

EL USO DE DROGAS EN PERSONAS CON PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS CRÓNICOS

** Jaime Andrés Fernández Fernández y ** Mariola Marquina Planchadell

* Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares

** Universidad Complutense de Madrid

¿Cuántas personas con problemas psiquiátricos crónicos consumen drogas? ¿Su consumo es mayor que en el resto de la población? ¿Cómo incide este consumo en su proceso de rehabilitación psicosocial? ¿Porqué consumen? ¿Los procesos de rehabilitación facilitan o previenen el uso de drogas en esta población? Este tipo de cuestiones son abordadas a través de un estudio Descriptivo realizado en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares. Se exponen los resultados referentes a la estimación de la prevalencia del consumo de sustancias tóxicas en esta población, así como de las consecuencias de este consumo en su proceso de Rehabilitación. Un 53.3% de los usuarios del Centro consumieron algún tipo de sustancias adictivas, y en un 30.6% el consumo estuvo asociado a un estancamiento o retroceso del proceso de Rehabilitación Psicosocial.

Drug-taking in a population with chronic psychiatric problems. How many people with psychiatric problems take drugs? Is their consume superior than in the rest of the population? How does this consume affect in their psychosocial rehabilitation process? Why do they take drugs? Do rehabilitation processes facilitate or prevent drug-taking in this population?

This kind of questions are treated through a descriptive research made in the Psychosocial Rehabilitation Center of Alcalá de Henares, Madrid (Spain).

Results related to valuation of drug-taking prevalence in this population, as well as its consequences in its rehabilitation process are explained.

A 53% of the consumers in this Center took any kind of drugs, in a 30%, drug taking was associated to a blockage of drawing back of the psychosocial rehabilitation process.

Para introducir un tema referente al fenómeno del consumo de sustancias tóxicas es necesario considerar que:

“El uso de drogas es, en nuestra sociedad, una estructura sociológica funcional... Esta funcionalidad significa que concebimos el rol de las drogas como que

responde a necesidades, demandas y propuestas de la propia estructura social, lo cual implica que los criterios de disfuncionalidad sólo pueden establecerse desde valoraciones más o menos morales, ideológicas o técnicas. En principio adoptamos el punto de vista de la disfuncionalidad del fenómeno en base al criterio de priorizar, sobre otras consideraciones, la salud pública, la libertad y competencias personales” (Comas Arnau, 1987, p. 37-38).

Correspondencia: Jaime Andrés Fernández Fernández
Centro de Rehabilitación Psicosocial
Plaza 1º de Mayo, s/n
28802 Alcalá de Henares. Madrid. Spain

Esta "estructura sociológica funcional" se ha extendido tanto entre la población en general, que ha llegado incluso a ser fácilmente accesible a grupos de personas con su autonomía personal drásticamente dañada. La marginación social por discapacidad ya no es un aislante frente a fenómenos tan generales como el consumo de drogas.

Esta circunstancia es uno de los elementos originales del perfil psiquiátrico denominado como "jóvenes adultos pacientes crónicos" (YAPC) descrito por el equipo de Pepper en 1980. Para Pepper y Rylewicz (1984) este tipo de personas no pueden ser evaluadas y tratadas con efectividad sin una atención específica al *posible rol que el uso de drogas tiene en sus problemas*.

El principal inconveniente que conlleva el uso de sustancias tóxicas en la población psiquiátrica son las *consecuencias negativas añadidas*. Se refieren a *consecuencias negativas que se suman a las que habitualmente sufre la población general por usar drogas*. Estas consecuencias "añadidas", a efectos descriptivos, se pueden dividir en tres ámbitos:

1) *Conductual*: consecuencias que afectan directamente al ámbito conductual del individuo, generando hábitos de vida con mayor riesgo de recaídas: desorganización horaria, problemas familiares, problemas en el manejo de sus finanzas, en mantener una vivienda estable, mayores porcentajes de personas "sin techo", etc. (Mueser, Yarnold y Bellack, 1992).

2) *Bioquímico*: las consecuencias añadidas a nivel bioquímico son de dos tipos. Por un lado las sustancias tóxicas interactúan con la medicación desvirtuando su función de prevención de recaídas (un ejemplo, Bowers, Mazure y Nelson, 1990). Y, por otro lado, por sí mismas pueden reproducir o exacerbar sensaciones sintomáticas: alteraciones en la percep-

ción sensorial, etc. (Negrete, Knapp, Douglas, y Smith, 1986; etc.)

