

*Heroína: Evaluación e intervención psicológica**

José LEON-CARRION
Universidad de Sevilla

La heroína es una droga que ha logrado causar un gran interés social a medida que su uso ha ido incrementándose. También es un sustancia que ha originado apasionados debates y posicionamientos que han trascendido lo puramente científico hasta ser objeto de interés político. El presente trabajo trata de hacer una exposición sobria y medida que permita entender, a la luz de las investigaciones recientes, los efectos que sobre el ser humano tiene esta droga, cómo han de evaluarse y qué distintas opciones terapéuticas pueden realizarse, desde la actuación psicológica clínica hasta la intervención comunitaria.

El opio es el resultado que se obtiene de la adormidera después de haberla sometido a diversas manipulaciones. En España el uso de esta sustancia en la práctica médica es varios siglos más antiguo que en el resto de Europa, gracias a la cultura islámica que la introdujo a través del Califato de Córdoba. Sin embargo, la historia del opio se remonta más allá de cinco mil años.

Desde la China de Chen Nung el Egipto del faraón Zoser, hasta pasar por las principales leyendas griegas, de Medea a Hércules. Para Homero el origen del opio se encuentra en Egipto. En muchas representaciones artísticas de dioses se ha encontrado la adormidera como símbolo del sueño o del dios del sueño. Para los romanos este dios se llamaba Morfeo, de donde más tarde derivó el nombre de morfina.

Cuando se descubrió la heroína, por la casa Bayer y cía. la propaganda que enviaba a los médicos sobre su nuevo producto hablaba de una sustancia que no produce hábito, fácil de usar y la única capaz de curar con rapidez a los morfinómanos, además de su utilidad para calmar la tos instantáneamente. Esto ocurría entre 1894 y 1898, pero no es hasta después de 1905 cuando aparecen tesis doctorales y estudios que se atreven a publicar por primera vez que la heroína produce hábito. El acuerdo de La Haya de 1912 declaraba a la heroína como narcótico.

El uso de esta nueva droga se extiende a amplias capas de la población, sobre todo a partir de la vuelta de los soldados norteamericanos de Vietnam y comienza en Occidente un gran negocio que mueve más dinero, en cualquier país, que muchas de sus industrias más pujantes.

El opio y sus derivados han provocado serios problemas a algunas naciones; China tuvo que ceder la isla de

Hong-Kong en 1842 para base naval y comercial a Inglaterra como resultado de la Guerra del Opio. De ahí que, si tenemos en cuenta el punto de vista histórico, la lucha contra la heroínomanía va más allá de aspectos puramente técnicos y científicos para envolver aspectos políticos y económicos.

Ya hemos indicado que el opio es el producto final del jugo de la adormidera y los efectos que produce dependen de la cantidad de morfina que contenga. En la actualidad los opiáceos más utilizados son la heroína, la metadona y la morfina. La ilegalidad de esta sustancia dificulta su control y permite que los usuarios no sepan el nivel de «pureza» que tiene la droga que están tomando. Suele estar mezclada con lactosa, barbitúricos, etc..., existiendo adulteraciones asesinas que contienen arsénico, estricnina u otro «veneno» que mata a los que la consumen. Por otra parte, las sobredosis suceden cuando se toman dosis con mayor porcentaje de heroína de la habitualmente consumida.

Desde el punto de vista de la farmacología conductual, los efectos buscados en la heroína dependen de la dosis. Los más importantes son la sensación de placidez y el cese de cualquier tipo de dolor (analgesia). Estos son los dos mayores atractivos para sus usuarios. La primera vez que se toma pueden producirse náuseas. En general, la primera sensación que se obtiene al inyectarse, por vía intravenosa, es orgásmica; comenzando en el abdomen, es descrito como un orgasmo generalizado, seguido de una sensación de hormigueo y calor (Campello, 1979), a ello le sigue un deseo de dormir y el cese de cualquier tipo de preocupación.

El conocimiento de los opiáceos por la población de nuestro país es importante. El 97% de los jóvenes dice tener conocimiento de la heroína, aunque solo es capaz

* Este trabajo ha sido posible gracias a la ayuda prestada por la Fundación Municipal para la Juventud de El Puerto de Santa María (Cádiz).

de identificarla el 49,8%. Menos de un 5% la han usado ocasionalmente y solo un 2% manifiesta haberse inyectado o esnifado alguna vez (Comas-Arnau, 1985). Según Navarro y cols. (1985), del Equipo de Investigaciones Sociológicas (EDIS), el número de personas que han consumido heroína alguna vez no excede del 1,8%, para quedar como consumidores habituales el 0,42% (Cuadro 1).

Consumo de heroína	Número absoluto de personas	% sobre población mayor de 12 años.
Alguna vez	542.000	1,8%
En los últimos seis meses.	343.000	1,1%
En los últimos 30 días.	279.000	0,9%
Habitualmente.	125.000	0,42%

Cuadro 1. Consumo de heroína en España según el Equipo de Investigaciones Sociológicas (EDIS).

En España se pueden fijar los usuarios jóvenes dependientes de la heroína entre 40.000 y 60.000. Argumenta Comas-Arnau (op.cit.) que esta cifra supondría según estudios comparativos con otros países –que establecen un índice de un 1.25% de muertes entre los adictos– que en nuestro país habría entre 500 y 750 fallecimientos al año por este motivo.

