



ANTIDROGA

PORTAVOZ DE LA
<COORDINADORA
ANTIDROGA>

Nº11



VIVIR EN LIBERTAD

COORDINADORA NACIONAL DE LA LUCHA ANTIDROGA ORGANOS DE ASESORAMIENTO DIRECTIVOS Y EJECUTIVOS

- **PRESIDENTE** PROF. JOSEP DE MIRANDÉS I GRABOLOSÀ,

- EL PATRONATO NACIONAL ANTIDROGA

Según el Art. 7º de los Estatutos su misión se concreta: " Prestará asesoramiento a los directivos y apoyo moral a la Entidad."

Composición:

Excmo. Dr. D. Salvador Cervera Enguix, Catedrático de Psiquiatría, Presidente de la Asociación Española de Psiquiatría, Presidente de la Asociación de Psiquiatría Biológica

Excmo. Dr. D. Gonzalo Herranz, Presidente de la Comisión Española de Deontología Médica, Catedrático de Anatomía Patológica de la Universidad de Navarra.

Excmo. Sr. D. Rafael Cano de Gardoqui y Sinobas, Presidente de la Audiencia Territorial de Cádiz.

Excmo. Sr. D. Eugenio López y López, Presidente de la Unión Nacional de Asociaciones de Asistencia al Toxicómano, Inspector Fiscal de la Fiscalía General del Estado.

Excmo. Sr. D. Joaquín Ruiz Jiménez y Cortés, Ex-Ministro de Educación y Ciencia, Defensor del Pueblo.

Excmo. Sr. D. Giovanni Rigone, European Coordinator of the Europa forum drug Abuse Activty Office (República Italiana).

Su Eminencia Reverendísima Cardenal D. Vicente Enrique y Tarancón, Ex-Arzbispo de Madrid, Ex-Presidente de la Conferencia Episcopal.

Excmo. Dr. D. Francisco de Mirandés Miranda, Ex-Ministro Delegado Permanente en la UNESCO, Profesor de la Sorbonne, Universidad de Paris, Presidente del Instituto Internacional de Estudios Atomocriticos, Profesor de Biología, Faculte deis Sciences de l'Homme, Paris.

Excmo. Sr. D. Marcelino Oreja Aguirre, Ex-Ministro español de Asuntos Exteriores, Secretario General del Consejo de Europa.

Excmo Sr. D. Antonio Carvalho, Presidente de la Assodacao de Prevencao de Consumos Tóxicos (República Portuguesa).

Excmo. Sr. D. Miguel Ángel Escotet, Secretario General de la O.E.I. (Organización de Estados Iberoamericanos).

Excmo. Sr. D. Francisco Noguera Vallverdú Secretario General Asociación para las Naciones Unidas.

- LA JUNTA CONSULTIVA

El Artículo 19 de los Estatutos establece: "Emitir informes y prestar asesoramiento a la Junta Ejecutiva y a petición de esta".

Composición:

Excmo. Sr. D. José M^º Miquel Porres, Magistrado Juez.

Excmo. Sr. D. Pedro Soler Macià, Abogado Mercantilista, Ex-Secretario Nacional de la Coordinadora.

Excmo. Sr. D. José Ma Mohedanó Fuertes, Abogado, Ex-Presidente de la Asociación Española Pro-Derechos Humanos.

Excmo. Sr.D. Adrián Piera, Presidente de la Unió de las Cámaras Oficiales de Comercio Industria y Navegación.

Excmo. Sra. D^ª. Juana M^ª González Cavada, Presidenta de la Confederación Española de Asociaciones de Amas de Hogar y Consumo Familiar.

- LA JUNTA EJECUTIVA

El Artículo 19 de los Estatutos establecen: 'Ostentar las responsabilidades y atribuciones de la Junta Directiva'

Composición

A- Representaciones de los Estamentos Sociales

B- B- Los Partidos Políticos (Cada partido político con representación parlamentaria nombra y acredita a un parlamentario como su representante)

C- Los cargos Ejecutivos

Representaciones de Estamentos Sedales:

Por los Empresarios: Excmo. Sr. D. Baldo Tamames, Empresario, Presidente de la Asociación Patronal del Bajo Llobregat.

Por la Iglesia: Excmo. Sr. Dr. D. Daniel Cervera Sipa, Sacerdote Dr, en Sociología.

Por los escritores y prensa: Excmo. Sra. D^ª Eulalia Soler Romero, Escritora y Socifoga.

Por los Juristas: Excmo. Sr. D. Félix Capella Tomás, Abogado.

LOS CARGOS EJECUTIVOS

Sr. D. Luis Rodríguez Almonacid -Administrador

Sra. D^ª Lina Esther Henar Pérez - Gerente

Sr. D. Miguel García Dalmau - Coordinador de la Red Terapéutica

Sra. D^ª María Redondo García - Secretaria General.

EDITA: Coordinadora Nacional de la Lucha Antidroga -Calle Mayor de Gracia N^º 92 Tel. 93 - 08012 Barcelona Telf. 217 9738

AUTOEDICION Y DISEÑO: Pera Ribalta - Gerona, 5 1 1^ª Tel. 318 83 01

IMPRIME: GRAFIMARC, SI. - PURESÀ, S.A. - Dep. Legal. B-16 356/1984

Programa Terapéutico - Prevención contra la Droga
Entidad reconocida e inscrita por el Ministerio del Interior
con el n.º 51.848, Generalitat con el N.º 6.538
y UNÈSCO con el N.º VIM - ICO 5.041 - ESP. 987/7/84/421

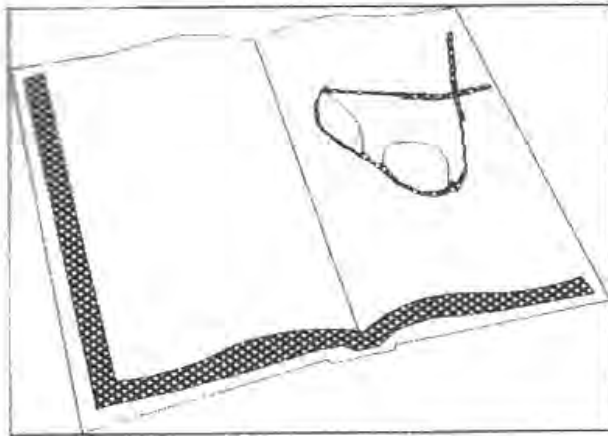
Redacción y administración
C/. Mayor de Gracia Nº 92
Tel. 93 217 9738 - 08012 Barcelona



REVISTA ANTIDROGA
Nº 11

SUMARIO

Sumario	3
Historia de las drogas .Redacción	4
Las personalidades sociopáticas y las toxicomanías (Javier Felip Baquer)	9
Juventud y drogodependencia .Redacción	33
Leyes y drogas (Chavi)	46
Aspectos generales de la terapia de la toxicomanía (Angeles Vilaplana Piulats, Psicóloga)	60
La sida en España (Chavi)	63
Alcoholismo (I) (José M.ª Vázquez Vázquez, Médico) .	69
Conferencia: Centro Cívico del Carmelo (José M.ª Vázquez Vázquez, Médico)	74
El cuturismo contra la heroína (Ricardo Cánovas Linares, Abogado)	78
La forja de la droga (Chavi)	79
Psicología (Silvia E. Horvatg, Psicóloga)	85



HISTORIA DE LAS DROGAS (II)

Siguiendo con la historia de las drogas del Profesor Antonio Escohotado pasamos a exponer el capítulo II de la sección primera, en el que se deduce la interrelación entre los enteógenos, su ubicación geográfica y la incorporación de los mismos a la cultura de los grupos humanos, según la interpretación subjetiva de tales grupos en virtud de las sensaciones obtenidas mediante la ingesta de los diferentes tipos de enteógenos a los que se les atribuía unas cualidades y unos fines, según los conocimientos y las creencias de esos grupos.

«Después de tres copas descubrimos la virtud total, después de un litro, retornamos a la amable naturaleza. Mas ¡ay! la perfección que alcanzamos ebrios desaparece a nuestro despertar.»

Li Po, *El vino*¹

I. La revolución del Neolítico

Con el cultivo de los cereales aparece una mitología característica, apoyada sobre la comprensión —aceptación sería quizá más exacto— de los ciclos vida/muerte, aparición/desaparición, florecer/ajarse, en puntual correspondencia con la observación de los recién estrenados cultivos. El mito de Perséfone, raptada por las profundidades oscuras durante una parte del año y floreciente en la superficie durante la otra parte, al igual que sucede con el Dumuzi sumerio, es la representación dramatizada de la semilla. Y las metamorfosis de la semilla son lo que el hombre comienza a comprender como estatuto propio o destino.

La agricultura modifica los valores del cazador paleolítico, poniendo en lugar del mundo animal el vegetal, transformando la zoolatría en culto a la fecundidad, promoviendo el principio femenino a una posición superior y convirtiendo a la deidad celeste en un *deus otiosus*. Quizá porque la mujer centraliza aquellos conocimientos de los que depende la abundancia de las cosechas, se establece la matrilocación y se impregna de carácter religioso la sexualidad, dentro de un universo próximo a lo que ha dado en llamarse «misterio de la vegetación», especie de solidaridad mística entre los humanos y la naturaleza que

debe reconocerse periódicamente por medio de ceremonias solemnes, a medio camino entre el modelo A y el B de sacrificio.

La revolución urbana (iniciada hacia el 4.000 a. C.) reelabora los ritos de éxtasis dentro de las exigencias que suscita la proximidad física de grupos heterogéneos y numerosos, compelidos a la obediencia por un estamento militar y sacerdotal en rápida expansión. La proeza de desarrollar la agricultura requiere una previa acumulación de enormes conocimientos prácticos, y quizá nunca supieron tanto los hombres de la flora terrestre como cuando transformaron numerosas especies no comestibles y minúsculas en alimentos carnosos y asimilables. No es, pues, aventurado pensar que fue en esta época cuando comenzaron a acumularse conocimientos farmacológicos complejos, así como un catálogo de remedios botánicos eficaces para las dolencias.

1. EL FRUTO PROHIBIDO Y LA CAÍDA

La liturgia aparece dominada abrumadoramente por una veneración de la fertilidad y la muerte, pues las primeras culturas urbanas representan, aunque sea de modo germinal, un salto como el que media entre la pequeña

¹ Trad. de R. Alberti y M. T. León.

horda nómada y el multitudinario hormiguero, donde todo se ordena al vientre de una reina-madre que requiere obreros y guardianes —ya no guerreros y cazadores—, poniendo en marcha una transformación del principio de autosuficiencia en el de interdependencia, cuyas instituciones básicas serán la realeza sagrada y la esclavitud. El binomio muerte-fecundidad (hermanas gemelas en la mitología sumeria y en otras muchas culturas agrícolas) comunica una ambivalencia básica a la vida en sí, que cuando se concibe como efecto del mundo vegetal presta una extraña genealogía a las plantas.

En efecto, el vegetal no es lo *original*, algo dado espontánea e inicialmente. Para muchos cultivadores las plantas nacen de una divinidad inmolada, y quien las come se alimenta con su sustancia a la vez que renueva un crimen. Para otros cultivadores —como los griegos— los cereales eran guardados celosamente por los dioses, y según ciertas tradiciones fueron robados para el hombre por un titán (Prometeo). Un etnólogo e historiador² ha llegado a proponer que esa diferencia entre el asesinato y el robo constituye el signo distintivo de los paleocultivadores (vegetocultura) y los agricultores en sentido estricto (cerealicultura). El mito de Perséfone recordado en Eleusis, por ejemplo, contiene elementos pertenecientes al tipo de la divinidad inmolada.

En llamativa conexión con esta genealogía de las plantas aparece el principal mito cosmogónico sumerio, el de Enki y Ninhursag, que habla del paraíso (*dilmun*) y su pérdida, acontecida cuando Enki, el «Señor de la tierra», se decide a «conocer el corazón de las plantas para determinar su destino», y va probándolas una a una. Esto acarrea la maldición de Ninhursag, la diosa madre, que decide «no mirarle con el ojo de la vida». Una vez aplacada, Ninhursag hace nacer a una diosa de los brebajes (Ninkasi), que al fin cura al consumido Enki³. De redacción muy antigua (no anterior al 2.800 a. C.) y conservado en estado lacunario, el mito constituye claramente el germen del posterior relato bíblico sobre el árbol del Edén. Enki ultraja a Ninhursag probando los diversos frutos, tal como Adán y Eva ultrajan a Yahvéh comiendo la manzana prohibida.

El paraíso perdido por probar una planta está en los comienzos de la primera mitología escrita. El mundo tal cual es —no el jardín sin dolor y muerte donde, como dice el escriba sumerio, «ningún león masacra, ningún lobo se lleva al cordero, ningún enfermo de los ojos repite que le duelen los ojos»— comienza con la ingestión de un vegetal silvestre, tan inofensivo y tentador en apariencia como la manzana bíblica. Cabría por ello preguntarse si el tema del fruto prohibido, con la ambivalencia de aquello que arruina una existencia paradisiaca (aunque estancada) para dar paso a un mundo de fatigas (pero real y humano) no constituirá el último fundamento del veneno y el remedio, el panpatógeno y la panacea. En esquema, la positividad del paraíso parece la larga noche prehistórica del hombre como inconsciencia: por inconsciencia no trabaja; por inconsciencia no anticipa depresivamente la muerte, como comenzará a hacer uno de los descendientes directos de Enki, el rey guerrero Gilgamesh. Algo —el fruto prohibido— le extrae de ese sopor y le proyecta a una vigilia que ya sólo suspenden las horas de sueño de cada día.

No ha faltado quien sugiera que la planta era psicoactiva⁴, ni algún partidario de creer que todos los paraísos poseen parecidos que sólo son explicables porque provienen de experiencias primitivas con fármacos visionarios⁵. También el médico A. Bennet consideró que el fruto del árbol edénico fue una planta «psiquedélica»⁶, si bien su ortodoxo criterio —bien distinto del de Wasson y Graves— es que los hombres deben evitar una nueva caída absteniéndose de todo acercamiento a ese tipo de sustancias.

En realidad, parece que la historia del hombre y sus drogas tiene en sí interés y peripecias sobradas como para no necesitar aditamentos de prehistoria-ficción, y para permitirse un claro deslinde entre lo especulativo y lo documentado en cada caso, sin necesidad de manipular datos cogidos por los pelos.

Esto es oportuno establecerlo precisamente antes de pasar a la llamada etnobotánica, una disciplina en principio clara y científica, cuyo objeto serían las conexiones entre la flora psicoactiva de las diversas áreas geográficas y sus respectivas culturas. Por ahora, lo problemático de esta nueva rama del conocimiento es defender el exacto inverso de las tesis que propugnan M. Eliade y otros eruditos tradicionales, cayendo a veces en una parcialidad comparable. Tal como Eliade reservaba lo enteogénico a ritos como el dionisiaco, considerando aberrante deca-

² Jensen, 1954.

³ En Lara Peinado, 1984, pp. 34-40.

⁴ Wasson ha insistido en vincular con el chamanismo las representaciones del Árbol (de la vida y del conocimiento) y la Planta (de la inmortalidad y la amarga ciencia), considerando que uno y otra representan originalmente la amanita muscaria. Hay tradiciones que muestran el Árbol con una diosa/mujer de redondos senos en la base, símbolo —según Wasson— de los regulares pileos de esta seta, que crece al pie de las coníferas (pino, abeto, abedul, sabina, sequoia). Esa línea de razonamiento permitiría entender el extraño y conocido fresco románico de la capilla de Plaincourault (véase Lámina 1). En efecto, allí aparece una Eva junto al árbol del conocimiento, donde se encuentra enroscada la serpiente bíblica; pero con la particularidad de que el árbol es claramente una enorme amanita muscaria, cuyas ramas son setas algo menores de la misma especie. Los dos árboles —el del conocimiento y el de la vida— podrían ser entonces el mismo y con el mismo fruto, cuya ingestión produce visiones paradisiacas o aterradoras dependiendo de la situación y los individuos. Wasson presenta una considerable documentación indirecta (basada sobre todo en datos lingüísticos) para sostener que el Árbol y la Planta «son arquetipos traídos de los bosques siberianos en el cuarto milenio anterior a nuestra era» (1964, p. 219). En una línea bastante pareja se encuentra también J. Allegro —uno de los filólogos que prepararon la edición internacional de los rollos del mar Muerto— para quien la religión cristiana se basa en un mal entendimiento de un antiguo culto místico, basado sobre la amanita muscaria (cfr. Allegro, 1970).

⁵ Según Graves, «en el origen una droga alucinógena causaba visiones paradisiacas y proporcionaba la notable iluminación descrita como sabiduría perfecta» (1980, p. 102). A su entender, el *pardess* hebreo, el *paridazea* persa, el *dilmun* sumerio, el *paradeisos* griego y los edenes americanos y polinesios guardan una esencial semejanza, especialmente marcada cuando se trata de áreas donde se verifica un consumo de setas visionarias (Bali, México, Guatemala, Ecuador); los paraísos son siempre «hermosos jardines regados por un río cristalino de cuatro cabezas; sus frutales están cargados de joyas centelleantes y una serpiente sabia los habita» (p. 101). Para Graves, se trata de una visión habitual en quienes experimentan con hongos psicodélicos o amanita muscaria.

⁶ Cfr. Bennet, 1971, pp. 407-409.

dencia el uso de otras sustancias alteradoras de la conciencia, algunos etnobotánicos pretenden reservar la virtud enteogénica a los fármacos visionarios⁷, negando de modo implícito naturaleza religiosa al fenómeno de la posesión y sus específicos agentes. Dicho de otra manera, lo divino y lo sobrenatural sólo serían realmente accesibles (en términos químicos) acudiendo a la tradición chamanística.

Más problemático aún resulta el intento de penetrar con semejante sesgo en la prehistoria humana. Sin embargo, algunas de sus conclusiones merecen ser expuestas rápidamente.

II. Una perspectiva etnobotánica

Si en el campo de la filología clásica, la antropología teórica y la historia han sido hasta hace muy poco infrecuentes los casos de investigadores con nociones farmacológicas sólidas y experiencias de primera mano en materia de sustancias psicoactivas distintas de las tradicionales en Occidente (alcohol, tabaco, café, otros sedantes y estimulantes patentados), la etnobotánica agrupa —aunque sea con grados muy diversos de adhesión— a pensadores provenientes de campos muy diversos⁸, pero unidos por serios conocimientos tanto teóricos como prácticos sobre psicofármacos alternativos. De ello proviene que, junto a investigaciones particulares sobre tal o cual materia específica, casi todos destacan la influencia de agentes vegetales en la génesis del complejo que podría llamarse *lo sagrado*, considerando que la intervención de ciertas sustancias con efectos visionarios no ha sido evaluada en su justa medida como factor religioso durante la antigüedad remota.

La tesis de que los hongos mágicos se encuentran en el origen de ciertas formas de espiritualidad fue quizá expuesta originalmente por R. Graves y R.G. Wasson, si bien el primero se limitó a algunas observaciones —tan audaces e ingeniosas como dispersas—, mientras el segundo emprendió un vasto esfuerzo teórico dirigido a probarlo. Obligado a hacer una investigación básicamente interdisciplinaria, Wasson sostuvo que los datos antropológicos, lingüísticos, históricos y botánicos apuntaban a una conexión entre los llamados protoindoeuropeos y la amanita muscaria. En su complicada trama argumental destacan un análisis de la religión védica, otro del chamanismo euroasiático y datos concretos sobre micología comparada, así como elucubraciones más generales. El conjunto no logra evitar cierta sensación de arbitrariedad e idea fija, si bien pone de relieve algunos aspectos de interés.

Uno de ellos es, sin duda, la distinción entre micofobia y micofilia. Apoyándose en indicios de que los hipotéticos «proto-indoeuropeos» pudieron emigrar de regiones situadas al norte del Mar Caspio —un hábitat donde alternan frías estepas con grandes bosques de coníferas, desprovistos de plantas psicoactivas a excepción de unas pocas variedades micológicas—, y queriendo probar que fueron estos pueblos quienes introdujeron cultos vinculados a setas visionarias, de los cuales acabarían surgiendo ideas nucleares para religiones posteriores (tesis poco menos que disparatada), Wasson logró mostrar de modo satisfactorio otra cosa. A saber, que los chamanes de Asia septentrional son muy afectos a la amanita muscaria, hasta el punto de que la orina del intoxicado (en la cual están intactos los alcaloides del hongo) se reserva para ser

bebida de nuevo y de nuevo. Gracias en principio a su esposa, una rusa, pudo documentar algo tan simple como la micofilia de ese pueblo. Al igual que algunas zonas de América y el Índico, pero al revés que la mayoría de Europa, Rusia no es micófoba sino micófila, y su lengua posee para las setas y hongos un número de términos incomparablemente mayor que ninguna otra de las conocidas⁹.

Considerando que los hongos presentan una proporción mucho menor de toxicidad que otras plantas, como pongamos por caso las bayas silvestres¹⁰, y que el temor del vulgo se concentra precisamente en aquéllos y no en éstas, es un mérito de Wasson haber puesto de relieve que la micofobia podría tener una connotación religiosa original, vinculada al rechazo de cultos muy antiguos basados sobre éxtasis chamánicos. En todo caso, no deja de ser llamativo que desde sus comienzos el cristianismo mirase con reprobación el uso de cualquier especie de plantas tales —San Agustín, por ejemplo, llama a los maniqueos «comedores de hongos», dentro de una feroz diatriba¹¹—, y que mucho más tarde la Inquisición desatará en América una dura persecución contra los nativos por emplear ritualmente hongos psicocibios. La iniciativa acabó arraigando tanto que de la micofobia no se librará ni un texto tan anticlerical como la *Encyclopédie*, cuyo artículo «Champignons»¹² menciona que «sólo sirven para ser arrojados otra vez al estiércol donde nacen». El hallazgo de los antibióticos (y quizá una simple experiencia personal con hongos psicoactivos) habría abochornado al autor del artículo; pero es posible que su peyorativo concepto no sea independiente de un desprecio en cuyo origen hay infundios propagados para luchar contra religiones precristianas.

Aparte de esto, entre las elucubraciones que se incluyen como «etnobotánica teórica» sólo parece concluyente una correlación genérica de ciertos psicofármacos con la vida del cazador y el recolector (ligada o no a una economía de pastoreo), y de ciertos otros con grupos agrícolas y urbanos donde ese tipo de individualidad ha dado paso a estructuras centralizadas. El cultivo —o la mera recolección sistemática— de las plantas produce en ellas grandes y reconocidas transformaciones, tanto morfológicas como químicas; en consecuencia preguntarse si la flora psicoactiva condiciona a las sociedades, o son ellas quienes condicionan esa flora, se emparenta con la cuestión del huevo y la gallina.

Si es demostrable, en cambio, que en los grupos donde hoy se consumen periódicamente drogas de tipo chamánico no hay un gobierno autocrático ya formado o en

⁷ Los fármacos visionarios descubiertos hasta ahora contienen siempre alcaloides indólicos. La única excepción a esta regla es el cáñamo, cuyo principio activo (el tetrahidrocannabinol) no contiene nitrógeno y no es, por tanto, un alcaloide. Lo habitual es considerar que sus formas más comunes —la marihuana y el haschisch— son visionarios «menores», salvo cuando se administran altas dosis y la materia prima posea excepcional calidad.

⁸ El principal representante académico de la tendencia es R. Evans-Schultes, titular de historia natural y director del Museo Botánico de Harvard.

⁹ La obra exhaustiva al respecto es la de R.G. y V. Wasson (1975).

¹⁰ Sólo la amanita faloides es sin duda letal, entre centenares de especies comestibles y psicoactivas.

¹¹ Cfr. Wasson, 1964, p. 67.

¹² Redactado en 1753 por L. de Jacourt.

trance de formación. Lo que esos grupos persiguen ante todo es lograr una simbiosis con su medio natural, desarrollando al máximo la autonomía práctica de cada individuo; a tales fines retienen una identidad colectiva que jamás traspone las fronteras de la *sociedad* para penetrar en aspiraciones de *Estado*. De ahí que los pequeños restos supervivientes de esos pueblos ya no se experimenten hoy como impurezas a redimir con misiones, o como riqueza explotable mediante colonias; simplemente van siendo desplazados de sus últimos hábitats por el poderío de las sociedades industriales avanzadas.

Éstas últimas requieren drogas totalmente distintas, que en vez de inducir visiones místicas o trances adivinatorios otorguen un tipo u otro de analgesia, y un tipo u otro de estimulación en abstracto, pues tales son los medios para seguir colaborando en el engrandecimiento del Estado, única fundamentalidad real. Aunque el Estado se cobra un tributo creciente, devuelve también un creciente poderío técnico sobre el reino físico-natural, ese viejo dios —insondable, próximo y pluriforme— que el paganismo retiene como última esencia.

Una curiosa prueba de la correlación indicada aconteció al difundirse en la sociedad norteamericana y europea de los años sesenta y setenta sustancias del grupo indólico. Su efecto fue lanzar masas de jóvenes a una imitación de la existencia y valores de pueblos nómadas, en un clima de retorno a la naturaleza y pacífica liberación por la música y el amor, comprensiblemente escandaloso para el *Establishment*.

En más de un sentido, la hechicería de éxtasis parece ir siendo desplazada por una hechicería de posesión.

III. La distribución de los principales fármacos psicoactivos

El aspecto más prometedor y científico de la etnobotánica práctica radica en llegar a fijar los lugares de origen de las principales drogas conocidas. La cuestión no está clara aún, aunque pueden afirmarse algunas cosas.

El norte de Asia y Europa son pobres en psicofármacos, destacando allí —como en Canadá— unas pocas especies de setas y hongos. La zona que se considera invadida por los pueblos lingüísticamente ligados al tronco ario es una amplia franja meridional llamada Creciente Fértil, que abarca desde el valle del Nilo al del Ganges, donde proliferan la adormidera, el cáñamo y daturas. Lo mismo debe decirse de Indochina y China, con la sola excepción de algunas islas del Índico y el Pacífico, donde crecen en abundancia varias especies de hongos psilocibios. El cáñamo quizá es originario de China o del Turquestán, y la adormidera con alto contenido en opio de Asia Menor, aunque se hayan encontrado muestras prehistóricas de adormidera cultivada en algunos lagos suizos, y la planta de la que derivan parece provenir del suroeste del Mediterráneo.

Haciendo uso de una generalización típicamente «etnobotánica», cabría afirmar que desde Oriente Medio hasta China crece un analgésico con poderes de suave ensoñación como el jugo de adormidera, droga de senectud, que coincide territorialmente con duraderos imperios como el egipcio, el sumerio, el acadio, el persa y el chino. También llama la atención que en todo el territorio griego —sobre todo en la llanura de Eleusis, a muy escasa distancia de Atenas— aparezca con notable abundancia el cornezuelo de los cereales o ergot, en una va-

riedad que recientes trabajos de campo consideran insólitamente poco tóxica y de gran potencia visionaria, en contraste con el ergot de otros lugares donde también prolifera (como es el caso de Castilla, por ejemplo).

En el continente americano, desde el valle del Mississippi hacia el sur, aparece una flora psicoactiva extraordinariamente rica, tanto al nivel de estimulantes más o menos leves (coca, mate, guaraná, cacao) como al de plantas ricas en alcaloides indólicos, así como otras de más difícil clasificación, entre las que destaca el tabaco. El cáñamo, la adormidera y la vid fueron traídos por los españoles y portugueses cuando empezó la colonización. Puede decirse que en las zonas donde subsisten cazadores y recolectores hay siempre varias drogas de tipo chamánico.

En cuanto a África, aunque los estudios de campo son todavía muy insuficientes, la flora psicoactiva posee una notable variedad. Parecen autóctonos el cáñamo y las daturas, así como la iboga, una planta cuyo principal alcaloide es indólico y en torno a la cual gira el culto bwiti en el Gabón y Zaire; se trata de una religión parecida en muchos aspectos a la Iglesia americana del peyote, que —como ésta— resiste con cierta eficacia al cristianismo y el islamismo, aceptando algunos elementos suyos. Por otra parte, destacan plantas que contienen alcaloides de tipo cafeínico o anfetamínico como el kat¹³ y la nuez de cola¹⁴. Será en zonas contiguas a las del kat y la cola donde surja —ya bastante tarde, hacia el siglo X— el café. Es de suponer que la planta tenía millones de años de existencia, pero las variedades cultivadas no son anteriores.

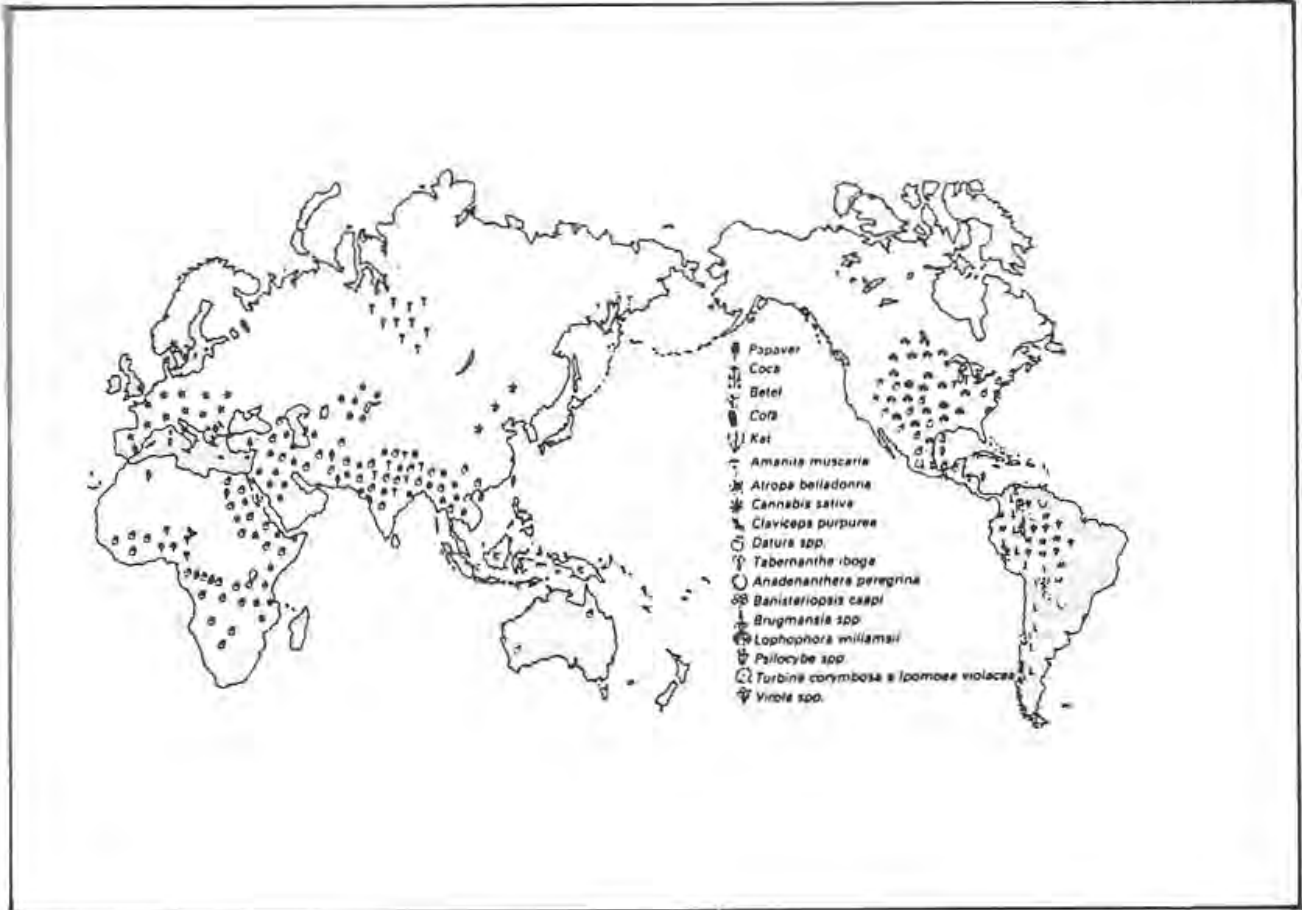
En Extremo Oriente a lo antes mencionado hay que añadir el tē y, sobre todo, el betel, otro excitante que se masca formando una bola semejante a la «cocada» del indio andino, con una frecuencia prácticamente igual (esto es, todo el día; como los mascadores de kat y cola), y por las mismas razones, ya que reduce el hambre, disminuye la fatiga y combate la desgana laboral¹⁵. El uso del betel cubre parte de las islas del Pacífico, si bien en Oceanía el fármaco más utilizado es el kawa-kawa, un brebaje con base indólica¹⁶ extraído de cierta raíz, que se incorpora a rituales chamanísticos en algunas zonas pero en otras se ingiere por razones estrictamente profanas. Sólo

¹³ Las hojas del arbusto *katha edulis* se consumen mucho en Abisinia y Yemen. Su alcaloide (la catina), que no alcanza concentraciones superiores al 0,1 % en las mejores hojas, posee poderes excitantes comparables a la anfetamina. Aunque los usuarios pertenecen a todos los estratos sociales, sin distinciones religiosas ni étnicas, Lewin mantiene que por término medio padecen trastornos cardíacos y de la libido, semejantes a los de grandes cocainómanos (1970, p. 258).