3) *Institucional*. Los servicios de atención abordan un tipo de trastorno, bien de adicción a drogas, o bien psiquiátrico. Estos servicios específicos difieren entre sí en aspectos filosóficos, administrativos y técnicos. Esto facilita que ninguno pueda hacer un abordaje global, y absorber adecuadamente la demanda dual. El resultado es que las personas con estos dos trastornos "rebotan" en los servicios, generando una situación de desasistencia.

La literatura maneja cierta disparidad de cifras sobre la *prevalencia del uso de sustancias tóxicas* junto con una problemática psiquiátrica crónica (conjunción denominada en la literatura anglosajona indistintamente como: doble diagnóstico, co-morbilidad, desorden dual, etc.). La Tabla I refleja una pequeña muestra de estos datos bibliográficos:

	Consumo Global	Consumo Alcohol	Consumo Cannabis	Consumo Heroína
NIMH-ECA (1984)	28%			
Caton (1989)	51%	7-48%		
Drake (1989)	33%	47%	32%	
Anath (1989)	75%			
Shets (1982)	25%			
Pepper (1984)	48%		37%	
Test (1989)	60%			
Mueser (1992)	15-65%	45-50%	25%	10%
Simoes (1991)			27%	
Chopra (1974)			11%	
Tsuang (1982)				18%
Hekimian (1968)				9%

En este artículo se realizará una disección de estas cifras según las sustancias más dañinas y usadas en el CRPS de Alcalá de Henares (alcohol, cánnabis y heroína). Se describirán las consecuencias pro-

ducidas por estas sustancias en una persona con discapacidades psiquiátricas crónicas. Posteriormente se expondrán y analizarán los datos del "Estudio Descriptivo sobre las pautas de uso de drogas entre los usuarios de CRPS".

El *Alcohol* es la sustancia con mayor prevalencia de consumo entre la población general (Caton, Gralnick, Bender y Simon, 1989; Plan Municipal contra las Drogas de Madrid, 1990; etc.). Las consecuencias de su uso y abuso sobre la población general son bien conocidas. Pero la población psiquiátrica soporta además unas consecuencias añadidas por consumir sustancias alcohólicas: disfunciones a nivel interconductual, que dificultan gravemente la relación del sujeto con algunos miembros de su red social (principalmente de su contexto más próximo). Por otro lado, el alcohol interfiere la farmacocinética y dinámica de otras sustancias psicoactivas (léase medicación psiquiátrica). El metabolismo de los fármacos y sus propiedades farmacológicas se altera en presencia del etanol. Para Schneier y Siris (1987) una exacerbación psicótica mediada por el alcohol es consistente con la evidencia bioquímica de que el alcohol interactúa con los sistemas dopaminérgicos incrementando la sensibilidad de los receptores de dopamina y la síntesis de catecolaminas. Estos mismos autores (p. 646) encontraron que los esquizofrénicos consumían menos alcohol que las personas con otros trastornos psiquiátricos, y que la población en general, debido a los efectos depresivos de esta droga, que agudizaría la sintomatología esquizofrénica. Su argumentación se inscribe dentro de la filosofía de la "Hipótesis de la Automedicación" (el uso de drogas funcionaría como un corrector de síntomas para el consumidor).

Finalmente, las "consecuencias añadidas" del alcohol a nivel institucional dificultan que el afectado pueda ser atendido

en un centro específico (de problemas de alcohol o psiquiátricos), al valorar el uso de alcohol como consecuencia de la enfermedad psiquiátrica o porque un desorden interfiere el tratamiento del otro.

Con el *Cánnabis*, los estudios coinciden en que su uso acentúa y provoca desórdenes de índole psiquiátrica. Pero esta idea general conlleva muchos matices que obliga a descartar afirmaciones categóricas. Para Chopra (1974) el mayor riesgo proviene de que su uso modifica profundamente el comportamiento y los pensamientos al alterar la percepción sensorial y sus procesos interpretativos. Knudsen y Vilmar (1984) avalan que el cánnabis constituye un factor de riesgo para personas diagnosticadas de esquizofrenia por dos razones: por un lado bloquea el sistema acetilcolinérgico y, por otro, su efecto *disminuye la acción terapéutica de los neurolépticos*. Su hipótesis sobre la *interacción antagonista entre cánnabis y neurolépticos* será recogida posteriormente por otros autores (Negrete et al., 1986; Simoes, Carbonell, Pocaterra y Hernández, 1991): el cánnabis es un competidor directo del fármaco al ocupar los mismos receptores sinápticos que la medicación neuroléptica, disminuyendo notablemente su eficacia. Simoes et al. (1991) lo plantean como una *vulnerabilidad de doble significación*: los consumidores de esta sustancia serían más vulnerables a la acción del cánnabis así como a la de otras sustancias químicas, incluyendo los neurolépticos.

