

Director:
Juan Carlos Stagnaro
 Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebert

Comité Científico

ARGENTINA: F. Alvarez, S. Bermann, M. Cetcovich Bakmas, I. Berenstein, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, M. A. Matterazzi, A. Monchablon Espinoza, R. Montenegro, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, E. Rodríguez Echandía, L. Salvarezza, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, E. Toro Martínez, I. Vegh, H. Vezzetti, L. M. Zieher, P. Zöpke. **AUSTRIA:** P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADA:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz, L. F. Ramírez. **ESPAÑA:** V. Barembli, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, F. Caroli, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, B. Samuel-Lajeunesse, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, J. Pérez. **PERU:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** A. Lista, E. Probst.

Comité Editorial

Martín Agrest, Norberto Aldo Conti, Pablo Gabay, Claudio González, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Santiago Levin, Daniel Matusevich, Alexis Mussa, Martín Nemirovsky, Esteban Toro Martínez, Fabián Triskier, Ernesto Wahlberg, Silvia Wikinski.

Corresponsales

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); N. Conti (Hosp. J.T. Borda); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); R. Epstein (AP de BA); J. Faccioli (Hosp. Italiano); A. Giménez (A.P.A.); N. Koldobsky (La Plata); A. Mantero (Hosp. Francés); E. Mata (Bahía Blanca); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Diamanti (Hosp. Español); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CORDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RIOS:** J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RIO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** J. Portela. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **SANTIAGO DEL ESTERO:** R. Costilla. **TUCUMAN:** A. Fiorio.

Corresponsales en el Exterior

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artiles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** A. Berenstein; M. A. Díaz. **EE.UU.:** G. de Erausquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Boston); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **PARAGUAY:** J. A. Arias. **SUECIA:** U. Penayo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar. **VENEZUELA:** J. Villasmil.

Informes y correspondencia:
 VERTEX, Moreno 1785, 5° piso
 (1093), Buenos Aires, Argentina
 Tel./Fax: 54(11)4383-5291 – 54(11)4382-4181
 E-mail: editorial@polemos.com.ar
 www.editorialpolemos.com.ar

En Europa: Correspondencia
 Informes y Suscripciones
 Dominique Wintrebert, 63, Bv. de Picpus,
 (75012) París, Francia. Tel.: (33-1) 43.43.82.22
 Fax.: (33-1) 43.43.24.64
 E-mail: wintreb@easynet.fr

Diseño
 Ruff's Graph
 ruff@speedy.com.ar

Impreso en:
 Sol Print. Aráoz de Lamadrid 1920. Buenos Aires

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: N° 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XIX N°77, ENERO - FEBRERO 2008

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX.

* Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos, Sociedad Anónima.

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

SUMARIO

Vertex
Revista Argentina de
Psiquiatría

Aparición
bimestral

Indizada en el
acopio bibliográfico
"Literatura
Latinoamericana en
Ciencias de la
Salud" (LILACS), SCIELO
y MEDLINE.

Para consultar
listado completo
de números anteriores:
www.editorialpolemos.com

Ilustración de tapa
Lucía Harari
"Conde"
1,20 x 1,70 mts
Acrílico s/tela
Año 2008

Mail: luciaharari@gmail.com
Web: www.luciaharari.com.ar

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- Supervisión y monitoreo de los derechos de discapacitados mentales: la experiencia canadiense

J. Zuckerberg pág. 485

- Guías clínicas en salud mental:
la situación en Argentina

C. J. Garay, G. P. Korman pág. 491

DOSSIER

ACTUALIZACIÓN EN ADICCIONES

- Prevalencia del uso de pasta base y riesgo social

H. A. Míguez pág. 499

- Efectos psiquiátricos permanentes en ex abusadores
de marihuana o de estimulantes

A. Goldchluk, L. Herbst pág. 503

- Actualización del tratamiento farmacológico
de la dependencia alcohólica

L. Oural, M. V. Paris, O. Sullivan, M. Polach,
F. Pavlovsky, J. Capece pág. 512

- Tratamiento del Síndrome de Retiro de Opiáceos

S. Cortese, M. Risso pág. 522

- Repensando las adicciones: el paradigma cognitivo
y el trastorno por dependencia

J. Capece pág. 527

- Aspectos médico-legales de la ley que reprime
el tráfico de estupefacientes (Ley 23.737)

E. Toro Martínez pág. 537

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- La psicoterapia en el Hospital General

M. Goldenberg pág. 543

CONFRONTACIONES

- Sobre la formación profesional en el campo
de las toxicomanías y otras problemáticas relacionadas.