¹⁴ La nuez de cola, fruto de un árbol silvestre (el *sterculia acuminata*) crece en una franja que va desde Guinea hasta las fuentes del Nilo. Estas semillas poseen un 2 % de cafeína —lo mismo que el café— y pequeñas cantidades del estimulante teobromina, también presente en los granos de cacao. Al igual que el kat, la cola es consumida masivamente con fervor, «no siendo raro ver al pobre recoger un trozo de nuez roído y agotado por el rico, y metérselo de nuevo en la boca para obtener algún efecto» (Lewin, 1970, p. 280).

¹⁵ Sus usuarios cubren una zona de ocho millones de kms. cuadrados aproximadamente y rondan los trescientos millones, localizados sobre todo en el litoral y las Islas del Índico, el Mar de China y parte del Pacífico. Aunque el betel se prepara con la hoja del árbol de ese nombre (*piper betle*) y fragmentos de algún carbonato cálcico (cenizas, polvo de conchas, cal apagada, etc.), el elemento psicoactivo es la nuez de una palmera (la *areca arechu*), descrita como fármaco ya por Teofrasto en el III a.C. y llamada *gavaka* en sánscrito.

¹⁶ El alcaloide es la dihidrometicistina.



cásicas, de las riberas del Mar Negro y de puntos situados más al este. Sin embargo, en países mediterráneos se han descubierto huellas de vid silvestre que se remontan al Plioceno, lo cual significa entre cuatro y siete millones de años. El hallazgo debe relativizarse, pues no es probable que esas variedades fuesen comestibles.

Las plantas vinculadas a bebidas alcohólicas son prácticamente universales. Para conseguir una tosca cerveza basta masticar algún fruto y luego escupirlo; la fermentación espontánea de la saliva y el vegetal produce alcohol de baja graduación. Como vehículo de éxtasis, adivinación y terapia los zumos fermentados nunca merecieron de los chamanes americanos y euroasiáticos juicio distinto del que enuncia el *Satapatha Brahmana*, bastante antes de la predicación budista:

«Soma es verdad, prosperidad, luz; sura²⁰ es falsedad, miseria, tinieblas»²¹.

Sin embargo, todo depende de lo que cada cultura pretenda obtener de los psicofármacos. El Antiguo Testamento celebra los poderes del vino para consolar al hombre infeliz, y andando el tiempo estos caminos de resignación acabarán considerándose lo único racional. A finales del siglo XVIII se incorporó un llamativo texto a los manuales escolares suecos:

«Rara es la tribu nómada que no use la amanita muscaria para despojarse de sus sentimientos y sentidos, a fin de poder gozar el placer animal de rehuir las saludables ataduras de la razón. Afortunadamente, el arte de la destilación está atajando este ignominioso abuso»²².

Australia parece desprovista de drogas peculiares según Evans-Schultes, aunque otros mencionan la existen-

cia allí de una solanácea con notables poderes¹⁷, cuyas hojas serían fumadas por los aborígenes en contextos sacramentales.

Por lo que respecta a Europa central y occidental, puede considerarse el paraíso de las solanáceas alucinógenas, donde crecen espontánea y profusamente el beleño, la belladona, la mandrágora y varias daturas. En zonas de Gales aparece una especie de hongo psicocibio (el *stropharia cubensis*) que a pesar de su nombre no puede ser americano, aunque quizá provenga de Bali o algún otro punto de Asia. Es probable que la adormidera cultivada (*papaver somniferum*) derive de la silvestre *papaver setigerum*¹⁸, también llamada *papaver iberos* por ser autóctona y espontánea en una zona que De Candolle —en su tratado sobre el origen de las plantas de cultivo¹⁹— sitúa sobre un territorio delimitado por España, Argelia, Córcega, Sicilia y Chipre.

La vid se ha supuesto originaria de las vertientes cau-

¹⁷ La *duboisia hopwoodii*, que parece crecer en Australia central y posee una alta proporción de escopolamina, un alcaloide muy alucinógeno (cfr. Lewin, 1970, pp. 115-116).

¹⁸ Se trata de una planta rica en morfina, aunque sus cápsulas sean considerablemente menores que en la variedad *somniferum*, y sus hojas estén divididas más profundamente; cfr. Font Quer, 1980, p. 24v. En España crece a lo largo de la costa, desde Gerona hasta Portugal.

¹⁹ Cfr. Pauly, vol. xv, 2, p. 2435.

²⁰ «Bebidas alcohólicas».

²¹ 5.1.2.10 (ed. Chowkamba).

²² Ödman, 1784, p. 245.

BIBLIOGRAFÍA

Antonio Escobedo. "Historia de las drogas". Alianza Editorial. Madrid, 1989; 59-74.

■ LAS PERSONALIDADES ■ SOCIOPÁTICAS Y LAS TOXICOMANÍAS

RESUMEN

El presente artículo pretende establecer la hipótesis de que algunas formas de toxicomanía son consecuencia de poseer una personalidad sociopática, la sociopatía es susceptible de no evolucionar plenamente si es efectuado el diagnóstico precoz y son sometidos a una terapia en unas instituciones adecuadas; la importancia de esta actitud preventiva se deriva de la posible complicación toxicomaniaca que presentan estos enfermos. Para ello he presentado una breve exposición bibliográfica de autores reconocidos en el tema.

INTRODUCCIÓN

El sociópata es una persona asocial (incapaz de adaptarse a las normas sociales), que no establece lazos afectivos adecuados y duraderos con otras personas, que no padece angustia ni sentimientos de culpa ante las situaciones que provoca y que producirían estas reacciones afectivas en la generalidad de las personas.

El rasgo esencial es un trastorno de la personalidad en el que existe una historia de conducta antisocial continua y crónica, en la que se violan los derechos de los demás. Esta pauta de conducta antisocial persiste en la edad adulta. La conducta antisocial no debe ser provocada por retraso mental profundo, esquizofrenia o episodios maníacos.

La Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS define la personalidad sociopática como:

"Trastorno de la personalidad caracterizado por el menosprecio de las obligaciones sociales, falta de sentimientos hacia los otros y violencia impetuosa o indiferencia dura. Hay una gran disparidad entre el comportamiento y las normas sociales prevalentes. La conducta no se modifica fácilmente con la experiencia e incluso no cambia con el castigo. El individuo con esta personalidad es frío desde el punto de vista afectivo y puede ser anormalmente agresivo e irresponsable. Su tolerancia a la frustración es baja; ofrece racionalizaciones plausibles (admisibles), o culpa a otros por el comportamiento que lo lleva a entrar en conflicto con la sociedad."

"Patrones de conducta inadaptada, profundamente arraigados, que casi siempre se reconocen en la etapa de la adolescencia o antes y continúan durante la mayor parte de la vida adulta, aunque con frecuencia se vuelven menos obvios en la edad media o en la vejez. La personalidad es anormal, ya sea en el equilibrio de sus componentes, su calidad y expresión, o en el aspecto total. A causa de esta desviación o psicopatía el paciente sufre o hace sufrir a otros y hay un efecto

adverso sobre el individuo o la sociedad. Incluye lo que algunas veces se denomina personalidad psicopática, pero, si ésta se determina primariamente por el mal funcionamiento del cerebro, no debe clasificarse aquí, sino como uno de los síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos. Cuando el paciente muestra una anomalía de la personalidad directamente relacionada con su neurosis o psicosis, como, por ejemplo, personalidad esquizoide y esquizofrenia, o bien personalidad anancástica y neurosis obsesivocompulsiva, se debe diagnosticar, además, la neurosis o la psicosis pertinentes que lo demuestren."

Por otra parte, el DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders dice:

"Los rasgos esenciales se caracterizan por patrones inflexibles e inadaptables profundamente arraigados. También la manera de percibir y pensar acerca del entorno y de sí mismos está lo bastante afectada para causar alteraciones en la función adaptativa y dolor subjetivo. Así, estos sujetos presentan peculiaridades personales muy marcadas que se muestran en una amplia gama de importantes contextos sociales y personales. Las manifestaciones de los trastornos de la personalidad son reconocibles por lo general durante la adolescencia o incluso antes, y continúan a través de la vida adulta, aunque a menudo se vuelven menos aparentes mediada la ancianidad."

"Debe hacerse notar que las peculiaridades personales a las que nos hemos referido pueden no estar asociadas ni con alteraciones de la función adaptativa ni con el dolor subjetivo. Por ejemplo, muchos sujetos presentan rasgos de personalidad obsesiva, histriónica, narcisista o dependiente, que son lo suficientemente leves para no interferir con el funcionamiento social o el desarrollo de los papeles personales."

El sociópata presenta una conducta patológica principalmente en el área social, la queja siempre procede de los parientes, los amigos o conocidos, a quienes hace sufrir con su comportamiento, ya que ellos no suelen ser los que acuden a la consulta. Sin embargo, su vida psíquica a grandes rasgos no parece muy alterada, al menos no podemos percibir manifestaciones en la esfera psicótica ni la típica inhibición neurótica de los impulsos. No obstante, no pueden ceñirse a los conceptos y valores que la mayoría sustenta y que a la vez les permitiría vivir más libremente. Por tanto, el término se aplica a personas de la más variada conducta: **individuos adictos a algún tipo de droga**, perversos sexuales, personalidades esquizoides, personalidades dependientes, etc. Así pues, el término cubre una gama tan variada y extensa de seres humanos que su sentido se ha diluido cada vez más, excepto en lo que de peyorativo y admonitorio puede contener.

EPIDEMIOLOGÍA

Edad de comienzo

La alteración empieza antes de los 15 años. Por lo general en las mujeres, los primeros síntomas empiezan en la pubertad, mientras que en los hombres ya son francamente obvios en la niñez temprana.

Incidencia en cada sexo

Más frecuente en hombres que en mujeres.

Prevalencia

La alteración es más frecuente entre la población de clase baja, debido en parte a que está asociada con una incapacidad para ganarse la vida y también porque los padres de los que padecen esta alteración acostumbran a presentarla ellos también y, en consecuencia, sus hijos crecen en hogares empobrecidos.

Antecedentes familiares

El trastorno antisocial de la personalidad es particularmente común en los padres de los sujetos que presentan la alteración. Los estudios que intentan separar las influencias genéticas de las ambientales dentro de la familia, sugieren que ambas son importantes, puesto que parece existir una herencia de los padres biológicos separados de sus hijos tempranamente en la vida, y una influencia social de los padres adoptivos. Debido a una tendencia al emparejamiento selectivo, los individuos que presentan este trastorno tienen muchas posibilidades de que su padre, su madre o ambos la presenten también.

CUADRO CLÍNICO

Existen varias formas clínicas en relación a la intensidad del cuadro, que van desde aquellas en las que sólo aparecen rasgos sociopáticos atenuados hasta las realmente graves.

LA CONDUCTA ANTISOCIAL INFANTIL

Entre los signos típicos que se encuentran ya en la infancia destacan las mentiras, los robos, las peleas, la vagancia y la resistencia a la autoridad. Puesto que esta conducta puede terminar espontáneamente o desembocar en otras alteraciones como por ejemplo la esquizofrenia, en los niños no debe efectuarse el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad, diagnóstico que debe ser reservado para los adultos (18 años o más) que han tenido el tiempo suficiente para mostrar la pauta longitudinal completa.

LA CONDUCTA ANTISOCIAL ADULTA

En la adolescencia, son frecuentes la conducta sexual agresiva o inusualmente temprana, el consumo excesivo de alcohol y el **uso de drogas ilegales**. En la edad adulta siguen presentes estos tipos de conducta, a los que se añaden la incapacidad para mantener un rendimiento laboral aceptable o para funcionar como padre responsable, con negativas a aceptar las normas sociales que definen la conducta correcta. Después de los 30 años, los aspectos más flagrantes pueden ir disminuyendo, sobre todo la promiscuidad sexual, las peleas, los actos delictivos y la vagancia. En la categoría de enfermedades no atribuibles a trastornos mentales, debe tenerse en cuenta cuando se presenta una conducta antisocial agresiva o delictiva en individuos que no reúnen los criterios completos del trastorno antisocial de la personalidad y cuya conducta no puede ser atribuible a otros trastornos mentales.

Esencialmente es necesario recoger una historia de conductas delictivas crónicas y repetidas, en la que la violación de los derechos de los demás es la norma. El inicio de la actividad delictiva antes de los 15 años, así como la

persistencia de la conducta durante la edad adulta, es la norma. Se trata de sujetos con imposibilidad de persistir en un trabajo por mucho tiempo.

Los robos, mentiras, luchas y enfrentamientos con la autoridad son caracteres usuales en estos sujetos ya durante la infancia. Posteriormente, durante la adolescencia, suele observarse la conducta sexual perversa, al igual que el **abuso de drogas, incluso las denominadas duras.**

Todo este tipo de conducta se suele prolongar a lo largo de la vida adulta, aunque los aspectos más llamativos de ella pueden disminuir o desaparecer después de la tercera o cuarta década de la vida.

Suelen presentar quejas de malestar personal como tensión, incapacidad de soportar el aburrimiento, depresión y actitudes paranoides (a veces basadas en la realidad). Inevitablemente se observa también una incapacidad para mantener relaciones sexuales e interpersonales calurosas y duraderas con la familia o los amigos.

En general, el sociópata es referido al médico por su persistente comportamiento antisocial, sin que a dicha conducta se le encuentre una motivación adecuada ni una provocación proporcionalmente comprensible.

Pobreza general de las reacciones afectivas: Normalmente los actos antisociales del sociópata no le producen "nerviosismo", ansiedad, pena, vergüenza, culpabilidad ni sentimiento alguno que la persona normal experimentaría en situaciones análogas.

Incapacidad para aprender por la experiencia: A pesar de que su actuación contraria a las normas, suele llevarle a frecuentísimos desastres y frustraciones, el sociópata persiste en la repetición de tales actos. Ello prueba su falta de habilidad para obtener lecciones de sus fracasos y modificar su conducta.

Impulsividad o actos en "cortocircuito": Inmediatamente después de aparecer una tendencia la convierte en acto sin ningún género de consideraciones hacia los sentimientos de otras personas, el orden social o, siquiera hacia las consecuencias para sí mismo.

Falta de autocrítica: Existe una notoria incapacidad para ver y juzgar su comportamiento a través del punto de apreciación de los demás y de la sociedad.

Superficialidad en sus relaciones interpersonales: La vida afectiva del sociópata es superficial, ya que no logra relaciones maduras ni duraderas con otras personas, aunque aparente y ocasionalmente se muestre cordial, simpático, afectuoso e incluso en períodos de crisis y en asuntos sin importancia ejerza una generosidad transitoria.

Desprecio a la verdad: Muestra un gran desprecio por la verdad, incurriendo en las más solemnes mentiras, generalmente sin necesidad, con una sorprendente tranquilidad de mímica y gestos.

Sexualidad polifacética: La sexualidad está marcada en ambos sexos por la promiscuidad, la impersonalidad de la relación y el polifacetismo en el objeto y en el modo de realizar.

Comportamiento egosintónico: Al contrario de lo que sucede con otros comportamientos psicopatológicos (por ejemplo, las compulsiones del neurótico obsesivo, que estos enfermos consideran ajenas al yo y sufren por ellas), el sociópata está satisfecho de su conducta, a pesar de ser hostil e inapropiado desde el punto de vista social.

Fugaces éxitos en la vida: Si obtiene éxitos en su vida será por corto tiempo. Al analizar sus fracasos sorprende el comprobar cómo derrumba todo lo alcanzado por razones de escasa importancia.

Inteligencia técnicamente inalterada: El aparato cognoscitivo de este individuo aparece inalterado, como se aprecia al analizar el modo de razonar durante la entrevista psiquiátrica y al realizar las pruebas de inteligencia.

Tensión agresiva e impulsividad: Conducen al sujeto a un comportamiento

indisciplinado, implacable, y cualquier obstáculo mínimo supone el desencadenamiento de la acción, que se pone en marcha sin medida ni consideración por sus consecuencias.

Rebeldía: El sujeto al no controlar su agresividad provoca la punición de su conducta, lo cual desencadena mayor agresividad, quedando excluido rápidamente por los grupos sociales (familia, escuela, trabajo) pasa a vivir al margen de la sociedad.

Malignidad: Se trata de la obtención de placer gracias a provocar dolor a los demás.

Desequilibrio holotímico: La efectividad, aunque muy variable, siempre es patológica. En ocasiones es una afectividad exaltada y otras veces se manifiesta mediante una hiperemotividad desordenada, por un aspecto ciclotímico y aun muchas veces por una personalidad fría de tipo esquizoide.

Perversiones instintivas: No es infrecuente encontrar cualquier tipo de perversión. De hecho, estas organizaciones de carácter, las perversiones sexuales y las toxicomanías constituyen lo que la escuela dinámica ha denominado neurosis de carácter. La perversión, el acto delictivo y la toxicomanía se entrecruzan para formar un entramado en que se estructura la conflictividad de este tipo de pacientes.

Nivel intelectual: Ey reseña la disparidad de datos y el hallazgo en 1919 y 1938 en diferentes estadísticas de un 30%, aproximadamente, de oligofrénicos. Sin embargo, Clekey en 1964 hace referencia a estos pacientes como personas de notable encanto externo e inteligencia.

Entre los comportamientos impulsivos particulares podrían hallarse el robo, la cleptomanía, la piromanía, la estafa, el juego y las reacciones homicidas.

Albert (1959) enumera una serie de síntomas o conjuntos sindrómicos; que se expone seguidamente con las características presentes en las sociopatías:

- Agresividad antisocial.
- Infracción reiterada de la ley.
- Conflictos, ansiedad.
- Incapacidad para diferir una satisfacción.
- Incapacidad para planear el futuro o usar la experiencia pasada.
- Falta de intuición.
- Narcisismo.
- Irresponsabilidad.
- Inestabilidad emocional.
- Conducta sexual irresponsable.
- Super-yo inadecuado.
- Falta de integración personal.
- Hiperactividad.
- Versatilidad.
- Alcoholismo.
- Insensibilidad.
- Felicidad patológica.
- E.E.G. anormal.

Gray y Hutchinson (1964) a partir de un estudio estadístico efectuado entre 937 psiquiatras canadienses obtienen los siguientes rasgos típicos y más significativos de este tipo de personalidad:

- 1) No saber aprovechar las enseñanzas de la experiencia pasada.
- 2) Falta de un sentido de la propia responsabilidad.
- 3) Incapacidad para establecer relaciones interpersonales.
- 4) Fallos en el control de los impulsos.
- 5) Fallos en el sentido moral.

- 6) Actitud reiteradamente antisocial.
- 7) Ineficacia de los castigos para hacerles cambiar de conducta.
- 8) Inmadurez emocional.
- 9) Incapacidad para experimentar sentimientos de culpabilidad.
- 10) Egocentrismo.

Cleckley en 1964 elabora, aprovechándose en una base experimental sólida, la siguiente enumeración; de rasgos los caracteres característicos del trastorno: "encanto externo y notable inteligencia; inexistencia de alucinaciones y de otras manifestaciones del pensamiento irracional; ausencia de nerviosismo o de manifestaciones neuróticas; falta de fiabilidad; mentira e insinceridad; ausencia de sentimientos de culpabilidad y de vergüenza; conducta antisocial, sin remordimiento aparente; razonamiento insuficiente y falta de capacidad para aprender de la experiencia vivida; egocentrismo patológico e incapacidad para amar; gran pobreza de reacciones afectivas primordiales; pérdida específica de intuición; irresponsabilidad en las relaciones interpersonales corrientes; comportamiento fantástico y poco recomendable respecto a la bebida, e incluso enajenado en algunas ocasiones; amenazas de suicidio raramente cumplidas; vida sexual impersonal, trivial y poco integrada; incapacidad para seguir cualquier plan de vida."

Edad de aparición: Antes de los 15 años y a veces apurando la historia antes de los 12. Los rasgos psicopatológicos pueden observarse durante el desarrollo infantil temprano.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del trastorno de la personalidad sólo debe realizarse cuando estas características son típicas del modo de desenvolverse del sujeto a lo largo del tiempo, y no deben limitarse a discretos episodios de una enfermedad.

El diagnóstico se basa en el estudio de la historia personal (escuela, trabajo, etcétera) y en la ausencia de alternaciones mentales (ideas delirantes, alucinaciones, etc.) durante el examen psiquiátrico.

Cuando el **abuso de sustancias** y la conducta antisocial empiezan en la infancia y continúan en la vida adulta, debe diagnosticarse tanto el trastorno por uso de sustancias, como el trastorno antisocial de la personalidad, sobre todo, cuando se den criterios de cada alteración, independientemente del grado en que alguna parte de la conducta antisocial pueda ser consecuencia del trastorno por uso de sustancias (por ejemplo la venta ilegal de drogas o atracos asociados a la intoxicación alcohólica). Cuando la conducta antisocial en un adulto se encuentra asociada al trastorno por uso de sustancias no debe hacerse el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad, a no ser que los signos infantiles del trastorno antisocial se encuentren presentes y continúen sin remitir durante más de 5 años, entre los 15 años y la vida adulta.

El retraso mental profundo y la esquizofrenia impiden el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad debido a que, actualmente, no existe manera de determinar cuando la conducta antisocial de un individuo con retraso mental profundo o con una esquizofrenia es debida a estas alteraciones más graves o a un trastorno antisocial de la personalidad.

Los episodios maníacos pueden asociarse con conducta antisocial. El diagnóstico diferencial se hace fácilmente por la ausencia de graves problemas de conducta en la infancia y por el cambio súbito en la conducta adulta.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

A) La edad actual ha de ser por lo menos de 18 años.

B) Comienzo antes de los 15 años, tal como viene indicado por una historia de tres o más de los siguientes síntomas:

1) Vagancia o "novillos" (positivo si alcanza por lo menos 5 días al año, al menos durante 2 años, sin incluir el último de escuela).

2) Expulsión o suspensión de la escuela por mala conducta.

3) Delincuencia (arrestado o mandado a tribunales infantiles a causa de su conducta).

4) Escaparse del hogar durante la noche, por lo menos dos veces, mientras vivía en el hogar paterno o adoptivo.

5) Mentira persistente.

6) Relación sexual repetida con relaciones casuales. Raramente temprana o agresiva.

7) Ingestión de alcohol o abuso de sustancias (drogas) repetidamente.

8) Robos.

9) Vandalismo.

10) Rendimientos académicos marcadamente inferiores a los que deben esperarse en relación al cociente intelectual estimado o conocido (repetición de cursos).

11) Violaciones crónicas de las normas del hogar y de la escuela (distintas de las de vagancia).

12) Iniciación de peleas.

C) Por lo menos, cuatro de las siguientes manifestaciones del trastorno desde la edad de 18 años:

1) Incapacidad para mantener una conducta laboral apropiada, indicada por algunos de los siguientes síntomas:

a) Cambios de trabajo muy frecuentes (tres o más trabajos en 5 años, no explicables por la naturaleza del trabajo o por fluctuaciones económicas o estacionales).

b) Desempleo significativo (por ejemplo, 6 meses o más en 5 años, cuando era esperable trabajar).

c) Absentismo importante en el trabajo (por ejemplo, como promedio 3 días o más de llegar tarde o de ausencia al mes).

d) Abandono de diversos trabajos sin tener otros a punto (nota: la conducta similar en una situación académica durante los últimos años de escuela puede ser un sustituto de este criterio en individuos que, por razones de edad o circunstancias, no han tenido la oportunidad de demostrar su adaptación ocupacional).

2) Falta de capacidad para funcionar como progenitor responsable, puesta de manifiesto por uno o más de los siguientes síntomas:

a) Malnutrición de los niños.

b) Enfermedad de los niños debida a falta de los estándares higiénicos mínimos.

c) Incapacidad de buscar cuidados médicos para un niño gravemente enfermo.

d) Dependencia de los niños de los vecinos o parientes que no residen en el hogar, tanto para la alimentación como para su protección.

e) Incapacidad para buscar un cuidador o un "canguro" para el niño menor de 6 años, cuando los padres salen de casa.

f) Despilfarro en objetos personales del dinero necesario para las necesidades del hogar.

3) Incapacidad para aceptar las normas sociales con respecto a la conducta legal, indicada por alguno de los siguientes síntomas: robos repetidos, ocupación ilegal (proxenetismo, prostitución, venta de objetos robados, venta de drogas), arrestos múltiples y condena penal.

4) Incapacidad para mantener una relación durable con una pareja sexual, indicada por dos o más divorcios y/o separaciones (tanto si se está legalmente casado, como no), abandono de la esposa, promiscuidad (diez o más parejas sexuales en un año).

5) Irritabilidad y agresividad, indicadas por peleas físicas repetidas o ataques (no necesarios por el propio trabajo o para defender a alguien o a uno mismo), incluyendo el pegar a la esposa o a los niños.

6) Fallos en responder a las obligaciones financieras, indicados por incumplimiento repetido de deudas, incapacidad para procurar los cuidados a los niños, o incapacidad para pagar de una manera regular a otras personas dependientes.

7) Incapacidad de planificar o impulsividad, indicadas por viajes de un lugar a otro sin trabajo comprometido, sin un objeto o una idea clara sobre cuándo va a terminar, o con falta de domicilio fijo durante un mes o más.

8) Desprecio por la verdad, indicado por mentiras, uso de nombres falsos y engaños a los demás en provecho personal.

9) Imprudencia, indicada, por ejemplo, por el hecho de conducir bebido o de ir a velocidad inadecuada.

D) Pauta de conducta antisocial continuada, en la que los derechos de los demás son violados sin que exista un período libre de síntomas, por lo menos de 5 años entre los 15 y la edad actual (excepto en aquellos casos en los que el individuo haya estado encamado, confinado en un hospital o en una institución penal).

E) La conducta antisocial no es debida a retraso mental profundo, esquizofrenia o episodios maníacos.

LOS TEST

Los resultados obtenidos mediante el empleo de ellos dan resultados muy similares a las observaciones clínicas, tanto en lo que respecta a los tests proyectivos como a las escalas de inteligencia y los cuestionarios autoaplicados. Un test adecuado es el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI).

SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA

A pesar del estereotipo de que en esta alteración existe un estado mental normal con frecuencia hay síntomas de malestar personal, entre los que pueden observarse quejas de tensión, de incapacidad para tolerar el aburrimiento, depresión, y la convicción (a menudo correcta) de que los otros son hostiles. Las dificultades interpersonales y la distoría tienden a persistir en la última etapa de la vida adulta, incluso cuando han disminuido los aspectos más flagrantes de la conducta antisocial. Casi invariablemente, existe una marcada incapacidad para sostener relaciones duraderas íntimas, cálidas y responsables con la familia, con los amigos o con las parejas sexuales.

DETERIORO

El trastorno es a menudo extremadamente incapacitante, dando lugar a un fracaso en la posibilidad de transformarse en un adulto independiente y autosuficiente, ocasionando además muchos años de institucionalización, por lo general, más penal que médica. Sin embargo, para algunos individuos que tienen algunos rasgos de esta alteración, es posible la obtención de éxitos económicos y políticos, pero este tipo de gente casi nunca presentan un cuadro completo del trastorno y sobre todo falta el comienzo temprano en la infancia, que por lo general interfiere la necesaria formación del sujeto, haciendo imposible la mayor parte de carreras públicas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Delincuente ordinario: En primer término se impone que el comportamiento delictivo no es por sí mismo un concepto psicológico. Delincuente es aquella persona que quebranta el Código Penal, sin que por ello el acto delictivo implique necesariamente una conducta psicopatológica. En tal sentido, un quebrantador de la ley puede estar identificado con un superego delincuente y sentirse culpable si no sigue el código particular de su grupo, pero no experimentar remordimiento si rompe el Código Penal vigente de la sociedad donde vive. Piénsese, por ejemplo, en la subcultura de los "quiquis" y de otras agrupaciones del hampa (Maffia, Cosa Nostra, etc.) que poseen un código propio, aunque para ellos no haya necesidad de que sus artículos estén escritos.

El delincuente ordinario tiene objetivos definidos, aunque indeseables desde el punto de vista social. El sociópata carece de meta alguna y, al contrario del primero, no hace uso de las ganancias del acto de un modo apropiado. Además, el superior valor de las ganancias que obtiene generalmente el delincuente común hace más comprensible su comportamiento. Así, en el desfalco de un millón de pesetas, por ejemplo, existe una motivación más normal que en el falsear por pequeñas cantidades un documento bancario, como más probablemente haría el sociópata.

La carencia de emociones del sociópata (falta de ansiedad, tristeza, etc.) y sus correlaciones somáticas (palidez, temblor, etc.) constituyen un arma importante en su favor para no ser fácilmente descubierto por sus acciones. En cambio, en el modo de planear la evasión no contiene la coherencia del delincuente ordinario.

Por último el sociópata no muestra lealtad ni adhesión a ningún grupo de delincuentes, aunque ocasionalmente pueda operar con alguna banda.

Desviaciones sexuales específicas: es preciso distinguir las desviaciones propiamente dichas de las que aparecen en un sociópata. Las manifestaciones de la sexualidad desviada de éste presenta las características generales del comportamiento sociopático. Mientras que la mayoría de los sociopatas tienen una orientación heterosexual, no es extraño encontrar en ellos actos homosexuales debido a la falta de inhibiciones y de remordimientos hacia situaciones deshonorables y contrarias al buen gusto general. En consecuencia, no tienen reparo en practicar tales actos homosexuales, a los que pueden llegar para obtener dinero o nuevas experiencias, por las que muestran una ávida predisposición.

De otra parte, el sociópata puede confundirse con el sádico como consecuencia del sufrimiento físico y psicológico (abandono, mal trato, patente infidelidad, etc.) que proporciona a su compañera o compañero en la vida. No obstante, un análisis más profundo indica que el psicópata no obtiene placer erótico mediante tal comportamiento, sino que éste es un producto más de su psicopatología.

Excepcionalmente pueden encontrarse tendencias sádicas en algunos sociópatas, haciéndolos peligrosísimos para la sociedad, dada su falta de ansiedad y de remordimientos, juntamente a sus tendencias reiterativas.

El esquizoide se distingue principalmente del sociópata por no poseer la sintonización afectiva —si bien superficial— de este último.

El alcohólico, por su falta de responsabilidad hacia la familia y el trabajo, también puede prestarse a confusión con el sociópata. No obstante, en la historia clínica del primero se observa que sus trastornos aparecen tras varios años en el abuso del alcohol, y que experimenta emociones profundas (ansiedad, tristeza, etc.) de las que carece el sociópata.

En las impulsiones neuróticas (piromanías, cleptomanías, etc.) el persistente comportamiento antisocial del sujeto va acompañado de unas manifestaciones subjetivas desagradables para quien realiza tales actos. Esto no ocurre al sociópata por su pobreza de reacciones afectivas.

La distinción de los trastornos neuróticos de los que son primariamente sociopáticos resultan de gran importancia práctica, dada la escasísima susceptibilidad de los últimos a todo tratamiento. He aquí algunas peculiaridades que ayudarán a diferenciarlos: los trastornos de comportamientos neuróticos aparecen predominantemente en determinadas situaciones, se les encuentra con relativa facilidad una formulación psicodinámica (explicación psicológica) y van acompañados de otros síntomas neuróticos (ansiedad, etc.).

Los lesionados cerebrales (encefálicos, trastornos cerebrales en la infancia, etc.) con trastornos de conducta no ejecutan los actos inadaptados socialmente con la "suavidad" del sociópata primario o constitucional.

ETIOPATOGENIA

Los diferentes y múltiples estudios sobre el tema parecen apuntar por lo común a dos aspectos fundamentales:

- a) Factores orgánicos y genéticos.
- b) Tipo de crianza recibida, es decir, los factores ambientales.