Schneier y Siris (1987) encontraron en su bibliografía una horquilla de porcentajes de consumo de cánnabis en esta población del 10% al 100%. Lo justifican en función de la disparidad de criterios diagnósticos utilizados, y por la presencia, o no, de psicosis cánnabicas, que pueden desvirtuar los datos. (En cuanto a la cuestión "psicosis tóxica-psicosis cánnabica" aun no está probada la validez de estos

constructos. Es una controversia de índole médico-nosográfica, no pertinente desde una metodología "psicológica-descriptiva" en la que se enmarca este trabajo).

Respecto al consumo de *Opiáceos* entre la población esquizofrénica, los estudios dan una baja prevalencia de consumo frente a las poblaciones control: Hekimian y Gershon (1968) 9% vs 29%; Tsuang, Simpsom y Kronfol (1982) 18% vs 53% (las poblaciones de control estaban constituidas por "otros pacientes psiquiátricos". Cit. en Schneier y Siris, 1987).

Estos datos se complementan con los estudios sobre la prevalencia de trastornos esquizofrénicos entre adictos a opiáceos: Vaillant (1966) en un seguimiento de 12 años con 100 sujetos, encontró que *la prevalencia del diagnóstico de esquizofrenia declinaba del 7% al 1%*; Rounsaville, Weissman, Kleber y Wilber (1984), obtuvieron un porcentaje del 2%.

Para Khantzian y Treece (1979), la prevalencia real es mucho más alta, al existir un importante grupo de personas que sesgan los datos por no tener su esquizofrenia declarada, sino oculta por los *efectos antidopaminérgicos de la heroína*. En consecuencia, se adhieren a la "hipótesis de la automedicación".

Objetivos

El Estudio Descriptivo pretende tres objetivos fundamentales:

1º Estimar la prevalencia del uso de drogas en los usuarios del CRPS.

2º Evaluar y determinar las posibles influencias que el consumo de drogas ejerce sobre el proceso de rehabilitación psicosocial en la población objeto de análisis.

3º Establecer una Línea Base sobre la incidencia del consumo de drogas entre los usuarios del CRPS, dentro del proceso que evalúa la eficacia de un Programa Marco de Intervención sobre el abuso de

drogas, así como la evolución de las pautas de consumo.

Materiales y métodos

Los problemas metodológicos

La homologación de los estudios sobre el uso de drogas en la esquizofrenia se enfrenta a una gran variedad de dificultades. La mayoría de los estudios realizados no utilizan criterios estandarizados de esquizofrenia, y no especifican si el diagnóstico se determinó antes o después de iniciarse el consumo. Los grupos de control descritos son muy diferentes unos de otros. Las definiciones de las sustancias tóxicas, o drogas, tampoco guardan correlación entre los diferentes estudios. El resultado es confuso y a menudo contradictorio (Price, 1991, p. 419; Mueser et al. 1992; etc.).

Este trabajo comparte, conscientemente, algunas de estas trabas metodológicas. Es un trabajo que fundamentalmente va dirigido al abordaje de una problemática clínica, y no busca la pureza ni la ortodoxia metodológica en la investigación. Además se ha adoptado una perspectiva psicológica y no psiquiátrica que, sin ser incompatibles, difieren en criterios de conceptualización y categorización (por ejemplo, nuestro estudio no contempla la variable diagnóstica como elemento categórico).

Descripción de la población:

Constituida por personas con trastornos psiquiátricos crónicos que dificultan su autonomía personal y su relación social (Programa de Servicios Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica; Consejería de Integración Social, C.A.M.). El estudio se realizó con la población total de usuarios atendidos en el CRPS (62 personas). Las características demográficas y clínicas más relevantes son:

Tabla 2
 Datos sociodemográficos y clínicos de la
 población de usuarios del CRPS

SOCIODEMOGRAFICOS	CLINICOS
- Edad media: 29	- Duración del problema: 7 años
- Sexo: 73% varones	- Ingresos psiquiátricos: 22% no 78% sí
- Estado civil: 88% solteros	- Nº medio de ingresos: 3,3
- Convivencia: 92% familiar	- Tiempo medio de internamiento: 125 días
- Nivel económico: 84% bajo	- Diagnóstico: 55% esquizofrenias
- Ingresos propios: 64% (43.000)	
- Nivel educacional: 67% EGB o menos	
- Profesión: 59% no cualificados	
- Situación laboral: • 48% paro • 34% incapacidad lab. • 6% pensionistas	
- Residencia: Alcalá de Henares, Torrejón de Ardoz	

Procedimiento

El método empleado para obtener la información fue un cuestionario administrado a los psicólogos-tutores (Pepper y Ryglewicz, 1984, también utilizaron a los profesionales como informadores). Se recogían datos sobre el consumo de sustancias tóxicas de cada usuario del Centro, divididos en cuatro apartados

- PAUTAS DE CONSUMO: sustancias, cantidades, frecuencias, etc.

