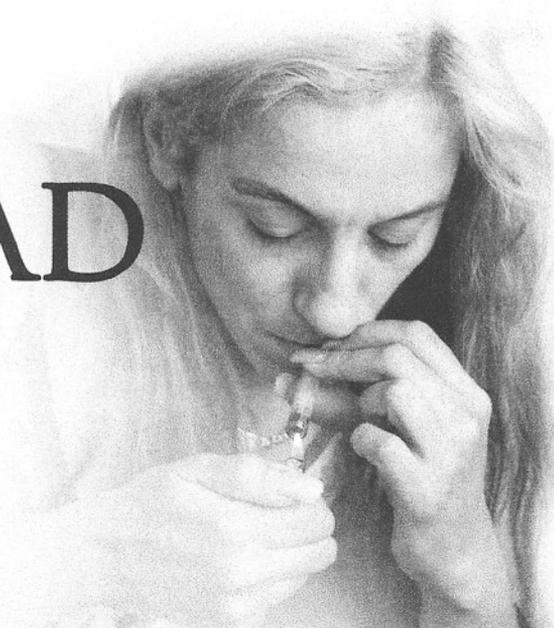




**El deseo de modificar artificialmente la conciencia es un hecho tan antiguo como la humanidad pero no es hasta muy recientemente cuando surge el interés científico y social en torno a la relación entre enfermedad mental y drogas. En las últimas décadas esta preocupación se ha avivado vistos los efectos devastadores del consumo de algunas sustancias, la aparición de nuevas drogas y a los avances en la organización del saber en torno a la psicopatología. Entrar a fondo en el tema sería largo, supondría exponer las definiciones y límites de los conceptos 'enfermedad mental' y 'toxicomanía' así como las interacciones entre ambos problemas que dan como resultado complejos entrecruzamientos e interacciones.**

# DROGAS Y ENFERMEDAD MENTAL



**Rufino J. Meana**

**análisis**

*Psicólogo Clínico.*

*Profesor de Psicopatología. Universidad P. Comillas*

*Director de la Unidad de Psicología de la Universidad*

**E**n este artículo nos vamos a ceñir a tres grandes preguntas que suelen surgir cuando se habla de este tema: ¿Cuándo se puede afirmar que quien consume sustancias psicotrópicas tiene una psicopatología? ¿Se consumen sustancias porque hay una psicopatología previa? ¿Qué consecuencias psicopatológicas trae el consumo de sustancias?

## **El consumo de sustancias como una psicopatología en sí misma**

En conversaciones o debates cotidianos encontramos muchas personas que tienen dificultad para establecer la frontera entre “uso recreativo de las drogas” y “drogadicción”. ¿Fumar es drogarse? ¿Beber alcohol? ¿Intoxicarse ocasionalmente? ¿Y experimentar alteraciones transitorias del estado de conciencia

para relajarse, divertirse, socializar, vivir la vida un poco más livianamente o con mayor intensidad? Lo primero que hemos de afirmar es que las clasificaciones internacionales de las enfermedades mentales recogen la categoría “*Trastorno relacionados con sustancias*” y, dentro de la misma “*Trastornos por consumo de sustancias*”. Es decir, cumplidos determinados criterios, el mero consumo de sustancias puede ser considerado una psicopatología<sup>1</sup>. La DSM<sup>2</sup> entenderá que caben dos posibilidades de enfermar: por *abuso* y por *dependencia*. Para hablar de cualquiera de ellas hemos de cerciorarnos de que nos encontramos ante un periodo de consumo de 12 meses o más. La característica esencial de la *dependencia*, nos dirá la DSM, consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos que indican que el indi-



viduo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Estaríamos ante una "necesidad irresistible" de consumo que se caracteriza por la presencia de tres o más de los siguientes rasgos: 1.-Tolerancia (se necesita cada vez más sustancia para lograr los mismos efectos); 2.-Abstinencia (sintomatología física o psíquica cuando no se consume la sustancia); 3.-Progresiva pérdida de control (se consume más y durante más tiempo de lo que se preveía hacer); 4.-Deseos y/o esfuerzos infructuosos por controlar el consumo; 5.-Uso desmedido de tiempo en la obtención y consumo de la sustancia; 6.-Reducción importante de otras actividades importantes para el individuo; 7.-Consumo continuado a pesar de ir ganando conciencia de efectos físicos o psíquicos indeseados.

Cuando se habla de abuso se establecen matices con respecto a la dependencia. No se mencionan ni la tolerancia, ni la abstinencia ni el patrón de uso compulsivo. La descripción de este problema se centraría en las consecuencias dañinas del consumo repetido como son: incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela, el hogar; consumo que supone poner en peligro físico al sujeto o le causa problemas legales.