FACTORES PREDISPONENTES

Los factores de predisposición son el trastorno por déficit de atención, y el trastorno de conducta durante la prepubertad. La ausencia de disciplina familiar parece que aumenta la posibilidad de que el trastorno de conducta desemboque en un trastorno antisocial de la personalidad. Otros factores de predisposición pueden ser la pobreza extrema, la expulsión del hogar y el hecho de crecer sin figuras familiares de ambos sexos.

El punto de vista fisiológico

Es el intento de elaborar las personalidades sociopáticas a partir de complejos sintomáticos patofisiológicos.

Jahn y Greving, sobre la base del descubrimiento de un determinado "metabolismo asténico", han intentado, también, diferenciar los sociopatas distónicos ("esquizoides") y los timopáticos ("cicloides") y hasta, de acuerdo con Kretschmer, las enfermedades correspondientes; han perseguido este problema, incluso, dentro del marco de la psicosis. El material investigado es muy pequeño.

La interpretación de los resultados es difícil. Habrá que preguntarse siempre si el trastorno hallado es la causa o la consecuencia de los rasgos y de las quejas sociopáticas, o si deben dejarse, uno junto a otro, ambos fenómenos, con el

mismo derecho, como expresión común, como los dos aspectos de la totalidad psicofísica. Jahn se ha expresado a favor de la tercera de estas hipótesis.

Exploraciones electroencefalográficas: Con frecuencia aparecen en los sociópatas anomalías en el electroencefalograma. La más corriente es la observación de ondas lentas diseminadas, con deficiente organización del trazado que corresponde a la noción de inmadurez bioeléctrica del cerebro. Sin embargo, no todos los investigadores están de acuerdo al respecto ni estos hallazgos electroencefalográficos son constantes ni específicos.

La actividad eléctrica cortical. Los estudios electroencefalográficos (E.E.G.) realizados en estos pacientes por diversos autores, entre los que destaca Hare, a lo largo de los años parecen demostrar que se observa un aumento anormal de ondas lentas. Este hecho ha conducido a la conclusión de que la corteza cerebral de estos pacientes presenta una maduración inhibida o retardada, semejante a la que tiene el niño, en el que son observables fenómenos similares. Otros autores consideran que la actividad de ondas lentas expresaría algún tipo de disfunción cortical o subcortical. Otros, como Forssman, Frey y el propio Hare, opinan que también es posible que la actividad de ondas lentas sea la expresión de un arousal débil (baja excitabilidad cortical).

Los estudios sobre potenciales evocados son inconsistentes todavía y no ofrecen grandes aportaciones. Lo mismo sucede con la variación contingente negativa.

Evidentemente, las alteraciones observadas en la actividad cortical de este tipo de pacientes pueden no atribuirse a alteraciones estructurales encefálicas, sino que nos orientan hacia diferencias con respecto a otras personas en cuanto al proceso de aprendizaje, de motivación, etc. Muchos autores hacen hincapié (Quay, Zuckerman, Cox, etc.) en el hecho de que el psicópata necesita una estimulación patológica por presentar un arousal cortical especialmente bajo. Este mismo tipo de alteración se observa en el síndrome hiperkinético infantil. Sería por esta razón que el sociópata iría constantemente en busca de cualquier tipo de estimulación excitante, lo que le habría de conducir a un comportamiento burdo que le impediría la correcta atención de los aspectos de conducta más refinados y sutiles que permiten la correcta convivencia en sociedad.

En la tabla 1 se exponen los datos fundamentales que diversos autores han publicado como conclusiones de sus investigaciones electroencefalográficas en individuos psicópatas.

En la tabla 2 se reflejan algunos de los resultados de los estudios de Hill, en 1952, con respecto a las alteraciones del E.E.G., y la presencia de ondas lentas.

A pesar de estos estudios, no se puede afirmar rotundamente que la causa de una sociopatía se halle en una inmadurez cortical, ya que probablemente concurrirán otros factores ambientales y psicológicos. Tanto más cuando no debemos olvidar que aproximadamente un 15% de la población presenta alteraciones en el E.E.G., sin que se evidencie ningún tipo de trastorno conductual.

A un nivel más especulativo, la presencia de este tipo de alteración en los lóbulos temporales, así como el registro de agujas positivas (descargas de polaridad positiva de 6-8 a 14-16 c./seg.) en esta zona en casos de psicópatas muy agresivos, sugiere que el trastorno podría estar ubicado en el sistema límbico, dada la asociación de éste con el lóbulo temporal. Tanto más si se recuerda la regulación que el sistema límbico ejerce sobre el comportamiento emocional y el aprendizaje, sobre la evitación del castigo.

El sistema nervioso vegetativo ha sido ampliamente estudiado recientemente en este tipo de individuos por diversos autores (Hare, Schalling, Sidole, etc.). Por lo general los patrones estudiados han sido la actividad electrodérmica y la cardiovascular, ya que la actividad respiratoria no parece presentar grandes variaciones con respecto a los individuos sanos. La actividad electrodérmica de la

palma de la mano presenta diferencias significativas al comparar sociópatas y sanos, en tanto que la conductividad dérmica de reposo en aquéllos es menor que en los normales. Esto sugiere que el sistema simpático en reposo es menos excitable en los sociópatas. Puede deducirse la hipótesis de que en este tipo de personas reaccionarán ante los estímulos desagradables con una relativa ausencia de miedo, ansiedad o aprensión.

También se observa que estos pacientes presentan una actividad cardíaca en reposo relativamente mayor que los grupos control. Estas variaciones en la actividad del SNV han llevado a estudiar un índice general de variabilidad autónoma, que al ser aplicado a individuos normales y sociópatas ha dado como resultado que este índice es mucho menor en los segundos.

Este hallazgo de laboratorio confirmaría la base neurofisiológica que las descripciones clínicas aportan clásicamente. Nos referimos a que la falta de ansiedad, culpa y tensión emocional hace que el SNV de estos pacientes, al ser estudiado en condiciones de reposo, se muestre poco activo.

También las experiencias que intentan explorar la respuesta del SNV al estrés parecen señalar claramente que estos individuos presentan pocas alteraciones de los parámetros vegetativos mencionados, y, además, una gran capacidad de recuperación después de desaparecer el estímulo ansiógeno.

Parece también que estos sujetos muestran poca capacidad de respuesta previsoras, ya que, mientras en un individuo normal los estímulos desagradables repetidos provocan reacciones del SNV que se desencadenan cada vez con mayor velocidad al presentarse el estímulo, esto no sucede así en el sociópata.

Este dato coincidiría con la falta de previsión tan a menudo en los cuadros clínicos que se observan en estos pacientes. También justificaría la falta de capacidad para aprender a evitar situaciones que luego les conducirían a ser castigados o que pueden causarles serios problemas, incluso de orden físico.

Así, muchas situaciones que tienen en sí mismas un gran poder de impacto emocional para la mayoría de la gente tendrán pocas consecuencias para ellos, porque tienen mayor capacidad para atenuar los efectos de estímulos desagradables (aumento de la actividad cardíaca, etc.) y también para inhibir las respuestas previsoras de miedo (disminución de la conductividad dérmica, etc.).

La prueba de la epinefrina y mechonyl: Muy interesantes resultan los trabajos realizados en el Hospital Psicopático de Boston por el profesor Fankenstein, quien comprobó el retraso de los sociópatas en restablecer la homeostasis (más de veinticinco minutos que el individuo normal) después de inyectarles epinefrina y un estimulante del parasimpático (mechonyl). Ninguno de los sociópatas sometidos a la prueba mostró ansiedad o desasosiego durante la misma.

Estudios neurológicos: Se ha investigado esta entidad desde el punto de vista de la neurología, a consecuencia en parte de la observación de que algunos de los trastornos más relevantes del psicópata pueden hallarse en enfermos con lesiones neurológicas claramente demostrables.

De esta forma cabe citar numerosas causas orgánicas que dan lugar a personalidades con manifiesta conducta de tipo socióptico. El ejemplo más claro y espectacular que se puede recoger históricamente se produjo entre los años 20 y 30, con la epidemia de encefalitis letárgica que sufrió Europa. Las manifestaciones psicológicas se manifestaron en el 30% de los niños afectados, y después de la remisión de la enfermedad muchos presentaron una conducta alterada, sin que se evidenciara un deterioro de la capacidad intelectual. En este sentido Wilson escribe "...un niño previamente de carácter responsable puede transformarse de tal manera que puede parecer realmente una persona diferente. Impúdico, cruel, destructivo, abusivo, indecente, puede convertirse en reo de cualquier ofensa, desde la negligencia al crimen...".

Lo mismo es observable tras traumatismos craneales y encefalitis víricas,

según algunos autores (Elliot). También se cita como posible responsable la disfunción cerebral mínima, aunque su etiología está poco clara. Una de las enfermedades neurológicas a las que se les atribuye más patología psicológica desde siempre es la epilepsia, especialmente la referida al lóbulo temporal. Otras enfermedades invocadas son la neurolúes (sífilis del SNC), accidentes vasculares cerebrales, etc.

Desde este enfoque somaticista, Elliot intenta establecer una correlación entre los síntomas psicopatológicos y las posibles zonas cerebrales afectadas. En la tabla 3 intentamos resumir lo expuesto por Elliot.

Los estudios fisiopatológicos del llamado Síndrome de discontrol, ha dado alguna luz sobre la posible etiopatogenia de las sociopatías. Se hace referencia siempre al sistema límbico, que se halla integrado por diferentes estructuras neuroanatómicas (amígdalas, hipocampo, hipotálamo, circunvolución callosa o del cuerpo calloso, septum pellucidum, área septal, porciones del tálamo, ganglios basales y región orbitaria del lóbulo frontal). En realidad son los estudios sobre las bases neurofisiológicas de la agresividad las que se vuelven a invocar aquí. Parece que las áreas relacionadas con la conducta agresiva se hallan principalmente en la zona hipotalámica posterior y zonas centrales y medias del núcleo amigdalino. Sin embargo, estas zonas interactúan con otras áreas cerebrales, lo cual hace que el estudio y la localización de los mecanismos de la agresividad sean de muy difícil delimitación.

En muchos casos de Síndrome de discontrol se han evidenciado alteraciones estructurales, como esclerosis del asta de Ammon, quistes encefálicos, hamartomas, tumores gliales benignos, etc. Sin embargo, no todos los casos presentan este tipo de alteraciones y hay que recurrir a una historia clínica detallada para descubrir posibles accidentes durante el parto (anoxia fetal, etc.) y durante la infancia. También las correlaciones entre la epilepsia y las crisis agresivas de estos sujetos han sido un tema ampliamente estudiado. Otras enfermedades menores comunes, pero que se relacionan asimismo con conductas de alguna manera consideradas psicopáticas, serían: demencias seniles y preseniles, corea de Huntington, hidrocefalia normotensiva, esclerosis múltiple, fenilcetonuria, enfermedad de Spielmenyer-Vogt, síndrome de San Filippo, etc.

Por último, se cita aquí una serie de enfermedades endocrinas o metabólicas que, de alguna manera, pueden también conducir a conductas agresivas esporádicas. La más importante es la hipoglucemia (por yatrogenia o insulinoma). Otras son la enfermedad de Cushing, la hipocalcemia y psicosis tóxicas.

Los puntos de vista psicológico y ambiental

La teoría del aprendizaje: Se ha intentado explicar la sociopatía como la consecuencia de una incapacidad para aprender determinadas formas de conducta que serían necesarias para una interacción correcta y operante en el orden social.

Así se concluye, a través de las diferentes experiencias realizadas (son importantes las experiencias de diferentes autores que a continuación se nombra: Eysenck, Miller, Cykken, Hare, Mowrer, Schachter, Latane, Schmauk, Lipperty Senter, Cook y Barnes, Petrusick, Kamper, Quay, Painting, Jung, Spence, etc.), que el individuo sociópata tiene una gran dificultad para condicionar respuestas al miedo, por lo que le es prácticamente imposible aprender respuestas provocadas por temor. Asimismo tampoco logra reforzar este tipo de respuestas, lo cual se consigue de ordinario por la reducción del miedo que estas respuestas logran. De esta forma podría entenderse por qué este tipo de pacientes parecen no aprender con la experiencia ni tampoco con el castigo, especialmente cuando el tiempo

transcurrido entre la conducta y sus consecuencias es relativamente largo.

En el mismo orden de cosas se sitúa el hecho de que para muchos de estos individuos los eventos desagradables del pasado sirven de poco para modificar o evitar una conducta que indefectiblemente les habrá de conducir a los mismos resultados.

Estos pacientes han demostrado un buen aprendizaje en otras esferas no relacionadas con el miedo, igual o superior al resto de individuos (condicionamiento verbal, aprendizaje habitual, etc.). Esto nos habla de otro hecho importante: su capacidad de aprender y comprender la realidad, y su buen desarrollo intelectual, características que clásicamente son descritas en este tipo de personalidades. Sin embargo, en otras experiencias se ha demostrado que estos individuos fracasaban más que los no sociópatas. Este dato nos llevó a una revisión del tema y se llegó a la conclusión de que los estímulos presentados a los sociópatas carecían de incentivos adecuados y, por tanto, no motivaban al paciente. Este es un dato también típico, ya que el psicópata parece necesitar una constante estimulación adicional, que sería la que le conduciría a la vida peculiar que suelen llevar un buen porcentaje de ellos. Observados estos pacientes en pruebas que presentan tareas complejas, o que deben ser realizadas bajo un fuerte estrés emocional, se concluye que son capaces de obtener en ocasiones mejores resultados que el grupo control de sujetos.

Estudios sociológicos: La hipótesis de que parten los siguientes postulados está basada en la teoría del aprendizaje. Se podría enunciar en los siguientes términos: La sociopatía es el resultado de una manera especial de combinarse experiencias aprendidas en el pasado.

Los resultados realizados por los diferentes autores que sustentan estas hipótesis (Gregory, Greer, Friedman y Oldman, Arieti, Robins, Clekley, Wiggins, Bell, Solomon, Maher, Aronpreed, Bandura y Walters, Mischal, Rotter, etc.) se han basado en el estudio de familias de psicópatas, correlacionando diferentes factores (muerte de los padres, separación, enfermedad mental, etc.). Las conclusiones a las que se llegan son interesantes. Se ha observado que, aunque una gran parte de estos pacientes provienen de hogares pobres, con malas relaciones parenterales (palizas, agresiones, separación, abandono, etc.), y han sido abandonados o rechazados cuando niños, el factor más determinante de la sociopatía es haber tenido un padre antisocial, alcohólico o sociópata.

La teoría postulada por Gough (1948), posteriormente refrendada por Redd y Cuadra (1957), sustenta que el sociópata sólo ha adquirido una fachada moral. Así el individuo es incapaz de ponerse "en la piel del otro" y, por tanto, de verse a sí mismo como objeto social y poder prever las consecuencias de su conducta.

Salomon postula que las deficiencias morales del sociópata se deberían a un mal aprendizaje de la regulación de la resistencia a la tentación y de la culpa. A su vez este aprendizaje defectuoso sería atribuido a una disciplina paterna incorrecta, dado que el padre no habría aplicado castigos apropiados, o los habría aplicado excesivamente retardados o de un modo arbitrario.

Se debe a Michel el haber estudiado las posibles causas que un sociópata puede tener para no poder diferir una satisfacción de necesidades. Parecería que el origen de este problema radicaría en que la familia no tenía esta capacidad de autocontrol de los impulsos, y así los propios padres son un modelo erróneo de aprendizaje.

Por el interés de la comparación porcentual con otras enfermedades incluimos la tabla 4.

La teoría psicoanalítica: Johnson y Szurek han encontrado en sus estudios que el padre, más influyente en el hogar, ha alentado de modo inconsciente la conducta antisocial del niño.

La herencia: Sobre este particular son clásicos los trabajos de Lange (1926).

que encontró una concordancia de rasgos psicopáticos en cinco pares de gemelos homocigóticos de los seis estudiados.

Modernamente, no obstante, los trabajos sobre la influencia de la herencia en el comportamiento sociopático son contradictorios. Ello se debe, en parte, a que estos trabajos están realizados sobre un grupo heterogéneo de individuos con comportamiento delincuente, sin haber distinguido previamente al delincuente ordinario del propiamente sociopático. Esta crítica metodológica es aplicable a la confusión reinante sobre el papel desempeñado por otros factores etiopatogénicos.

Secuelas de lesiones cerebrales en la infancia: El ejemplo más relevante sería la aparición de trastornos de conducta en los postencefalíticos. Pero son diferentes según se ve en el diagnóstico diferencial.

El punto de vista localizadorio encefálico

El punto de vista localizadorio cerebral en el estudio de los sociópatas. Una primera posibilidad de aproximarse a las bases corporales de la personalidad normal y anormal (psicopática) es anatómica; a saber; el intento de localizar sus propiedades. Prescindimos de las investigaciones experimentales fisiológicas localizatorias sobre la organización central del sistema nervioso vegetativo y de sus relaciones con los afectos, que debemos a W. R. Hess, y se dirigen totalmente a lo caracterológico y lo clínico. Mientras que, durante mucho tiempo, se ha pensado sólo en la corteza cerebral, recientemente, bajo la dirección de Reichardt, se busca el "asiento" del núcleo de la personalidad en el tronco cerebral. Un apoyo para ello suministra la encefalitis epidémica, que conduce frecuentemente a alteraciones de la personalidad, del temperamento y de los impulsos. Bonhoeffer y Kirschbaum las han descrito, por primera vez, en los niños. Mientras que, sobre todo Bonhoeffer, se manifiesta muy reservado frente a una aplicación de estas experiencias a la caracterología normal y a las psicopatías, y sólo reconoce, de momento "ciertos puntos de orientación", se tiende a ver, en ocasiones, la esencia de la psicopatía o de ciertas formas de psicopatía en una "insuficiencia subcortical".

Thiele, continuando la labor de Bonhoeffer, ha diferenciado muy cuidadosamente los estados psíquicos residuales, consecutivos a la encefalitis epidémica, en niños y jóvenes. Lo más sorprendente es la "tendencia a la descarga sin finalidad y sin dirección, amorfa, completamente primaria, que se describe, según su representación psíquica, como una inquietud y una tensión muy desagradables y que, sólo en su repercusión, en su actuación sobre el objeto, o por su interferencia con actos intencionales y dirigidos, se transforma en una acción de un contenido determinado". Se trata de una impetuosidad (Drang) y de acciones impetuosas. La voluntad se fija en un objeto; el instinto busca su objeto; la impetuosidad encuentra su objeto. (Nosotros diríamos que la voluntad elige su objeto.) Thiele previene ante la confusión de estos estados con las psicopatías, particularmente con la "oligofrenia moral"; pero, no obstante, existen también, entre los psicópatas, tales tipo "ágiles", con una viva inquietud motora y, casi siempre, sin estado de ánimo maniaco. Además, Thiele acentúa también la importancia de las propiedades caracterológicas premórbidas. En un caso de Runge, era especialmente clara la grave psicopatía anterior.

Homburger exige que se diferencien las verdaderas psicopatías de tales estados consecutivos a la encefalitis. En éstos se trata de una desinhibición de los mecanismos motores subcorticales, debida a la lesión de los ganglios subcorticales. Produciéndose una regresión a un grado primitivo de la expresión, una independencia del mecanismo motor de la expresión, que ya no es una expresión de vivencias. Los modos de conducirse encefalíticos ya no son manifestaciones

unívocas de la vida psíquica. Son un retroceso a la motilidad impulsiva y primitiva de la primera infancia. Los robos, las riñas, las destrucciones, corresponden al fondo impulsivo motor.

El punto de vista constitucional

Comprendemos por constitución no sólo el conjunto de disposiciones, sino la totalidad del organismo morfológico, con sus funciones espontáneas y reactivas. Este concepto de constitución abarca, pues, tanto lo disposicional como lo exógeno (es decir, lo provocado por las influencias del mundo externo) y la acción recíproca entre ambos. Actualmente, se equipara, casi siempre, lo disposicional a la disposición hereditaria y, muy a menudo, se incluye también la personalidad en un concepto de la constitución equivalente a la disposición hereditaria. Sin embargo, ninguna de ambas hipótesis es demostrable.

Al concepto de personalidad y a la esencia de la personalidad anormal (sociopática) pertenecen, el concepto de lo innato o congénito. Innato o congénito es aquí equivalente a disposicional. Pero no se puede negar sistemáticamente que, en la estructura de la personalidad, pueden haber intervenido también factores ambientales que afecten al embrión o quizá, incluso, al niño. En este último caso se quebrantaría el criterio estricto de lo innato. En todo caso, no podríamos diferenciar de las auténticas tales supuestas sociopatías exógenas o, mejor, seudosociopatías.

Toda personalidad se desarrolla, por una parte, del crecimiento y del progreso de las bases predominantemente disposicionales y, por otra, del destino y de las vivencias, en el más amplio sentido. Aunque considerando las direcciones y propiedades fundamentales y generales de la personalidad como congénitas y como dadas, casi siempre, en la disposición, no es prudente despreciar, de ninguna manera, la importancia que tiene, en su desarrollo, la influencia del ambiente, de la educación de las vivencias y de las experiencias, sobre aquellas direcciones y propiedades.

El punto de vista genealógico

Dentro de la investigación genealógica de los sociópatas pueden diferenciarse tres distintas direcciones: la primera investiga los sociópatas genealógicamente, en relación con las psicosis. Se intenta hallar el parentesco de ciertas personalidades sociopáticas con las psicosis esquizofrénicas o ciclotímicas o con la epilepsia. Citan los trabajos de Hoffman, ligados de un modo estrecho a los de Kretschmer. El hecho de que Stumpfl, V. Baeyer y Riedel no hayan encontrado aumento de la frecuencia de las psicosis en el círculo hereditario de los sociópatas habla contra el concepto de Kretschmer de que las sociopatías sean atenuaciones de las psicosis. En el sentido de Kleist, trabajaron en nuestro campo A. Schneider, Perch y Gerum.

Una segunda dirección de los trabajos genealógicos parte de las unidades criminológicas. Este grupo sólo tiene, por tanto, relaciones mediatas con el problema de los sociópatas. Este segundo grupo de investigaciones genealógicas de criminales, y dentro de este marco, también los sociópatas, asienta sobre un terreno sólido, puesto que parte de los individuos que pueden estudiarse objetiva y documentalmente por sus tendencias antisociales y, en gran parte, tienen a la vista miembros criminales de la familia, de los que también existen datos oficiales.

La tercera dirección: la investigación genealógica pura e inmediata de los sociópatas, tropieza con grandes dificultades. La relativa rareza de los tipos

puros, la inseguridad en el manejo de los conceptos, las diferencias en la apreciación personal, la dificultad —incluso en las investigaciones de larga duración— de juzgar de un modo unívoco las personalidades, la actitud circunstancial de los sociópatas durante la exploración y, finalmente, la tentativa —casi siempre sin esperanza— de comprender las personalidades a partir de descripciones —es decir, en su mayor parte, de juicios de valor— de terceras personas, son los obstáculos principales. Es indispensable un conocimiento directo, lo más exacto posible, de toda persona aislada que se quiera enjuiciar caracteriológicamente; pero, por otra parte, es imposible que los trabajos así planteados puedan abarcar grandes números.

Investigaciones genealógicas generales han sido realizadas por Berlit y Riedel. Lotting y Stumpl emplean el método de los gemelos. Berlit apenas llega a resultados apreciables, y Riedel deduce de sus investigaciones que los tipos sociopáticos, vistos de un modo puramente psicológico, "no parece que puedan considerarse, heredobiológicamente ni como equivalentes, ni como igualmente homogéneos".

Muchas investigaciones genealógicas sobre tipos sociopáticos aislados. Stumpf, Panse y Heinze escribieron sendas reseñas, muy completas, sobre las investigaciones genealógicas de sociopatas realizadas hasta la actualidad, en las que se detallan todos los trabajos. Por lo demás, el amplio trabajo de Panse informa también detenidamente sobre la clínica de las sociopatías.

Estudios genéticos

Desde la aparición del concepto siempre se ha hecho referencia a los posibles factores hereditarios. Desde el famoso estudio de Jukes en 1915 (en el que estudió 2.094 miembros de una familia y encontró 600 débiles mentales, 308 prostitutas y 140 criminales) hasta las modernas investigaciones americanas (Eysenck, 1975) se subraya el carácter hereditario de la sociopatía.

Así Eysenck concluye, tras un minucioso estudio, que el 50% de la varianza total entre psicópatas e individuos control se debe a factores genéticos.

En esta línea también se hallan los trabajos de Cloninger, Reich y Guze, que utilizando un modelo multifactorial de transmisión de las enfermedades examinan la transmisión no mendeliana de ésta y otras enfermedades y llegan a la conclusión de que la correlación de heredabilidad entre monocigotos es de 0,7 y para dicigotos de 0,28.

También son interesantes los estudios sobre la estructura cromosómica de estos pacientes, realizados por Lay, Carpenter, etc. Estos trabajos intentan correlacionar los trastornos de la agresividad y los cromosomas sexuales. Hay numerosos estudios que intentan correlacionar este tipo de trastornos con la presencia de un cromosoma X o Y adicional en el mapa cromosómico, dando las fórmulas XXY o XYY.

Hutchings y Mednick (1975), estudiando delincuentes que habían sido adoptados en su infancia, descubrieron que en este caso el 50% de los padres verdaderos habían sido delincuentes, mientras que el grupo control no delincuente sólo arrojaba un 28% de padres delincuentes.

Sin embargo, estos métodos de estudio, aunque prometedores, no están suficientemente depurados, por lo que querer sacar conclusiones inamovibles de estos datos es algo que no pretenden ni los propios investigadores. Aunque todo este tipo de explicaciones parecen razonables, ofrecen un margen de duda que hace que no sean bastante sólidas por el momento.

COMPLICACIONES

Las más frecuentes son el analfabetismo y el trastorno por uso de sustancias (toxicomanías).

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Todos los autores parecen coincidir en el hecho de que el sociópata suele presentar cierta mejoría a medida que se adentra en la edad adulta, principalmente entre los 30 y 40 años. Esta mejora es sólo relativa, ya que suelen seguir las riñas con la familia o amigos. Otros suelen encontrar el fin de su conducta en cárceles, cuando no en instituciones psiquiátricas cerradas.

Parece que la inmadurez de la que hablamos podría ser resuelta parcialmente con el paso de los años, al tomar el paciente mayores responsabilidades, casarse y tener experiencia de algún encarcelamiento.

Un estudio de Gibbens y cols. en 1955 demostró que los psicópatas con E.E.G. normal presentaban un pronóstico peor que los que mostraban un E.E.G. patológico.

TRATAMIENTO

No disponemos en el momento actual de medios terapéuticos para modificar favorablemente el comportamiento psicopático. Todos los tratamientos biológicos psiquiátricos y psicológicos han sido ensayados sin ninguna eficacia.

El sociópata no se beneficia de la terapéutica analítica debido a que le falta ansiedad y otras emociones desagradables (su conducta inadaptada no le "molesta"), además carece de capacidad autocrítica. Sin estos requisitos el psicoanálisis, conforme está actualmente formulado, resulta impracticable.

La terapia basada en los principios del aprendizaje no es aplicable a la psicopatología del sociópata, ya que estos individuos son incapaces de aprender por experiencia. Así, ni el castigo disminuye la frecuencia de un determinado tipo de actos inadaptados, ni la recompensa aumenta las acciones acordes con las normas de la sociedad, tanto más cuanto que muchas están basadas en el condicionamiento al miedo y en el refuerzo de respuestas de evitación.

La psicoterapia de grupo es difícil; porque el sociópata incorporado a un grupo obstaculiza el proceso terapéutico de éste, y porque un grupo integrado exclusivamente por psicópatas es impracticable como consecuencia de las características de sus trastornos (inconstancia, impulsividad, etc.). Quizás las técnicas de grupo en un marco institucional adecuado podrían tener mejores resultados. Tampoco el psicodrama, ni la terapia de Rogers se han demostrado eficaces.

Internarlo en un hospital psiquiátrico no les aporta ningún beneficio terapéutico ni se logra ningún control sobre su comportamiento; en cambio, sustraen una atención por parte del personal necesaria para el tratamiento de los restantes hospitalizados. Además, dadas las tensiones emotivas que producen en el ambiente, cambian la atmósfera terapéutica de los centros psiquiátricos.

La mayor parte de los textos apuntan hacia la inserción de estos pacientes en determinadas comunidades terapéuticas especializadas.

El porqué de este fracaso se debe a la propia estructura de este tipo de personalidades. El psicópata no ve incorrecta su conducta y, por tanto, no se siente motivado a cambiarla. La angustia no tiene ninguna relevancia para estas personalidades. Tampoco entran en los cálculos del paciente las modificaciones futuras, y el pasado y el futuro no cuentan para ellos. La relación afectiva

necesaria para un proceso terapéutico que permita modificaciones de la personalidad es precisamente una de las carencias más importantes que define estos pacientes.

En 1964, McCord y McCord describieron la terapia de medio, según una experiencia realizada en una escuela de Nueva York. Según su experiencia se podrían obtener algunos resultados con niños psicopáticos si se les sacaba de su medio familiar y se creaba un ambiente de tratamiento continuo, en el que todo el equipo terapéutico se hallaba perfectamente coordinado. La aplicación de terapia individual y de grupo, y el nuevo tipo de convivencia podrían modificar algunas características de estos niños.

La experiencia danesa de Herstedvester (1964) apunta hacia un tratamiento en régimen de internado y disciplina severa, que va acompañado de psicoterapia individual y de grupo. Los resultados parecen indicar que el 50% de internados logran una adaptación social muy aceptable después de su internamiento. Asimismo, la comunidad de Dutch (Utrecht) aporta un 38% de resultados positivos con un método similar al anterior.

Carney (1978), en la penitenciaría de Patuxent, en el Estado de Maryland, siguiendo un programa similar al danés de Herstedvester y un control durante 3 años, sólo registra un 7% de reingresos.

Por lo general podemos afirmar que, según los autores consultados, parecen beneficiarse más de estos tratamientos los pacientes que presentan como síntomas más relevantes la labilidad del humor, la impulsividad y la incontrolabilidad de la agresión.

Las benzodiacepinas no se aconsejan por presentar efectos paradójicos. Tampoco existen pruebas de que las difenilhidantoínas sean efectivas en estos pacientes.

Con los neurolepticos pueden haber reacciones paradójicas, especialmente con los de baja potencia y, aunque no hay estudios rigurosamente controlados, todo parece indicar que los de tipo sedante pueden ser útiles en el control de la agresividad. Concretamente están indicados la propericiacina y el haloperidol.

Las anfetaminas han parecido tener algunos buenos resultados en el tratamiento de delincuentes juveniles, pero no son recomendables por la posible adicción que pueden desarrollar.

Es obvio que la investigación constituye la alternativa más lógica en esta enfermedad denominada sociopatía.

JAVIER FELIP BAQUER

Barcelona, 12-7-1989

BIBLIOGRAFÍA

James O. Whittaker. Psicopática, personalidad. Interamericana. Psicología. España, 1977, 574-576.

Friedrich Dorsch. Psicopatía. Herder. Diccionario de Psicología. Barcelona, 1976, 800.

Kurt Schneider. I. Parte General. Ediciones Morata, S. A. Las personalidades psicopáticas. Madrid, 1980, 29-104.

Joaquín Poch Bullich. Trastornos de la personalidad. Salvat. Introducción a la psicopatología y psiquiatría. Barcelona, 1983, 653-692.

American Psychiatric Association. Trastornos de la personalidad. Masson, S. A. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). Barcelona, 1985, 333-336.

Vicente Gradillas. Las personalidades psicopáticas. Editorial Científico-Médica. Introducción a la psiquiatría. Barcelona, 1985, 188-194.