La heroína va más allá del hecho individual de la decisión de tomar droga: es un negocio económico fuerte con implicaciones político-sociales. En algunos países sudamericanos, parte de la actividad económica de la población gira alrededor de la manipulación de las drogas (Martín-González, 1986). En un estudio realizado por León-Carrión (1984) en El Puerto de Santa María (Cádiz), para una población total aproximada de 60.000 habitantes, la heroína mueve diariamente alrededor de 968.000 pesetas que se convierten al año en más de 350 millones de pesetas. Por ello la heroína es la *mercancia* de una *empresa* y cualquier actividad de intervención ha de contar con este fenómeno.

Efectos psicológicos y complicaciones

Los efectos de los derivados del opio son variados y para reconocerlos se han de contemplar cuatro aspectos importantes: Intoxicación, abuso, dependencia y abstinencia. (Cuadro 2)

	INTOXICACION	ABUSO	DEPENDENCIA	ABSTINENCIA
EFFECTOS	<ul style="list-style-type: none"> -Uso reciente de heroína -Constricción pupilar -Alguno de estos signos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Euforia. 2. Disforia. 3. Apatía. 4. Retardo pricomotor. -Alguno de los siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Somnolencia. 2. Lenguaje farfuleante. 3. Deterioro de la atención y memoria. -Efectos conductuales desadaptativos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Incapacidad para abandonar su uso. -Intoxicación a lo largo de todo el día. -Uso diario durante un mes como mínimo. -Episodios de sobredosificación. -Deterioro de la actividad laboral y social. -La alteración dura al menos un mes. 	<ul style="list-style-type: none"> -Tolerancia: necesidad de aumentar la dosis para obtener los mismos efectos cada vez. -Abstinencia: Alteraciones psicológicas que se producen al cesar o reducir el uso de la sustancia. 	<ul style="list-style-type: none"> -Tras uso continuado durante tiempo y a dosis altas. -Al menos cuatro de los siguientes síntomas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Lagrimeo. 2. Rinorrea. 3. Dilatación pupilar. 4. Piloerección. 5. Sudoración. 6. Diarreas. 7. Bostezos. 8. Hipertensión leve. 9. Taquicardia. 10. Fiebre. 11. Insomnio. -No debidos a otro trastorno mental.
CURSO	<ul style="list-style-type: none"> -Los máximos de sensación pueden darse antes de los cinco minutos, y los efectos permanecen durante 4 ó 5 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> -El sujeto cada vez tiene menos poder para controlar o reducir el uso de la droga. 	<ul style="list-style-type: none"> -El sujeto cada vez tiene un deseo más irrefrenable de experimentar los efectos de la droga. 	<ul style="list-style-type: none"> -Suele darse cuando ocurre una retirada brusca de la droga. Sus manifestaciones suelen darse a partir de la 5ª ó 6ª hora desde la última toma. Siendo su punto máximo entre las 24 y las 72 horas. Desaparece a partir del 7º día.

Cuadro 2. Efectos psicológicos de la heroína.

Generalmente, el usuario de heroína ha consumido anteriormente todo tipo de drogas y en la actualidad suele simultaneárselas con ésta. Un sujeto puede establecer una dependencia a la heroína en pocos días, especialmente si la forma de administración es inyectada en las venas. Una vez que se establece la dependencia, la vida del sujeto se centra en la droga y, sobre todo, en la forma de conseguirla.

Estas personas suelen complicar su vida con su conducta social y personal; así, las complicaciones más frecuentes están relacionadas con las formas de consecución de drogas: actividades delictivas (como robos, asaltos, tirones, etc...) y prostitución. Enfermedades físicas diversas como la hepatitis, SIDA, (en España, hasta la fecha, el mayor número de afectados está en el grupo de heroínómanos), infecciones, etc... y la muerte por sobredosis y/o adulteración (envenenamiento). Accidentes laborales y suicidios pueden también ser vistos en estos sujetos.

Cuando ocurre un episodio por sobredosis han de tomarse ciertas medidas, las más importantes según García-Sancornelio (1985) son las siguientes:

1. Mantener la respiración y la circulación sanguínea:
 - Mantener permeables y libres las vías aéreas.
 - Realizar la respiración artificial.
 - Masaje cardíaco cuando es necesario.
2. Traslado urgente a un hospital.
 - Facilitar el máximo de datos sobre el episodio.
3. Si existe en el material de urgencias *naloxona* inyectar una dosis de 0,4 miligramos por vía intravenosa y subcutánea.

Otro de los aspectos que han de tenerse en cuenta respecto a las complicaciones es el embarazo de una heroínómana, ya que es posible que una mujer dependiente a esta droga quede embarazada de su pareja, que puede ser también dependiente, o de otro hombre como consecuencia de un comercio sexual para obtener el dinero que le ayude a conseguir la dosis necesarias.

El embarazo de una heroínómana es siempre de alto riesgo y requiere siempre atención específica. La futura madre ha de someterse a un programa de mantenimiento con metadona, ya que el feto es muy sensible a los cambios de la droga (Robador-Azcarate y cols. 1984). Se trata de ir reduciendo la dosis entre el tercer (antes hay riesgo de aborto) y el séptimo mes (después hay riesgo de prematuridad). Un problema importante, por lo tanto, es saber cuando se quedó embarazada, ya que la mayoría de estas mujeres tiene amenorrea, y es difícil establecer la fecha de la concepción con precisión.