"Abuso de sustancias" es un diagnóstico clínico, por tanto conviene asegurarse de que no estamos ante un mero consumo, mal uso o consumo peligroso de sustancias. Las fronteras son frágiles pero existen. Evidentemente, la pendiente suele seguir el orden lógico obvio: consumo, abuso, dependencia.

***Los consumidores de sustancias abarcan un muy variado espectro de personas que les constituye en enfermos muy diferentes entre sí. Hay que dilucidar lo que para cada paciente significan los efectos logrados por el consumo de esa sustancia particular porque esto será nuclear para comprender por qué se refuerza el deseo de consumir.***

Por tanto, quienes abusan o dependen de sustancias tienen un problema psiquiátrico sistematizado y con procesos terapéuticos establecidos. Es una patología.

### **Sobre los problemas psicológicos previos al abuso o dependencia de sustancias**

A la hora de comprender a los toxicómanos, nos encontramos con un error frecuente que, por más que se viene advirtiendo hace muchos años, no siempre es tenido en cuenta: los consumidores de sustancias abarcan un muy variado espectro de personas que les constituye en enfermos muy diferentes entre sí. Esto se aplica, por supuesto, a consumidores con y sin psicopatologías previas.

Ante un paciente con patología relacionada con sustancias, no se pueden dejar de valorar los estados emocionales y las angustias que determinan el consumo; son absolutamente personales tanto en su forma, como en el manejo subjetivo de los mismos y en las causas que los producen. Por otro, también habrá que tener en cuenta el significado, el valor simbólico, que adquiere la experiencia de la droga para cada persona. Hay que dilucidar lo que para cada paciente significan los efectos logrados por el consumo de esa sustancia particular porque esto será nuclear para comprender por qué se refuerza el deseo de consumir, más allá de la mera dependencia física.

No son pocos los estudios que hablan de una relación entre tipos concretos de sufrimientos psíquicos y tipos de drogas elegidas. Incluso hay quienes se aventuran a hacer clasificaciones funcionales de las drogas que, a pesar de todas las cautelas necesarias, no dejan de tener un valor muy interesante. Es lo que Escohotado (1998) hace en un momento de su extensa obra. Sugiere considerar tres esferas de sufrimiento con tres familias de drogas asociadas:

- La relacionada con el alivio del dolor (respuesta inmediata a alguna lesión), el sufrimiento (respuesta ante una pérdida o enfermedad actual o posible) y el desasosiego (lo que impide dormir, concentrarse o existir sin angustia). Las personas que vivan en esta esfera tenderán a buscar sustancias que prometen paz interior y ofre-



cen desde una sutil hibernación hasta un “plácido embrutecimiento” (opio, morfina, heroína, tranquilizantes, etc.).

- La esfera relacionada con la pereza, la impotencia, el aburrimiento... la **apatía**. Estas personas buscarán, a juicio de Escohotado, sustancias que prometen y proporcionan algún tipo de “energía” (Cocaína, anfetaminas, cafeína, etc.).
- Por último la esfera de problemas de quien no se adapta bien a rutinas o caminos ya transitados por otros, necesitan ser originales o tener la experiencia subjetiva de ser diferentes. Buscarán y elegirán las drogas que prometen y, tal vez, proporcionan algún tipo de visión desconocida a la conciencia de uno mismo y del entorno (LSD, hongos, éxtasis, marihuana, fármacos varios, etc.).

Aparte de estas personas, con ciertos “sufrimientos” o modos de ser que usan de las drogas como una especie de “cura” no del todo premeditada, nos encontramos también personas con sintomatología psiquiátrica primaria que se adentran en el consumo de sustancias llegando a desarrollar una patología por abuso y/o dependencia. Estamos ante un diagnóstico de comorbilidad en el que el vínculo entre ambos problemas es variable. No son pocas las circunstancias en las que el con-

sumo de sustancias, de nuevo, puede considerarse una forma de automedicación para un trastorno psiquiátrico primario: la sustancia específica elegida eliminaría, aliviaría o ayudaría a encarar una determinada sintomatología. No es infrecuente encontrar enfermos con trastornos del estado de ánimo, psicóticos o personalidades límite y antisociales (disociales en la adolescencia).

### Alteraciones psíquicas inducidas por sustancias

La enumeración de la sintomatología psiquiátrica producida por el uso de sustancias sería larga. Tengamos en cuenta que los síntomas pueden aparecer en la fase de **intoxicación** pero también durante la **abstinencia**.