- CATEGORIA DE CONSUMO: *consecuencias* que "el consumo" tuvo sobre el proceso de rehabilitación, éste podía ser clasificado en una de las cinco categorías siguientes (Anexo I): (1) Sin Consumo. (2) Uso Adecuado. (3) Inadecuado. (4) Estilo de Vida de Riesgo de Adicción (E.V.R.). (5) Adicción.

- HISTORIA DE CONSUMO: pautas y categorías de consumo históricas, previas a la inclusión del usuario en el CRPS.

- EVOLUCION DE LOS CONSUMOS desde su incorporación al CRPS: es decir, si los consumos aumentaron, disminuyeron o se mantuvieron igual, desde que el usuario entró en el proceso de rehabilitación.

El cuestionario fue administrado por dos entrevistadores previamente entrenados para aunar criterios. Los tutores fueron las personas elegidas como más idóneas como informadores. El tutor debía de cotejar la información procedente de: el propio usuario, su familia, compañeros del usuario, otros profesionales que tienen contacto con el mismo, etc. (se descartaron a los usuarios como autoinformantes sobre consumos de drogas por que, en general, se obtiene una baja fiabilidad con este tipo de instrumentos y en este tipo de cuestiones (G.I.D., p. 17, 1992).

El cuestionario se pasó por primera vez en Marzo de 1992. Un año más tarde (Abril de 1993) se administró por segunda vez. Los resultados de este último año, sobre 62 usuarios, se exponen a continuación.

Resultados

Consumo global de drogas entre los usuarios del CRPS

Los porcentajes de prevalencia del consumo global de drogas entre los usuarios del CRPS son: el 53.3% han usado alguna de estas sustancias durante el proceso de rehabilitación. De los 62 usuarios el 50% usó el alcohol en alguna ocasión, el 19% consumió cannabis, y el 9% abusó de los opiáceos.

El uso de alcohol entre los usuarios del CRPS

De los usuarios consumidores (50%) 14 practican un uso del alcohol totalmente adecuado (el 22.5%), en cuanto que no les

reporta ninguna dificultad ni daño en su proceso de rehabilitación psicosocial (ni en su salud). Por lo tanto son 17 (el 27.4%) los usuarios que realizan unas prácticas de consumo de alcohol dañinas, de los cuales 3 tenían hábitos de adicción, y 7 un estilo de vida de riesgo de adicción (EVR)

El Uso del Cannabis.

De los 12 consumidores de *cánnabis* (19.3%) hay dos personas cuyos consumos (de frecuencia mensual) no han interferido con su proceso de rehabilitación psicosocial (por ahora). Todos los consumidores de *cánnabis* han llegado al CRPS con una historia previa de consumos de drogas. No son propensos a tener problemas con la adicción al juego ni a ninguna sustancia (0%). Seis (9.6%) tienen pautas de comportamiento E.V.R. que se corresponden con lo que en la literatura sobre drogas se denomina "estilo de vida del drogodependiente" (Funes, 1989; ver p. 12).

Policonsumo: opiáceos, cocaína, benzodiazepinas, etc.

Este apartado se ha denominado genéricamente "de policonsumo". Corresponde a una pauta de uso de sustancias penalizadas legalmente (cocaína, benzodiazepinas, etc.), y no se han encontrado consumidores exclusivos de una de estas sustancias.

Todos los que consumían alguna de dichas sustancias eran policonsumidores, con la heroína como sustancia omnipresente.

Los 6 policonsumidores de heroína representan un porcentaje del 9.6% en el CRPS. La mitad de éstos mantiene un estilo conductual de EVR, y solo 2 cumplen las características de dependencia a una o varias sustancias. Todos los usuarios que consumieron heroína tenían una Historia

de consumo de drogas previa a la entrada en el proceso de rehabilitación.

Categorías del consumo

Se establecieron cinco categorías de consumo según las *consecuencias* que conlleva el uso de drogas en el proceso de rehabilitación psicosocial o en la vida cotidiana de los afectados (que en principio deben ser dos conceptos equivalentes: Saraceno y Montero, 1992; García, 1993). En otros estudios es más habitual categorizar según pautas de consumo (frecuencia, cantidad, calidad, circunstancias, etc.: Jansen, Masterton, Norwood, Viventi, 1992) aunque una misma pauta de uso puede causar, o no, daño en función de otros muchos determinantes individuales. Las cinco categorías, ya mencionadas, construidas concéntricamente de menor a mayor amplitud conductual (Anexo I) son: (I) Sin Consumo 47%. (II) Consumo Adecuado 22%. (III) Consumo Inadecuado 14%. (IV) Estilo de Vida Riesgo de Adicción 11%. (V) Adicción 5%.