Los hijos de las heroínómanas suelen presentar un síndrome de abstinencia recién nacidos (Wilson y cols., 1973; Zelson y cols., 1973; Blinick y cols., 1976; Robador-Azcarate y cols, 1984). Los hijos de madres que han seguido un programa de reducción de dosis, suelen tenerlo entre las 48 y las 72 horas, y los de las que no lo han seguido, sobre las 24 horas (Robador-Azcarate, op. cit.; Delgado Rubio, 1979). Los hijos de madres con metadona suelen tener un peso mayor (Ostrea y cols., 1976) que los de aquellas que sólo han tomado heroína. En este sentido, el síndrome es más fuerte dependiendo de la intensidad de la dependencia de la madre (Cuadro 3). Las heroínómanas tienen mayor tendencia a embarazos múltiples (Rementeria y cols, 1975; Milstein y cols, 1974).

SIGNOS MAYORES	SIGNOS MENORES	MORTALIDAD
Hiperactividad. Temblores. Irritabilidad. Alteraciones del sueño. Llanto fácil. Succión frenética. Regurgitaciones. Vómitos. Pérdida de peso (+ 15%). Convulsiones.	Bostezos. Hiperproducción de moco. Heces blandas. Hiperhidrosis. Hipertermia. Sacudidas cuando se estimulan.	Complicaciones respiratorias. Convulsiones. Grave alteración hidroelectrolítica.

Cuadro 3. Síndrome de abstinencia del recién nacido. (Adaptado de Ostrea y cols., 1976 y Robador Azcarate y cols., 1984).

Una vez evaluado el cuadro que presenta el recién nacido se establece un plan de actuación con él, a corto y largo plazo, que será desarrollado por un equipo multidisciplinar.

Estrategias de tratamiento

1. Distintos abordajes

A continuación hacemos una distinción expositiva entre el modelo médico y el psicológico.

1.1. El modelo médico

La mayoría de los heroínómanos cuando acuden a algún centro o piden ayuda, suele ser cuando están cercanos o bajo el síndrome de abstinencia, y es entonces cuando reclaman atención médica; piensan que con fármacos podrán aliviar su malestar físico y psíquico. Desde esta óptica el médico suele ser un recurso momentáneo hasta poder conseguir de nuevo las dosis usuales.

El tratamiento médico de la heroínomanía globalmente consiste en la desintoxicación que puede ser realizada en un ambiente hospitalario o extrahospitalario. En un hospital general, según Fernández-Bilbao (1984), se debe realizar el siguiente protocolo a todo paciente que haya de desintoxicarse:

1. Condiciones de estancia.
2. Datos personales.
3. Historia de consumo de tóxicos.
4. Antecedentes.
5. Relaciones sexuales.
6. Historia Clínica completa.
7. Pruebas complementarias.
8. Profilaxis.
9. Contracepción.
10. Remisión a un centro especializado de alta.
11. Tratamiento del síndrome de abstinencia.

El tratamiento del síndrome de abstinencia desde el modelo médico suele realizarse, generalmente, a través de otras drogas o medicamentos, entre ellos los más normales son la *metadona* y la *clonidina*.

La *clonidina* es un medicamento conocido, desde hace muchos años, para el tratamiento de la hipertensión arterial y su poder analgésico es diez veces mayor que la

morfina. Con su uso los síntomas de abstinencia comienzan a desaparecer a la hora y media de la primera toma y el tratamiento tiene una duración media de cinco días (Girard y Gayrald, 1984), dependiendo de las dosis.

La utilización extrahospitalaria de *clonidina* parece ser un método valioso desde la perspectiva de los centros hospitalarios de salud mental, permitiendo el acceso a la desintoxicación a un mayor número de pacientes, reduciendo costos de hospitalización e involucrando a la familia y allegados en el proceso terapéutico desde sus inicios (Arrese, Arozena, Etura y Erauskin, 1984). Los efectos secundarios del tratamiento con *clonidina* son una caída de la presión arterial, alteraciones de la frecuencia cardíaca, anorexia, sequedad de boca e insomnio (Giral y Giral, 1984; Arree y Calvo, 1984). Se han descrito por algunos autores un síndrome de abstinencia a la *clonidina* en la interrupción brusca a altas dosis (Garbus, Weber, et al., 1979; Hunyor, Hansson, et al., 1973; Korczyn, 1980 y Pettinger, 1980).

La *metadona* es un agonista de la heroína, descubierta en 1940. Se utiliza para evitar el síndrome de abstinencia a la heroína a través de programas de mantenimiento. Su uso es muy controvertido ya que los sujetos que siguen estos programas son difíciles de controlar, a pesar de los aspectos legales; habiendo aparecido un mercado negro de *metadona* que produce importantes beneficios en algunos sectores. Tras una interrupción brusca también puede aparecer un síndrome de abstinencia a ella.