TABLA 1. Relación psicopatía-actividad EEG

Autor (año)	Número de pacientes	Tipos de alteración	Porcentaje
Hyll y Watterson (1942)	—	Ondas lentas	Alteración encontrada más a menudo
Elligson (1954)	1.500	Ondas lentas	31-58%
Knott, Platt, Asby y Grottleb (1953)	700	EEG anormal (ondas lentas)	49-58%
Ehrlich y Keogh (1956)	—	Anormalidades del EEG	80%
Arthus y Cahoon (1963)	87	Límites anormales	55%

TABLA 2. Datos EEG procedentes del estudio de Hill (1952)

Tipo de individuo estudiado	N.º de individuos	Porcentaje de los que presentan ondas lentas
Individuos normales	146	2 %
Esquizofrénicos	147	4,8%
Asesinos	110	8,2%
Presos	143	2,8%
Psicópatas (muy agresivos)	194	14 %

TABLA 3. Correlación de síntomas psicopatológicos y trastornos neurológicos

Impulsividad	Disfunción cerebral mínima (DCM) Epilepsia del lóbulo temporal Tumores del lóbulo frontal Traumatismos craneales
Falta de previsión	Alteración de lóbulos prefrontales
Falta de Insight	Alteración de lóbulos prefrontales DCM Traumatismos craneales Lesión del lóbulo parietal no dominante Lesiones diencefálicas Lesiones del cerebro medio Lesiones de la fosa posterior

Ausencia de conciencia moral	Demencia parálitica precoz Traumatismos craneales DCM Lobectomía prefrontal
Frialdad afectiva	DCM Traumatismos craneales Accidente vascular cerebral Alteraciones del lóbulo frontal Alteraciones del lóbulo prefrontal
Incapacidad para aprender de la experiencia	DCM Traumatismos craneales Ablación de lóbulos prefrontales
Disminución del sentido del miedo	DCM Lobectomía bitemporal Alteraciones del núcleo amigdalino
Motivación impropia	DCM Traumatismo craneal Epilepsia bitemporal Tumores del sistema límbico
Disminución de la capacidad de enjuiciamiento	DCM Demencia Lobectomía prefrontal Traumatismos craneales Lobotomía prefrontal
Ausencia de depresión y de ansiedad neurótica	DCM
Mentiras y fantasías	DCM Encefalitis Traumatismo craneal Demencia
Conducta agresiva	DCM Traumatismo craneal Síndrome orgánico de descontrol *

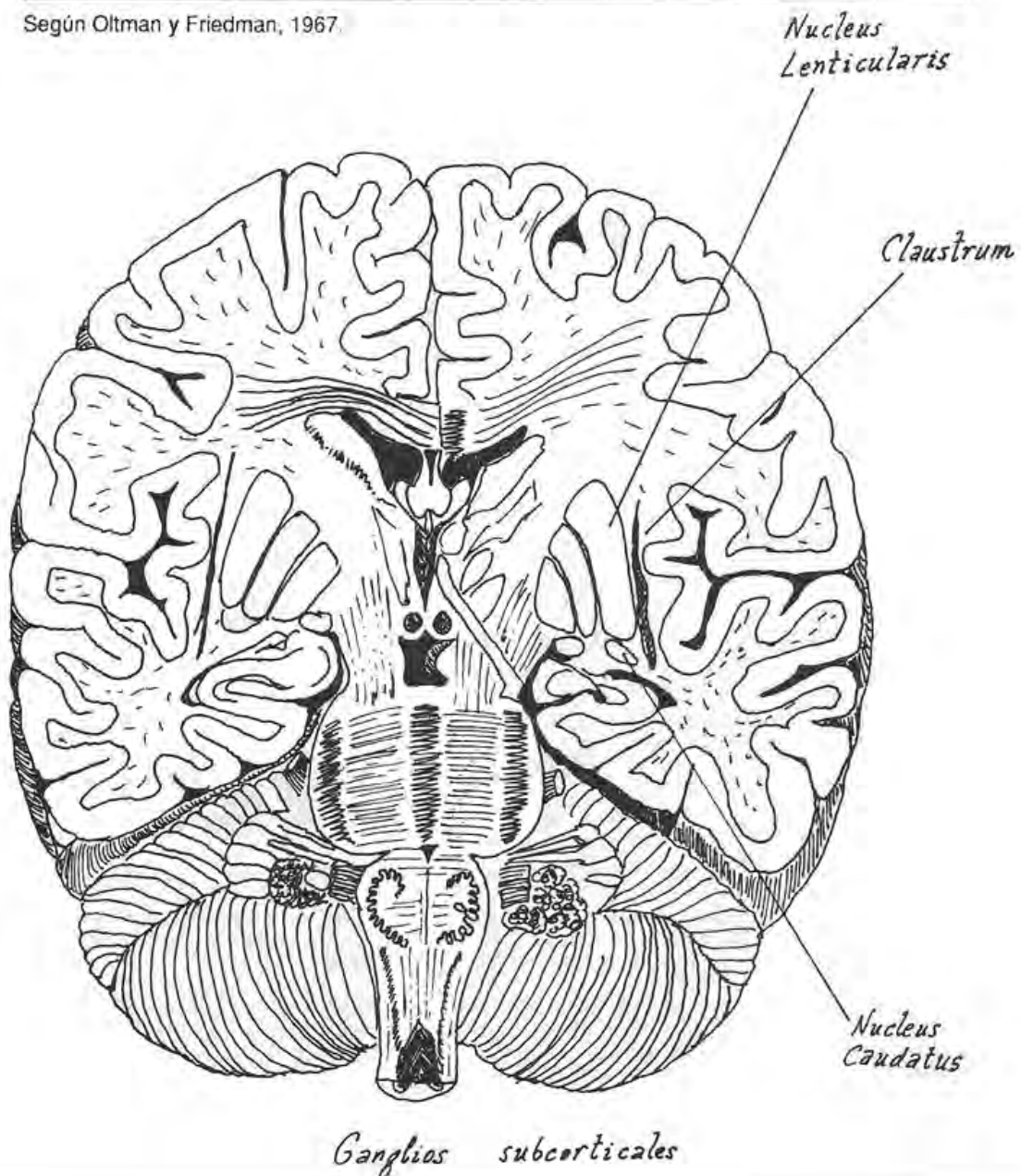
Según Elliot, 1979.

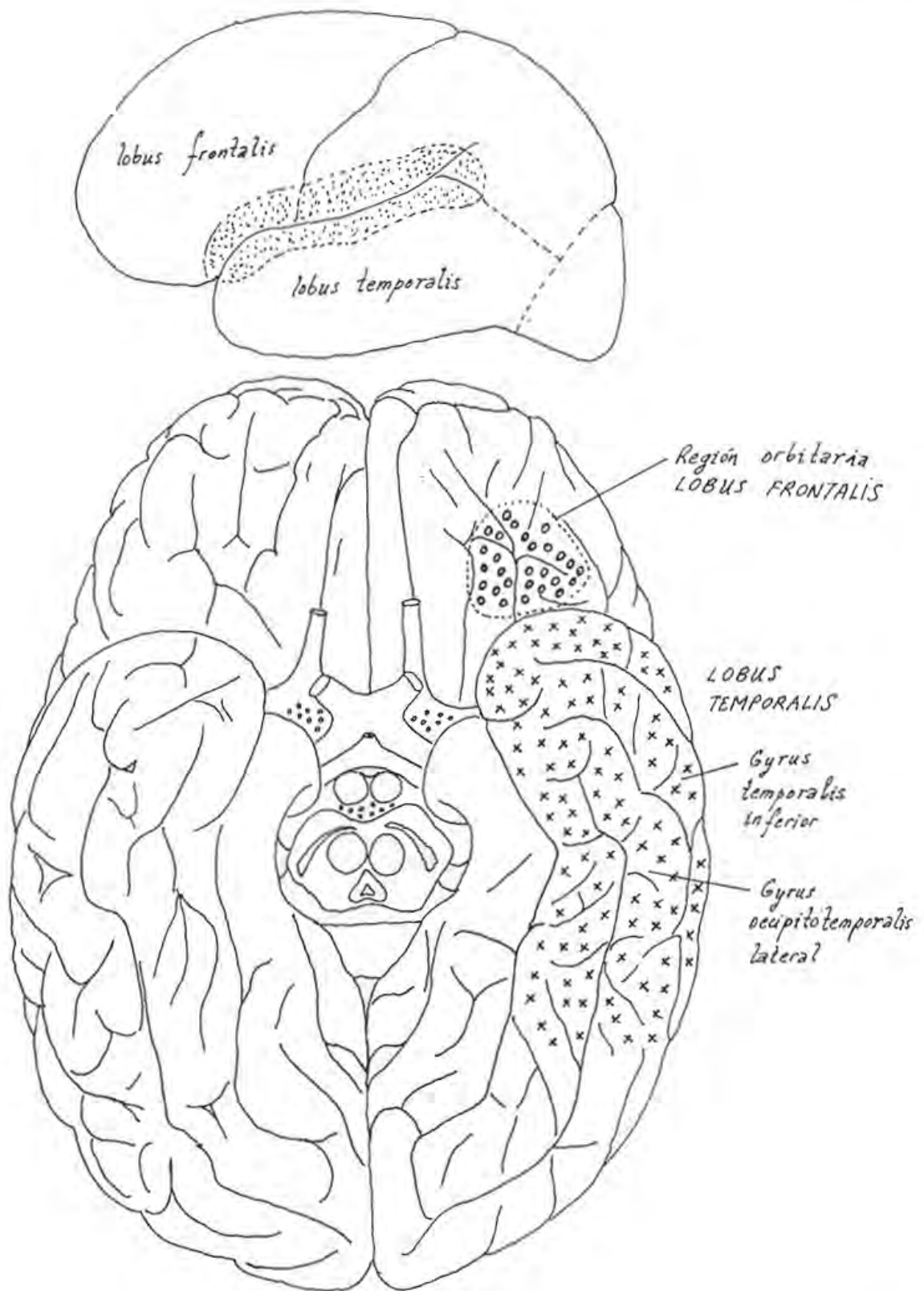
* Síndrome caracterizado por ataques de rabia explosiva y violencia que van seguidos a menudo de remordimientos. La etiología no está muy clara.

TABLA 4. Incidencia de pérdidas paternas y de su tipo durante la infancia y posterior patología mental.

	N.º	(% Tipo de pérdida de los padres			
		Muerte	Separación	Enfermedad mental	Total
Psicópatas	301	20,6	27,9	0,7	49,2
Drogadictos	69	23,2	20,3	0	43,5
Psiconeurosis	363	25,3	14,9	0,3	40,5
Estados alcohólicos	1.103	29,3	7,9	0,6	37,9
Enfermedades orgánicas	341	22,9	11,4	2,3	36,7
Depresiones neuróticas	377	20,4	13,5	1,3	35,3
Esquizofrenia	2.921	23,4	8,9	2,8	35
Psicosis afectivas	829	23,9	7,1	2,4	33,4
Sujetos normales	350	26,9	7,4	0	34,3

Según Oltman y Friedman, 1967.





Encéfalo visión caudal. tronco cerebral extirpado a nivel del mesencéfalo.
 Ilustra los términos: "lóbulos temporales" y "región orbitaria del lóbulo frontal"
 que se citan en el artículo, referente a las ondas "lentas" del E.E.G.

El hipotálamo humano

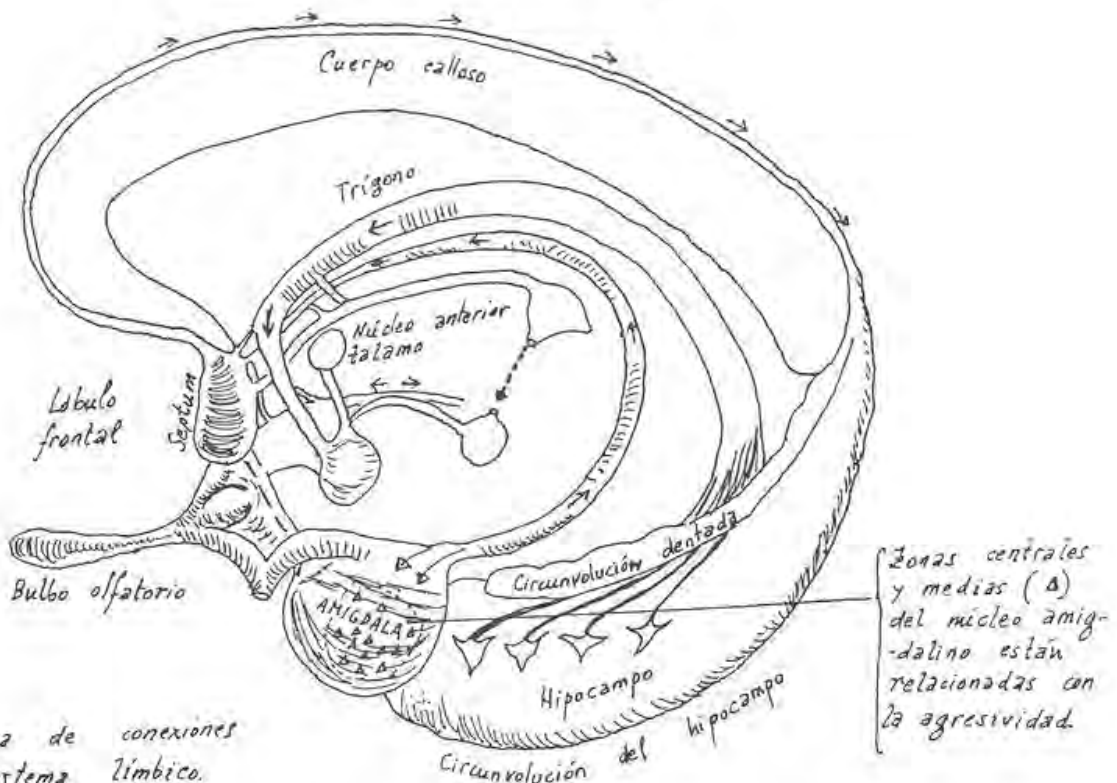
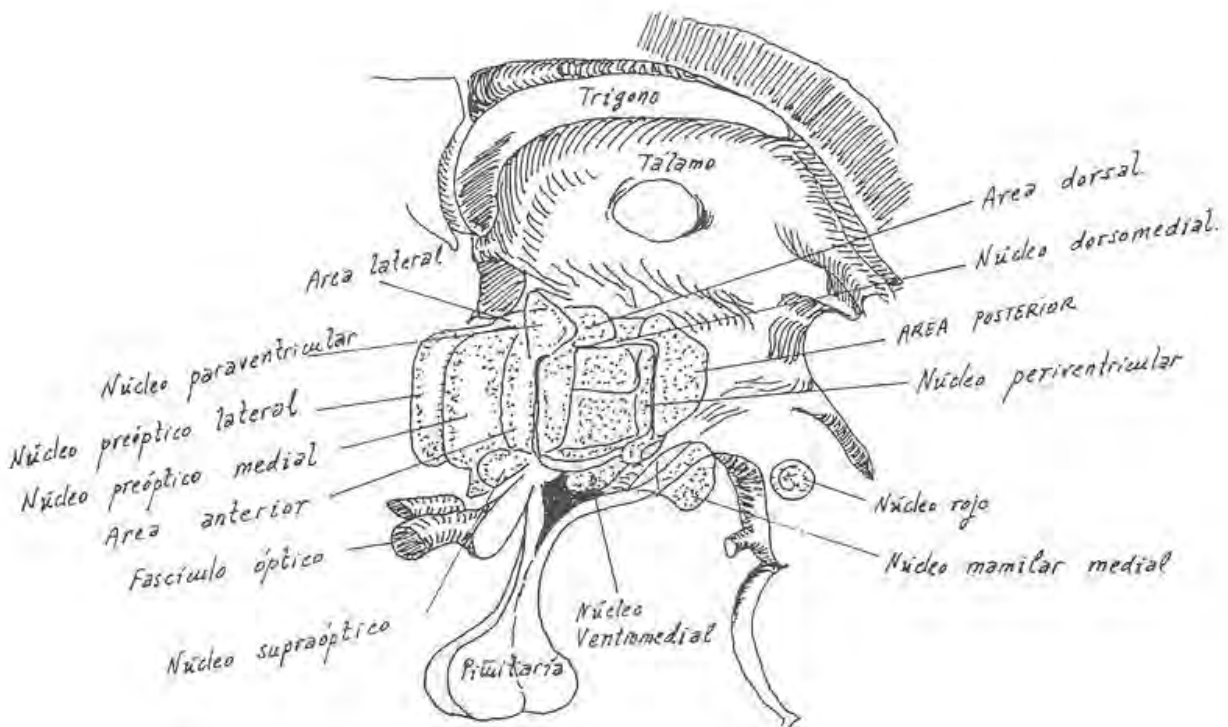
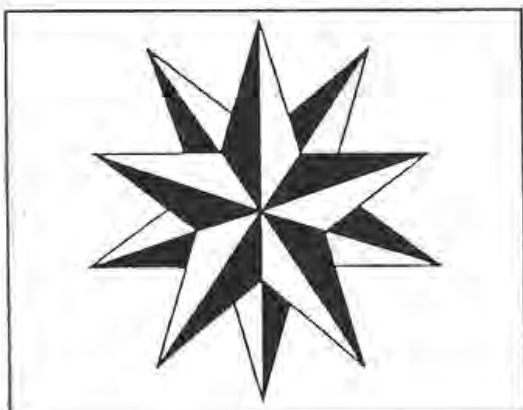


Diagrama de conexiones del sistema límbico.

Sistema límbico: amígdalas, hipocampo, hipotálamo, circunvolución callosa o del cuerpo calloso, septum pellucidum, área septal, porciones del tálamo, ganglios basales; tal sistema está asociado a la emoción, aprendizaje, evitación castigo.



JUVENTUD Y DROGODEPENDENCIA

CONCEPTOS BÁSICOS Y CLASIFICACIONES

Concepto de droga

La Organización Mundial de la Salud define fármaco o droga como "toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de las funciones de éste" (Kramer y Cameron, 1975, pág. 13). Esta definición por su amplitud farmacológica no siempre ha sido aceptada.

Freixa, Soler y otros (1981) definen la droga como "una sustancia que, introducida en el cuerpo por cualquiera de los mecanismos de administración clásicos de los medicamentos o nuevo, tenga dicho producto utilidad terapéutica o no, sea **capaz de producir una modificación en la conducta del sujeto**, condicionada por los efectos inmediatos (psicoactividad) o persistentes, de tal naturaleza que existe una evidente renuncia al uso continuado del producto".

Dependencia

La O.M.S entiende el estado psíquico y a veces físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y una droga, caracterizado por cambios de comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irrepresible a tomar la droga en forma continuada o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y/o evitar el malestar producido por la privación. La dependencia va acompañada de tolerancia que es un estado de adaptación caracterizado por una disminución de la respuesta a la misma dosis de droga, requiriéndose una dosis mayor para lograr el mismo efecto farmacodinámico.

Una persona se hace dependiente de una droga en función de la interacción de tres factores:

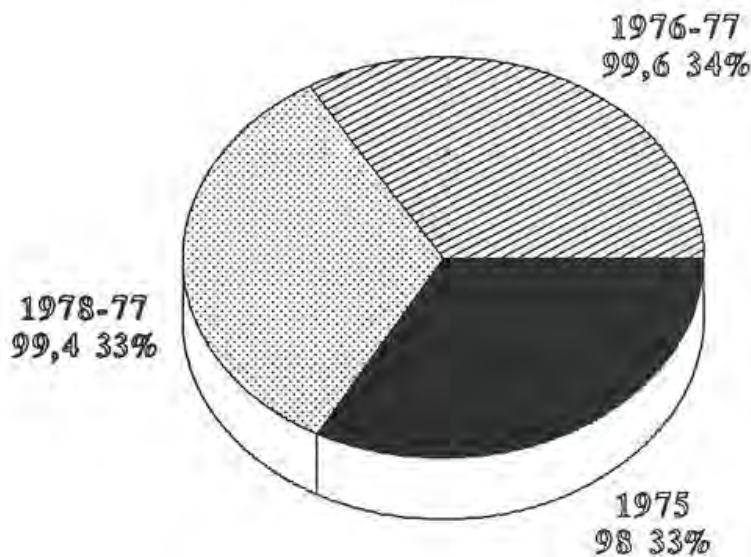
1. Características personales o experiencia anterior del sujeto.
2. Naturaleza de su medio sociocultural general e inmediato.
3. Características farmacodinámicas de la droga en cuestión, según cantidad usada, frecuencia de uso y vía de administración.

La estructura social del sujeto, las relaciones grupales y la exposición del producto por intereses económicos, forman una "red" que expresa las dificultades del comportamiento del toxicómano.

La dependencia origina una conducta de búsqueda y cambios en las relaciones del toxicómano con sus familias, sociedad y profesión, influyendo en la forma que es vivida la supresión del producto.

GRÁFICO N.º 3

EVOLUCION DE LAS DROGAS CONSUMIDAS CANNABIS



Hay dependencia psíquica y física: la psíquica es un sentimiento de satisfacción e impulso psíquico a administrarse la droga para producir placer y/o evitar malestar, es un deseo excesivamente fuerte del agradable estado emocional producido por la droga; la física es un estado de adaptación manifestado por la aparición de trastornos físicos al interrumpir la administración de la droga denominado síndrome de abstinencia, peculiar de cada droga.

Consumidores de drogas

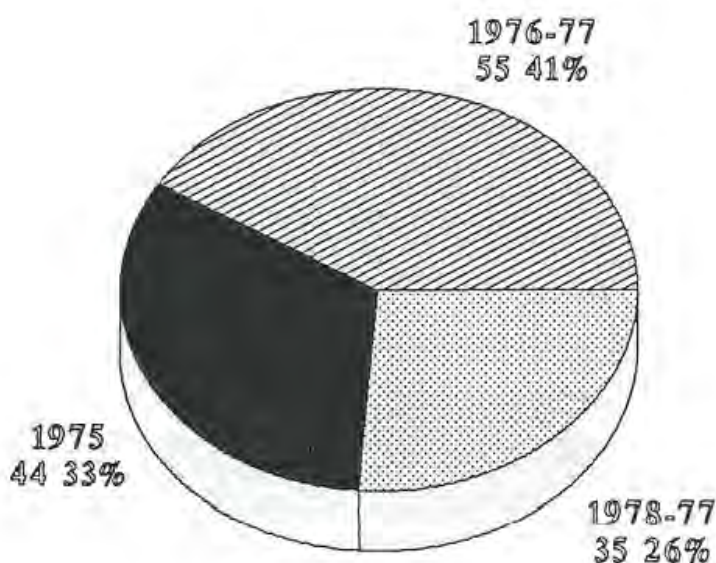
Podemos clasificar a las personas en su posible relación con la droga en cinco grupos:

1. **Abstinentes:** No han tenido relación con la droga en ocasión alguna.
2. **Usuarios experimentales o causales:** En una ocasión han tomado la droga y luego no han vuelto a tomarla.
3. **Usuarios ocasionales:** Consumen de vez en cuando alguna droga, sin aparecer síntoma alguno de tolerancia a la misma.
4. **Usuarios habituales:** Utilizan droga frecuentemente, apareciendo tolerancia, conductas tendentes a continuar su uso, sin presentar síndrome de dependencia en su totalidad, hay detrimento de su conducta.
5. **Drogodependientes:** Uso muy frecuente de la droga, hay tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia.

Se hizo una encuesta por CÁRITAS ESPAÑOLA-EDIS (1981) sobre los

GRÁFICO N.º 4

EVOLUCION DE LAS DROGAS CONSUMIDAS LSD



productos considerados por la población española que eran droga, cuyos resultados exponemos en el gráfico número 1.

Incidencia del consumo de drogas

Kramer y Cameron (1975) indican cuatro tendencias:

1. En muchos países en los últimos 30 años se observa aumento del consumo de droga y nuevos usos sumándose a los tradicionales de cada país, y los no tradicionales (drogas típicas de un país se instauran en otro), universalizándose.

2. Uso por preadolescentes y adolescentes de las clases media y superior.

3. Muchos adolescentes y jóvenes manifiestan escaso interés por mantener el status quo social.

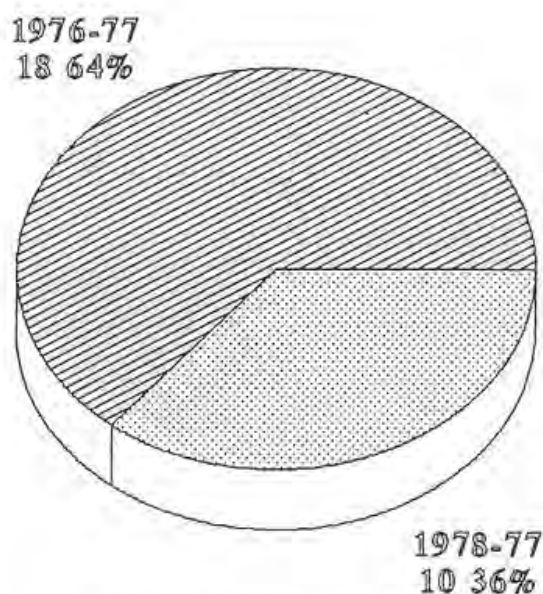
4. Tendencia al consumo de múltiples drogas por la misma persona.

Ello junto a la disponibilidad de gran variedad de drogas y facilidad de las comunicaciones y transportes, y las astronómicas cifras de dinero negro que posteriormente es blanqueado que generan (más de 3 mil millones de dólares por ejemplo), contribuyen a su difusión universal casi imposible de atajar.

En España se pasaron por tres etapas: la primera se inicia en la subcultura de los años 60, una segunda de consolidación del consumo y del tráfico ilegal, y una tercera asociada ya a la delincuencia. Como muestra de lo citado exponemos los datos de la Brigada de Estupefacientes, creada en 1967, acerca de las drogas aprehendidas, ver gráfico 2.

GRÁFICO N.º 5

EVOLUCION DE LAS DROGAS CONSUMIDAS OPIO Y CODEINA



La evolución (según la misma fuente) de las drogas más consumidas se ve en los gráficos 3 al 14.

Drogas por separado

Alcohol

Actualmente usada por sus efectos embriagantes para evadirse, en España aumentó la producción y el consumo rondando los 19 litros de alcohol puro por habitante y año, reduciéndose el número de personas abstinentes, concluyendo en unos 2.500.000 españoles (7,5% de la población) que son bebedores habituales y/o alcohólicos. Contribuyen el aprendizaje precoz por parte de los niños en el seno de la familia y la todavía creencia de que el alcohol puede ser beneficioso.

Tabaco

El consumo de cigarrillos por adulto y año era en 1973 de 2.260 unidades y va in crescendo.

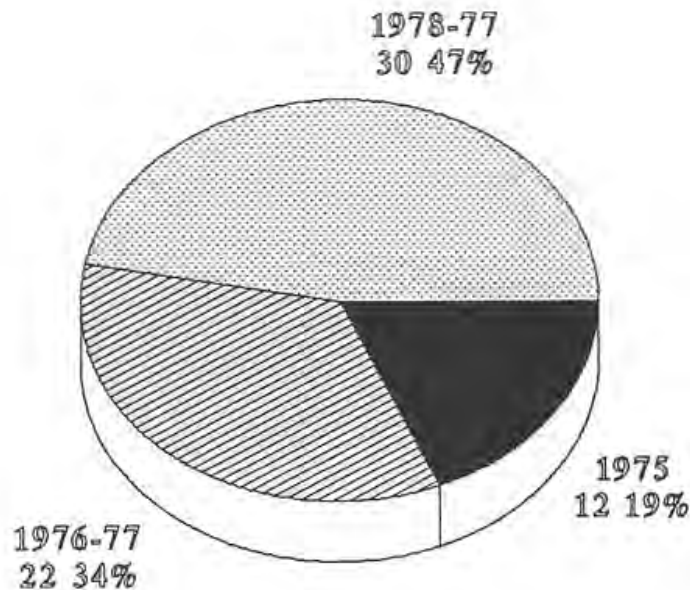
Psicofármacos

Barbitúricos, anfetaminas y adelgazantes, aproximadamente los consumen unos 4.000.000 de españoles.

Drogas ilegales

Cocaína: aproximadamente 80.000 o más consumidores.
Heroína: aproximadamente 125.000 o más consumidores.
Cannabis: aproximadamente 1.800.000 o más consumidores.

GRÁFICO N.º 6
EVOLUCION DE LAS DROGAS CONSUMID.
HEROINA



Causas del inicio, consumo y abuso de las drogas

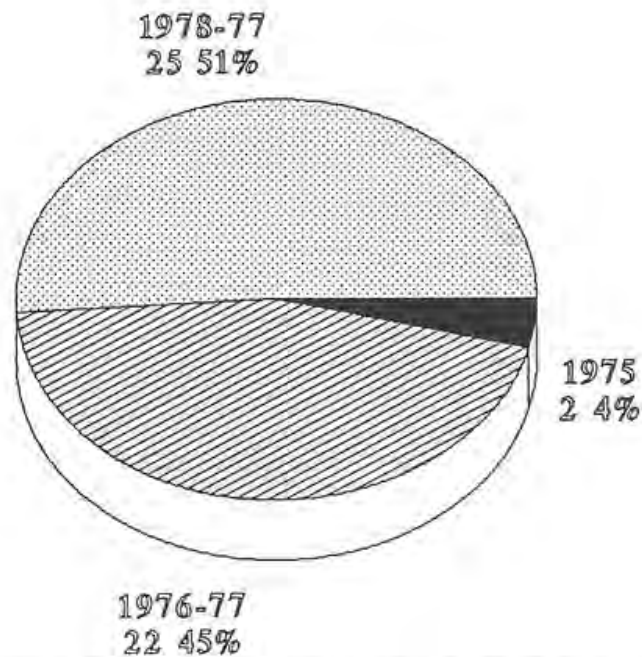
Importante aspecto cara a la prevención eficaz. Se ha descartado una causa única, la O.M.B. (1973), cita:

1. Satisfacer la curiosidad sobre los efectos de las drogas.
2. Adquirir la sensación de pertenencia a un "grupo subcultural " o ser "aceptado por otros".
3. Expresar hostilidad y/o independencia.
4. Tener experiencias placenteras, nuevas, emocionantes o peligrosas.
5. Adquisición estado superior de "conocimiento" o "capacidad creadora".
6. Obtención de sensación de bienestar y tranquilidad.
7. Escapar de algo.

Kramer y Cameron (1975) establecen las hipótesis sobre el inicio y abuso de droga siguientes:

1. La toxicomanía es una manifestación de algún trastorno caracteriológico subyacente.
2. La toxicomanía es la expresión de una conducta delictiva o desviada.
3. La toxicomanía es la consecuencia de una tentativa de automedicación, fundamentalmente de las personas que padecen depresiones, angustias u otros trastornos psíquicos.
4. La toxicomanía es el medio por el que un sujeto logra ser aceptado en un medio subcultural marginal.
5. La farmacodependencia es la manifestación de una lesión metabólica, reversible o permanente, causada por el consumo repetido de dosis altas de un tóxico.

GRÁFICO N.º 7
EVOLUCION DE LAS DROGAS CONSUMIDAS
MORFINA



6. La toxicomanía podría expresar una rebelión contra los valores sociales establecidos.

7. La farmacodependencia sería el resultado de la adquisición de un complejo conjunto de respuestas operativas y clásicamente condicionadas, es decir un comportamiento aprendido.

8. La toxicomanía podría ser el resultado de presiones sociales conducentes al abuso de ciertas sustancias.

9. La farmacodependencia podría ser el resultado de cualquiera de estos factores o incluso todos ellos pueden formar parte en un sujeto particular de los mecanismos etiológicos.