Estas cinco categorías forman dos grupos de personas que implican diferentes filosofías de intervención:

A) Usuarios con una "*relación adecuada*" con las drogas: su uso no conlleva consecuencias significativamente aversivas para los consumidores. Corresponde a las categorías (I) y (II) y agrupa al 69.3% de la población de usuarios. La intervención con este grupo se situaría en una filosofía de Prevención Inespecífica (Promoción de la Salud).

B)- Usuarios con una "*relación inadecuada*" en cuanto que el usuario ha realizado prácticas de consumo que han interferido su proceso de rehabilitación. Agrupa al 30.6% de la población, y la intervención, desde un centro no especializado en toxicomanías, se enmarca en los programas de "Reducción del Daño", o de "Ob-

jetivos Secundarios” (CREFAT, 1992; M. Sanz, Jaime A. Fernández y Fdez., 1992; Jaime A. Fernández y Fdez., Marquina P., 1993).

Todos los usuarios que usaron drogas durante el proceso de rehabilitación (ya sea de forma adecuada o inadecuada) se caracterizaban por tener una *Historia de Consumo de drogas previa al inicio del proceso rehabilitador*. Excepto 4 personas que no presentaron ninguna práctica de consumo previa a su entrada en el CRPS y, sin embargo, en el momento de realizar el estudio consumían. Estas 4 personas respondían a 5 características comunes: (1) sexo femenino; (2) la sustancia con la que se habían iniciado era el alcohol; (3) categoría de consumo *adecuado*; (4) con una frecuencia de uso muy baja (anual o mensual) y (5) edad comprendida entre los 20 y 30 años.

La categoría “*estilo de vida de riesgo de adicción*” (E.V.R.) fue asignada a 7 usuarios, consumidores principalmente de alcohol y cánnabis. El “E.V.R.” *correlaciona con policonsumo* en seis de los siete casos (el séptimo correspondía a un monoconsumidor de alcohol).

Discusión: los riesgos de la rehabilitación

El National Institute of Mental Health E.C.A. en 1984 (cit. por Lehman, Myers y Corty, 1989) encontró que los desórdenes psiquiátricos y los problemas con las drogas se dan conjuntamente con una probabilidad mayor de lo que el azar podría predecir. La idea de que la población psiquiátrica crónica consume más drogas en cantidad, frecuencia y variedad que otras poblaciones control, es muy usual en la bibliografía especializada (Caton et al. 1989; Drake y Wallach, 1989; etc.).

Para contrastar esta afirmación, comparamos los datos del CRPS con los obteni-

dos en un estudio llevado a cabo en Alcalá de Henares en 1990 por el C.I.D.A.J., con 600 jóvenes entre 15 y 29 años de edad. Los datos recogidos en autoinforme desvirtúan las prácticas reales a la baja (Hausdorff & Martin, S.L., 1990; p. 98). Se halló que sólo el 23% de los jóvenes no bebe nunca alcohol. El cánnabis reconoce haberlo consumido el 34%. La heroína fue ofrecida en alguna(s) ocasión(es) al 11% de los jóvenes alcalaínos. A un 28% le han ofrecido cocaína y el 10% la ha probado. Las pastillas (drogas de diseño) un 8% admite haberlas probado. Este dato pronostica un aumento futuro del uso de esta sustancia entre los usuarios del CRPS, actualmente no se ha detectado ningún consumo.

En general, un tercio de la población juvenil de Alcalá de Henares considera (en autoinforme) que no prueba ninguna droga, frente al 47% de usuarios del CRPS. Por lo tanto, no se avala que la población psiquiátrica crónica consuma mayor variedad y cantidad de drogas que el resto de la población.

Uso del cánnabis en procesos de rehabilitación psicosocial: solamente dos usuarios consumidores de cánnabis han mantenido un consumo moderado, de baja frecuencia (mensual o anual) sin sufrir consecuencias negativas a corto plazo. El resto (84%) han sufrido exacerbaciones sintomáticas y retroceso en los planes de rehabilitación asociado a su consumo.

El alcohol es la sustancia más utilizada por nuestra población (50%) y la que genera un mayor porcentaje de consumidores con prácticas de uso adaptativas: el 45% de los bebedores.