En la actualidad se utiliza poco en nuestro país, al menos oficialmente. En Estados Unidos el interés por la utilización de estos programas de abastecimiento o mantenimiento con *metadona* está cada vez más bajo (Dole, 1976); en Suiza existen menos de 170 personas que siguen un programa de mantenimiento con esta droga (Gunne y Growbladh, 1984). Una nota de la delegación suiza, en el Consejo de Europa, del 28 de Agosto de 1984, sobre el uso de *metadona* en programas de desintoxicación explica la necesidad de que toda persona debe tomarla en presencia de personas responsables. La nota francesa, de 12 de Octubre de 1984, contempla que la *metadona* debe ser tomada oralmente en una institución con disminución progresiva de dosis.

1.2. El modelo psicológico.

Todas las experiencias demuestran que el tratamiento de los heroínómanos puede realizarse a través de un equipo multidisciplinario. Desde la ciencia psicológica la aportación es doble; en primer lugar, la evaluación y el tratamiento; en segundo lugar, la intervención en el entramado psicosocial.

La evaluación y diagnóstico del cuadro que presenta el sujeto es el primer paso para la actuación en cualquier tipo de dependencia y, por lo tanto, también lo es en el caso de la heroínomanía. Desde este punto se trata de observar qué procesos psicológicos están alterados, y cuáles son las cualidades de estas alteraciones, como corresponde a cualquier tarea evaluadora (León-Carrión, 1985). Se observa si existe alguna descomposición o alteración de la actividad psicológica normal en los estados de conciencia, la experiencia del yo, los aspectos emocionales, el pensamiento y el habla, la memoria, la percepción y los aspectos motores.

Esta investigación psicopatológica conviene que

sea realizada antes y después de la desintoxicación, para poder observar, así, los resultados obtenidos y aportar datos a los siguientes pasos psicoterapéuticos. Todo ello se realiza a través de la entrevista clínica y de las técnicas e instrumentos de evaluación psicológica. Es importante administrar al sujeto un cuestionario sobre el consumo de drogas (León-Carrión, op.cit. pág: 58-61).

Para valorar la intensidad del síndrome de abstinencia se observan si las manifestaciones presentadas se ajustan a lo referido a la privación de la droga. Para ello puede utilizarse una lista de chequeo de privación de opiáceos (Cuadro 4).

LISTA DE CHEQUEO DE DEPRIVACION DE OPIACEOS

	Día	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Signos autónomos generales									
Bostezos	1								
Sudoración	1								
Lagrimación	1								
Rinorrea	1								
Palpitaciones	3								
"Flashes" calor y frío	3								
Carne gallina	3								
Eyacuación espontánea	5								
Midriasis	1 a 5								
Hiperpnea (cada r/m)	1								
Fiebre (cada 0,1°)	1								
Pérdida de peso (cada 1/2 kg)	1								
2. Signos neuromusculares									
Intranquilidad motora	1								
Dolor huesos y músculos	1								
Temblores	3								
3. Signos gastrointestinales									
Retortijones	1								
Anorexia 40%	3								
Diarrea	5								
Vómitos (cada uno)	5								
4. Trastornos del sueño									
Interrupción del sueño	1								
Dificultad conciliar	1								
Total									

Cuadro 4: Lista de chequeo de privación de opiáceos. (Según Arrese y cols., 1984).

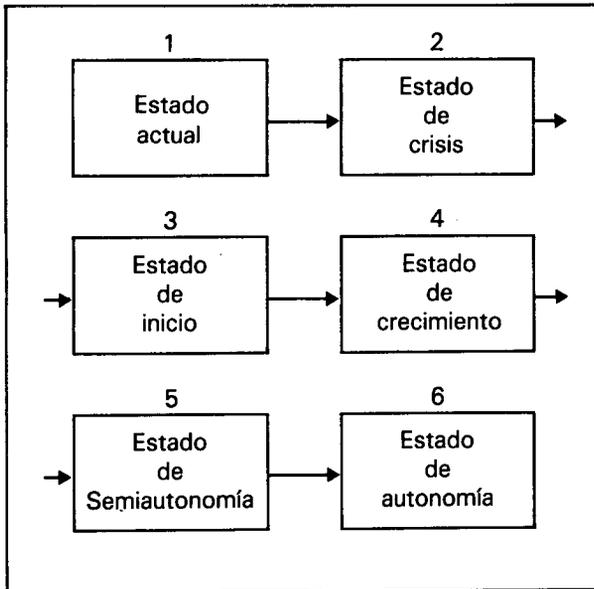
Durante la desintoxicación y las demás intervenciones terapéuticas se evalúan los progresos en cada área y su correlación con el método terapéutico utilizado. Para ello se utilizarán los métodos de evaluación o valoración de intervenciones.

2. Los pasos del tratamiento psicológico

En la intervención psicológica con heroínómanos se distinguen seis pasos (Cuadro 5). El *primero* se refiere al estado en que se encuentra el paciente en el momento en que se comienza la intervención. Se trata de observar, estudiar e investigar al sujeto con los medios y conocimientos necesarios para poder tomar las decisiones de intervención terapéutica oportunas a raíz de los resultados obtenidos.