Davison y Neale (1980) señalan que los cambios fisiológicos ocasionados tras la toma de droga es el mecanismo más importante para el desarrollo de la drogadicción, esto se denomina TEORÍA FISIOLÓGICA; la TEORÍA PSICOLÓGICA hacen hincapié en la disminución de la angustia, así como las sensaciones agradables y los estados eufóricos producidos por las drogas; ciertos tipos de personas parecen "necesitar" de dichos efectos, búsqueda de emociones fuertes por las **psicópatas**, por contra los individuos ansiosos usarían narcóticos para mitigar la angustia que experimentan. El modelo de psicología del aprendizaje, Buringer (1976) afirma que la drogadicción es una conducta aprendida, la adicción se mide en el grado de probabilidad de que aparezcan ciertas formas de conducta, se distinguen refuerzos primarios (fisiológicos) y secundarios (sociales). Para Buringer (1976), las conductas de curiosidad o imitación son importantes, en base a las consecuencias positivas observadas o descritas por el medio social, éste a su vez actuará de desencadenante de la drogadicción (es decir al hallarse en ciertas circunstancias éstas actúan de disparador para drogarse). Actualmente Calvo (1981) analiza la drogadicción en la perspectiva conductual

GRÁFICO N.º 8

EVOLUCION DE LAS DROGAS CONSUMIDAS
ANALGESICOS SINTETICOS OPIACEOS

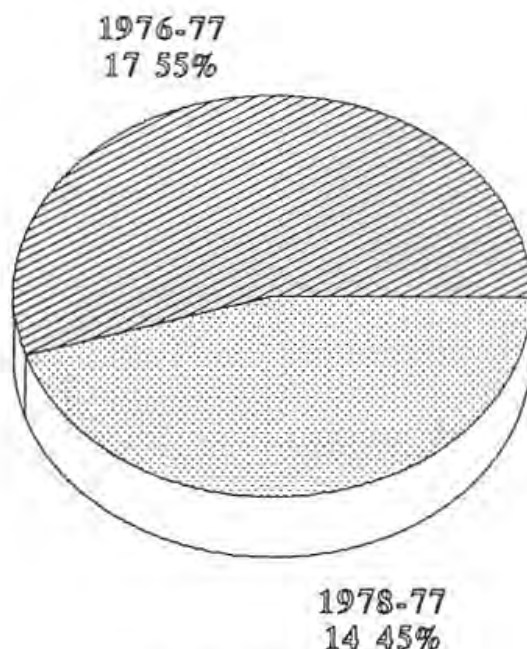


GRÁFICO N.º 9

EVOLUCION DE LAS DROGAS CONSUMIDAS
ANALGESICOS POTENTES NO ESTUPEFACIENTES

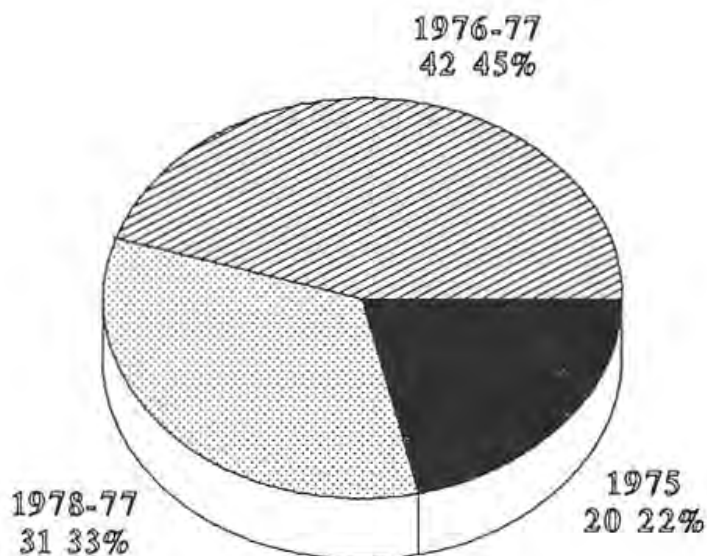
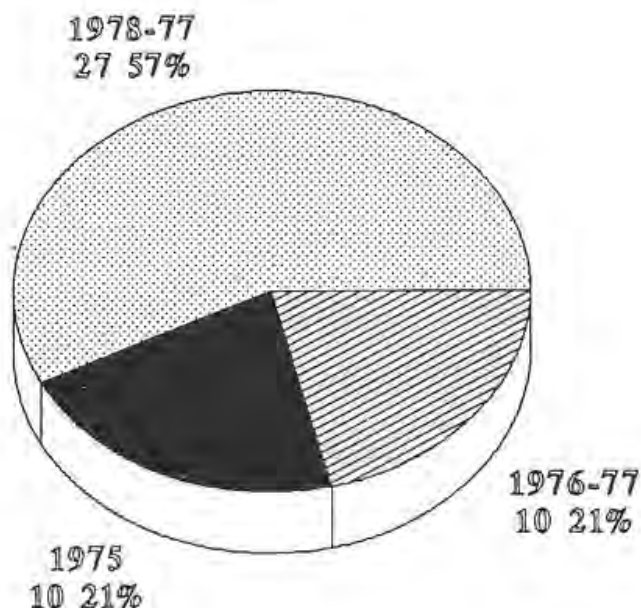


GRÁFICO N.º 10

EVOLUCION DE LAS DROGAS CONSUMIDAS COCAINA



bajo el punto de vista del aprendizaje social.

Hay que considerar la exposición a modelos que presentan una conducta adictiva a cualquier tipo de sustancia; la presión de los compañeros conjuntamente con el reconocimiento y atención de las otras personas significativas en su entorno, y las características de la personalidad individual. (Hersen, Miller y Eisler, 1973; Teasdale y Hinkson, 1971.)

Exponemos a continuación la gráfica n.º 15 de la encuesta de CIDUR/EDIS (1980) realizada en España sobre las causas del inicio y abuso de la droga.

En la encuesta de CIDUR/EDIS (1980) preguntado por los motivos que mantienen el consumo, exponemos la siguiente gráfica n.º 16, en ella se ve la importancia principal de la fuerza del grupo de relación en la adicción, siendo después la curiosidad el motivo de "inicio".

Arna, Carrasco y De Vicente (1981) constatan que los iniciados a la droga antes de los 13 años, lo hicieron por:

1. Compromiso social, invitación de un amigo, aburrimiento y sin sentido de la vida.

Los iniciados a los 13 a 14 años lo hacen por:

2. Aburrimiento y sin sentido de la vida.

Los iniciados a los 15 a 16 años lo hacen por:

3. Curiosidad, nada especial, necesidad de experiencias fuertes.

Los iniciados a los 17 a 18 años o después lo hacen por:

4. Invitación de amigos más que por necesidad de experiencias fuertes, han cedido por compromiso social sin necesidad interior.

Kisker (1984) cita que aquellos jóvenes que pasan más tiempo con los amigos, y que confían más en el consejo de los compañeros que en el de los

GRÁFICO N.º 11

EVOLUCION DE LAS DROGAS CONSUMIDAS
ANFETAMINAS Y ANALOGOS

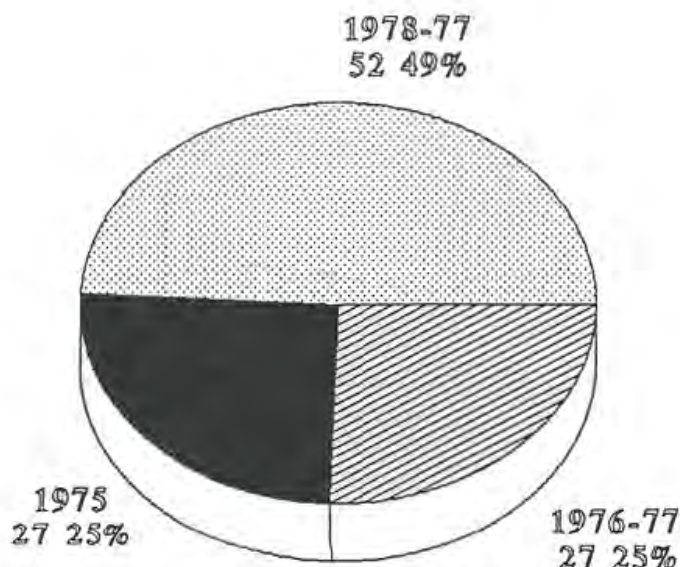


GRÁFICO N.º 12

EVOLUCION DE LAS DROGAS CONSUMIDAS
BARBITURICOS Y ANALOGOS

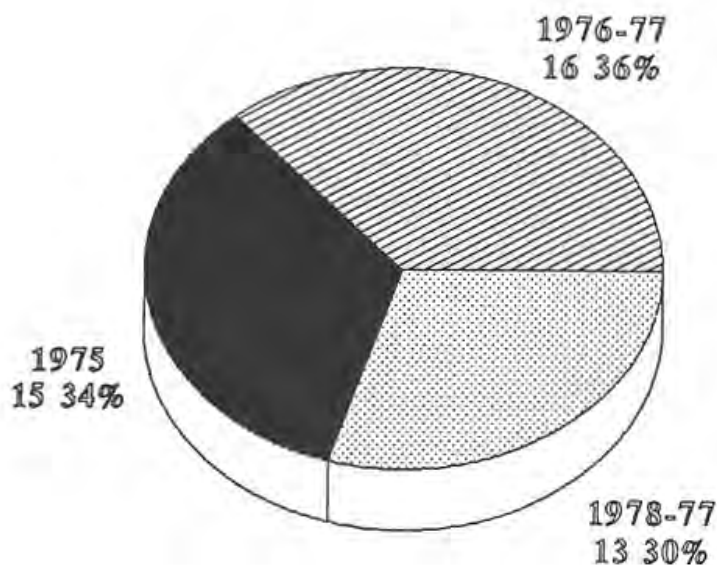
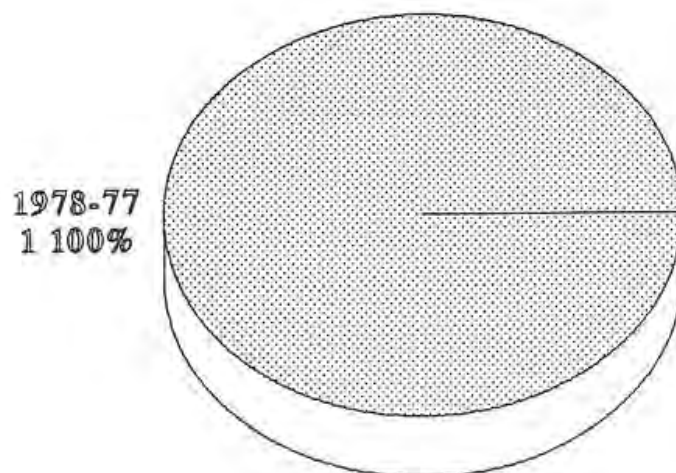


GRÁFICO N.º 13

EVOLUCION DE LAS DROGAS CONSUMIDAS INHALANTES, PEGAMENTOS



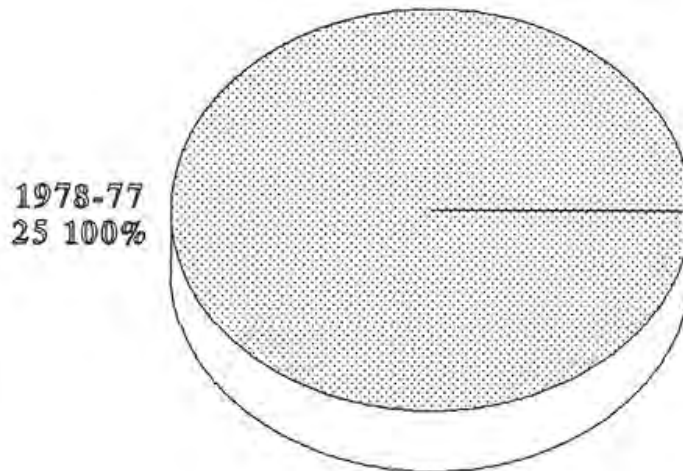
padres, tienen mayores probabilidades de ser consumidores de drogas que los jóvenes apegados a la orientación paterna.

Mendoza y Vega (1980) enumeran como más importantes a la hora de abordar la etiología de las toxicomanías en los centros escolares:

1. **Factores que se manifiestan en el propio alumno:**
 - 1.1. Motivaciones individuales diversas.
 - 1.2. Falta de verdadera información sobre los efectos de las diferentes drogas.
 - 1.3. Carencia de metas atractivas de vida.
 - 1.4. Sentimiento de culpabilidad por el fracaso escolar.
 - 1.5. Uso de anfetaminas ante exámenes por falta de atractivo en el estudio.
 - 1.6. Compañeros que toman droga.
 - 1.7. Predisposición psicológica a la farmacodependencia por trastornos previos de la personalidad.
2. **Factores ambientales:**
 - 2.1. Padres consumidores de drogas institucionalizadas.
 - 2.2. Padres convencidos de la veracidad de los tópicos sobre el alcohol.
 - 2.3. Falta de comunicación familiar.
 - 2.4. Padres que no fomentan la independencia de sus hijos y su capacidad para afrontar por sí solos los problemas que se les pueden presentar.
3. **Factores escolares:**
 - 3.1. La escuela no prepara para la vida sino para el trabajo, no fomentando la maduración "global" de los alumnos.
 - 3.2. Falta de contacto "humano" con los maestros.

GRÁFICO N.º 14

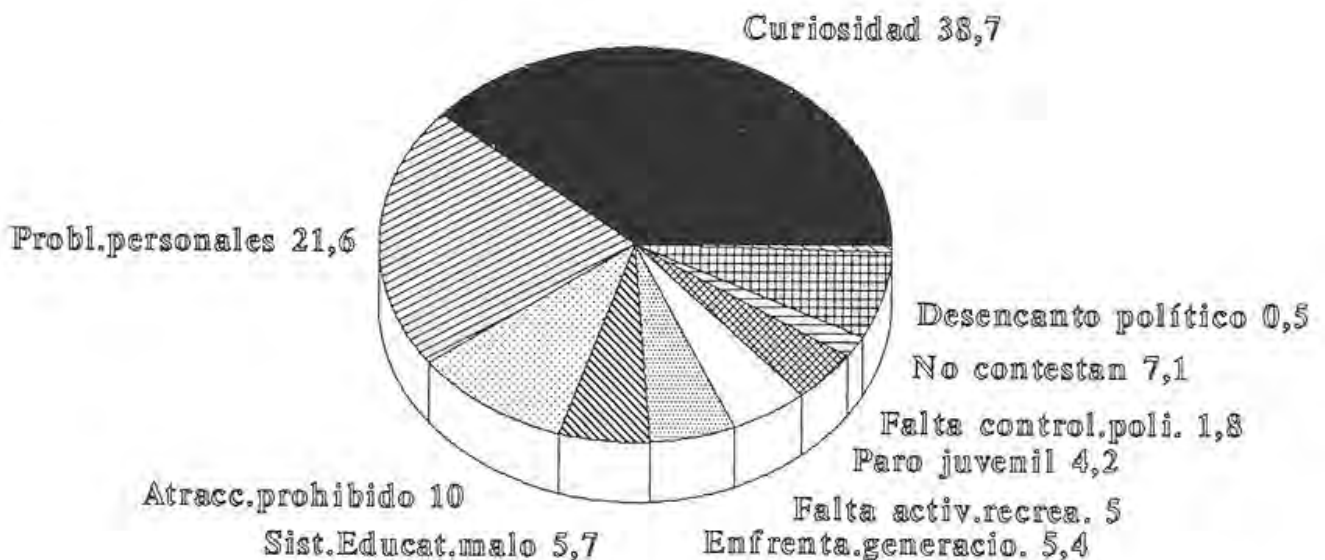
EVOLUCION DE LAS DROGAS CONSUMIDAS ALCOHOL



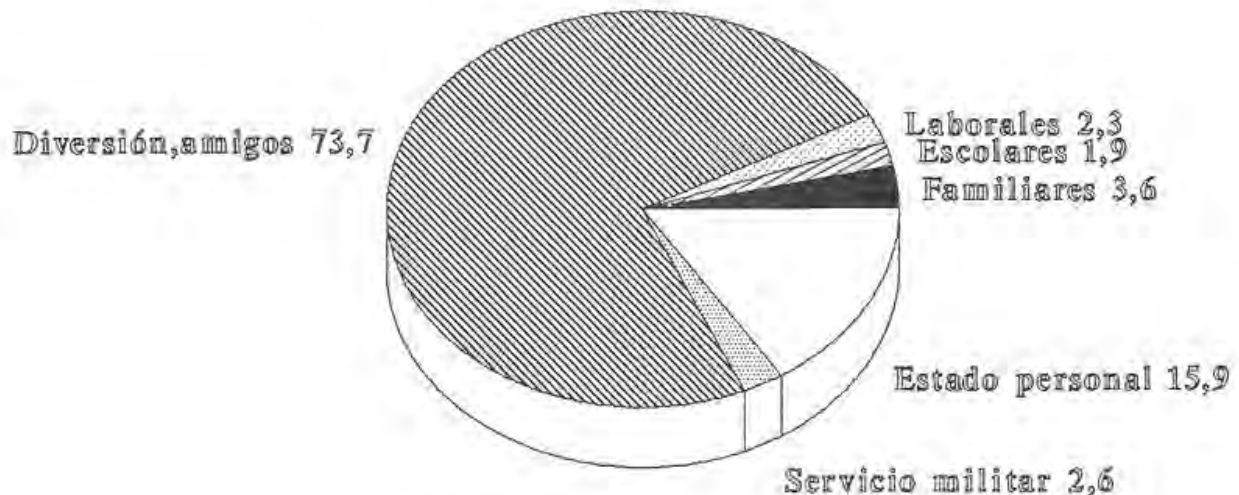
UTILIZADO PARA POTENCIAR OTRAS DROGAS

GRÁFICO N.º 15

ENCUESTA CIDUR/EDIS (1980) Causa principal del consumo de drogas



ENCUESTA CIDUR/EDIS (1980) ¿ Qué motivos te mantienen en consumo ?



3.3. El abuso del método de la clase magistral, fomenta la docilidad y anula el poco espíritu crítico.

3.4. Poca educación sanitaria en general.

3.5. Expulsión del centro del alumno consumidor de droga, favoreciendo su paso a otras más peligrosas.

4. Factores a nivel de barrio, ciudad o sociedad en general:

4.1. Insuficiencia de centros recreativos y culturales en los que sin necesidad de examen se puedan adquirir conocimientos y desarrollar la creatividad.

4.2. Carencia de centros de tratamiento.

4.3. Publicidad de drogas legales.

4.4. Excesivo número de bares y precio bajo de las bebidas alcohólicas.

4.5. Paro juvenil y desencanto político.

4.6. Ineficacia del actual sistema sanitario con promoción del uso de psicofármacos, harían falta más psicólogos y psiquiatras, y que el médico general remitiera a tales especialistas a la mayor urgencia cualquier caso en el que sospechase el más mínimo desequilibrio psíquico.

4.7. Sociedad de consumo en la que se permite todo lo que es negocio.

Chavi

BIBLIOGRAFÍA

Diego Macía Antón. "Método conductual de prevención de la drogodependencia". Promolibro. Valencia, 1986: 27-59.



«OPINIÓN SOBRE LA LEGALIZACIÓN DE LAS DROGAS EN BARCELONA»

En este artículo se expone que la opinión de la población residente en Barcelona es contraria en su mayoría a la legalización de las drogas.

Hay que recordar aquí que realizándose esta encuesta, en el año 1982, todavía no estaba legalizado el consumo de las drogas blandas.

Si excluimos de las respuestas a la pregunta: ¿Consideras que la venta de "porros" se habría de legalizar?, los "no lo sé y los no consta (N.C.)", un 16,8% de la población está a favor de la legalización de las drogas blandas, mientras que tan sólo un 4,8% piensa que convendría legalizar la venta de heroína.

Las tablas 38.1 a 38.9, parece que indican que la opinión favorable a la legalización de las drogas blandas es más frecuente entre las personas más adictas a este tipo de drogas si es que hemos de admitir, a causa de la ocultación que se produce del consumo de drogas al ser interrogados los individuos de cualquier muestreo, teniendo en cuenta otra encuesta que se hizo sobre el consumo de hachís y marihuana. Así, los porcentajes más altos de respuestas afirmativas sobre la conveniencia de legalizar estas drogas blandas se localizan entre las personas entrevistadas de sexo masculino, la población de 18 a 24 años, las personas nacidas en Cataluña, los residentes en los barrios de rentas medias, altas y el Raval, las personas con estudios universitarios, los técnicos de grado medio, y los que ejercen profesiones liberales, los que van a estudiar a escuelas privadas y la población con una cierta integración lingüística.

Respecto a las opiniones expresadas sobre la legalización de la heroína (tablas 39.1 a 39.9), hemos de decir que los porcentajes más elevados de respuestas afirmativas se reparten de manera similar a las respuestas referentes a las drogas blandas. Hay, no obstante, dos diferencias: entre el repudio general, ya que un 88% está en contra de legalizar la heroína, las mujeres que expresan una opinión favorable a la legalización (5,4%) son ligeramente más numerosas que los hombres (3,3%), y en segundo lugar, en la distribución por barrios, Gracia presenta un porcentaje de opiniones a favor de la legalización notablemente superior al resto de las unidades estudiadas.

De los últimos resultados, asimismo, no podemos deducir que la correspondencia entre la opinión favorable a la legalización de las drogas y el consumo de heroína sea matemática, pero en el caso de las drogas blandas la relación es bastante evidente. Como vemos en la tabla siguiente (tabla 37), hay una clara correlación positiva entre el consumo de drogas (de cualquier tipo) y la opinión favorable a la legalización de las drogas blandas. Los datos referentes a la heroína no son tan representativas, ya que sólo una proporción muy pequeña de las personas que han probado las drogas han consumido heroína. De manera que el 6,8 de los entrevistados de entre aquellos que han tomado drogas algunas veces, que están a favor del acceso legal a la heroína representa, aproximadamente, la proporción de personas más o menos adictas a las drogas blandas que aceptan la legalización de la citada droga fuerte.

TAULA 37. - Conveniència de legalitzar la venda de:

Ha provat drogues	«PORROS»			HEROÏNA		
	Sí	No	No ho sé/ N.C.	Sí	No	No ho sé/ N.C.
Algunes vegades	71,3	28,7	(9,1)	6,8	93,2	(16,1)
Una vegada	42,4	57,6	(15,4)	2,9	97,1	(12,5)
No	11,8	88,2	(10,1)	4,8	95,2	(0,7)

P. 37 (a). - Consideres que la venda de «porros» s'hauria de legalitzar?

TAULA 38.1

	Ne.	%
Sí	193	15,1
No	956	74,6
No ho sé	124	9,7
N.C.	7	0,6

TAULA 38.2

		Sí	No	No ho sé	N.C.
Sexe:	Homes	18,5	70,1	10,8	0,6
	Dones	11,9	78,9	8,6	0,5

TAULA 38.3

Edat:					
14-17	24,6	65,8	9,6	—	
18-24	24,4	58,4	16,4	0,8	
25-64	12,3	79,0	8,2	0,5	
14-21	22,0	65,7	11,8	0,4	

TAULA 38.4

Nascuts a

Catalunya	16,8	71,6	10,9	0,7
Fora de Catalunya	11,5	80,9	7,3	0,2

TAULA 38.5

Barris

Sant Gervasi	16,6	71,8	10,9	0,7
L'Esq. de l'Eixample	19,5	69,7	10,9	—
Gràcia	21,8	65,5	12,7	—
Sants	11,0	77,9	10,4	0,6
El Raval	14,7	77,3	7,7	0,2
Els Nou Barris	9,3	82,9	5,8	2,0

TAULA 38.6

Estudis

No estudia	3,1	87,1	9,2	0,6
EGB inacabada	10,6	82,6	5,8	1,0
EGB acabada	12,0	80,8	6,5	0,8
Form. Prof.	19,7	69,6	10,8	—
BUP/E.T.G.M.	12,9	74,9	12,0	0,3
Est. Univ.	30,2	53,2	16,0	0,6

TAULA 38.7

	Sí	No	No ho sé	N.C.
Professions				
Prof. liberals	15,4	69,2	15,4	—
Tècnics de grau mitjà	21,4	63,6	14,6	0,4
Obrers	14,9	76,6	7,3	1,3
Mestresses de casa	6,4	86,9	6,7	—
Estudiants	22,1	64,9	13,0	—
Jubilats/Altres	16,9	76,4	6,7	—

TAULA 38.8

Centre				
Esc. Religiosa	15,9	75,2	8,3	0,6
Esc. Priv./Coop.	18,4	69,4	11,5	0,7
Esc. Est./Munic.	14,1	75,9	9,7	0,4
(NC)	(6,7)	(10,6)	(9,7)	(14,3)

TAULA 38.9

Coneixement del català				
El parlo bé	15,3	74,4	9,7	0,7
El parlo una mica	14,0	71,3	14,7	
No el parlo, però l'entenc	18,4	74,7	7,0	
L'entenc una mica/ No l'entenc	7,6	84,8	5,4	2,2

P. 37 (b). - Consideres que la venda d'heroïna s'hauria de legalitzar?

TAULA 39.1

	Ne.	%
Sí	57	4,4
No	1.125	87,8
No ho sé	91	7,1
N.C.	9	0,7

TAULA 39.2

		Sí	No	No ho sé	N.C.
Sexe:	Homes	3,3	88,0	8,1	0,6
	Dones	5,4	87,6	6,2	0,7

TAULA 39.3

Edat:				
14-17	2,5	91,9	5,6	—
18-24	5,6	79,3	13,7	1,4
25-64	4,3	89,4	5,7	0,5
14-21	5,2	85,3	9,0	0,4

TAULA 39.4

Nascuts a				
Catalunya	4,8	86,7	7,7	0,8
Fora de Catalunya	3,5	90,1	6,1	0,2

TAULA 39.5

Barris	Si	No	No ho sé	N.C.
Sant Gervasi	4,0	90,6	5,4	—
L'esq. de l'Eixample	3,8	90,0	6,2	—
Gràcia	7,1	83,2	9,8	—
Sants	4,2	87,5	7,7	0,6
El Raval	3,9	88,3	6,7	1,1
Els Nou Barris	3,5	88,2	6,2	2,0

TAULA 39.6

Estudis				
No estudia	2,2	89,2	7,4	1,3
EGB inacabada	4,1	91,1	3,7	1,0
EGB acabada	5,3	88,5	5,3	0,9
Form. Prof.	1,4	92,9	5,8	—
BUP/E.T.G.M.	3,1	88,6	7,7	0,6
Est. Univ.	6,9	80,6	12,5	—

TAULA 39.7

Professions				
Prof. liberals	2,6	97,4	—	—
Tècnics de grau mitjà	5,4	83,6	10,7	0,4
Obrers	5,7	87,9	5,1	1,3
Mestresses de casa	3,8	90,7	5,2	0,3
Estudiants	3,2	86,3	10,5	—
Jubilats/Altres	4,5	89,9	5,6	—

TAULA 39.8

Centre				
Esc. Religiosa	4,6	87,8	7,0	0,6
Esc. Priv./Coop.	4,4	86,6	8,3	1,1
Esc. Est./Munic.	4,6	88,5	6,6	0,4
(N.C.)	(8,8)	(9,9)	(10,9)	(12,5)

TAULA 39.9

Coneixement del català				
El parlo bé	4,5	87,6	7,0	0,8
El parlo una mica	3,1	87,2	9,7	—
No el parlo, però l'entenc	5,6	88,0	6,4	—
L'entenc una mica/ No l'entenc	2,2	91,4	4,3	2,2