Relatos de una práctica

B. J. Bulacio pág. 547

SEÑALES

- Una semblanza de León Grinberg (1921-2007)

R. H. Etchegoyen pág. 553

LECTURAS

- Influencia del factor sexual en la farmacoterapia
con opioides

S. L. Díaz pág. 557

EDITORIAL

E

n este número de Vertex dedicamos, nuevamente, un Dossier al tema de las consecuencias del abuso de drogas y alcohol, analizado desde la perspectiva de la clínica psiquiátrica. Como en todos los dominios de la patología la comprensión del entrelazamiento de causas biológicas, psicológicas y sociales debe ser el enfoque para diagnosticar, explicar y tratar estos cuadros. Efectivamente, las carencias afectivas, las particulares conformaciones de la personalidad marcada por

las experiencias tempranas, los fenómenos de identificación en relación a conductas adictivas, las crisis de adolescencia complicadas; así como ciertas disposiciones biológicas, al parecer íntimamente relacionadas con ellas, que generan conductas tendientes a una perturbada búsqueda de satisfacción, son todos factores a identificar y tener en cuenta prioritariamente. Sin embargo, en el dominio del alcoholismo y las toxicomanías las causas sociales, económicas y políticas tienen una relevancia especial.

El malestar en la cultura contemporánea tiene en el abuso de alcohol y drogas una expresión superlativa. Las estadísticas que nos ofrecen en el país las instituciones especializadas, lo hemos comunicado en estos editoriales en numerosas oportunidades, arrojan, año tras año, un agravamiento de los datos: incremento en el número de consumidores, menor edad de comienzo, estilos de consumo más dañinos -altas dosis de alcohol ingeridas en poco tiempo y mantenimiento de la ingesta durante horas-, aparición de sustancias más deletéreas -como el Paco- y expansión de su utilización a cada vez más jóvenes... A nadie escapa que detrás de esas modas hay un marketing inteligente que expande el mercado de los "paraísos artificiales". Caemos en la paradoja de que los pueblos financien el opio con el que se domestique su rebeldía juvenil. El problema sanitario es de urgente atención. Pero nada se logrará, definitivamente, si se trata de resolverlo en el nivel meramente asistencial. Consustancialmente al problema que analizamos está la larga cadena de complicidades, hipocresías y réditos económicos fabulosos que se reciclan para corromper nuevas voluntades que consientan y fomenten el negocio. Los especialistas del campo de la Salud Mental dedicados al tratamiento de las personas que abusan del alcohol y las drogas debemos estar técnicamente preparados para ayudarlas con todos nuestros recursos cuando su demanda sea la de detener su consumo. Pero seamos conscientes de que esto no es una epidemia. Es un componente de un momento histórico-social caracterizado por una profunda crisis de los valores ligados a la solidaridad, la voluntad de servicio, el consumismo, la violencia social. Hace muchos años Florencio Escardó hablando sobre prevención decía que de nada vale sentarse al lado de un tacho de basura con una palmeta y aplastar, una a una, las moscas que se posan en él. Vendrán más. Una verdadera actitud preventiva -decía- es ponerle la tapa al tacho. Podremos seguir atendiendo en las instituciones de salud a aquellos cuya mayor fragilidad de personalidad los haga tributarios del abuso de sustancias ante la imposibilidad de resolver sus angustias existenciales, su marginación social, su pobreza sin salida, su desintegración familiar, pero al mismo tiempo preguntémonos -médicos, políticos, policías, jueces, familias, educadores, sindicalistas, sacerdotes, militares- en qué consistiría, frente a este terrible fenómeno de expansión del abuso de drogas y alcohol en la Argentina, "ponerle la tapa al tacho".