Un problema importante surge en esta situación

cuando el sujeto llega a pedir ayuda terapéutica. Es posible que no tenga el propósito firme de seguir los distintos estadios que plantea un contrato terapéutico. La petición de ayuda puede ser algo coyuntural motivado por los efectos que le produce el no tener suficiente cantidad de droga en ese momento ¿Deberá el psicólogo y su equipo atender a dicho paciente?. La respuesta no está clara; sin embargo, la mayoría de los centros y autores realizan un contrato terapéutico en el que «imponen» algunas condiciones (Picchi, 1984; Vila-Abadal y cols., 1984; Intxusta, 1984; Gram, 1984).



Cuadro 5: Los pasos de la intervención psicológica.

Se ha observado que los resultados no son aceptables cuando los pacientes no han demostrado fehacientemente su interés por tratarse o participar en algún programa de rehabilitación. Se ha de establecer un compromiso terapéutico que permita que cuando no se cumpla en alguno de sus puntos pueda ser revocada y suspendida la intervención. De esta forma se evita que estos sujetos ocupen un tiempo, unos medios y unas personas para efectos paliativos, cuando otras, es posible que lo necesiten y están dispuestas a cumplir su parte en el tratamiento.

El *segundo paso* de la intervención psicológica en el tratamiento de los heroínómanos se refiere al estado de crisis o fase del síndrome de abstinencia y momento de la desintoxicación. Evidentemente, antes de proceder a esta última, el equipo debe tener recogidos del paciente todos los datos pertinentes para ello, obtenidos en la fase anterior. Es aconsejable que la desintoxicación sea realizada por un equipo multidisciplinario, por las complicaciones que pudiera haber lugar, aunque la muerte es poco frecuente a no ser que el individuo presente un grave trastorno físico como una enfermedad cardíaca (DSM III).

Los primeros síntomas de la abstinencia suelen aparecer entre las cuatro y las ocho horas desde la última inyección, teniendo su punto máximo entre las cuarenta y ocho y las setenta y dos horas, para ir desapareciendo a partir del séptimo día. Existen tres estrategias de tratamiento para la desintoxicación:

- a) Reducción progresiva de la dosis de opiáceos.

- b) Supresión de los opiáceos y aplicación de otras drogas.

- c) Supresión inmediata de los opiáceos sin aplicación de ninguna medicación.

Las dos primeras las realiza siempre un médico que es quien aplica las drogas sustitutas o los medicamentos y controla las variables fisiológicas. En estos casos el psicólogo interviene realizando una terapia de apoyo y mantenimiento psicológico. La tercera estrategia se realiza en los casos en que así se establece en el contrato terapéutico y/o el paciente lo pide explícitamente.

La desintoxicación sin medicamentos sustitutos es una tarea discutida y difícil y que requiere unos mayores niveles de conocimiento previo del paciente. Esta forma de actuación suele realizarse en clínicas (generalmente con la administración de algún psicofármaco que alivie al sujeto); en comunidades terapéuticas; y en pisos urbanos donde la familia y los amigos juegan un papel importante. Desde nuestro punto de vista es recomendable que en el equipo que trabaje en esta línea haya siempre un técnico que controle las funciones biológicas precisas.

El mayor índice de fracasos en la desintoxicación a la heroína viene dado por la posibilidad de obtener fácilmente una dosis durante este período, ya que el sujeto en algunos momentos intentará conseguirla. Una de las normas más estrictas en los centros de deshabitación es la prohibición expresa de que circulen drogas por ellos, para lo cual se establece un riguroso sistema de control. Sin ello es imposible llevar a buen término la labor comenzada.

El *tercer paso* en la intervención psicológica con heroínómanos es el denominado estado de inicio. Con este nombre se está haciendo referencia a otra difícil etapa del proceso rehabilitador. Es la fase que sucede a la desintoxicación física del sujeto donde el apoyo psicológico es aquí esencial. La vuelta al consumo de drogas suele coincidir con la llegada del sujeto a su ambiente familiar, a los amigos o a los compañeros también usuarios de heroína (DSM III); con la vuelta a su antiguo ambiente conductual (León-Carrión, 1986).

Una vez desintoxicado el sujeto no está en condiciones de volver a su ambiente conductual. Ello, debido, por una parte, a las presiones del ambiente y, por otra, a que el paciente antes de su deshabitación formaba una unidad con dicho ambiente conductual. Por lo tanto, la vuelta a él debe desarrollarse una vez que se hayan estudiado variables de personalidad y ambientales.

Se ha encontrado que los heroínómanos perciben el control de su propia vida fuera de sí mismos (León-Carrión y cols., 1985), de tal forma que las intervenciones terapéuticas tendrán que comenzar por actividades de control externo que progresivamente se transformen en otras de control interno, para que así puedan ir percibiendo que el control de su vida está en ellos mismos. El estudio del ambiente conductual es importante ya que al ser la unidad básica del comportamiento se puede predecir o controlar a través de él la conducta posterior del sujeto (Barker y Wright, 1949; Wicker, 1979, León-Carrión, 1986).

Una intervención que no tiene en cuenta los ambientes conductuales y las variables psicológicas del individuo, está, en su mayor parte destinada al fracaso. Por ello, la primera fase dentro del estado de inicio estaría centrada en actividades secuenciales respecto a perso-

nalidad y ambiente. La intervención en los ambientes conductuales del sujeto ha de ser diseñada a partir de los datos obtenidos de su evaluación y no como una suposición personal sobre su ambiente. Esta preparación suele realizarse en comunidades terapéuticas o en otras ciudades distintas al contexto del paciente.