GRÁFICO TABLA 37



GRÁFICO TABLA 38.1



GRÁFICO TABLA 38.2

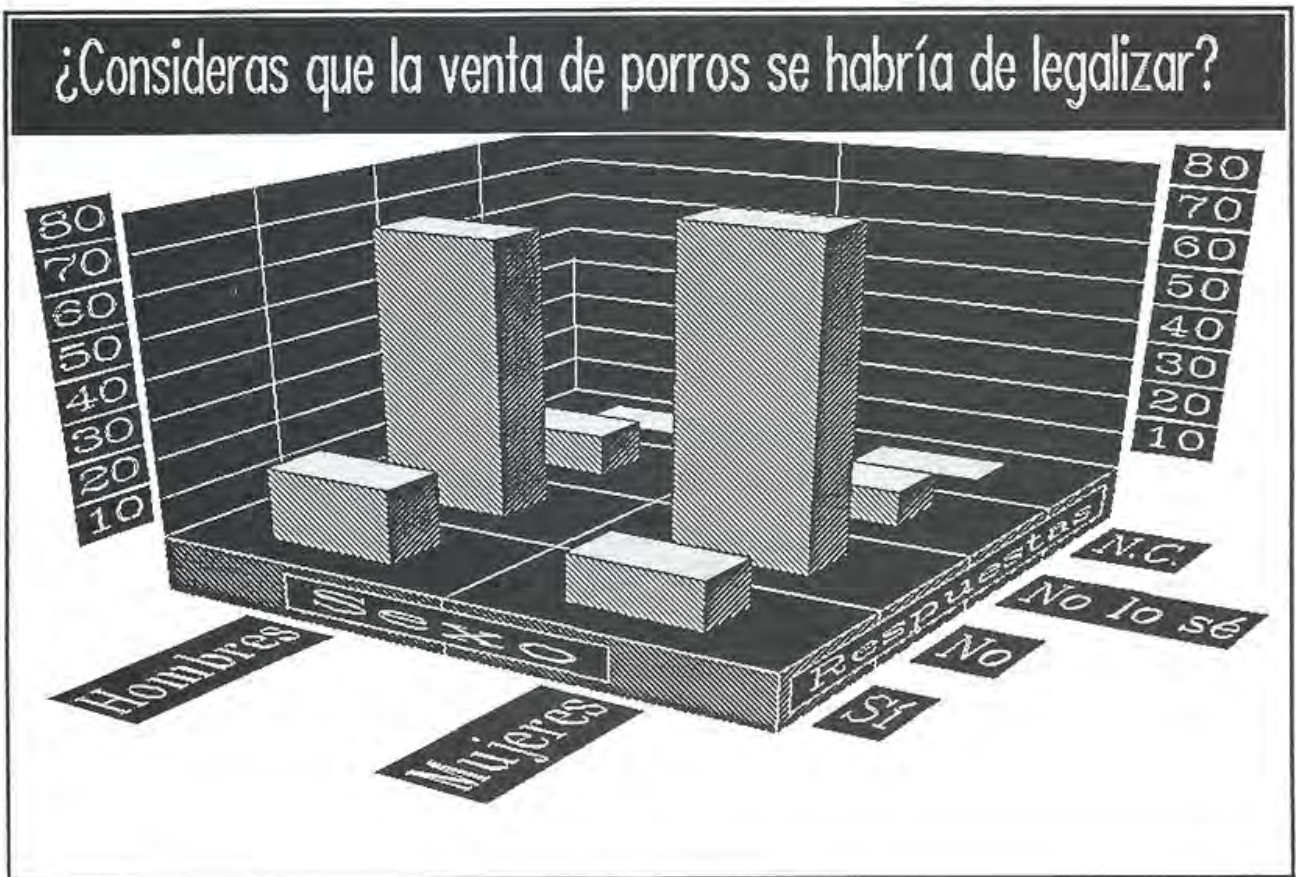


GRÁFICO TABLA 38.3



GRÁFICO TABLA 38.4



GRÁFICO TABLA 38.5



GRÁFICO TABLA 38.6

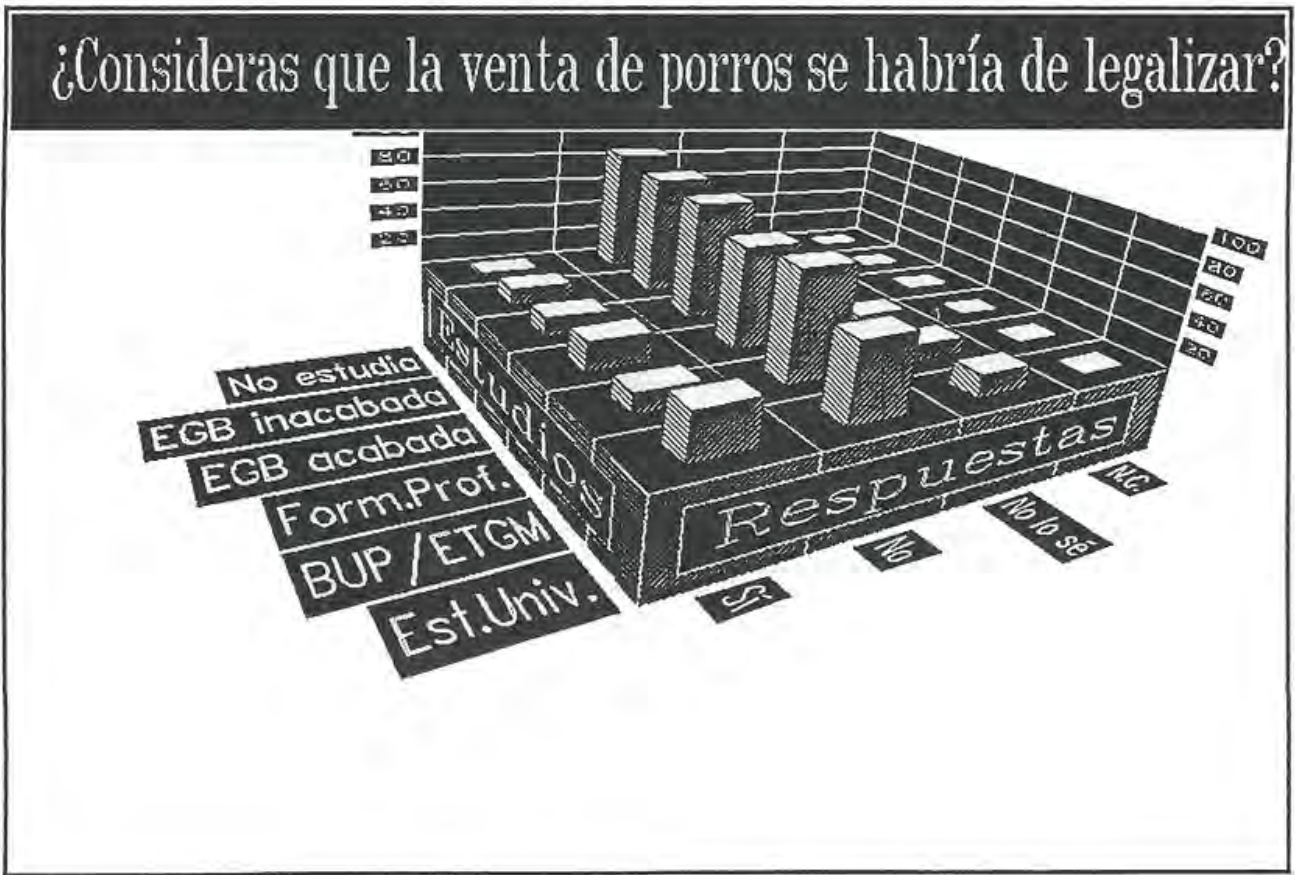


GRÁFICO TABLA 38.7

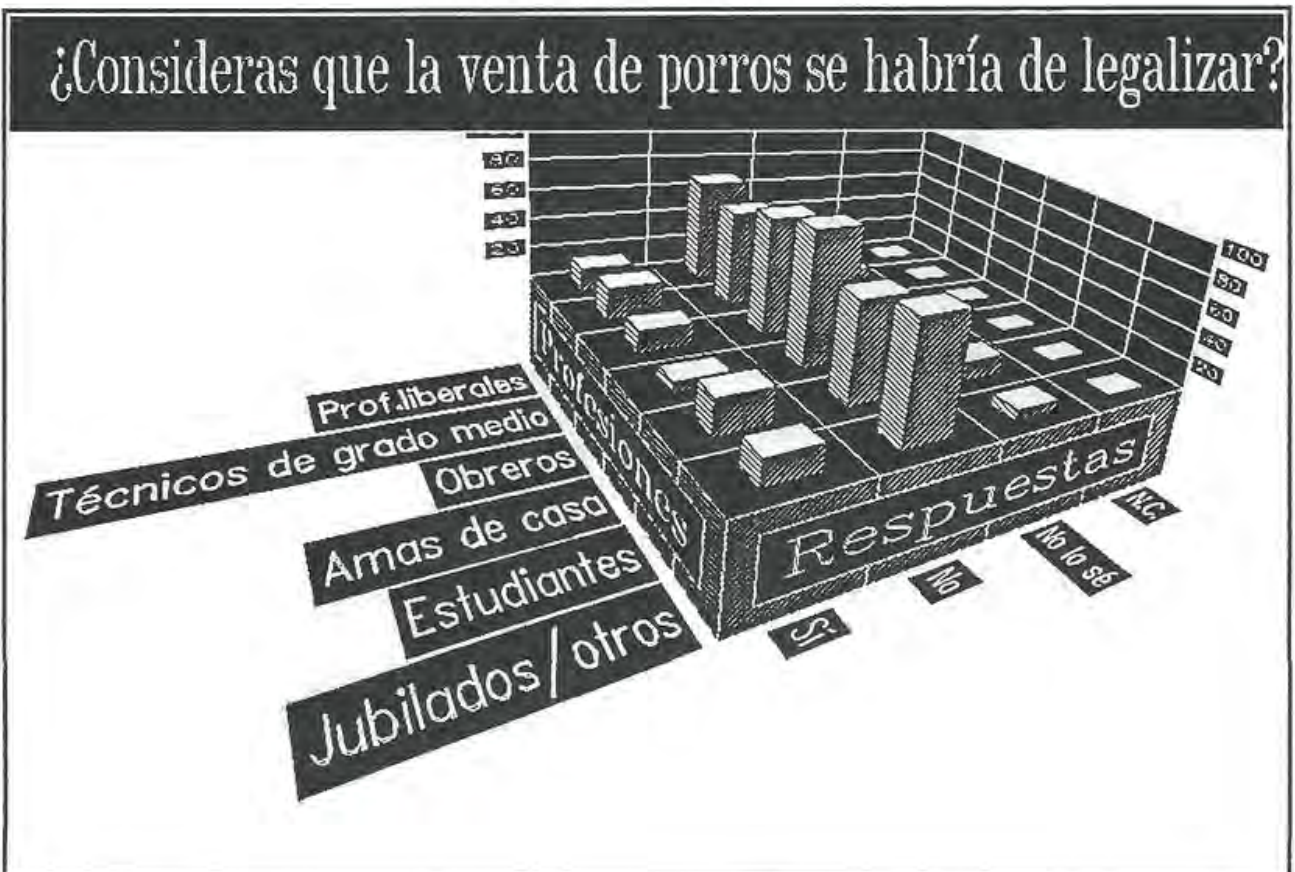


GRÁFICO TABLA 38.8



GRÁFICO TABLA 38.9



GRÁFICO TABLA 39.1



GRÁFICO TABLA 39.2



GRÁFICO TABLA 39.3



GRÁFICO TABLA 39.4



GRÁFICO TABLA 39.5



GRÁFICO TABLA 39.6



GRÁFICO TABLA 39.7



GRÁFICO TABLA 39.8



GRÁFICO TABLA 39.9



BIBLIOGRAFÍA

Ayuntamiento de Barcelona. "Encuesta sobre las drogadicciones". Colección Servicios Sociales n.º 9. Barcelona, 1985; 116-120.

ASPECTOS GENERALES DE LA TERAPIA DE LA TOXICOMANÍA



...¹ **ÁNGELES VILAPLANA PIULATS**
PSICÓLOGA
Colegiada N.º 4200 - Barcelona

Anteriormente el mundo de las toxicomanías pertenecía al mundo de los adultos, los jóvenes adolescentes tenían otras perspectivas y estilo de vida. Actualmente la drogadicción pertenece al mundo de los adolescentes, constituyendo un fenómeno a nivel universal grave y alarmante.

¿Qué representan las "drogas" para estos jóvenes adolescentes? Medio de conseguir algo, transformación, comunicación, unirse a los demás, deseo de aislarse o de confundirse con los demás.

Es un fenómeno social no sólo por su extensión, sino porque es un síntoma que revela la enfermedad de nuestra sociedad, las contradicciones, las carencias y crisis.

Sabemos que para estos jóvenes se crea un nuevo mundo con sus reglas a partir de la organización que lleva consigo la necesidad de consumir: búsqueda del tóxico, preparación de la toma, erotización de la inyección (toxicomanía de la jeringa), placer, dependencia.

El joven llega a convertirse en un sujeto dependiente a causa de su estado de necesidad. Habrá idealizado el lado positivo de sus experiencias sin ser consciente de sus consecuencias reales, se establece una relación de dueño y esclavo. El toxicómano llega a ser esclavo de las drogas, de los traficantes, de la prisión, prostitución. Encontrando sólo libertad relativa en la sumisión.

Sus primeras respuestas del porqué toman drogas, suelen responder: curiosidad, problemas, imitación, por probar, sensaciones nuevas, hacer como los demás. Pero en su interior las motivaciones reales suelen ser la protesta contra el mundo o la familia, la transgresión de lo prohibido, necesidad de una satisfacción inmediata, evitar un conflicto familiar, escolar o sentimental, controlar su angustia y sus problemas.

El paraíso de las drogas se les aparece como un refugio cómodo y engañoso que en vez de ofrecerles alegría y libertad, les ofrece infelicidad y esclavitud.

Todo ello va acompañado de medios familiares perturbados:

Familias con graves problemas socioeconómicos y culturales:

- Paro laboral.
- Analfabetismo.
- Malos tratos físicos y psíquicos padres, hijos.
- Rechazo de los valores y normas sociales.

Características de la personalidad:

- Baja autoestima.
- Agresión.
- Poca tolerancia a la frustración.
- Falta de confianza en sí mismos.
- Necesidad inagotable de amor y aprobación.

Mis primeras experiencias en el campo de las drogodependencias las realice en un centro de Obra Social "Santa Luisa de Marillac". Cada día llegan al centro jóvenes toxicómanos, indigentes, enfermos del sida, prostitutas, parados, ex-carcelados, gente de la clase social más pobre y marginada, siendo su vivienda actual la calle, coches, pensiones baratas.

No es fácil ver y tener que aceptar las consecuencias reales del consumo de drogas:

- Cómo puede anular a la persona:
 - Ausencia de capacidad de razonar.
 - Personalidad queda anulada.
 - No hay voluntad.
 - Conciencia de enfermedad.
 - Libertad personal.
 - Disminuye la capacidad de atención, concentración, espera, memoria.

- Ansiedad, sufrimiento, desesperación.
- Hay un aumento desconsiderable de la desconfianza.
- Inseguridad.
- Ruptura o mal entendimiento de la pareja paterna.
- Muerte de uno de los padres.
- Alcoholismo o toxicomanías de uno de los padres.
- Familias con más de un miembro con trastornos mentales.

● **Cómo produce un rechazo:**

- Pareja.
- Familia.
- Sociedad.
- Trabajo (expulsión, dificultad de contrato).
- Marginación.

● **Conlleva a enfermedades:**

- Hepatitis.
- Sífilis.
- Esquizofrenias.
- Depresiones.

Y también prostitución, tráfico de drogas, prisión, muerte.

Ante esta realidad quería ayudar al enfermo y a las familias.

¿Qué podíamos hacer? Aceptando las limitaciones debido al tipo de población nos planteamos como objetivos:

● **Atención a la persona:** Lo más importante era la acogida (voluntaria, libre, anónima y gratuita), comprensión. Aceptando a la persona con sus propios valores y problemas.

Siendo muy importante que se siente escuchado y correspondido y darle una solución a sus problemas.

- **Ayudarles en sus necesidades primarias:**
 - Comida, ropa, cama.
- **Con los toxicómanos:**
 - Acogida, mentalización, motivación.
 - Preparación para granja.
 - Ofrecer becas para centros.
 - Gestiones judiciales.

Hacia finales de marzo de 1991 empecé mi colaboración en **COORDINADORA ANTIDROGA**. Considero al equipo muy profesional y humano, dos cosas imprescindibles para poder realizar tratamiento; dotado de un programa de tratamiento completo para tratar a nivel individual a la persona afectada por el problema, teniendo como objetivo la reintegración individual, familiar, laboral y social.

En el programa terapéutico, después de la desintoxicación, al empezar una pauta de mantenimiento a largo plazo con Naltrexona el paciente empieza un tratamiento psicológico individual, elaborando una programación de objetivos a corto, medio y largo plazo para cada una de las áreas de intervención y las estrategias, recursos que serán utilizados a lo largo del proceso.

Objetivos generales para cada una de las áreas:

ÁREA DE LAS DROGAS:

- Conseguir independencia delante de las drogas.
- Satisfacción por el nuevo estilo de vida.
- Aprender a vivir sin drogas y ser independiente ante ellas.
- Eliminación progresiva de los hábitos de conducta que condicionan el comportamiento y autoimagen de la persona como toxicómano.
- Entienda su problema (conducta adictiva) y vea la positividad de mantener la abstinencia, abandonando el consumo de drogas.

ÁREA DE LA MADUREZ PERSONAL:

- Adquirir autonomía personal a través del conocimiento y desarrollo de sus capacidades de autocontrol emocional.
- Responsabilidad de la propia conducta.
- Constancia en conseguir objetivos propuestos por la propia persona.
- Aumentar el grado de motivación y voluntad.

ÁREA SOCIAL Y FAMILIAR:

- Integración y participación familiar.
- Nuevos grupos sociales.

ÁREA OCIO-TIEMPO LIBRE:

- Aprenda a valorar, utilizar y disfrutar de las actividades de tiempo libre.

ÁREA DE TRABAJO:

- Asumirlo como una necesidad personal y social.

Quisiera puntualizar la importancia del apoyo al entorno del paciente: las personas que rodean al paciente presentan, como el propio individuo afectado, una serie de reacciones que van desde el rechazo inicial, miedo, incredulidad, compasión.

El objetivo es que llegue a un apoyo afectivo, siendo necesario para ello que se informe adecuadamente, de forma que se acepte con serenidad la situación y se plantee de forma abierta la forma de ayudar al paciente.

Las técnicas utilizadas:

- Técnicas cognitivas (reducción pensamientos irracionales o inadecuados).
- Técnicas de control de ansiedad.
- Técnicas de relajación.
- Técnicas de afrontamiento.
- Entrenamiento asertivo.
- Desensibilización sistemática y parada de pensamientos.

Por último, quisiera acabar diciendo que trabajar en el mundo de las toxicomanías no es fácil, requiere mucha reflexión, fe, esperanza y confiar en el toxicómano.

Espero poder ayudar en algo a este colectivo de gente que se merece algo más que estar en el mundo de las drogas.

P.D.: Quisiera dar las gracias a Sor Genoveva Masip, que desde un principio me ha dado todo su apoyo y conocimientos a enseñarme cómo se debe tratar al toxicómano.

BIBLIOGRAFÍA

Manual de Psiquiatría Infantil, J. de Ajuriaguerra, Ed. Masson.

La vida del toxicómano, Claude Olievenstein. Ed. Fundamentos.

La Toxicomanía: sujeto, objeto y contexto, J. Fábregas Poveda y C. Bardón Cuevas. Ed. Expaxs.

Apuntes de clase del Curso de Post-grado "Master en Drogodependencias". Promoción 90-92.



LA SIDA EN ESPAÑA

RESUMEN: Una aproximación epidemiológica de la SIDA de unas cifras «bajas» en España.

A partir de datos obtenidos del "Anuario de *El País*, 1991" y utilizando la hoja de cálculo lotus se han obtenido unos cálculos elementales acerca de la prevalencia puntual de la SIDA en España distribuidos por Comunidades Autónomas, se ha calculado también el intervalo de confianza para cada comunidad.

Ni qué decir tiene que los datos ya están en el mismo momento de su recepción anticuados pero son aproximados. Es decir, por la misma dinámica de poblaciones se habría de tener en cuenta que varían los datos "día a día".

Se han añadido unas gráficas para tratar de dar una somera idea de cómo está la situación, si bien es estadística descriptiva con las correspondientes limitaciones que la misma tiene, da una imagen de las cantidades, para ello se han utilizado los programas "Boeing" y "Harvard Graphics".

Esperamos con ello contribuir a una exposición cuantificable de la enfermedad.

Para el análisis de resultados, se han obtenido intervalos de confianza; las medidas de frecuencia de la enfermedad son un punto de partida en los estudios epidemiológicos, en éstos se diferencian en dos grupos según sus objetivos. El primero reúne aquellos dirigidos a determinar la frecuencia de enfermedad en una población. El otro grupo está compuesto por los que tienen como finalidad evaluar la asociación entre exposición (o característica) y frecuencia de enfermedad.

Los estudios que describen frecuencias de enfermedad se sirven de medidas de la misma como prevalencia, la incidencia acumulada o la tasa de incidencia. Los valores obtenidos deben expresarse con un "intervalo de confianza" que proporciona información acerca de su fiabilidad.

Para una discusión detallada sobre el cálculo y la interpretación de un intervalo de confianza, el lector puede dirigirse a un texto de estadística, ejemplo Armitage (1971). En general, cuando el tamaño del estudio es suficientemente grande, los intervalos de confianza para medidas de frecuencia de enfermedad pueden obtenerse utilizando los siguientes procedimientos:

TABLA 1

COMUNIDADES	HABITANTES	CASOS	PREVALENCIA	INTERVALO DE CONFIANZA PARA +	INTERVALO DE CONFIANZA PARA -
Andalucía	7019285	819	0.0001166786	0.0001246692	0.0001086879
Aragón	1196454	128	0.0001069828	0.0001255156	0.00008845
Asturias	1125419	135	0.0001199553	0.0001401894	0.0000997213
Baleares	750967	175	0.0002330329	0.0002675555	0.0001985103
Canarias	1557533	136	0.0000873176	0.0001019923	0.0000726429
Cantabria	531654	84	0.0001579975	0.0001917831	0.0001242118
Castilla L-M	1692175	105	0.0000620503	0.0000739187	0.0000501819
Castilla y León	2609636	150	0.0000574793	0.0000666776	0.0000482809
Cataluña	6124923	2143	0.0003498819	0.0003646932	0.0003350707
C. Valenciana	3852623	585	0.0001518446	0.0001641485	0.0001395407
Extremadura	1101113	84	0.0000762864	0.0000926	0.0000599729
Galicia	2896801	310	0.0001070146	0.0001189269	0.0000951023
Madrid	4964486	1528	0.0003077861	0.0003232165	0.0002923558
Murcia	1048029	89	0.0000849213	0.0001025638	0.0000672788
Navarra	523977	81	0.0001545869	0.0001882499	0.0001209239
País Vasco	2157598	715	0.000331387	0.0003556736	0.0003071004
Rioja, La	265378	44	0.0001658012	0.0002147883	0.0001168142

Prevalencia

La Prevalencia o medida de prevalencia puntual que se denomina únicamente "prevalencia" (P) y se define como:

$P = \frac{n.º \text{ de individuos que tienen la enfermedad en un momento dado}}{n.º \text{ de individuos de la población en ese momento}}$

La prevalencia es la proporción de la población que padece la enfermedad en un momento dado. Como todas las proporciones, no tiene dimensiones y nunca puede tomar valores de 0 o mayores de 1.

Denominamos B al número de individuos que presentan la enfermedad y N al número de individuos en total de la población; según la definición antes enunciada, la prevalencia sería:

(Fórmula 1)

$$P = B / N.$$

Intervalo de confianza

Un intervalo de confianza del 95% es realmente un rango de valores que corresponde a las posibilidades de variación aleatoria y que incluye el verdadero valor o valor real con una probabilidad del 95%. Esto significa que, en promedio, el 95% de los intervalos contienen el verdadero valor del parámetro estimado y el 5% no. La estimación del intervalo de confianza proporciona una cierta información acerca de la fiabilidad del estudio. Esto es de gran importancia en investigaciones epidemiológicas en las que las

GRÁFICO N.º 1

**EPIDEMIOLOGIA DE LA SIDA EN ESPAÑA
CASOS A 1990-12-31**

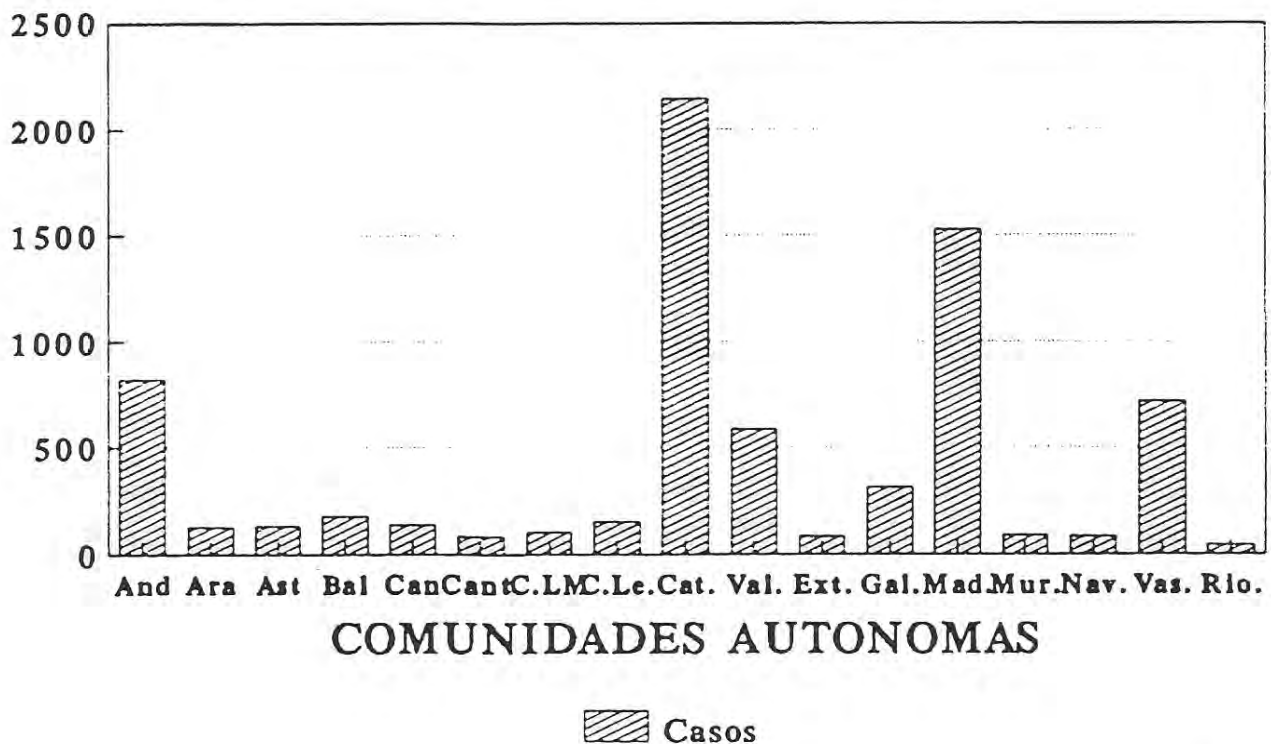
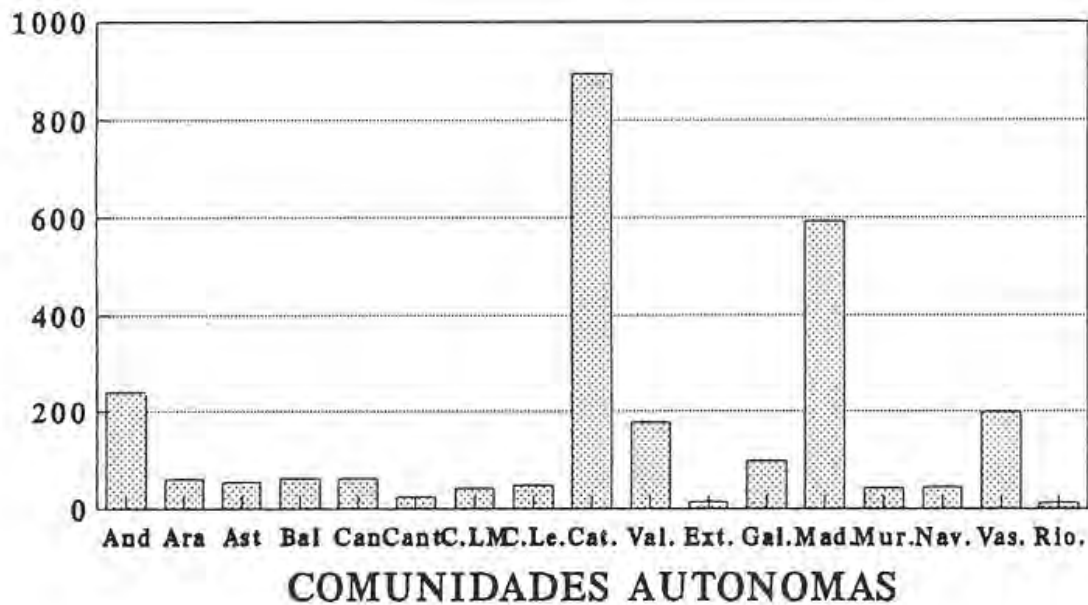


GRÁFICO N.º 2

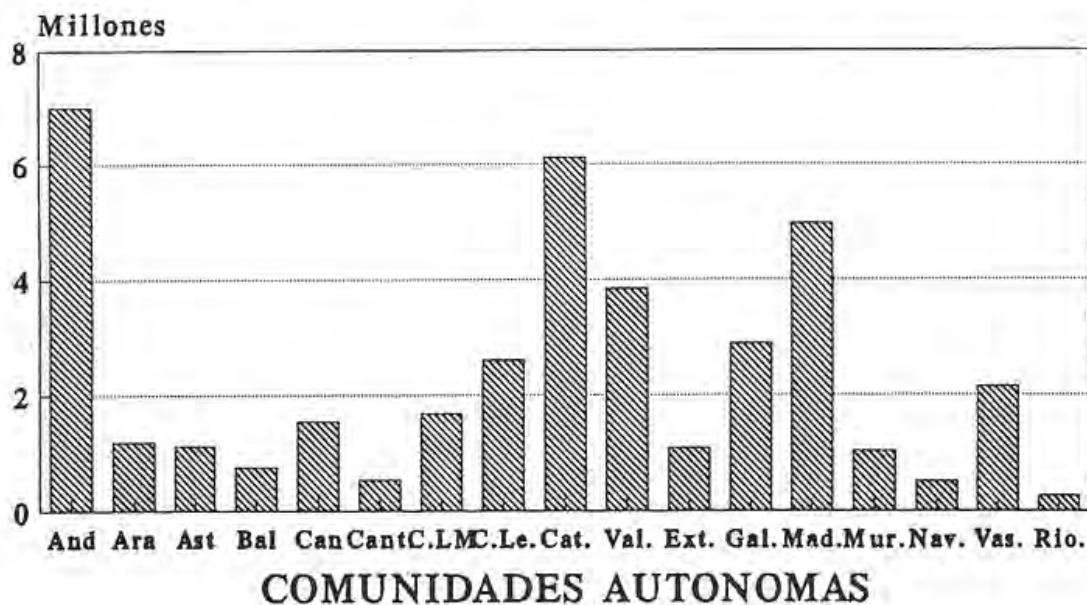
EPIDEMIOLOGIA DE LA SIDA EN ESPAÑA
DEFUNCIONES A 1990-12-31



Defunciones

GRÁFICO N.º 3

EPIDEMIOLOGIA DE LA SIDA EN ESPAÑA
HABITANTES A 1990-12-31



Habitantes

variaciones aleatorias condicionadas por el reducido número de enfermos estudiados juegan un papel significativo en la interpretación de los resultados.

El intervalo de confianza del 95%, se obtendría como:

(Fórmula 2)

$$P \pm 1,96 \sqrt{(P(1-P)/N)}$$

donde operando con los signos + y — se obtienen, respectivamente, los límites superior e inferior del intervalo. La constante 1,96 corresponde al nivel de confianza deseado del 95%.

En la tabla 1 se han puesto las Comunidades Autónomas de España, a continuación el número de habitantes de cada comunidad autónoma, luego hay una columna con el número total de casos de sida por cada comunidad, posteriormente se calcula la prevalencia para cada comunidad a partir de la fórmula 1, y últimamente se calcula el intervalo de confianza según la fórmula 2 y en una columna se pone la primera cifra del intervalo de confianza y en la última columna la segunda cifra del intervalo de confianza.

En el gráfico n.º 1 se representan gráficamente los casos de sida expuestos en la tabla 1 para cada una de las Comunidades Autónomas.

En el gráfico n.º 2 se representan gráficamente las defunciones por sida clasificados para cada una de las Comunidades Autónomas, y que no vienen incluidos en la tabla 1, pues no tiene objeto alguno a fin de calcular la prevalencia y el intervalo de confianza.

En el gráfico n.º 3 se representa gráficamente el número de habitantes incluidos en la tabla 1 para cada una de las Comunidades Autónomas.

GRÁFICO N.º 4

EPIDEMIOLOGIA DE LA SIDA EN ESPAÑA PREVALENCIA A 1990-12-31

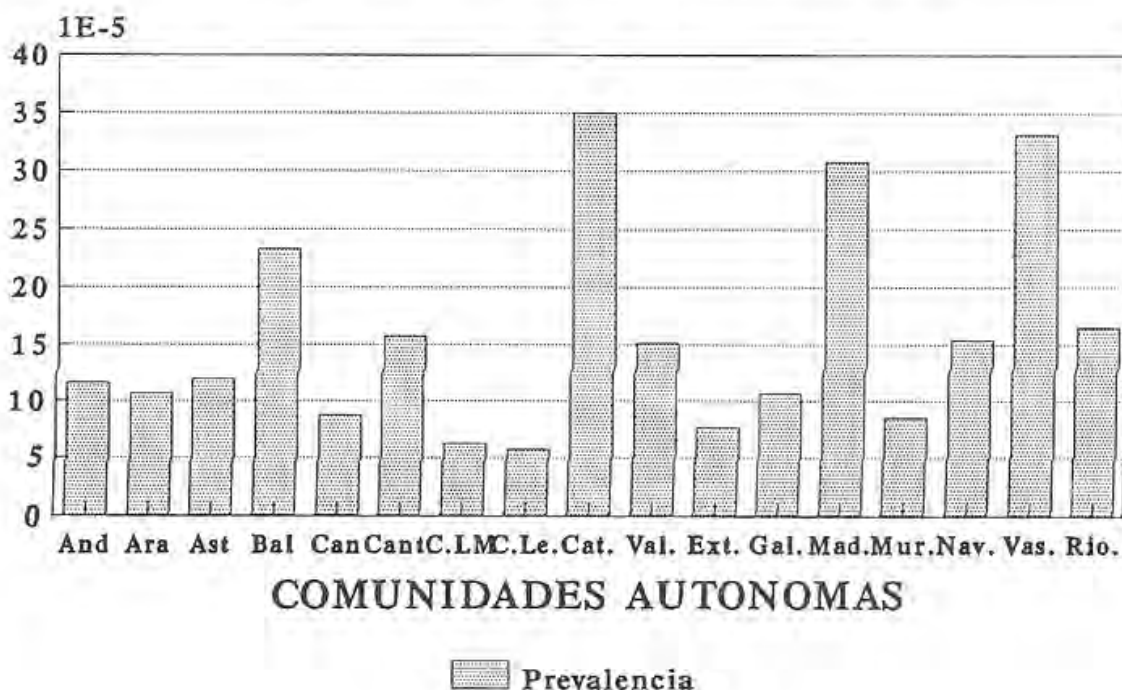


GRÁFICO N.º 5

SIDA EN ESPAÑA

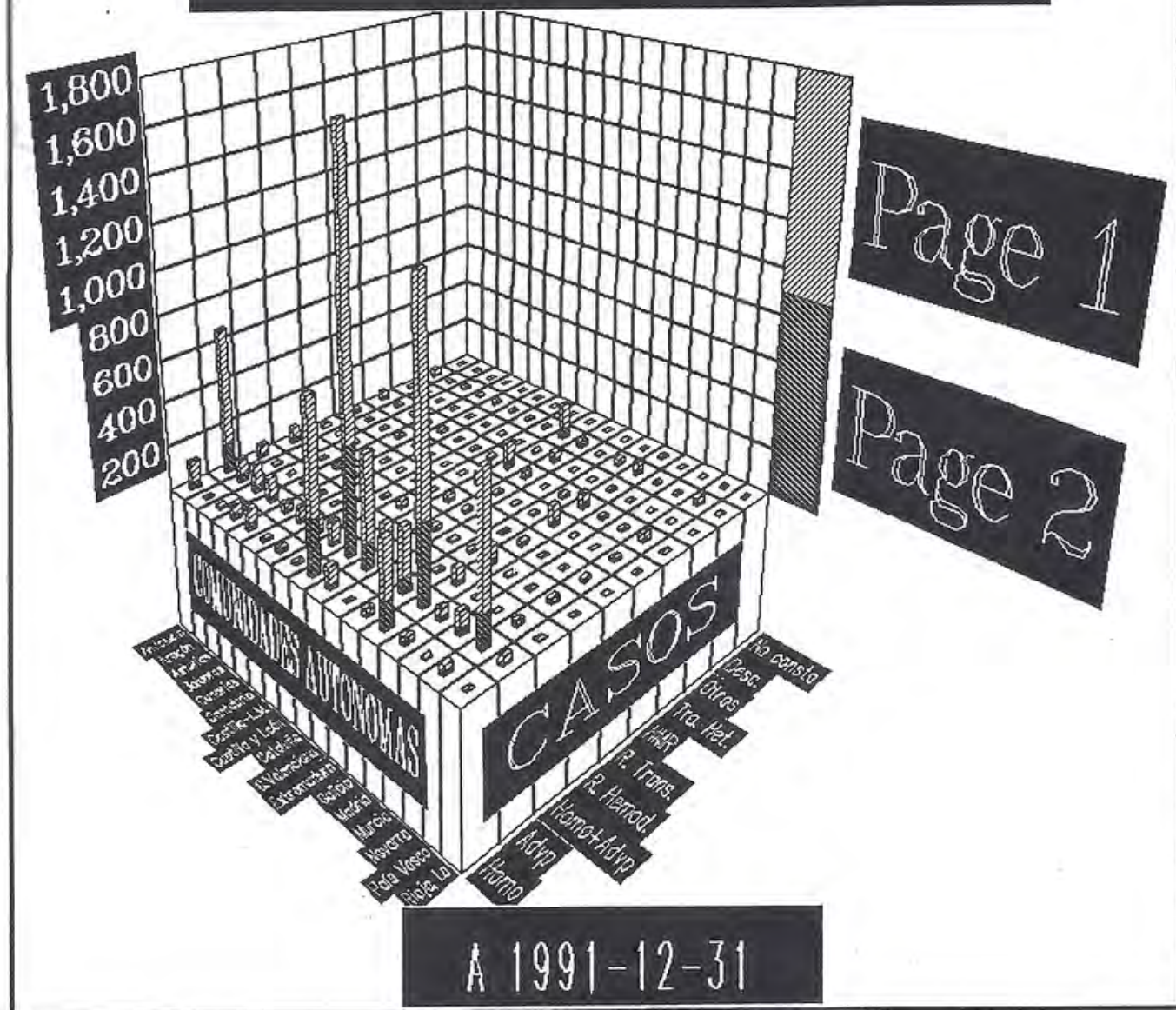
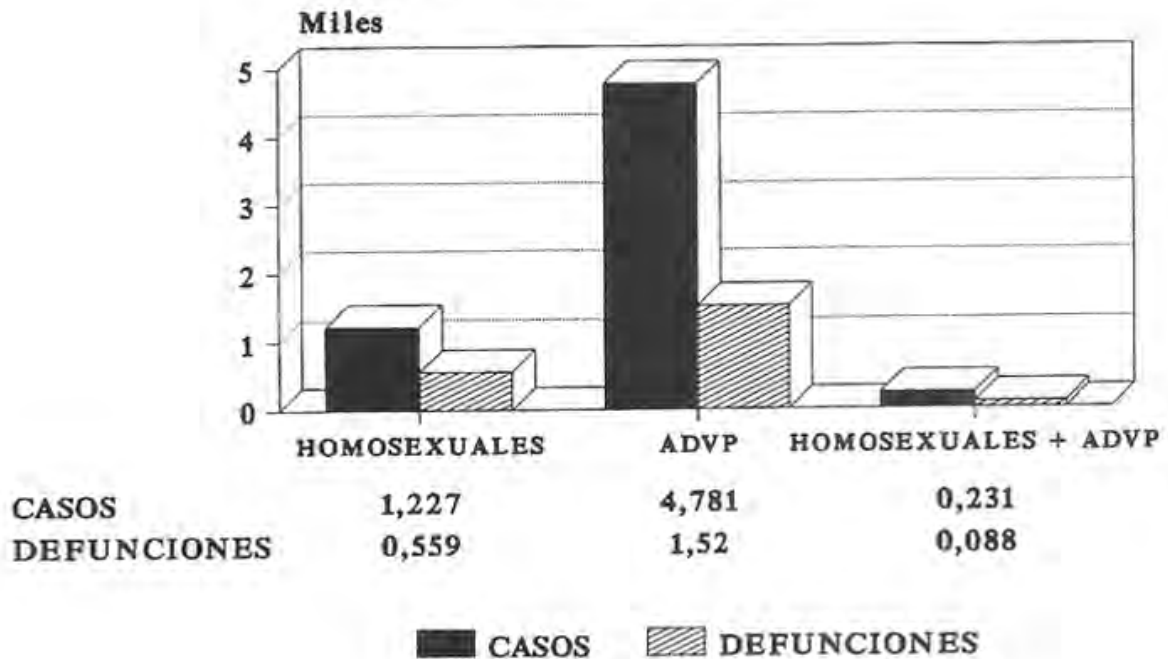


GRÁFICO N.º 6

SIDA Y GRUPOS DE RIESGO
CASOS Y DEFUNCIONES



DIFERENCIAS OBSERVADAS

En el gráfico n.º 4 se representan gráficamente cada una de las prevalencias calculadas en la tabla 1 y para cada una de las Comunidades Autónomas.