En cuanto al *policonsumo con heroína*, ninguno de los policonsumidores ha podido mantener un consumo diario. Las consecuencias aversivas son determinantes para retirarles de “la vida de la calle”. El uso de heroína solo se mantiene por pe-

queños períodos (semanales o mensuales), y con posteriores temporadas de “descanso”. Una razón es su escasa capacidad para generar recursos económicos, que funciona como el más eficaz controlador del consumo de heroína. El deterioro funcional en su comportamiento y la medicación dificulta a los consumidores de opiáceos la financiación lícita o ilícita (la mayoría ya tiene antecedentes policiales), habitual entre los heroínómanos con dificultades económicas (venta de drogas, pañuelos, etc.).

Conclusiones

1) ¿Cuántas personas con problemas psiquiátricos crónicos consumen drogas?

En nuestra sociedad todas las personas tienen la posibilidad (no la libertad) de elegir si quieren o no consumir drogas. La realidad es que se da un porcentaje elevado de consumo de estas sustancias, incluyendo en este porcentaje a personas con discapacidades psiquiátricas crónicas. Los resultados obtenidos en el CRPS no se diferencian sustancialmente de los que aparecen en otros estudios (de hecho son prácticamente iguales a los obtenidos por Drake y Wallach, 1989): un 50% de uso y un 30% de abuso aproximadamente. Aun así, las metodologías y conceptualizaciones tan dispares, y la no correlación transcultural de los estudios revisados relativizan cualquier comparación.

2) ¿Su consumo es mayor que en el resto de la población?

Según nuestros datos, *las personas con discapacidades psiquiátricas crónicas no tienen una mayor tasa de uso de sustancias adictivas que la población general*. Consumen, como grupo poblacional, en menor porcentaje, frecuencia y cantidad. Las sustancias que esta población consume en mayor cantidad varía según los diferentes autores (Price, 1991; Schneier y Siris, 1987, relacionan el patrón de elección de sustancias con el diagnóstico, con una función de auto-

tratamiento: mayor consumo de drogas excitantes en sujetos esquizofrénicos). En el CRPS de Alcalá de H. *las drogas de mayor uso coinciden con las de la población general en dicha ciudad: alcohol y cánnabis*.

3) ¿Cómo incide este consumo en el proceso de rehabilitación psicosocial?

Los que consumen pueden obtener consecuencias más dañinas, es decir, “consecuencias añadidas”.

5) ¿Porqué consumen?

Este estudio no apoya la “hipótesis de la automedicación”, planteado el término en su acepción fuerte; en ningún estudio que conozcamos ha sido demostrada su validez de forma rigurosa (por eso es una hipótesis). En su acepción débil, el término se extiende a toda la población (Noguera, Mendivil, Eguiluz y González, 1993) en cuyo caso ya no se podría afirmar que el uso de drogas alivia síntomas psiquiátricos (a no ser que pretendamos psiquiatrizar a toda la población) sino que modificaría “estados de ánimo” no deseados (tristeza, inhibición, relajación, apatía, locuacidad, etc.) lo cual no es nuevo (desde la Antigüedad se atribuye al uso de drogas una función terapéutica general; Escotado, 1989 y 1994). Se rechaza la “hipótesis de la auto-medicación” presentada en su sentido fuerte que excluye otros modelos y otras variables intervinientes (véase: Pérez de los Cobos y Casas, 1992). En la población general las variables socio-demográficas son un poderoso predictor de las pautas de consumo. Mueser et al. (1992) han demostrado que las personas con discapacidades psiquiátricas crónicas no son una excepción.

6) ¿Los procesos de rehabilitación facilitan o previenen el uso de drogas en esta población?

Las situaciones de aislamiento social, debido a una incapacidad funcional del comportamiento, dificultan el acceso al uso de sustancias tóxicas. Paradójicamente, los procesos de rehabilitación psicosocial capacitan al individuo y permiten que el consumo de

tóxicos pueda surgir y exacerbarse por el aumento del contacto del usuario con un entorno comunitario en donde dicho consumo está normalizado. Puesto que la reinserción social es *compartir comportamientos* (Funes, 1987). Por ello, el ambiente físico y social en el que se sumerge a las personas en procesos de rehabilitación (e integración) psicosocial puede favorecer: adicciones (al alcohol, al bingó, a la comida, a la televisión, al ajedrez, a la lectura, etc.); administración del dinero inadecuada, actividades deportivas, etc. Comportamientos que no existieron durante el tiempo en que ese sujeto se hallaba "des-integrado" socialmente. Todo proceso de reinserción social implica un riesgo, que los clínicos y familiares deben evaluar, prevenir y asumir.