El *cuatro paso* es el estado de crecimiento psicológico personal. Ello hace referencia a esa etapa en que el paciente está poniendo en orden aspectos de su estructura y de su dinámica de la personalidad, que ha tenido en «suspensión» durante algún tiempo. Es el paso inmediatamente anterior a la vuelta a su ambiente conductual. Aquí se realizan las psicoterapias adecuadas individuales y grupales para movilizar, estudiar, analizar y explicar conflictos y problemas específicos.

El *quinto paso* es el que denominamos estado de semiautonomía. Es la entrada del sujeto en el contexto al que va a intentar pertenecer. Puede ser su antiguo contexto y ambiente conductual o, por el contrario, otro distinto y/o nuevo. Por lo general, los sujetos vuelven a aquellos a los cuales pertenecen. En esta fase con sus nuevos o reavivados recursos, tratan de hacer frente a las vicisitudes de su nueva situación en sus manifestaciones más reales: con su familia, con sus amigos; en sus ambientes conductuales en definitiva. Se denomina estado de semiautonomía porque es necesario que el sujeto mantenga estrechos contactos con el equipo de intervención urbana en drogodependencias, siendo aconsejable que lo haga diariamente en este período, que puede durar incluso más de seis meses. Posteriormente, se irán espaciando los contactos hasta reducirlos al mínimo que permita el estado de automanejo del paciente. Se trata en este período de reforzar la autonomía y no la dependencia al terapeuta y/o a su equipo.

El *sexto paso* lo denominamos estado de autonomía. Para el D.S.M. III la abstinencia aumenta con el paso de los años, habiéndose observado un abandono de la dependencia a los nueve años de su inicio. Por ello, definir cuando el sujeto es capaz de manejarse por sí mismo, de ser autónomo, es difícil. De todas formas, se calificará como estado de autonomía de un sujeto cuando la interrupción del uso de sustancias (heroína) es prolongada (al menos varios años) y los objetivos de los pasos anteriores se han cubierto, bien sea a través de un proceso terapéutico reglado como se ha descrito aquí o, por otro sistema, siempre que los fines se hayan cumplido.

En esta fase es muy importante la evaluación psicológica para comprobar el éxito del proceso y las garantías que, técnicamente, se pueden tener de que el paciente puede pertenecer a un ambiente conductual determinado sin tener más dependencias de las consideradas normales y de la capacidad del sujeto para administrar su propia conducta y sentimientos.

3. La intervención psicológica: la rehabilitación existencial.

Todo modelo de atención, intervención o tratamiento lleva detrás un marco teórico que lo sustenta, una filosofía que organiza y ordena las acciones a llevar a cabo y los métodos de actuación. Posiblemente no exista la intervención inocente, virgen, aséptica o totalmente instrumental; además, también es posible que, si existiera, con ella no se consiguiera nada. Los objetivos de

cualquier intervención los pone siempre el técnico, el hombre.

Así, desde la psicología radical pudiera entenderse que no hace falta actuar sobre sujetos adictos a la heroína: el supuesto básico es que cada cual puede vivir, e incluso matarse si quiere, si así lo desea. Para otros, por el contrario, es necesario incidir en estos sujetos aunque ellos no lo quieran ya que su conducta (social, adictiva, etc...) es perjudicial para la sociedad donde viven. Otra postura que ha ganado adeptos últimamente, es considerar que sólo se interviene en aquellos sujetos que lo piden ya que no merece la pena gastar esfuerzos, energías y dinero en sujetos en los que se ha demostrado que el nivel de éxito obtenido es muy inferior al esperado. Evidentemente, detrás de cada aspecto expuesto existe una concepción del mundo, una filosofía.

El primero confía en el hombre como objeto, sujeto de su propia vida, es un *modelo no intervencionista*. Para el segundo el hombre de alguna manera debe ser dirigido, no existe una confianza absoluta en él, y/o hay una primacía del denominado bienestar (salud) social. Es un *modelo intervencionista*. El tercero adopta una postura que podría entenderse en función de las necesidades que cada cual tiene y de su concepción del mundo; no hacer nada si no te lo piden. Es un *modelo semiintervencionista*. Por ello, cabría pensar que siempre se debería preguntar ante cualquier supuesto interventivo dónde se está situado y cuál es la posición filosófica de partida.

Nuestro modelo, que parte de nuestra experiencia en este campo y que actualmente llevamos a cabo, lo denominamos como *existencial* y se basa en la concepción de que el hombre forma un todo con el ambiente en el que está inmerso, de tal forma que cualquier cambio en el hombre repercute en el ambiente y cualquier cambio en el ambiente repercute en el hombre. Hombre y ambiente forman una unidad que es posible estudiar y sobre la cual se puede actuar además de facilitar la prospección (León-Carrión, 1986).

Este modelo no separa tajantemente la prevención, el tratamiento y la reinserción— en el sentido clásico— sino que entiende que lo que existe es un modelo de intervención que actúa en los distintos aspectos que, a su vez, interactúan. Cualquier actividad interventiva tiene una repercusión en el ambiente conductual que se toque. Y esto porque no debemos olvidar que si se actúa sobre el hombre se actúa sobre su medio y al revés. Por ejemplo, cuando un heroinómano vuelve a su ambiente conductual desintoxicado, todo el ambiente recibe su influjo y, a la vez, el sujeto lo recibe del ambiente conductual.