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Los artículos que se envíen a la revista deben ajustarse a las normas de publicación que se especifican en el sitio www.editorialpolemos.com.ar

TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2008

Vertex 77 / Enero – Febrero
**ACTUALIZACIÓN
EN ADICCIONES**

Vertex 78 / Marzo – Abril
LA CONCIENCIA

Vertex 79 / Mayo – Junio
ESPECTRO DEL TOC

Vertex 80 / Julio – Agosto
**CAMBIOS EN LOS PARADIGMAS
PSIQUIÁTRICOS**

Vertex 81 / Septiembre – Octubre
**PROBLEMÁTICAS DE
GÉNERO EN PSIQUIATRÍA**

Vertex 82 / Noviembre – Diciembre
**EFFECTOS ADVERSOS
DE FÁRMACOS**



Supervisión y monitoreo de los derechos de discapacitados mentales: la experiencia canadiense

Joaquín Zuckerberg

*B.A., Hebrew University, M.A. Carleton University, LL.B. University of Ottawa,
LL.M. Columbia University. Legal Counsel, Consent and Capacity Board,
Toronto, Ontario, Canadá
E-mail: joaquin.zuckerberg@ontario.ca*

Introducción

Las precarias condiciones de las personas con discapacidades mentales recluidas en centros psiquiátricos contra su voluntad es una materia que ha recibido un creciente interés en la última década en el mundo (3) y en América Latina en particular (1). La falta de supervisión de estos centros y de legislación adecuada que garantice derechos básicos como el derecho a la libertad y a la integridad personal, y el derecho al procedimiento reglamentario con todas las garantías judiciales, han sido señalados como los principales factores contribuyentes a esta preocupante situación (2).

Los mecanismos de vigilancia y monitoreo de tribunales de salud mental constituyen un posible instrumento jurídico eficaz y de utilidad para promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidades mentales.

Los Tribunales de Salud Mental en el contexto canadiense

La estructura del sistema de cuidado de salud canadiense debe su forma a la Constitución canadiense, que

Resumen

Este trabajo tiene como objetivo iniciar una discusión sobre diferentes alternativas de modelos de supervisión y monitoreo de los derechos fundamentales de personas con discapacidad mental. Para ello, se considerará a la Comisión de Consentimiento y Capacidad de la Provincia de Ontario, Canadá. La Comisión es uno de los tribunales administrativos líderes y más antiguos en el área de salud mental. Se analizará el lugar de la Comisión en el sistema legal canadiense y las diferencias fundamentales con similares tribunales de salud mental en Canadá. Se examinará la estructura administrativa de la Comisión y la materia legislativa que conoce, así como también sus procedimientos mecanismos de revisión de sus decisiones.

Palabras clave: Salud Mental – Derechos Individuales – Tribunales – Comisión de Consentimiento y Capacidad

OVERSIGHT AND MONITORING OF FUNDAMENTAL RIGHTS OF PEOPLE SUFFERING MENTAL DISORDER: THE CANADIAN EXPERIENCE

Summary

This paper has an objective the generation of a debate over different alternatives of models of oversight and monitoring of fundamental rights of people suffering mental disorder. The Consent and Capacity Board of the province of Ontario, Canada will be considered. The Board is one of the oldest and leading administrative tribunals in the area of mental health. The paper will analyse the place of the Board in the Canadian legal system and the fundamental distinctions with similar Canadian mental health tribunals. The Board's administrative structure and jurisdiction will be examined, as well as its procedures and mechanisms of review of its decisions.

Key words: Mental Health - Individual Rights - Tribunals – Consent and Capacity Board.

prevé la repartición de roles y responsabilidades entre el gobierno federal y las administraciones provinciales y territoriales. El gobierno federal suministra directamente servicios de salud a un grupo limitado de personas. Los gobiernos provinciales y territoriales tienen responsabilidad sobre la prestación general de servicios de salud y otros servicios sociales. Debido a esta división de poderes, la legislación en materia de salud, incluyendo la concerniente a salud mental, es regulada por leyes y reglamentaciones provinciales.

La *Ley de Salud Mental (LSM)* de la Provincia de Ontario, establece las normas para la admisión de una persona adulta a un establecimiento psiquiátrico sin su consentimiento (8). Aunque las razones puedan ser diferentes, en la práctica no existe diferencia entre el confinamiento de una persona en una prisión o en un establecimiento psiquiátrico. En ambos casos la persona es detenida contra su voluntad y sufre una limitación de sus derechos fundamentales. Las leyes de salud mental, incluida la *LSM*, confiere a los médicos poderes más amplios que los otorgados a policías o magistrados con respecto a personas que no sufren problemas mentales (nótese que el sistema penal no permite el confinamiento de un individuo porque existe la sospecha de que un crimen *va a ser cometido*). Asimismo, un juez no puede emitir sentencia para *prevenir un crimen*. La contravención tiene que ocurrir primero. Por contraste, en el contexto de salud mental, la abrogación de la libertad del individuo ocurre a pesar de que éste último no ha cometido un acto criminal o agresión a alguna persona o a sí mismo).

