARIO

En definitiva, la relación pragmática teoría-método no solo no es lineal sino que debemos aprestarnos a esperar considerables desviaciones evolutivas respecto al modelo convencional, por la propia naturaleza del fenómeno drogodependencia. Creemos se equivoca el que se adhiere ferreamente (¿defensivamente?) a sus presupuestos teóricos y consignas metodológicas porque enseguida comprobará que con el sujeto adicto, eso no sirve; a menos que -como se dijo antes el terapeuta se empecine en sus postulados. La flexibilidad -pues- es la primera consigna. No obstante existen ciertas consideraciones que pueden ser útiles, si se tienen en cuenta, para evitar equívocos y fracasos inexplicables. Dichas consideraciones en modo alguno son las claves del método; más bien hay que respetarlos y tenerlos presente pero no son únicas ni definitivos, aunque presumiblemente resumen las encrucijadas dialécticas teoría/método. Podemos enumerar las **consideraciones** siguientes:

1. La **mixtificación intrínseca** del drogodependiente como algo consustancial al mismo, derivado de un aprendizaje mixtificador que les hace ser esencialmente embaucadores : el toxicómano engaña, no por mentir, sino porque es así. (Dicho sea ésto con las precauciones naturales : puede que también sea naturalmente falaz).
2. El anterior considerando está íntimamente relacionado con la **sociopatía adquirida** fruto de una vida anómica, marginal y desordenada, cuyo peso específico condiciona sobremanera la progresión terapéutica.

3. Las alteraciones **nucleares**, suficientemente descritas en apartados anteriores, entre las que caben recordar los factores de dependencia: craving y huella mnésica consumidora o dependencia recurrente. La primera, **craving**, conduce al fracaso agudo, y la segunda, **dependencia recurrente**, a la recaída. La **desvitalización** como elemento nuclear básico, hay que tenerla en cuenta durante todo el proceso, ya que es elemento envolvente (ver diagrama 1) que cuesta eliminar y reaparece a poco que nos descuidamos. El **hedonismo** es algo que debe eliminarse enseguida y vigilar cuidadosamente, y aunque es susceptible de una agradecida reeducación, su resurgimiento en estadios avanzados del proceso terapéutico es de muy mal pronóstico.
4. Una clave importante es la preparación para la consciencia (que no precisan sujetos no toxicómanos) y que aquí es un paso inicial fundamental. Ojo además porque el adicto no parece precisar esta preparación, solo al cabo de algunas semanas descubrimos que tiene una especie de obnubilación vigil que le hace responder con aparente lucidez pero sin retener conceptos. Recuérdese que hablamos del período terapéutico inicial con el sujeto apenas desintoxicado o en desintoxicación activa.
5. En etapas más avanzadas del proceso es necesario supervisar y trabajar denodadamente la autoestima y la autoimagen dentro de un contexto general de recuperación o adquisición de identidad. La rehabilitación jamás debe terminar con la superación aparente de la dependencia, sino que debe simultanearse con un trabajo, tanto o más importante que el anterior de fortalecimiento del yo y de la verdadera autonomía del sujeto.

6. Por último, debe hacerse una fina **valoración inicial** de la determinación real para curarse y no la simplemente manifiesta, aspecto también referido con anterioridad pero que es imprescindible dejar muy claro porque es la base del éxito terapéutico y la respuesta a la mayoría de fracasos, pero sobre todo para no perder el tiempo operando con un sujeto imaginario que nos puede estar representando una magna comedia durante meses y nosotros sin siquiera enterarnos.