Para ello, nuestro plan de actuación se basa esencialmente en conocer fuertemente cuáles son las características de los distintos ambientes conductuales donde se actúa (ver León-Carrión, 1986). A partir de ahí, se puede comenzar a trabajar. Los pasos a seguir son los siguientes:

1. Actividades de animación.
2. Actividades de colaboración.
3. Actividades de transformación.
4. Actividades de mantenimiento.

En primer lugar se trabaja «en la calle», en los barrios, en los distintos ambientes conductuales; a través de animadores suficientemente entrenados y que conocen

las características del contexto (obtenidas en un estudio previo) en el que se han de desarrollar sus actividades. Su misión es introducirse y dinamizar los ambientes en función de aquellos factores de transformación potencial, a través de actividades no dirigidas a, sino surgidas de la propia dinámica del ambiente conductual.

Los animadores no actúan solos sino que lo hacen con aquellos miembros del contexto que voluntariamente se unen al programa de animación. De esta forma los animadores van formando parte de la unidad ambiente conductual y la dinámica que empieza a surgir va, por sí misma, modificando las características de los ambientes conductuales. Estos primeros pasos no se realizan en un periodo corto de tiempo, sino que requiere todo aquél que el ambiente conductual necesita para aceptarlo. Cada ambiente conductual requiere su propio tiempo.

Los mismos sujetos que pertenecen al ambiente conductual piden colaborar activamente en la programación de las actividades de animación. Así, los sujetos empiezan a colaborar y a utilizar un tiempo, un espacio, unas formas de relaciones interpersonales distintas a las que tenían antes. Esto realmente no es fácil, existen muchas resistencias personales y grupales; por ello, el haber estudiado previamente el ambiente conductual y las formas de entrar y contactar, son aspectos fundamentales para el buen desarrollo de las siguientes fases.

Generalmente no se persigue con esto que todos los sujetos adictos a la heroína o a otras drogas dejen de consumirlas automáticamente, sería una ingenuidad por nuestra parte pensar así, sólo ocurre que algunos sujetos comienzan a cambiar su estilo de vida y cada vez van reduciendo más las dosis, hasta que lo consiguen; o, bien, acaban integrándose en el programa de ayuda o de intervención comunitaria en drogodependencias de su propia comunidad. Son estos mismos sujetos los que actúan sobre otros, por efecto mimético, en distintos plazos de tiempo, para que también los vayan dejando. Se acepta en principio que existe un porcentaje que no va a abandonar el consumo; el ambiente conductual debe, si se conoce, tenerlo dentro de su seno como una minoría cuya capacidad de influencia debe ser mínima o nula.

Así, el ambiente conductual se va cambiando y ello se hace a través de las *actividades de transformación* que inciden principalmente sobre la calidad y las formas de vida que van surgiendo en ellos mismos. Para la buena realización de esta tarea, en los momentos actuales, no son ajenos los ayuntamientos y los organismos públicos, desde el punto de vista económico. Muchas actividades de transformación requieren dinero para su ejecución y este no siempre se puede conseguir en el propio contexto.

Las *actividades de mantenimiento* hacen referencia a que ha de quedar establecido en cada ambiente conductual un nuevo circuito de mantenimiento, lo suficientemente flexible, para facilitar futuros cambios si éstos son requeridos.

Referencias

- AMERICAN PSYCHITRIC ASSOCIATION. DSM III. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona: Masson, 1983.
- ARRESE, J.L.; AROZENA, I.; ETURA, M. Y ERAUSKIN, I. Desintoxicación extrahospitalaria en dependencia a opiáceos. En *Drogodependencias, un reto multidisciplinario*. San Sebastián: Eusko-Jauriaritza, 1984. Tomo I, 163-169.
- BARKER, R.G. & WRIGHT, H.F. Psychological ecology and the problem of psychosocial development. *Child Development*, 1949, 20, 131-143.
- BLINICK, G.; WALLACH, R.C.; JEREZ, E. & ACKERMAN, B.D. Drug addition in pregnancy and the neonate. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1976, 125, 135.
- CAMPello POVEDA, R. Los opiáceos. En *Las toxicomanías en la práctica médica*. Betera (Valencia). 1979.
- COMAS ARNAU, D. Conceptos básicos sobre el uso de drogas por la juventud española. *Juventud y drogas. Revista de estudios de la Juventud*. 1985, 17, 11-38.
- DELGADO RUBIO, A. *Patología prenatal por medicamentos, tóxicos, agentes físicos y metabólicos*. Serie nº 5. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Madrid. 1979.
- DOLE, V y cols. Methadone maintenance treatment. A ten-years perspective. *JAMA*. Vol. 235. 19.
- FERNANDEZ BILBAO, J.; ROBADOR AZCARATE, A Y MARTINEZ RUIZ DE ZARATE, M. Estudio retrospectivo de organicidad y propuesta de protocolo para heroínómanos ingresados en un hospital general. En *Drogodependencias: un reto multidisciplinario*. San Sebastián. Eusko-Jauriaritza, 1984. Tomo I, 141-148.
- GARBUS, S. V.; WEBER, M. A.; PRIEST, R. T.; BREWER, D.S. and HUBBEL, F.A. The abrupt discontinuation of antihypertensive treatment. *Journal of Clinical Pharmacology*, 1979. 1, 476-486.
- GARCIA SAN-CORNELIO, J. *Qué hacer ante las intoxicaciones agudas por drogas*. Centro Coordinador de Drogodependencias (DAK). Servicio Central de Publicaciones. Vitoria-Gasteiz. 1985.
- GIRARD, M. y GAYRAL, L.F. La Clonidina para el tratamiento de los trastornos de la abstinencia de drogas en toxicomanías por los opiáceos. En *Socidrogalcohol*, IX, 1984, 273-286.
- GRAU, T. Evolución de los criterios asistenciales en una granja de rehabilitación para toxicómanos. En *Drogodependencias: un reto multidisciplinario*. San Sebastián: Eusko-Jauriaritza, 1984. Tomo II, 2145-150.
- GUNNE, L. & GROWBLACH, L. The Swedish Methadone Main-