En el gráfico n.º 5 se representa gráficamente en tres dimensiones el número de casos de sida (que corresponden a lo que en el gráfico se lee como "Page 1") y el número de defunciones por sida (que corresponden a lo que en el gráfico se lee como "Page 2"), y todo clasificado según las Comunidades Autónomas.

Todos los datos con que se ha confeccionado el presente artículo proceden del "Anuario de *El País*, 1991", y la fecha de los mismos corresponden a 1991-12-31.

A título de curiosidad se incluye el gráfico n.º 6 en el que se representa las diferencias observadas entre casos y defunciones por sida entre homosexuales, adictos a drogas por vía parenteral (ADVP) y ambas conductas (Homosex. + ADVP), a "priori" se desprende un alto riesgo entre ser ADVP y la consecuencia de contraer el SIDA.

Chavi

BIBLIOGRAFÍA

Anders Ahlhom, Staffan Norell, "Fundamentos de Epidemiología". Siglo Veintiuno Editores, S. A. Madrid. 1988; 6-7 y 88-89.

«Anuario de EL PAÍS», 1991. Tabla pág. 140.



ALCOHOLISMO (I)

Dr. JOSÉ M.ª VÁZQUEZ VÁZQUEZ

Cuando hablemos de drogodependencias nos referiremos a la conducta prioritaria de uso de una sustancia con efectos sobre el Sistema Nervioso Central (S.N.C.); en función de una serie de variables (tiempo-espacio-dosis), que comportan modificaciones biológicas y comportamentales.

En toda drogodependencia debemos considerar tres puntos claves:

- a) Sustancia.
- b) Individuo.
- c) Medio.

El abordaje de los problemas derivados del consumo de drogas, pues, son observados desde un punto de vista bio-psico-social; poniendo gran énfasis en el medio ambiente como factor pluridimensional que hacen posible el encuentro de la sustancia con el individuo y equiparándolo a los dos puntos anteriores.

En nuestro medio actual una sustancia no se considera droga en todas las culturas. Incluso la agresividad que una sustancia puede tener sobre nuestro organismo tampoco se relaciona con la legalidad o ilegalidad de la misma. Todo ello es debido a que cuando una sustancia se convierte en una mercancía aparece un factor fundamental que es la relación económico-política y todos los intereses que ello conlleva.

La sociedad, en general, se deja llevar por creencias histórico-culturales o político-económicas. Así se suele dramatizar en torno a las drogas llamadas "ilegales" (heroína, cocaína) y banaliza al hablar de las drogas "legales" (alcohol, tabaco). En el artículo que hoy nos ocupa queremos focalizar la atención sobre un problema muy importante que afecta a nuestra sociedad: «EL ALCOHOLISMO».

Definir el alcoholismo es una tarea complicada. En un principio la conducta del alcoholómano era contemplada desde un punto de vista moral (vicio). A medida que la psiquiatría se ha ido enriqueciendo se ha dado mayor importancia a la personalidad del alcoholómano y los factores motivacionales que potencian su conducta.

El profesor Freixa plantea que el problema del alcoholismo debe contemplarse desde una acción interdisciplinar, debido a la multiplicidad de factores bio-psico-sociales que pueden originarlo y a la gran complejidad de los trastornos psicoorgánicos que producen.

Jellinek habla de enfermedad alcohólica cuando se produce:

1. Adaptación del metabolismo celular al alcohol.
2. Tolerancia tisular progresiva.
3. Aparición de síntomas de abstinencia.
4. Falta de capacidad-control de abstinencia.

Existen multitud de teorías que pretenden explicar la génesis del alcoholismo. Solamente las mencionaré a riesgo de omitir información importante. Sólo pretendo dar un esquema general, o advirtiendo que debe desarrollarse un espíritu crítico ante dichas teorías, viendo sus puntos positivos pero observando sus deficiencias. Múltiples teorías que confirman la plurietiogenia del problema alcohólico.

Dentro de las teorías psicológicas destacaríamos la **teoría de reducción de la ansiedad**, basada en la capacidad del alcohol para eliminar las tensiones. La **teoría del refuerzo**, que explicaría que la gente comienza a beber y prorroga el consumo en función del confort psicológico que el alcohol produce. La **teoría transaccional** explicaría que el inicio y persistencia del alcoholismo se debe a problemas de comunicación, que se agudizan a medida que la enfermedad avanza. Las **teorías psicodinámicas** basarían la génesis del alcoholismo en el intento de satisfacer con la bebida alguna necesidad personal, como autocastigo, como deseo de superar su complejo de inferioridad, dependencia emocional, etc. Las **teorías de la personalidad** buscarían un perfil concreto del paciente alcohólico, aunque la mayoría no responden a un perfil específico. Parece relacionarse el alcoholismo con la personalidad antisocial, presentando, entonces, un mal pronóstico y respondiendo mal al tratamiento. A excepción de esta mencionada relación no existe una relación clara entre los rasgos de personalidad y el alcoholismo.

Dentro de las **teorías socioculturales** englobaríamos todos los estudios de los aspectos históricos del abuso del alcohol, los estudios comparativos de la concepción del alcoholismo en las distintas culturas, el análisis del significado del alcoholismo y de la forma en que la sociedad lo fomenta, a la observación de las estrategias adaptativas a las que recurren los alcohólicos o a las relaciones interpersonales de los mismos. Dentro de la línea de **teorías biológicas**

destacaríamos dos grupos de estudios: Un primer grupo sería aquel conjunto de estudios basados en la formación, a partir del alcohol o sus derivados de sustancias tipo opiode responsables de la adicción. También incluiríamos los estudios de los trastornos del metabolismo de los hidratos de carbono. Teorías de alergias alimentarias como responsables del desarrollo de alcoholismo o insuficiencias endocrinas como especulación etiológica.

Un segundo grupo serían las teorías basadas en los estudios genéticos (estudios sobre familias, sobre gemelos, de separación o de genética biomolecular). Estudios cuyos resultados ponen de manifiesto la gran influencia de los factores genéticos como causa, pero que no posibilitan la obtención de conclusiones fiables al 100%.

Podemos concluir afirmando que no existe una causa única del alcoholismo. De todas las variables mencionadas, los factores genéticos son los más fáciles de abordar, y los que nos han proporcionado datos muy importantes para establecer la causa del alcoholismo. Dado que los estudios realizados sobre gemelos idénticos no indican una concordancia al 100%, señalan la existencia de otras variables sociales y psicológicas que influyen en la aparición del problema. Dichas variables son más difíciles de controlar, definir y valorar. Esto explica, en parte, los resultados contradictorios obtenidos por este tipo de estudios y su falta de exactitud.

El alcoholismo está muy extendido y su curso suele ser largo. En primer lugar, tenemos un período de experimentación con el alcohol, que podemos considerar casi una necesidad social. En este período no sería oportuno catalogar de alcohólico a nadie; aunque puedan ocurrir problemas de sobredosis fatal por accidentes, embriaguez, etc.

Posteriormente, aparece la dependencia psicológica, en que el individuo ya no bebe por necesidad social, sino como búsqueda de unos efectos específicos. A continuación sobreviene la dependencia física, con la aparición de la tolerancia y el síndrome de abstinencia. Desarrollada la tolerancia empiezan a ingerir cantidades que producen lagunas amnésicas y, posteriormente, lesiones a todos los órganos del cuerpo.

En cualquier momento del curso del alcoholismo surgirán problemas específicos: traumatismos, suicidios y deterioro de las relaciones sociales, familiares y económicas. Los trastornos físicos, asimismo, podrán motivar la aparición de anomalías permanentes o la muerte.

Cualquier momento de la historia de la enfermedad será bueno para iniciar el tratamiento. No obstante, el actuar precozmente mejorará el pronóstico de la lesiones físicas y de los problemas sociales concomitantes.

En definitiva, el alcoholismo representa un importantísimo problema de salud pública. La Genera-

litat de Catalunya realizó dos estudios epidemiológicos en los años 1982 y 1986. Las cifras de dichos estudios pueden, prácticamente, superponerse. Así, si tomamos la cifra de 70 gr/día (de ingesta alcohólica) como valor de riesgo, encontraremos que la prevalencia de la enfermedad en la población general es de 11%. Si nos fijamos en la edad de inicio, en los menores de 10 años es de un 10,3%, entre los 11-15 años es de un 32,2% y de los 16-20 años es de un 30,6%.

El índice de mortalidad se cifra en un 4,4%, constituyendo la cuarta causa de mortalidad en España, después de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los accidentes de tráfico. No obstante, si consideramos la relación que tiene la incidencia del alcoholismo con los accidentes de tráfico (el 50% de accidentes presentan relación con el alcohol; de este 50% sólo 2/3 partes afectan a un alcohólico), podemos situar al alcoholismo en el tercer lugar del ranking.

En cuanto al índice de morbilidad del alcoholismo de todos es sabido la gran cantidad de trastornos orgánicos que produce. Así, es muy clara la relación con:

1. Enfermedades hepáticas.
2. Enfermedades del aparato digestivo.
3. Enfermedades del S.N.C. y periférico.
4. Enfermedades cardiovasculares.
5. Enfermedades hematológicas.
6. Malnutrición.
7. Accidentes de tráfico y laborales.
8. Suicidio: Muy frecuente entre los alcohólicos

en los que se ha estimado una incidencia 32 veces superior a los de la población general. Una vez establecido el alcoholismo es frecuente que termine en el suicidio, que puede deberse a una enfermedad depresiva subyacente.

Son datos y cifras, en verdad, escalofrantes. La población no se da cuenta del potencial destructor que encierra la dependencia alcohólica. Ha llegado, pues, el momento de que la sociedad se conciencie del problema, lo admita y se disponga a librar una dura batalla.

Dada la complejidad del problema, sería ridículo el pretender abordar toda la problemática derivada del alcoholismo de una forma general. No podemos esquematizar; puesto que seríamos poco científicos, poco prácticos y faltos de rigor en el estudio. Así, nuestra idea sería, aprovechando la oportunidad que nos brinda la **REVISTA ANTIDROGA**, abordar de forma fraccionada los diferentes puntos que confluyen en la génesis de la dependencia alcohólica y los problemas derivados.

Así en un próximo estudio abordaremos la descripción de los efectos fisiopatológicos del alcohol y el estudio del alcoholismo en los distintos grupos de riesgo.

En una tercera fase matizaremos los aspectos preventivos del alcoholismo y las posibles medidas terapéuticas.

Para cerrar esta primera etapa del estudio del alcoholismo analizaremos un aspecto básico que facilitará la comprensión de los problemas derivados del abuso de alcohol. Se trata de la **FARMACOLOGÍA**.

Dicha sustancia representa la bebida más consumida por la sociedad contemporánea. Los textos publicados sobre la acción biológica del alcohol son voluminosos, aunque todavía no se conoce la respuesta al aspecto clave relativo al mecanismo de acción sobre el cerebro.

La **vía de administración** suele ser la oral. Se absorbe en un 20% en el estómago y en un 80% en el intestino delgado. Pasa a la sangre y se distribuye por los tejidos en proporción a la cantidad de agua que éstos poseen (más concentración a mayor cantidad). Además de la hidrosolubilidad posee propiedades liposolubles (se disuelve en las grasas), lo que le permite atravesar la **barrera hematoencefálica** y ejercer su acción sobre el cerebro.

El **metabolismo** es hepático en un 95% y el 5% restante se elimina a través del aire espirado, orina, sudor, heces y leche. El proceso químico del metabolismo alcohólico es una oxidación. El etanol (alcohol) se transformará en acetaldehído y éste en acetato, que se incluirá posteriormente en el ciclo de Krebs. La alcohol-deshidrogenasa y la aldehído-deshidrogenasa serán las dos enzimas que catalizarán la reacción, respectivamente.



Por cada gramo de alcohol se obtienen 7 kilocalorías (calorías vacías, pues no se utilizan como nutriente). La cantidad de alcohol que puede metabolizar el hígado depende de la masa funcionante de éste; aunque se acepta por regla general que el hígado puede metabolizar de 10-15 gr de alcohol (1 copa) por hora, sin acumular alcohol en el organismo.

Aparte de la vía de la alcohol-deshidrogenasa, tenemos otras dos vías alternativas de metabolización:

a) Sistema de oxidación microsomal (MEOS): Se induce por la exposición repetida al alcohol (alcoholismo), cuando está presente el alcohol en grandes cantidades o por lesión hepática.

La importancia de este sistema es doble:

* Permite metabolizar alcohol más de prisa.

* El *meos* es un sistema de metabolización utilizado por otros fármacos. Así, al estar inducido por el alcohol, favorece la eliminación rápida de los mismos, por lo que hace variar su dosificación para obtener la acción necesaria. Este concepto es muy importante en el caso de la ingesta conjunta de alcohol con los psicofármacos. En este caso la ingesta conjunta de ambos hace que los productos compitan por la vía enzimática, con lo que al haber más concentración de psicofármaco libre en la sangre la acción del mismo será mayor (**potenciación**). Esto es un fenómeno importante en el tema de las sobredosis.

b) Vía de la **catalasa**: Que utiliza el agua oxigenada como agente oxidante.

El acetaldehído pasa a acetato en un 90% para ser utilizado por los tejidos con el fin de obtener energía. Esto es básico, ya que el acetaldehído es muy tóxico para el organismo (10-30 veces más que el

alcohol). Sus efectos suelen ser del tipo vasodilatación, taquicardia, pirosis, degeneración celular, shock alérgico, etc.

Al acetaldehído le cuesta pasar la barrera hematoencefálica. Pero a medida que aumenta su concentración en sangre se facilita su penetración.

El metabolismo del alcohol tiene efectos bioquímicos muy importantes y con carácter dosis-dependiente. Así, puede alterar el metabolismo de los hidratos de carbono (azúcares), induciendo hipoglucemia, acidosis metabólica e hiperuricemia. Tiene efectos importantísimos en el metabolismo de las grasas, facilitando su acumulación hepática (esteatosis hepática).

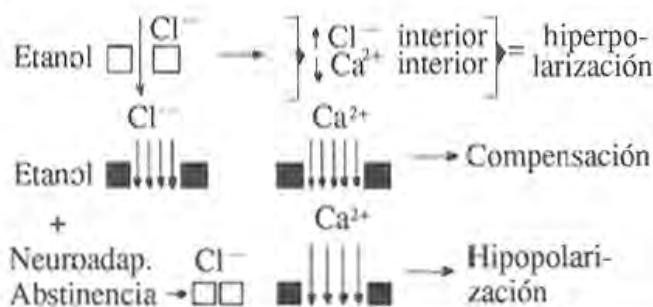
El alcohol es un potente depresor del S.N.C.; así, los efectos iniciales de su consumo (desinhibición, euforia, etc.) no son más que el producto de la inhibición de la corteza cerebral (capacidad superior de control, centro de funciones superiores).

La depresión del S.N.C., dosis-dependiente presente una manifestación secuencial de euforia, desaparición de las inhibiciones, trastornos de la visión, incoordinación muscular y aumento del tiempo de reacción. La retirada del alcohol parece asociarse no sólo con la superación de la depresión alcohólica, sino con una hiperexcitabilidad de rebote.

No parecen existir diferencias cualitativas importantes en la secuencia de los efectos derivados del consumo de alcohol en un bebedor novato, en un bebedor ocasional y en el alcohólico crónico. No obstante, el bebedor experimentado presenta cierto grado de resistencia, merced al fenómeno de la **tolerancia**. Situación por la cual se requiere mayor cantidad de dosis para obtener los mismos efectos cuantitativos. En el fenómeno de la tolerancia se verían implicados las alteraciones del metabolismo

alcohólico o su distribución, alteración de la sensibilidad del receptor al alcohol y el desarrollo de vías alternativas para evitar el sistema receptor. No se ha demostrado el mecanismo definitivo mediante el cual el etanol ejerce su acción aguda sobre el S.N.C. Así, a diferencia de las sustancias opiáceas (morfina, heroína), el alcohol parece actuar sin la mediación de receptores específicos; pero en una zona próxima a los receptores benzodiazepínicos, GABA y barbitúricos, todos ellos alrededor de los canales ionóforos del CLORO.

El alcohol desestructuraría los lípidos de la membrana de las neuronas, ensanchando los canales del cloro y facilitando la entrada del mismo en el interior de la neurona. Ello conlleva un aumento de la carga negativa de la neurona y, por consiguiente, una hiperpolarización de la membrana. Para que se transmita el impulso nervioso (buen funcionamiento) es preciso que la membrana de la neurona se despolarice. Como al beber alcohol está hiperpolarizada, costará más. Esto ocurre con el alcohol, con las benzodiazepinas (Rohipnol, Halcion, etc.) y los barbitúricos (Barbital, Fenobarbital, etc.). Por ello estas sustancias presentan tolerancia y dependencia cruzada y cuando se hagan tratamientos de desintoxicación alcohólica se pueden hacer servir las benzodiazepinas o los barbitúricos.



Ante esta situación, el sistema nervioso sufrirá un proceso de adaptación. Este proceso consistirá en el aumento de los canales de calcio (carga positiva) que penetra en el interior de la neurona, intentando compensar las cargas negativas (hiperpolarización) creada por el consumo de alcohol.

Así, pues, a medida que se van formando más canales de calcio, se va adquiriendo tolerancia y por lo tanto el cuerpo irá admitiendo mayor cantidad de alcohol.

Así, también, se intenta explicar el síndrome de abstinencia alcohólico; puesto que al retirar el alcohol los canales de cloro vuelven a la situación inicial normal, pero existen canales de calcio adicionales debidos a la neuroadaptación. Por lo tanto, habrá una hipopolarización (aumento de cargas positivas en el interior de la neurona) y por lo tanto una hiperexcitabilidad (mencionada anteriormente). Es decir, la cara inversa de la sintomatología que crea la sustancia.

Otro mecanismo de acción del alcohol sobre el S.N.C. recaería sobre uno de sus derivados: el acetaldehído. Esta sustancia llegaría al cerebro y al reaccionar con distintos neurotransmisores cerebrales (Dopamina, Noradrenalina, etc.), originarían sustancias opiáceas (Tetrahydroisoquinolinas, salsolimol) que actuarían en los receptores opiáceos y originarían una dependencia similar a la de los opiáceos.

Todo ello constituyen hipótesis de trabajos que tendrán que ser investigadas con mayor profundidad. Mientras se aclara el mecanismo íntimo de acción del alcohol sobre el S.N.C. se admite que éste altera de manera inespecífica sistemas físico-químicos indefinidos, que regulan el funcionamiento de las neuronas.

Hasta aquí hemos revisado los conceptos basales de una drogodependencia, hemos valorado un modelo definitorio de alcoholismo, hemos conceptualizado distintas teorías sobre la etiología del alcoholismo, hemos evaluado el curso de la enfermedad, hemos cifrado datos estadísticos del problema y hemos revisado la farmacología del alcohol con las distintas hipótesis de trabajo que intentan explicar los fenómenos de adicción tolerancia y el síndrome de abstinencia. Quedamos en disposición de afrontar el estudio y análisis de otros apartados importantes relacionados con este problema tan importante para nuestra sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcoholismo: Desarrollo, consecuencias y tratamientos. Estes/Heinemann, 3.ª edición, 1991
- Apuntes de clase del Cours de Post-Gradu "Master en Drogodependències", Promoción 1990-1992. Profesor Sánchez-Turet, Prof. Freixa, Prof. Guerri. 1991.
- Medicina Interna, Farreras-Rozman. Ed. Doyma, 1988.
- La enfermedad alcohólica, Gasull, M.; Freixa, F., i colab. Barcelona. Laboratorios Químicos Unidos (Midy), Ed. Fargraf, 1980.

CONFERENCIA: CENTRO CÍVICO DEL CARMELO

Dr. JOSÉ M.^a VÁZQUEZ

Cada día nuestros jóvenes contactan con las drogas con menor edad y con una variedad más grande de las mismas. Ello genera un importantísimo problema social, económico y sanitario. Para darnos cuenta de la importancia de dicho problema, de una forma real, basta repasar las cifras del SEIT del año 1989, que aún son más alarmantes en el informe correspondiente al año 90 próximo a publicar. Así, **iniciaron tratamiento** 18.752 personas por problemas de drogodependencias: Un 95% el motivo fue por heroína y un 2,2% lo fue por cocaína. El 80% fueron hombres y el 20% fueron mujeres. La edad media fue de 20-24 años y un 60% eran politoxicómanos.

El indicador de urgencias arrojó un resultado de 15.144 ingresos, correspondiendo el 95% a la heroína, el 2,5% otros opiáceos y el 1,7% a la cocaína. El 80% fueron hombres y el 20% mujeres. La edad media fue de 25,3 años. El motivo de ingreso fue de un 38,4% problemas orgánicos, un 30,1% síndrome de abstinencia y un 7% por sobredosis.

El indicador de mortalidad registró 1.553 muertes en el espacio comprendido entre 1983 y 1989. El 84% fueron hombres y el 16% fueron mujeres. La edad media fue de 25-29 años. Todo ello, además, mostraba una tendencia de ascenso.

Las cifras de venta de tabaco han aumentado progresivamente y el coeficiente de mortalidad por problemas derivados hizo lo propio.

Tenemos, pues, el marco referencial apropiado para realizar una visión sobre el problema derivado del uso de sustancias.

Así, las drogodependencias estudian el fenómeno de la acción de una determinada sustancia sobre el S.N.C. en función de unas variables (dosis-tiempo-espacio), que producen unas alteraciones biológicas y comportamentales.

Es decir, en una drogodependencia influye la **sustancia**, el **individuo** y el **medio**. Se ha de comprender el problema, pues, desde un punto de vista bio-psico-social; existiendo múltiples causas sobre las que incidirán múltiples discipli-

nas para llevar a cabo su estudio.

Dentro del concepto individuo destacaremos la predisposición psicológica y la predisposición genético-constitucional. Así, dentro del primer subgrupo podremos estudiar las distintas alteraciones emocionales (pérdida de trabajo, pérdida afectiva, pérdida socioeconómica); también los trastornos afectivos (alteraciones depresivas, psicosis, alteraciones de conducta, de personalidad). En el segundo subgrupo que habla de la predisposición genético-constitucional son estudios que se han llevado a cabo, sobre todo en el tema del alcoholismo. Mencionaremos los estudios sobre el alelo del gen 2 de la dopamina, la mayor incidencia de alcoholismo en hijos varones de padres alcohólicos y la mayor tendencia a la depresión en las hijas de dichos padres, etc. Además, recordemos que las drogas influyen en un organismo que metaboliza la droga y ello produce una acción orgánica. Todos estos procesos están sometidos a variaciones individuales. Aquí incluiremos la acción de los enzimas sobre las sustancias, el número, calidad y afinidad de los receptores de las sustancias, etc.

Dentro del concepto del medio incluiremos factores familiares y factores sociológicos. Dentro de los primeros destacaremos las disfunciones familiares (familias desestructuradas —padre alcohólico y madre prostituta—, falta de valores éticos), nivel socioeconómico bajo. Factores culturales equivocados (el alcohol hace sangre, la cocaína no hace nada —jet y artistas—). Dentro de los sociológicos destacaríamos la emigración, el paro, curiosidad, disponibilidad, faltas de valores y alternativas, presión de grupo, absentismo escolar y laboral, facilidad de adquisición de las drogas, leyes inadecuadas, factores políticos, etc.

Por último tenemos las características de las sustancias y dentro de ellas tenemos las vías de administración, tiempo, acción cerebral, etc.

En toda drogodependencia existen unos factores originantes y otros factores favorecedores. Además, existen factores de mantenimiento. En muchas ocasiones estos conceptos se imbrin-

can añadiendo una mayor confusión al problema y dificultando la puesta en marcha de soluciones.

Los profesionales nos damos cuenta de la avalancha que se nos viene encima. En la mayoría de las ocasiones siempre hemos intentado solventar lo urgente, lo inmediato; olvidando, que es mucho mejor prevenir aquello que queremos evitar. Por ello, será fundamental poner en marcha programas preventivos para:

- Mejorar y promover la salud pública.
- Mejorar y promover el bienestar social.
- Mejorar y promover la calidad de vida.

Con todo ello:

- Disminuirá la mortalidad prematura.
- Intentaremos prevenir las enfermedades incapacitantes asociadas al consumo de drogas (demencia, síndrome alcohólico fetal).
- Disminuirá la inseguridad ciudadana.
- Se evitará la morbilidad psicofísica.
- Disminuirá el coste económico y social (gasto de tratamientos, absentismo laboral).

En definitiva, la prevención tendrá tres objetivos fundamentales:

- Reducción de la oferta de drogas.
- Reducción de la demanda de drogas.
- Detección y orientación precoz de los problemas derivados del consumo de drogas.

Los lugares idóneos para realizar un buen programa preventivo serán varios. La familia sería el primero, por ser el primer eslabón en el crecimiento emocional y socializante del individuo, donde se adquieren hábitos, valoraciones, aprendizajes y actitudes. Además la familia es un estamento que puede influir en la elección de eslabones secundarios como la escuela, medios de comunicación, etc.

La escuela será otro de los bastiones importantes para realizar prevención. En la escuela se adquieren conocimientos, actitudes, estilos de vida. Es una época importante, por su flexibilidad, para modificar comportamientos. El profesor representa a la autoridad, ejerce de modelo, es fuente de saber y puede detectar problemas de consumo. Será un lugar fundamental para educar antes de que aparezca lo que queremos evitar.

Otros lugares de prevención serán los medios de comunicación, las leyes, la comunidad, el campo laboral.

Con respecto al tratamiento de las drogodependencias, tendremos que estudiar dos grandes apartados:

a) De las drogodependencias, propiamente dichas, aquí incluiremos:

— **Desintoxicación física:** Con sus respectivos programas de Naltrexona, Metadona, programas libres de drogas, programas antitabaco, programas antialcohol.

— **Deshabitación psíquica:** Se incluye la psicoterapia individual, familiar, grupal, grupos de autoayuda, etc.

— **Reinserción social.**

— **Programas de seguimiento.**

b) De los problemas derivados del consumo de drogas:

— **Físicos:** SIDA, hepatitis, infecciones, etc.

— **Psíquicos:** Depresiones, psicosis, etc.

Como vemos, pues, la línea básica de lucha gira en torno a la realización de buenos programas preventivos y la existencia de dispositivos de atención a los pacientes.

No obstante, la gente de a pie se pregunta constantemente el porqué existen tantos toxicómanos y el porqué recaen con tanta frecuencia, a pesar de que se cuenta con recursos socio-sanitarios. ¡Qué difícil respuesta tiene esta pregunta!

Los factores de recaída de un toxicómano son múltiples y, además, deben ser individualizados para cada individuo. Analicemos dichos factores, centrando el tema en la heroína, al ser ésta el 95% de nuestro problema en la sociedad española.

Existen unos factores externos como la disponibilidad de la sustancia, la presión del medio ambiente hostil, la presión de grupo y los problemas socioeconómicos.

Otros factores pueden considerarse internos y son debidos a la personalidad y características físicas del paciente.

Sin restar importancia a los factores externos, cada vez adquieren mayor importancia los factores endógenos (internos) en el campo de la investigación.

Centraremos los factores endógenos de recaída en el caso de la heroína en cuatro grandes grupos:

a) Enfermedad por disfunción del sistema opioide.

b) Síndrome de abstinencia tardío.

c) Síndrome de abstinencia condicionado.

d) Procesos psíquicos concomitantes.

Con respecto a la **enfermedad por difusión del sistema opioide** diremos que, a principio de la década de los 70, se descubre el sistema opioide como un sistema de neurotransmisión y neuromodulación que parece intervenir en la mayoría de los procesos de regularización y

homoestasis del organismo, desempeñando, asimismo, un importante papel en el desarrollo de la conducta sexual, la vida afectiva y el mantenimiento de las funciones cognitivas superiores.

El mundo científico aceptó rápidamente la dependencia a la heroína como una noxa externa (heroína) que actuaría sobre los receptores opioides del sistema nervioso central, facilitándose el proceso por el medio ambiente degradado y marginal. Todo ello facilitaría la transformación de un individuo sano en uno enfermo. Bastaría, pues, erradicar los grupos marginales y disminuir la disponibilidad de la heroína para que los pacientes fuesen tratados y con ello solventar el problema. Pero en los actuales años 90 el panorama es más complejo.

En la actualidad están descritas enfermedades psíquicas o neurológicas para todos los sistemas de neurotransmisión cerebral:

- Esquizofrenia relacionada con la hipersensibilidad dopaminérgica.
- Parkinson relacionado con el fracaso dopaminérgico.
- Depresión y afectación de sistemas serotoninérgicos.
- Ansiedad y sistema GABA.
- Alzheimer y sistema colinérgico.

Por ello si todos los sistemas cerebrales presentan disfunciones asociadas a enfermedades psíquicas o neurológicas, es lógico que pensemos que el sistema opioide también puede enfermar, y al ser éste más complejo que ninguno las posibilidades de disfunción son mayores.