Las distintas legislaciones provinciales canadienses contienen similares procedimientos y criterios de admisión involuntaria, generalmente basados en la peligrosidad del individuo. A su vez, estas legislaciones establecen tribunales de salud mental con autoridad de rever decisiones tomadas por los profesionales de la salud que afectan los derechos básicos de los pacientes con problemas mentales.

Los tribunales administrativos fueron creados para regular o adjudicar ciertas causas legales que no se han querido dejar bajo la jurisdicción de las cortes ordinarias o que sean decididas por funcionarios públicos (Québec y los *North Western Territories* (NWT) son la excepción ya que en ambos casos son las cortes ordinarias las que deciden sobre la materia de salud mental).

Los tribunales de salud mental revén las decisiones que afectan los derechos de los discapacitados mentales que han sido detenidos en establecimientos psiquiátricos y/o que han perdido su poder de decisión sobre sus derechos más básicos por razones de una enfermedad mental. Los tribunales operan como contralorías del sistema de salud mental, y más específicamente, de las acciones llevadas a cabo por establecimientos psiquiátricos. A su vez, la ley estipula los fundamentos y procedimientos que deben ser seguidos por un médico para admitir a un paciente de manera involuntaria. Éstos incluyen notificación escrita de la decisión del médico,

el suministro de un consejero de derechos (ver más abajo) y la revisión de la decisión de admisión involuntaria por otro médico (o su delegado). El tribunal le proporciona al paciente a posibilidad de una revisión imparcial de la decisión del médico a través de una audiencia, generalmente oral. Para decidir el caso el tribunal debe tomar en cuenta tanto los derechos del paciente a su libertad y autonomía de toma de decisiones y su seguridad, así como por otro lado, la protección de la sociedad (4).

Los tribunales de salud mental (y en general los tribunales administrativos) comparten cierto tipo de características:

1. Los miembros del tribunal poseen (o adquirirán) un conocimiento especializado de la materia (salud mental) y de las leyes concernientes a esa rama del derecho.
2. Los procedimientos del tribunal son más informales y flexibles que en una corte ordinaria (la admisión de pruebas, por ejemplo).
3. La resolución de las causas es significativamente menos costosa y más rápida que a través de las cortes (la representación legal no es necesaria y los procedimientos son significativamente más simples y breves).

La Comisión de consentimiento y capacidad

La Comisión de consentimiento y capacidad (la "Comisión") es un tribunal independiente de la Provincia de Ontario establecido por la *Ley de consentimiento sobre cuidado de salud (LCCS)* (18). La historia de la Comisión tiene sus orígenes en los años sesenta, cuando un residente de Ontario demandó a un hospital de máxima seguridad que lo había detenido de manera indefinida, de acuerdo a la legislación que regía en esa época. El juez a cargo del caso solicitó que un panel constituido por un abogado, un psiquiatra y un miembro de la comunidad le asistieran como peritos. Este incidente resultó en la revisión de la legislación existente y el decreto de la *LSM* en 1968 (la *LSM* ha sido alterada en varias ocasiones desde su dictado).

En sus principios, las materias de conocimiento de la Comisión estaban limitadas a la revisión de admisiones involuntarias. En las últimas décadas, sus poderes se han ampliado considerablemente. La Comisión tiene actualmente competencia para decidir sobre materias bajo la *LCCS*, la *Ley de toma de decisiones en nombre de otro (LTDNO)* (6) y la *Ley de protección de información personal de salud (LPIPS)* (5). La Comisión puede considerar más de 20 tipos diferentes de solicitudes de revisión. Las más frecuentes son:

Bajo la LSM:

- ❖ Revisión del estatus de admisión involuntaria (un 75% de las solicitudes recibidas por la Comisión).
- ❖ Revisión de una orden de tratamiento en la comunidad emitida por un médico.

- ❖ Revisión de una constancia de incapacidad sobre el manejo de bienes emitida por un médico.