- tenance Program. En Servan (ed): *The social and medical aspects of drugs abuse*. Spectrum Publicacion Inc. 1984.
- HUNYOR, SM; HANSSON, L.; HARRISON, TS. & HOUBLER, SW. Effects of Clonidine withdrawal: possible mechanism and suggestion for management. *Brit. Med. J.* 1973, 209.
- INTXUSTA, R. Comunidad terapéutica institucional AIZEGAIN AGIPAD. En *Drogodependencias un reto multidisciplinar*. San Sebastián. Eusko-Jauriaritza, 1984. Tomo II, 115-124.
- KORCZYN, AD. Clonidine for opiate withdrawal. *Lancet*, 1980. 2: 649.
- LEON-CARRION, J. *Diagnóstico Clínico en Psicología*. Sevilla: Alfar/Universidad, 1985.
- LEON-CARRION, J. La evaluación de ambientes: un abordaje para el proceso terapéutico. (Aportacion preliminar). *Sociodrogalcohol XI*, 1984.
- LEON-CARRION, J. Drogas y drogodependencias. En: León-Carrión, J. (ed): *Bases para la prevención de las drogodependencias*. Alfar/Universidad, 1986.
- LEON-CARRION, J. El ambiente conductual: un abordaje para la prevención de las drogodependencias. En: León-Carrión, J. (ed): *Bases para la prevención de las drogodependencias*. Sevilla: Alfar/Universidad, 1986.
- LEON-CARRION, J.; GOMEZ DE TERREROS G. M, Y REGUERA BENITEZ, J.M. "Locus of control" en heroinómanos: implicaciones terapéuticas *Psiquis*. Vol. 6. 1985.
- MARTIN-GONZALEZ, A. El lenguaje de los datos. En León-Carrión, J. (ed): *Bases para la prevención de las drogodependencias*. Alfar/Universidad, 1986.
- MILSTEIN, M; MORISHIMA, A COHEN, MI. & LITT, IF. Effects of Opium alkaloids on mitosis and DNA synthesis. *Pediatr. Res*, 1974, 8, 392.
- NAVARRO, J. El consumo de drogas en España. En *1^{as}. Jornadas Internacionales los Municipios ante las drogodependencias*. Vigo 1985, 201-216.
- OSTREA, EM; CHAVEZ, CI & STRAUSS, ME. A study of factors that influence the severity of neonatal narcotic withdrawal. *J. Pediat.* 1976, 88, 642.
- PETTINGER, WA. Drug Therapy: Clonidine, a new antihypertensive drug. *New Eng. J. Med.*, 1980, 293, 1179-1180.
- PICCHI, M. El proyecto hombre: centro italiano de solidaridad. En *Drogodependencias: un reto multidisciplinar*. San Sebastián: Eusko-Jauriaritza, Tomo II. 59.
- REMENTERIA, JL.; JANNAKAMMAL, S. & HOLLANDER, M. Multiple births. in drug-addicted women. *Am. J. Obstet. Ginecol*, 1975, 122, 958.
- ROBADOR AZCARATE, A.; FERNANDEZ BILBAO, J.; MARTINEZ ORTIZ DE ZARATE: URIBARREN. Heroína y embarazo. En *Drogodependencias: un reto multidisciplinar*. San Sebastián: Eusko-Jauriaritza, 1984. Tomo I, 259-266.
- VILLA-ABADAL, J.; ROMANI, G.; ROYO, J. y VILADRICH, MC. Comunidad terapéutica de Vidra: una experiencia de comunidad profesional para toxicómanos. En *Drogodependencias un reto multidisciplinar* San Sebastián: Eusko-Jauriaritza, 1984. Tomo II, 105-114.
- WICKER, AW. *An introduction to ecological psychology*. California. Brook/Cole. Publish. 1979.
- WILSON, G.S; DESMOND, NM. & VERNIAND, WN. Early development of infants of heroin-addicted mothers. *Am. J. Dis. Child.* 1973, 126, 457.
- ZELSON, C.; LEE, S.J. & CASALIND, M. Neonatal narcotic addition. *New Engl. J. Med.* 1973, 28 1216.