En fin, como colofón, únicamente recordar que cada día parece haber mayor correspondencia *entre los presupuestos hipotéticos y la práctica cotidiana*. Van siendo más expertos los equipos y diferenciándose mejor los objetivos. No muchos años ha las aspiraciones del terapeuta eran tan pobres como el intentar mantener al adicto unos meses sin consumir droga, mejorar su salud psicofísica, motivarle algo, etc. Hoy día esas expectativas paliativas son -o pretenden serlo- claramente curativas, y aún cuando el panorama sigue siendo oscuro en muchos aspectos, lo cierto es que se ha progresado sobremedida y se aspira a restituir en situación óptima al drogodependiente, para lo cual se van puliendo recíprocamente las diferencias y soluciones de continuidad todavía existentes entre teoría y método.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BERGERET J,(1978)Reflexions sur la mode de fonctionnement psychique du toxicomans, 1 Actés Colloque International mentan, I.C.A.A. - C.I.P.A.T.Publication 61-68

CHILDRESS ANNA ROSE PhD, McLELLAN A. THOMAS PhD & O'BRIEN CHARLES P MD PhD,(1985) Abstinent Opiate Abusers Exhibir Conditioned Craving, Conditioned Withdrawal and Reductions in both through Extinction, Department of Psychiatry, Philadelphia V.A. Medical Centen Philadelphia, PA 19104, U.S.A. and Department of Psychiatry, University of Pennsylvania School of Medicine.

GOSSOP MICHAEL & BRADY RONALD, /The Measurement of Opiate Dependence, Addiction Research Unit and Drug Dependency Unit, Institute of Psychiatry, De Crespigny Park, London SE5 8AF, U.K.,

PHILLPS G.T., GOSSOP M.R., EDWARDS G. SUTHERLAND G., TAYLOR C. & STRANG J.,(1987) The Bethlem Royal Hospital, Drug Dependence Clinical Research and Treatment Unit, Monks Orchard Road, Beckenham, Kent BR3 3BX and Addiction Research Unit, Institutu of Psychiatry, De Crespigny Park, London SE5, 8Af U.K. The Application of the SODQ to the Measurenzent of the Severity of Opiate Dependence in a British Sample, 82 British Journal of Addiction 691-699.

HASIN DEBORAH S. PhD, GRANT BRIDGET E PhD, ENDICOTT JEAN PhD & HARFORD THOMAS C. PhD., Cocaine and Heroin Dependence Compared in Poly-Dru Abusers.

HENDRIKS VICENT M. PhD, (1990) Erasmus University Rotterdam, European Addiction Research Center; Rotterdam, Holland.
METZGER DAVID S. PhD, University of Pennsylvania Medical School, Veterans Administration Hospital, Department of Psychiatry, Philadelphia, Pennsylvania.
Psychopathology in Dutch and American Heroin Addicts, 4-999 The International Journal of the Addictions, 25(9) 1051-1063.

JARVIK MURRAY E., SANIGA SANDRA S., HERSKOVIC JOSEPH E., WEINER HERBERT & OISBOID DEÁN., (1989) VA Medical Centre, West Los Angeles, Brentwood Division and Department of Pharmacology, Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences, University of California, Los Angeles, Potentiation of Cigarette Craving and Satisfaction by Two Types of Meals, Addictive Behaviors vo., 14 pp. 35-41, Printed in the U.S.A.

KOZLOWSKI LYNN T., MANN ROBERT E. D.A., WILKINSON & POULOS CONSTANTINE X (1989) "Cravings" are Ambiguous: Ask about Urges or Desires, Addiction Research Foundation, Addictive Behaviours Vol 14 pp 443-445.

McLELLAN A. THOMAS, CHILDRESS ANNA ROSE & O'BRIEN CHARLES P., (1985) Behavioral Extinction in the Treatment of Opiate Dependence, 1985 Authors' Affiliation : Departments of Psychiatry, Philadelphia V.A. Medical Center and University of Pennsylvania

NEWCOMB MICHAEL D. PhD, BENTLER PM. PhD, FAHY BRIDGET BA, (1987) Cocaine Use and Psychopathology : Associations Among Young Adults, University of California, Los Angeles, -The International Journal of the Addictions 22(2) 1167-1188

OLIEVENSTEIN CLAUDE (1988), aspectos psicodinámicos del desarrollo y el devenir de un toxicómano.. Confrontaciones Psiquiátricas n° 22 pp 95-a107.