Así pues, aquellos individuos que sufrieran una enfermedad del sistema opioide podrían utilizar la heroína como autotratamiento de su proceso endógeno. Dicho trastorno le abocará, repetidamente, a buscar la automedicación que necesita a través de nuevos consumos de opiáceos.

Con respecto al **síndrome de abstinencia tardío** diremos que en muchos pacientes, después de realizado el proceso de desintoxicación, aparece un cuadro que puede prolongarse en el tiempo. Dicho cuadro clínico es el síndrome de abstinencia tardío, antes mencionado. Consiste en un proceso de disregulación del sistema nervioso vegetativo, de la homeostasis, de la analgesia y de las funciones psíquicas básicas, con una duración entre meses y años y que dificulta el desarrollo posterior por parte del toxicómano de una vida saludable y autónoma. Se caracteriza el síndrome por algias difusas (dolores), astenia, alteraciones cardiovasculares y respiratorias al esfuerzo, alteraciones de la termorregulación, trastornos del humor (hipotimia), dificultad en la atención, concentración y memoria, etc. Todo

ello sin que los exámenes médicos de rutina demuestren ninguna alteración orgánica. Como puede comprenderse esta es una situación desfavorable para llevar a cabo una correcta reinserción (dificultad de aprendizaje). Este síndrome puede hacer creer a familia y terapeuta en la poca motivación del paciente. Podemos entonces forzar al paciente para que realice actividades que, si fracasan, favorecerán la aparición de sentimientos de auto y heteroagresión que conducirán a la reanudación del hábito tóxico.

Con respecto al **síndrome de abstinencia condicionada**, consiste en la aparición de sintomatología típica del síndrome de abstinencia agudo en un individuo que ya no consume, al ser reexposto a los estímulos ambientales, que fueron condicionados a través de un proceso de aprendizaje de tipo Pavloviano, ligados al consumo de la sustancia de la que era dependiente. Veamos, pues, que a medida que un individuo consume heroína, cuando cesan los efectos de ésta, la abstinencia se convierte en un estímulo aversivo (negativo) que desaparece con la toma de una nueva dosis, lo que produce un confort y sensación placenteros. La repetición de esta secuencia de reforzamiento hace que los estímulos externos (familia, pareja, traficante, amigos, barrio, etc.) que antes eran neutros se conviertan en estímulos condicionados capaces de generar al ser presentados a un individuo que se mantiene abstinentes, la secuencia completa de sintomatología de abstinencia y la búsqueda compulsiva del tóxico (craving-deseo intenso), que finaliza con la toma del tóxico. La base neuropsicofisiológica podríamos hallarla en la hipersensibilización del sistema dopaminérgico. En este proceso de condicionamiento se ha propuesto la participación del sistema dopaminérgico a través de fenómenos de hipersensibilización de los receptores de las vías nigroestriatales y mesolímbicas inducidas por los opiáceos.

Es decir, en una situación de stress, el sistema estriado está muy activado, por lo que es más sensible a los estímulos externos (se condiciona más rápido). Llegados a este punto hemos de introducir dos conceptos: El primero consiste en que la conducta condicionada desaparece cuando ha pasado un tiempo en que el individuo no se ha expuesto o enfrentado al estímulo condicionante; por ello, pasado un tiempo no se reproducirá la conducta condicionada ante la reexposición del estímulo. Es lo que llamamos **olvido**. El segundo concepto consiste en que la conducta condicionada desaparece cuando el individuo se enfrenta al estímulo condicionante repetidas veces sin que se produzca el refuerzo que antes provocaba (si repetir el consumo). Es la llamada

extinción. En el concepto del olvido se basaría la terapia en **comunidad terapéutica**; mientras que la extinción sería curación en el propio medio. No obstante se ha visto que el condicionamiento de estas señales externas e internas es resistente al proceso de olvido (pueden reproducirse años después); mientras que son muy sensibles al proceso de extinción. De ahí que en las terapias actuales de los heroinómanos se tienda al tratamiento de los pacientes en su propio medio habitual, evitando en lo posible desplazamientos terapéuticos a medios geográficos o culturales extraños.

Por último, debemos hablar de los **trastornos psíquicos concomitantes**. Un gran tanto por ciento de pacientes drogodependientes presentan una patología psíquica concomitante larvada (solapada, a la vez), que se manifiesta con gran intensidad en el momento de la desintoxicación, interfiriendo en la deshabitación y resinserción. La constatación de que los opiáceos poseen propiedades antipsicóticas, antidepresivas y ansiolíticas muy interesantes, hacen pensar que los pacientes utilizarían la heroína como proceso de automedicación de sus procesos psíquicos endógenos.

En realidad no ha sido resuelto el interrogante formulado respecto a si los trastornos psíquicos son los que desencadenan las conductas de

consumo, o bien es el consumo prolongado de sustancias las que provocan cuadros psiquiátricos de origen tóxico. Probablemente será una coexistencia de ambos fenómenos.

En definitiva hemos de considerar la drogodependencia como una enfermedad crónica con evolución a brotes (recaídas), pero que dichos brotes no nos deben hacer pensar en un fracaso; siempre y cuando este episodio de consumo sea breve y esporádico. La recaída es parte del largo proceso terapéutico que conducirá a una forma de vida abstinentes y autónoma.

El éxito terapéutico no es sinónimo de curación. Tendremos que aceptar éxitos parciales que lleven a la vida de abstinencia antes mencionada. Familiares, especialistas, la sociedad deberá entender y aceptar dichos postulados. Con todo ello lograremos una mayor comprensión del problema y facilitaremos la reinserción de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

Master en Drogodependencias. Apuntes de clase; "Los opiáceos". Profesor Miquel Casas i Brugué. Promoción 1990-92.

Informe del SEIT, 1989. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Terapia antidroga, J. R. Solé Puig, Salvat Editores, S. A.

EL CULTURISMO CONTRA LA HEROÍNA

De todos es conocido que para alejarse de la droga es necesario "querer", pero creo que es mayor el esfuerzo que se requiere el mantenerse al margen, es por ello que la persona necesita de un gran apoyo psicológico como de todos es conocido con el objetivo de modificar la conducta (bajo mi punto de vista con un éxito muy por debajo de lo esperado) no pensaba igual del apoyo físico y no dudé en visitar un centro de reinserción al ex-drogadicto cuya directora me dio todo tipo de detalles sobre la atención que recibían y el camino que seguían para que la reinserción fuera posible, cuál fue mi sorpresa cuando a pesar de presentarme proyectos y estadísticas no recuerdo muchos casos que hubiesen llegado a buen término después de varios años de funcionamiento, cosa que me hizo dudar por un momento de la importancia de la faceta física.

Tuve la oportunidad de poder contactar con dos recientes ex-toxicómanos (menos de un mes de abstinencia comprobada por analítica), no dudé en dirigirlos al mundo del deporte. En primer lugar era qué tipo de deporte, después descartar varios me decidí por el culturismo, ya que los efectos que produce (secreción de endorfinas) son más prolongados, no así otras actividades deportivas que requieren también movimiento y concentración como el kárate, ya que la buena sensación de hacer un movimiento o gesto correctamente no dura más allá del paso por la ducha, sin embargo la congestión que puede producir el trabajo con pesas se nota lo suficiente como para tener esa sensación de seguridad que tanto escasea en el toxicómano. En segundo lugar era qué tipo de instalación deportiva era la más idónea, después de las experiencias que tenían no dudé en sugerirles un centro deportivo pequeño, ya que el contacto con los demás es más estrecho y no así en los hipergimnasios.

P. G. L., 27 años, inyectándose heroína desde los 19, según explica al principio de "forma controlada", discreto potencial económico que le permitía no tener problemas legales (aunque sí los tuvo familiares), con 63 kg. de peso y con una altura de 182 cm., después de un año de entrenamiento continuo, ha pasado a tener 86 kg. Ha cambiado el caminar cabizbajo por la actitud erguida, como vio que su cuerpo iba mejorando no podía dejar atrás otros detalles y así empezó a cambiar, ha participado recientemente en un Campeonato Social, quedando en cuarta posición, no sin antes haber pasado por entrenamientos duros de los que nadie como él puede hablar, con unas terribles agujetas cada vez que cambiaba el programa de entrenamiento, levantar una barra cargada con 50 kg. para hacer bíceps una y otra vez, parece para el mero espectador poco menos que algo que no conduce

a nada, sin embargo para él era el hecho de haber levantado 10 kg. más que en el programa anterior, lo que equivale a decir superación. La relación con los demás ha cambiado positivamente, pasando de ser una persona introvertida a ser lo que era antes, natural y sobre todo libre.

El entrenamiento deportivo lo considero como el medio natural para conseguir los mejores resultados, ya que permite el desarrollo de una serie de cualidades como pueden ser fuerza, velocidad, equilibrio, coordinación, resistencia, etc., todo ello encaminado a la **autoestima** (primer escalón).

Quiero destacar un factor importante como es la modificación de la conducta, que no es más que un proceso de aprendizaje, los modelos de conducta se cambian al premiar el tipo de comportamiento que queremos promocionar e ignorar la conducta que deseamos ver transformada, las consecuencias de un acto influyen su posible repetición. Si nos sucede algo agradable, deseamos repetirlo en el futuro, si una sesión de entrenamiento duro recibe una recompensa, la próxima vez volverá a entrenar, como mínimo, con igual dureza. El término congestión ha sido utilizado para describir la forma de sentir un músculo cuando ha sido entrenado. Si percibe esa sensación, se convierte en un recuerdo positivo.

La fijación de objetivos es siempre un motivador en cualquier programa de modificación de la conducta como puede ser el hecho de participar en una competición cuya finalidad es dar visos de realidad, los beneficios superan con mucho lo que podemos ganar mediante el entrenamiento y desde luego una dieta adecuada.

El culturismo para muchos deportistas es un estilo de vida, para mí es un acondicionamiento de salud excelente, el uso de drogas no cabe en tal forma de pensar, cuando se hace ejercicio y se ven las mejoras en fuerza y vigor, tiene lugar un gran incremento psicológico junto con una apariencia mejor y una mayor autoestima.

El hecho de entrenar en un gimnasio junto con otras personas supone una ayuda social, logran un sentido de control sobre sus vidas que les hace responder más completamente al acto de estar vivo, es por ello que trabajaré duro para encontrar alternativas viables que permitan alejar esa auténtica plaga que es la heroína.

RICARDO CÁNOVAS LINARES
Colegiado núm. 26426



LA FORJA DE LA DROGA

Puede que este artículo resulte repetitivo, en principio deseé hacer algo científico, luego tras una serie de "vivencias" recientes ya no, no podía, no podía encontrar respuesta a lo que ni la ciencia ni nada explica, sigue martilleándome el encéfalo y produciéndome dolor en lo más profundo de mis sentimientos la pregunta ¿qué es un psicópata?, ¿por qué se forma?, la respuesta sigue muda; en principio habría (según el método científico) que medirlos, cuántos hay, luego establecer hipótesis de trabajo y por último comprobar que sean ciertas, esto lo sabemos todos.

O se investiga de una forma seria el tema o estamos perdidos, así de sencillo y lo cierto es que deben de abundar, cuando ya va la segunda persona que tropiezo (me preocupa, no voy a negarlo), el psicópata tiene una apariencia normal, pero no es normal, su historia, su pasado no es normal, y siempre pensamos: "Pobrecillo, qué mala suerte ha tenido", no es mala suerte él/ella son así o, ¿los han hecho así?, esa es la duda, su enfermedad es genética o adquirida por el entorno peyorativo, o ambas cosas.

Cuando se leen los libros de texto todo parece estar muy claro, cuando se tropieza la realidad empiezan las dudas, las comprobaciones, las "preguntas", cuando —sigo— tropiezas con un psicópata resulta hasta encantador sobre todo si él es hombre y ella es mujer, ella le relata su historia entemecedora, todo le ha ido mal en la vida, dificultades por doquier, si cae en la trampa seductora la compadece, si ella le tiende las redes "ad hoc" puede caer.

Ya está en sus redes, se dedica a "seducirle" todos los días, aunque él no sepa (mienten por naturaleza) lo que hace en sus días "libres", es decir aquellos que ella o ellos se saben "libres", pues la respuesta es sencilla: hacen lo que les da la realísima gana, y para colmo simulan unos celos que no sienten, amargándole la existencia.

Aun así tienen una característica que les define y es el primer concepto que hay que saber: SON PERSONAS QUE SUFREN Y/O HACEN SUFRIR POR SU CONDUCTA. Cuando se padece la conducta de alguien acabas, a menos que también seas psicópata (por aquello de que Dios los cría y ellos se juntan), huyendo antes de que destrocen la vida, el emparejamiento es "selectivo", son dos mitades que se buscan y se encuentran.

Él conoció a M.^a del Pilar C. C. en diciembre de 1990, y ya desde el primer momento, por su forma de moverse, dedujo que era narcisista, le gustaba llamar la atención, decidió no fijarse más, pero ella por oscuros planes ya se había fijado en él, y echó sus redes y le cazó, el inicio fue el relato (de lo que le convino) de su triste historia pasada con su primer marido que es yonki (del cual conservaba, entre otros recuerdos, una de las jeringuillas con las que se pinchaba) y con quien se casó por llevarle la contraria a su madre; lo típico, que consumía heroína y la vendía para seguir consumiendo, su agresividad, ella acabó con una osteomielitis crónica en una extremidad superior de las palizas que él le propinaba, dijo estar ingresada en un psiquiátrico

porque había estado "enferma de los nervios" (en realidad ella intentó apuñalar sin éxito a su marido), el divorcio que le dejó una deuda con su madre de 600.000 pesetas, las múltiples detenciones de la policía a ella por presunta encubridora del "camello", que era su marido que escondía la heroína en los huecos de unos neumáticos de coches robados, y luego en el almacén de su pescadería (que ella perdió también) los escondía, cuando no cosía bolsitas con heroína en los forros de la ropa de ella, y así a todo el mundo le dijo que su marido padecía del estómago (ella miente por naturaleza, ya cuando era una niña dijo que mentía porque así se evitaba que la castigaran).

A los tres meses ya estaba separada de su marido, su piso lleno de electrodomésticos y joyas con los que los "consumidores de la blanca muerte" pagaban el mantenimiento de su enfermedad. Sin embargo volvió con el marido en tres ocasiones, éste claro está la manipulaba, decía estar arrepentido de su conducta anterior y que volvía para intentar curarse, ella incapaz de aprender por la experiencia, le concedía otra ocasión y se repetía la historia, hasta que desesperada el juzgado le concedió el divorcio; pero para un psicópata el salirse de un problema no es más que el prolongamiento de otro y no tardan en lograr su empeño, sin un duro recurrió a hacerse amante de un señor de edad que le complacía en sus necesidades materiales; luego, según ella, hubieron como "doscientos hombres más" y una mujer —el trabajo que me costó quitármela de encima— decía, y otro hombre que dijo que la perseguía para pegarle un escopetazo y que tenía modos de un mala bestia.

En el armario ropero de su habitación tenía una buena reserva de whisky, equipo de música, T.V., guitarra, allí pasaba horas, bohemia y noctámbula dormía hasta la saciedad, aunque no pernoctara, típico de ciertas depresiones; le relataba que cuando todavía estaba con su primer marido el piso se llenaba de yonkis que se pinchaban y que la incitaban a pincharse, si bien dijo no haberlo hecho; aparte las prácticas sexuales más dislocantes.

Posteriormente conoció al marido de una vecina en una discoteca, que también era psicópata, ella, él y la vecina formaron el típico triángulo amoroso, a pesar de que le debían a ella dinero y le tomaban el pelo ella seguía manteniendo la amistad.

Luego conoció a un casado psicópata (la mujer también lo era), con un hijo que nadie sabía de quien era, ella había ido a hacer de canguro a horas y acabó siendo la pareja de él, que la desplumó medio millón de pesetas y dos coches, aparte quería que pusiese el piso de propiedad de ella a nombre del hijo, ella que le había pintado y empapelado a él el piso de él, y aguantó las broncas del padre de él, huyó, no podía más, oírle llegar por la noches borracho y tropezando con todo, y las patadas que le propinaba en la cama, aparte de que el hijo de él tuvo que ser enviado al psicólogo por ser el típico niño con retraso escolar y de aprendizaje en general e hiperactivo, otra de las características de los psicópatas cuando son niños.

Y en ese punto la conoció; ella rechazaba de plano la idea de volver con él, él le dijo que ese individuo volvería a por ella, y así fue; en tanto esto pasó fingió estar enamorada de él, lo hizo casi a la perfección, si bien su teatro nunca le convenció del todo, le faltaban muchas cosas, descubrió a la primera su frigidez y anorgasmia, la mandó al psicoanalista, (debía de haberla enviado al psiquiatra para que confirmara la psicopatía; en fin, errores de la vida), aguantó cuatro sesiones y como sospechó un día presentó la típica resistencia a seguir, huía de los médicos; luego se dio cuenta, los psicópatas no se quieren curar (que no se pueda también es otra cosa), aparte a los psicópatas les encanta ser como son, se quieren así, cuando se les acosa en este sentido dicen ser "víctimas de la sociedad o de su triste historia pasada", los culpables nunca son ellos —por favor—, la culpa es siempre de los otros que les tienen manía.

Ellas suelen presentar frigidez desde siempre y con todos, vaya usted a saber por qué, en sus relaciones sexuales como es lógico tenía las maneras de una "profesional", además consienten la relación no cuando a ellas les conviene. Incapaces de aprender de la experiencia y de establecer una buena interrelación

sobre tu forma de proceder que antes decían encontrar perfecta: "Me gusta de ti todo lo que haces y dices", decía, luego pasan a la burla y hasta a humillarte. Se hacen proyectos que incumplen, deudas que incumplen, promesas que incumplen, son la "historia interminable".

Envidiosos por naturaleza, siempre resulta que en los trabajos (que dejan o los echan por doquier) no se hace justicia con ellos. Ávidos por el dinero fácil, recurren a cualquier estratagema para hacerse con él; su cúmulo de deudas, 400.000 pesetas más a una de sus hermanas. Incapaces de un proyecto de futuro. Les encanta conducir de forma temeraria y "colocarse" con alcohol.

Y luego volvió el segundo compañero con su hijo, le hizo chantaje afectivo, la invitó a la comunión del niño, le insistía en que el niño necesitaba amor de madre que sólo ella podía proporcionarle y, evidentemente, el dinero que ella podría proporcionarle a él, hacerle de criada, atender a sus necesidades sexuales, claro; él es un tipo agresivo y caradura (otra característica en ellos) que "pasa por donde haya que pasar y por lo que haya de pasar" para lograr sus objetivos, para un psicópata que a pesar de saberse un cornudo le da igual, no tienen dignidad, no han sabido nunca lo que es ni lo sabrán; la cameló con falsas promesas: "Ahora todo será diferente", ella (que no puede aprender de la experiencia) aceptó, ya podemos imaginar cuál será el final de la historia; esos eran los oscuros planes iniciales de ella, le utilizó a él como venganza de la relación que llevaba con ese individuo durante tres años, al enfadarse con él decidió vengarse, y qué mejor forma que buscarse otro compañero sexual.

Cuando además se enteró de que ella, aparte de fumar "rubio" con una frecuencia de un cigarrillo cada quince minutos, algún "porro" cuando puede, esnifa cocaína con la ayuda de billetes de quinientas pesetas, que toma estimulantes y que estuvo a punto de inyectarse heroína, si bien cuando tenía la aguja clavada la retiró a tiempo antes de introducirse el mórfico.

Que además "alterna", cuando se suponía que iba a su piso en su día libre a descansar, y que tras tomar unas copas en oscuros bares musicales, se va a satisfacer las necesidades sexuales de su cliente a un "moble" y que al día siguiente, con unas ojeras que le llegan al suelo, dice simplemente: "Estuve limpiando el piso y me he cansado muchos", lógicamente algunos de sus "clientes" pertenecían a la cliente la del bar en que trabaja, con lo que convenía "discretamente" la hora en que en "grandes coches" pasarían a recogerla a su domicilio, y luego se quejaba (falsamente) de que en su barrio, cercano al "Hípercord", le llamen "la rubia", color de pelo que se pone para destacar y hacer que se fijen más en ella—todo muy estudiado como se ve—, y además en el timbre de su inmueble hay una aspa labrada (muy discreta), la mitomanía es algo en lo que los psicópatas merecen matrícula de honor, que dicen velar por tus intereses económicos, pero a la que te descuides te pueden arruinar, no les importa a pesar de que saben que a la semana siguiente le van a dejar "tirado", que compre una T.V. último modelo y un vídeo de dos cintas último modelo para unos días en que ella tiene el "capricho", aunque a poco que se tenga la triste experiencia de tratarlos, caen en su propio peso; a veces te preguntan sobre lo que ellos están haciendo, refiriéndolo a conductas de gente que dicen conocer: "¿Qué efectos produce a la larga la cocaína... es que tengo «unos amigos» que la toman?", y vas y se lo cuentas, eso sí, ves como miran al infinito con cierto aire de -preocupación, pero como si nada, ellos erre que erre.

Y cuando le dijo: "Acabarás mal", te contestan por ejemplo con aire victimista: "¿Peor que lo que ya estoy?", y que más les da, porque en el fondo les da igual, aunque a veces (por quedar bien) se quejen y traten de inspirar compasión (para manipularte) por si te necesitan; son incapaces de amar, ni de quererse ni de nada, eso sí le encantan a ella los hombres apuestos (sin importar la edad ni nada) con la cartera llena de billetes y que la paseen en coches muy grandes y lujosos, a fin de cuentas eso es vivir, y es fácil, el esfuerzo les aterra, son vagos por excelencia, aunque trabajen de vez en cuando, eso sí nunca encuentran el trabajo acertado

"¿Peor que lo que ya estoy?", y que más les da, porque en el fondo les da igual, aunque a veces (por quedar bien) se quejen y traten de inspirar compasión (para manipularte) por si te necesitan; son incapaces de amar, ni de quererse ni de nada, eso sí le encantan a ella los hombres apuestos (sin importar la edad ni nada) con la cartera llena de billetes y que la paseen en coches muy grandes y lujosos, a fin de cuentas eso es vivir, y es fácil, el esfuerzo les aterra, son vagos por excelencia, aunque trabajen de vez en cuando, eso sí nunca encuentran el trabajo acertado, todos los trabajos tienen sus pegas, son trabajos de hoy para mañana, la solución para ella es trabajar de vez en cuando y estarse algún intervalo cobrando del paro, que le es ideal en verano para así poderlo disfrutar a su aire, para el trabajo que sabe hacer: camarera, no hay dificultades de encontrar otro, y además del bar saca clientes discretos, bastaba ver la sonrisa cómplice de los taxistas que van allí a comer para darse cuenta "de que sabían algo más" cuando una vez tuvo un trabajo de dependienta en una tienda de ropa de moda, sacaba hábilmente la etiqueta de la ropa, se la ponía un día o más, para lucirse, luego volvía a poner la etiqueta y la vendía.

Hasta leer les supone un esfuerzo: "No me concentro" dicen, y algo dejados en su higiene; ducharse todos los días es perjudicial para su delicado cutis, eso sí se pondrán todos los potingues y ropas que disfracen su interior frío y calculador.

Infieles por naturaleza, descontentos eternos de la vida, les encanta ser el centro de la atención, grandes actores, inveterados mentirosos, y que le dejó algo de ropa en casa por si alguna vez la necesita tener una excusa lógica para volver; es un espectáculo pavoroso, de una de las formas de conducta más destructivas que existen, y aunque con aire acongojado te digan "perdona" no se lo crea, es para quedar bien; tan sólo es un anticipo de otros "perdona" que como te descuides vas a tener que volver a oír si quieres.

El individuo que me relató su historia me decía que no salía de su asombro, decidí describirla como un ejemplo más (el último) de la correlación que existe entre la conducta psicopática y el consumo de drogas.

Parece ser, según publicaciones científicas fiables, la conducta está determinada genéticamente en sus aspectos más representativos, si bien también es posible que como los genes están "continuamente charlando con el mundo exterior" las noxas de éste incidan en el DNA, activando o desactivando una batería de genes, parece ser que existen una serie de comportamientos comunes a todos y otros y cuya representatividad anatómica sería el sistema límbico y que el neocórtex representa la parte digamos de la razón y responsabilidad, etc.

Sería conveniente averiguar, o rehacer todas las investigaciones que se han llevado a cabo sobre el trastorno psicopático o antisocial de la personalidad y ver qué resultaba: si era genético, adquirido o mitad y mitad.

También es posible que la personalidad psicopática lleve casi irremediabilmente al consumo de drogas, esto se podría establecer como hipótesis de trabajo experimental, comprobar mediante el test M.P.I. la personalidad de cada uno de los toxicómanos que soliciten asistencia médica, luego cuando se tenga un número suficiente de muestras el proceso estadístico en un ordenador mediante los programas S.P.S.S. + P.C., o bien C.G.S. harían el resto.

Dejo pues la idea en el aire, la suerte me acompañe y no tropiece jamás con otro psicópata.

Chavi



ASPECTOS DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN EL PROGRAMA TERAPÉUTICO DE DESINTOXICACIÓN

Abordaje psicoterapéutico de las drogodependencias

Todo intento de atender cualquier demanda de atención o ayuda que nos llega, debería idealmente procurar no perder de vista al ser humano en su globalidad, en su integridad, es decir, abarcando lo que se ha dado en llamar conjunto bio-psico-social, como forma que ha encontrado la teorización de compartimentar las diversas variables que constituyen a ese todo indisoluble, pero cuya complejidad y nuestras propias limitaciones, conceptuales y perceptivas para abordarla como conjunto, nos han llevado a aceptar como una "adición de variables".

Si esta visión de conjunto es esencial en la atención de todo paciente que llega a la consulta, ya que aún aquellos que manifiesten "sólo" males-tares "psíquicos", sufrirán incuestionablemente, en mayor o menor grado, efectos colaterales en su órbita "física" y en su entorno social, dicha visión de conjunto es especialmente indispensable en el caso de los pacientes que acuden por su drogodependencia, ya que en estos casos la esfera biológica está seriamente comprometida y el entorno social del paciente se encuentra gravemente afectado, en ambos sentidos, tanto en sus propias relaciones con el medio, cuanto en las que el medio tiene para con él.

De lo anterior se desprende el carácter fundamental que tiene el enfoque multidisciplinario en el abordaje de las toxicomanías, donde tanto médicos, cuanto psicólogos y asistentes sociales deben realizar una verdadera labor de equipo, de constante consulta, seguimiento y puesta al día, y de desarrollo de programas terapéuticos conjuntos y coordinados. Qué decir de la necesaria colaboración de abogados y magistrados, en cuanto al área de complicaciones jurídicas y legales que suelen acompañar estos casos.

La complejidad del problema de las toxicomanías nos debería llevar a despojarnos de toda ilusión de omnipotencia en cuanto a las posibilidades y efectos de nuestra actuación, si es que somos conscientes de las implicancias geo-económico-políticas que tiene el problema a nivel mundial, y por ende de la magnitud del poder y de los medios de las estructuras que continuamente burlarán todos nuestros intentos por ofrecer soluciones.

Esta conciencia, no obstante, lejos de desmoralizarnos y hacernos bajar los brazos, que sería por otra parte el efecto buscado, nos debería dotar de una enorme humildad y paciencia. Es aquí donde me permitiría, jugando con el orden de las palabras de un conocido refrán popular, advertir contra el riesgo de no ver el árbol por ver el bosque. Con lo cual quiero decir que el panorama general no debe impedirnos invertir todo el esfuerzo que sea necesario en cada "árbol" individual. Nuestra tarea está ampliamente justificada si logramos que un "árbol" en peligro recupere su fuerza vital, fortalezca sus raíces y crezca, brotando con todas las nuevas e imprevisibles ramas que su potencial humano indudablemente permite.

En cuanto a lo concreto del abordaje terapéutico en nuestro centro, en la actualidad es en principio individual (no descartándose en el futuro la posibilidad de recurrir a las muchas posibilidades que ofrece el abordaje grupal, apelando a recursos y modalidades de diferente índole, y que se podrán explicitar por separado en el caso de considerarse oportuno), y se ofrece tanto a los pacientes en tratamiento, cuanto a aquellos miembros de su entorno familiar que lo soliciten. En algunos casos, la pertinencia de un abordaje conjunto del paciente y su entorno familiar puede ser indicada por nosotros, de juzgarlo conveniente, aunque sea en ocasiones puntuales.

Las actuaciones del abordaje psicoterapéutico progresan con variaciones que acompañan la propia evolución del paciente, según la etapa del tratamiento en que se encuentre (desintoxicación, deshabitación, mantenimiento).

Se trata de brindar al paciente que inicia un tratamiento de desintoxicación y deshabitación, un espacio adicional, de características diferentes, para completar y reforzar el proceso que ha iniciado. Según sea la estructura de personalidad básica de cada paciente en cuestión, se atenderá a su demanda particular del modo que se considere más efectivo, pero apuntando a establecer las bases de una **cooperación**, en la **tarea conjunta** que implica su tratamiento, dirigida a que confíe en el proceso, a que cobre conciencia que nosotros confiamos en la parte constructiva de su ser que le ha llevado a buscar nuestra colaboración, para que a su vez llegue a confiar él mismo en esa su parte constructiva y creativa.

Se procura quitar peso a las connotaciones culpabilizantes y negativas que retroalimentan la tendencia a la autoagresión y autodestrucción, y que son en muchas ocasiones una autotrampa que sirve como justificante. En principio no se pone excesivo énfasis en ahondar en motivaciones inconscientes que puedan haber llevado a escoger, de todas las "adicciones" a las que el entramado social compulsivamente intenta "engancharnos", aquella que implica bio-psico-socialmente la destrucción del sujeto y su potencial, dejando esta investigación para una etapa posterior que puede o no surgir, según la evolución del paciente y sus propias inquietudes. Sí en cambio se procura promover la búsqueda de nuevos campos de interés que impliquen una reactivación y replotamiento de su potencial auto y hetero constructivo, que permitan una manera diferente de canalizar en el hacer toda la energía, que convertida en autoagresión conducía a su autodestrucción.

Se intenta el desarrollo de pautas, rutinas, actividades y áreas a las que el propio paciente pueda recurrir, de forma autónoma si es posible, sobre todo para autorreforzarse y apoyarse durante el período de deshabitación, atendiendo a la posibilidad de las recaídas.

Para aquellos que ya han transitado esta etapa, recuperando gradualmente la autoconfianza, se trabaja en la preparación de su reinserción plena en una vida cotidiana que resulte productiva y gratificante, poniendo especial atención en los temores, dudas y angustias que pueda manifestar el paciente en cuanto a su capacidad para enfrentar dicha reinserción. Se tendería idealmente a desarrollar un cambio radical en el modo de verse y sentirse, pudiendo aceptar tanto la angustia y el malestar, cuanto el bienestar, como constantes de la vida humana.

Considero que es importante, a los efectos de la necesaria sensación interna de continuidad psíquica, lograr una adecuada elaboración-aceptación de las experiencias vividas durante el período transcurrido como drogodependiente, para que dicho período quede "ligado" al resto de la historia vital, como algo que se ha elegido abandonar, pero que forma parte del propio pasado, a los efectos de evitar que opere como "núcleo" difuso, oscuro y amenazante, fuente de fantasías de pérdida de autoestima y autoconfianza.

Creo que todo psicoterapeuta debe intentar el encuentro con el paciente procurando constantemente mantener el difícil y mutante nivel de "distancia óptima" que le permita la necesaria empatía para responder a las necesidades psíquicas del paciente, pero evitando, tanto una distancia excesiva que le llevaría a tratarle no como ser humano sino como objeto de investigación científica, imposibilitando toda comunicación y colaboración provechosa, cuanto también la aproximación excesiva que llevaría a un perderse juntos en las dificultades del paciente, con lo cual también quedaría invalidada toda colaboración posible.

Considero que el psicoterapeuta, durante el tratamiento, debe mantener todo su bagaje teórico y todos sus recursos terapéuticos, disponibles en todo momento, pero en suspenso, no utilizándolos mecánicamente y automáticamente como una compleja parafernalia con la que a su vez defenderse del paciente, de la angustia que le genera, y de su propia inseguridad frente a lo incierto e imprevisto de cada encuentro terapéutico, intentando recibir al paciente con el mayor respeto posible por su carácter único, original e irrepetible como ser humano individual.

SILVIA E. HORVATH
Licenciada en Psicología