7) El futuro: las relaciones entre la rehabilitación psicosocial de personas con disca-

pacidades psiquiátricas y uso de drogas, precisa de estudios más pormenorizados y homogéneos; e incluir otros tipos de sustancias como cafeína, nicotina, drogas de diseño, etc. Desde 1992, en el CRPS de Alcalá de Henares, se desarrolla un Estudio Longitudinal (Fdez. Blanco y Jaime A. Fdez., 1993) que pretende hacer un seguimiento individual de estas relaciones a partir de la entrada de una persona en un proceso de rehabilitación psicosocial. Con estos datos se podrán contrastar, con mayor rigor, muchas de las confusas ideas, tanto propias como ajenas, aquí vertidas.

Agradecimientos

A nuestros compañeros del CRPS de Alcalá de Henares por su colaboración en este artículo.

Referencias

- Bowers, Mazure, Nelson et al. (1990). Psychotogenic drug use and neuroleptic response. *Schizophrenia Bulletin*, 16.
- Caton, C. L. M., Gralnick, A., Bender, S., Simon, R., (1989). Young chronic patients and substance abuse. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 1037-1040.
- Centro de Información, Documentación y Asesoramiento a la Juventud. CIDAJ (1991). Avance del estudio sociológico de la juventud de Alcalá de Henares. En J. Escudero (comp.), *Guía de Servicios para Jóvenes* (16-25). Alcalá de Henares: Concejalía de Juventud.
- Chopra, G. S., Smith J.W. (1974). Psychotic reactions following cannabis use in East Indians. *Arch. Gen. Psychiatry*, Vol. 30, 24-27.
- Comas Arnau, D. (1987). Las bases estructurales de la dependencia y la reinserción. En Ramos P.F., García Alvarez, A., Graña, J.L. y Comas, D. (dirs.). *Reinserción Social y Drogodependencias* (37-59). Madrid: Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar Social.
- CREFAT (1992). Editorial. *Boletín Sobre Drogodependencias*. Fundación para la Atención a las Toxicomanías de Cruz Roja Española (CREFAT).
- Escohotado, A. (1989). *Historia de las drogas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Escohotado, A. (1994). *Las drogas, de los orígenes a la prohibición*. Madrid: Alianza Editorial.
- Drake, R. E., Wallach, M. A. (1989). Substance abuse among the chronic mentally (1). *Hospital and Community Psychiatry*, 40 (10), 1041-1046.
- Fernández Blanco, J.; Fernández y Fdez., J. A. (1993). Proyecto de estudio longitudinal de consumos de sustancias tóxicas en usuarios de un CRPS. *Comunicación I Jornadas Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial*. Madrid.

- Fernández y Fdez., J. A., Marquina, M. (1993). El consumo de sustancias tóxicas en una población con problemas psiquiátricos crónicos. Comunicación III Congreso Asociación Española de Psicología Conductual. Palma de Mallorca.
- Funes Artiaga (1987). La reinserción social como proceso. En Ramos P.F., García Alvarez, A., Graña, J.L. y Comas, D. (dirs.) *Reinserción Social y Drogodependencias* (169-180). Madrid: Asociación Estudio y Promoción del Bienestar Social.
- García González, J. (1993). Fundamentos y medidas operativas de la rehabilitación en psiquiatría comunitaria. *Clínica y Salud*, 3 (1), 67-76.
- Hausdorff & Martin, S.L.(1990). *Juventud de Alcalá de Henares*. Centro de Información, Documentación y Asesoramiento a la Juventud (CIDAJ) del Ayuntamiento de Alcalá de Henares.
- Jansen, A., Masterton T., Norwood, L., Viveni, M. (1992). Harbinger Team IV: Assertive Community Treatment for people with the dual diagnosis of mental illness and substance abuse. *Innovations & Research*, 1 (2), 11-17.
- Khantzian E.J., Treece C.J. (1979). Heroin addiction. The diagnostic dilemma for psychiatry. En Pickens, Heston (eds.) *Psychiatry factors in drug abuse* (21-45) New York: Grune & Stratton
- Knudsen, P. y Vilmar, T. (1984). Cannabis and neuroleptic agents in schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 69, 162-174.
- Lehman, A.F., Myers, C.P., y Corty, E. (1989). Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 1019-1025.
- Mueser, K. T., Yarnold, P. R. y Bellack, A. S. (1992). Diagnostic and demographic correlates of substance abuse in schizophrenia and major affective disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* 85, 48-55.
- Negrete, J. C., Knapp, W. P., Douglas, D. E. y Smith, W. B. (1986). Cannabis affects the severity of schizophrenic symptoms: results of a clinical survey. *Psychological Medicine*, 16, 515-520.
- Nogueras, Mendivil, Eguiluz y González (1993). El doble diagnóstico. Esquizofrenia y toxicomanía: revisión de la literatura. *Psiquis*, 14 (3): 119-127.
- Plan Municipal contra las Drogas (1990). *Consumo de drogas en el Municipio de Madrid*. Madrid: Ayto. de Madrid.
- Pepper, B., Ryglewicz, H. (1984). The young adult chronic and substance abuse. *TIE-Lines*, Vol. I, nº 2.
- Pérez de los Cobos, J. y Casas, M. (1992). La hipótesis de la automedicación en pacientes drogodependientes con patología esquizofrénica. En Casas (dir.) *Trastornos psíquicos en las toxicomanías*: 315-332. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Price, J. (1991). Substance abuse among the mentally ill. *Current Opinion in Psychiatry*, 4:419-423.
- Rounsaville B.J., Weissman M.M., Kleber H.D., Wilber C.H. (1984). Psychiatric disorders in treated opiate addicts. En Serban (ed) *The social and medical aspects of drug abuse*:135-144. Jamaica, N.Y.: Spectrum.
- Sanz Caja M., Fernández y Fdez. J.A. (1992). Cómo afrontar desde un CRPS los problemas derivados del consumo de sustancias adictógenas. *Jornadas Internacionales Rehabilitación Psiquiátrica y Estructuras Intermedias*. Oviedo. S.S.M.
- Saraceno B., Montero, F. (1992). La rehabilitación entre modelos y práctica. *Jornadas Internacionales Rehabilitación Psiquiátrica y Estructuras Intermedias*. Oviedo. S.S.M.
- Tsuang, M.T., Simpsons, J.C. y Kronfol Z. (1982). Subtypes of drug abuse with psychosis. *Arch. Gen. Psychiatry* 39, 141-147.
- Schneier, F.R. y Siris, S.G. (1987). A review of psychoactive substance use and abuse in schizophrenia. Patterns of drug choice. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175 (11), 641-652.
- Simoës, M., Carbonell, C., Pocaterra, M., y Hernández L. (1991). Cannabis y psicosis esquizofrénica: estudio clínico. *Revista de Psicopatología*, 11, 1º. Madrid. 15-19.
- Vaillant G.E. (1966). A 12 year follow-up of New York narcotics addicts. *Arch. Gen. Psychiatry* 15: 599-609.