En términos generales, nos podemos encontrar con algunos **problemas transitorios** que aparecerían indistintamente en una de las dos fases, según la sustancia de la que se trate: amnesia, trastornos perceptivos, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, *delirium* (alteración con diversos síntomas que incluyen desorientación y agitación psicomotriz), trastornos sexuales o del sueño. Además, como consecuencia del consumo de sustancias, también podemos encontrar otros trastornos mentales que habrá que calificar de “**persistentes**”. Fundamentalmente: la “de-





**Con frecuencia, los individuos drogodependientes dedican más y más tiempo a estar con otros adictos y aprenden a evitar amigos y familiares no dependientes. En el caso de personas muy jóvenes esto supone vivir inmersos en un modelo de socialización muy sesgado y pobre que hace que el final de los procesos de maduración se vean muy limitados.**

mencia persistente inducida por sustancias”, el “trastorno amnésico persistente inducido por sustancias” y el “trastorno perceptivo persistente por alucinógenos”. Su “persistencia” podría convertirse en “permanencia” si una vez cumplido el curso habitual de la intoxicación y abstinencia la sintomatología no desapareciera.

Aparte de síndromes psiquiátricos, es sabido que, según la persona va ganando en dependencia de la sustancia, se suelen producir otras muchas disfuncionalidades personales y sociales. Son conocidas las reacciones antisociales en forma de incremento de la agresividad, conflictos familiares, laborales además de todo el cortejo de problemas (hurto, prostitución, homicidios...) que giran en torno a la búsqueda de recursos económicos cuando la sustancia se vuelve imprescindible. Lo propio de quien progresivamente va viviendo por y para alcanzar la droga y sus efectos.

Además, con frecuencia, los individuos drogodependientes dedican más y más tiempo a estar con otros adictos y aprenden a evitar amigos y familiares no dependientes. En el caso de personas muy jóvenes esto supone vivir inmersos en un modelo de socialización muy sesgado y pobre que hace que el final de los procesos de maduración se vean muy limitados; el proceso de aprendizaje de estrategias de comunicación emocional, la consolidación de la identidad o el progresivo anclaje en las estructuras sociales establecidas encontrarán un techo muy bajo si uno sólo se mueve en un círculo muy cerrado, más si el factor

común es la vivencia enajenante de la droga.

Por otro lado, estos contextos favorecen la ausencia de conciencia de problema, especialmente en los momentos iniciales. No podemos equivocarnos, esto no sólo sucede en contextos marginales, la tendencia a agruparse con quienes consumen y a reforzarse mutuamente afecta tanto a quienes se reúnen en torno al maletero abierto de un coche para consumir alcohol como a los clientes de determinadas discotecas o destinos vacacionales. Esta inercia gregaria fabrica las condiciones de posibilidad para poder afirmar a otros y a uno mismo “esto es lo normal” hasta que, cuando el deterioro es tan grande y el engaño tan imposible, la salida se hace enormemente complicada, estrecha o, debido al deterioro físico/psicológico, imposible. Esta ley básica en psicología social es bien conocida por los artífices de mercados de la droga quienes generan estructuras sociales de ocio y tiempo libre que generan todo un contexto en el que se obtiene determinada identidad compartida (diversión, poder, invulnerabilidad...) en la que el consumo de sustancias aparentemente es un ingrediente más, hasta que se va desvelando que realmente éste es el único factor común. Más veces de las deseables este descubrimiento es demasiado tardío como para escapar indemne. ©

[rmp@chs.upcomillas.es](mailto:rmp@chs.upcomillas.es)

1. No entramos en los trastornos neurológicos, centrados en algunos desequilibrios permanentes en el sistema dopaminérgico, asociados al consumo de determinadas sustancias psicotrópicas.

2. Clasificación elaborada por la Asociación Americana de Psiquiatría que está en su cuarta edición revisada (DSM-IV-TR).

#### BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson. BLEICHMAR, H. (1999). ‘Sistemas dopaminérgicos: adicciones e impulsividad’: *Aperturas Psicoanalíticas*, 2. ([www.aperturas.org](http://www.aperturas.org)).
- ESCOHOTADO, A. (1998). *Historia general de las drogas*. Madrid: Espasa. BRILL, L. (1981). *The clinical treatment of substance abusers*. Nueva York: Free Press.
- KAPLAN, H. & SADOCK, B. (1997). *Tratado de Psiquiatría*. (6ª ed). Buenos Aires: Inter-médica.
- GABBARD, G.O. (DIR.) (2008). *Tratamientos de los trastornos psiquiátricos*. Barcelona: Ars Medica.
- LORENZO P., LADERO, J., LEZA, J. (2003). *Drogodependencias*. Madrid: Panamericana.
- SPERRY, L. (ed.) (1996). *Psychopathology & Psychotherapy*. Washington: AD.
- Webs: <http://www.fad.es>; <http://www.proyctohombre.es/>;