OLIEVENSTEIN CLAUDE,(1977) La drogue -Écrits sur la toxicomanie, Gallinard Idées.

SHAHANDEH BEHROUZ,(1988) Métodos para la rehabilitación de personas alcohólicas y drogadictas, Oficina Internacional del Trabajo,Ginebra.

SUTHERLAND GAY, EDWARDS GRIFFITH, TAYLOR COLIN,, A PHILLIPS, GOSSOP MICHAEL BRADY RONALD (1986) The Measurement of Opiate Dependence, addiction Research Unit and Drug Dependency Unit, Institute of Psychiatry, De Crespigny Park, London SE5 8AF, U. K, 81 British Journal pf Addiction 485-494.

SIDEROFF STEPH N Y PhD, CHARUVASTRA V.C. MD, JARVIK MURRAY E. MD PhD.,(1978) 'Departament of Psychiatry and Biobehavioral Sciences, The School of Medicine, University of California, Los Angeles, California 90024, Veterans Administration Hospital Brentwood, Los Angeles, California 90073, Ouren Jan MA, Veterans Administration Hospital Brentwood, Los Angeles, California 90073, Craving in Heroin Addicts Maintained on the Opiate Antagonist Naltrexone, Am.J. Drug Alcohol Abuse, 5(4) pp 415-423.

SIRVENT CARLOS (1988) Drogodependencia Mayor Juvenil II parte (texto de 370 pág.), Junta. de Comunidades de Castilla La Mancha, Toledo.

SIRVENT CARLOS (1990) Psicopatología de la Drogodependencia Mayor Juvenil, I Curso Teórico Práctico sobre Drogodependencias Valladolid, Caja España.

SIRVENT CARLOS (1992) Programa Terapéutico Spiral, Monografía 150 pág V.V.A.A., Edición actualizada , Departamento de publicaciones de Instituto Spiral.

VILLAREAL JULIAN E., SALAZAR LUIS A. HERRERA JORGE E. & CRUZ SILVIA L., (1985)A Theory on the Nature of Psychologic Opiate Dependence A Formal Statement, Sección de Terapéutica Experimental, Departamento de Farmacología y Toxicología, Centro de Investigación y de Estudios avanzados del Instituto Politécnico Nacional, Calzada Xochimilco 77, 14370 México, D,F, México.

WEST ROBERT & SCHNEIDER NINA, DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY ROYAL HOLLOWAY & BEDFORD NEW COLLEGE,(1987) University of London, Egham, Surrey, I.K. and Deparhnent of Psychiatry and Biobehavioral Sciences, UCLA, Los Angeles, California y Psychopharmacology Unit, Veterans Administration Medical Center; Brentwood, California, U.S.A., Craving for Cigarettes, 82 British Journal of Addiction 407-415.

ISBN 84-8317-009-4



9 788483 170090

Cada vez son más numerosos los libros que abordan las drogodependencias desde perspectivas monográficas o en forma de tratado. El presente texto desarrolla tres aspectos: sociología, evaluación y proceso con un carácter didáctico que lo hace especialmente apto como libro de referencia para cursos y también para aquel lector que tenga interés en los contenidos genéricos.

Especialmente interesante resulta la dimensión aplicada presente en la mayoría de los trabajos y que no pocas veces se echa de menos. Dentro del bloque de sociología se analizan aspectos culturales, etiológicos o causales, y el papel de la historia y la marginación. La evaluación se desarrolla multifactorialmente: biología, psicopatología, familia, diagnóstico general, etc. Finalmente, en el apartado del proceso se refieren los factores asociados a la recaída para concluir con un repaso a las teorías psicoterapéuticas en drogodependencias.



c/ Alcalá 41 • 28004 Madrid • Tfno: (91) 521 40 40