Anexo I

Operativización de las Categorías de Consumo:

(1) *SIN CONSUMO* (S.C.):

No se conocen consumos de ninguna sustancia tóxica.

(2) *USO ADECUADOS* (U.A.):

Las prácticas de consumo detectadas no están asociadas a situaciones problemáticas ni a obstaculización de los objetivos del Plan Individualizado de Rehabilitación (P.I.R.).

(3) *USO INADECUADO* (U.I.):

El consumo de sustancias ha supuesto un daño para la salud del usuario en cuanto que:

I) Ha interferido en la adaptación social al entorno.

II) El P.I.R. ha sufrido un bloqueo (ralentización o inversión del proceso de Rehabilitación y/o pérdida de logros funcionales adquiridos) asociado al consumo.

(4) *ESTILO DE VIDA DE RIESGO DE ADICCION* (E.V.R.):

Describe un tipo de relación con las drogas descrito en la literatura clínica (Ferguson, 1977) cómo un factor entorpecedor dentro de los procesos de reinserción de toxicómanos: "El tema del "estilo de vida" se plantea como un factor de riesgo de cara a la experimentación y mantenimiento de

comportamientos de uso de drogas, que en apariencia coincide con el estilo de vida del dependiente pero que en realidad es diferente, no es el mismo" Comas, 1987, p.49.

Se operativiza en las siguientes características:

- No tener adicción a ninguna sustancia.

- Historia de aprendizaje, o de interacción con drogas, que ha condicionado el consumo como pauta habitual (no imprescindible a diferencia del adicto), dependiendo de circunstancias facilitadoras, como: dinero, amigos, camellos, situaciones de fiesta, conciertos, noche, etc.

- Dependencia parcial, definida como un fuerte condicionamiento entre la sustancia y determinadas situaciones, específicas para cada persona: diversión en grupo, depresión, tristeza, relajación, situaciones de tensión social, etc.

- Integración en círculos de consumidores y adictos a drogas. Red social compuesta por miembros adictos a drogas.

- Hábitos de vida y estilo de relación y comunicación interpersonal acordes con la "filosofía de la calle": vivir al margen de la normativa social, el pandillismo, uso de jergas, hábitos de vida insanos, etc.

(5) *DEPENDENCIA* (D): necesidad de consumir una sustancia y sentir sus efectos continuamente, en todo momento y situación (Weiss, et al., 1992). La falta de la sustancia provoca un síndrome de abstinencia.

Aceptado el 18 de enero de 1995