Bajo la LCCS:

- ❖ Revisión de una constancia de incapacidad para consentir a un tratamiento, para ser admitido a un establecimiento de cuidado de larga duración o para servicios de ayuda personal (alimentación, eliminación, ambulación, etc.).
- ❖ Solicitud de nominación de un representante para decisiones con respecto a una persona incapaz de consentir a un tratamiento, a ser admitido a un establecimiento de cuidado de larga duración o a recibir servicios de ayuda personal.
- ❖ Solicitud de revisión del cumplimiento de la reglamentación de toma de decisiones en nombre de otra persona por parte de una persona nominada para este fin. Ésta demanda es iniciada por el profesional de salud (por ejemplo, cuando un médico propone comenzar o discontinuar un tratamiento y la persona nominada para tomar la decisiones no está de acuerdo).

Bajo la LTDNO:

- ❖ Revisión de una constancia de incapacidad emitida por un evaluador de capacidad.

Bajo la LPIPS:

- ❖ Revisión de una constancia de incapacidad de una persona para consentir a la colección, a la utilización o a la divulgación de información personal de la salud. Este tipo de constancia es emitida por un "depositario de información personal" (por ejemplo, un establecimiento de salud).

La Comisión tiene aproximadamente 140 miembros, todos ellos, con la excepción del Presidente de la Comisión trabajan a tiempo parcial. La Comisión tiene tres categorías de miembros: abogados, médicos psiquiatras y miembros públicos que no deben ser abogados o psiquiatras. La LCCS permite que el Presidente designe ciertos miembros abogados con suficiente experiencia para presidir una audiencia de manera individual para cierto tipo de demandas.

La Comisión tiene sus oficinas en la ciudad de Toronto, pero lleva a cabo sus audiencias en toda la Provincia. Aproximadamente el 80% de las audiencias tienen lugar en establecimientos psiquiátricos (que incluyen departamentos psiquiátricos de hospitales generales), y el resto en las oficinas de la Comisión, hospitales generales, establecimientos de cuidado de larga duración, centros comunitarios y otros. La Comisión recibe aproximadamente 4.500 demandas por año. De éstas, un poco más del 40% son resueltas antes de que la audiencia se lleve a cabo.

En la siguiente sección se expondrán algunos principios generales de la legislación pertinentes a la revisión

de admisión involuntaria y revisión de constancias de incapacidad de toma de decisiones concernientes a tratamiento. Estos dos tipos de demandas representan alrededor del 85% del volumen de trabajo de la Comisión. Ellas son asimismo las dos materias que han sido generalmente asignadas a tribunales de salud mental dentro de Canadá (ejemplos: Manitoba, Alberta, British Columbia y Yukon) y fuera de Canadá (ejemplos: Inglaterra y Gales, Israel, Nueva Zelanda y los estados de Australia).

Admisión involuntaria

La LSM le permite a un médico detener a un individuo para conducir una evaluación psiquiátrica dentro de las primeras 72 horas de admisión. La Comisión no tiene autoridad para rever esta decisión inicial. Al término de las 72 horas el médico debe terminar la detención o emitir un Certificado de admisión involuntaria, que será válido por 2 semanas. Al término de este período el médico podrá renovar el Certificado (7).

Para que un médico pueda admitir de manera involuntaria a un individuo la LSM requiere la existencia de un "problema mental" de una naturaleza o carácter que "probablemente" derivará, a menos que no sea posible su admisión de manera voluntaria (en otras palabras, que el paciente no quiera quedarse en el establecimiento), en que la persona se inflija lesiones corporales graves a sí misma o a otra persona de manera intencional o que la persona sufra un desmejoramiento físico grave de manera no intencional (por ejemplo, por falta de alimentación o higiene adecuada, exposición a los medios, por un comportamiento que invita a la represalia de otros individuos, etc.) (21). Los requerimientos para la detención de pacientes en establecimientos psiquiátricos son similares en otras provincias canadienses.

Un paciente solamente puede ser admitido de manera involuntaria en establecimientos psiquiátricos designados por el *Ministerio de salud y cuidado de larga duración*. Tal individuo u otra persona pueden solicitar que la Comisión revea esta decisión por intermedio de una audiencia. La demanda a la Comisión puede ser hecha cada vez que un médico completa un Certificado o lo renueva. La Comisión lleva a cabo una audiencia automáticamente cuando un cuarto Certificado de renovación de admisión involuntaria es emitido (23). Estas revisiones automáticas garantizan que la Comisión revea el estatus de pacientes al menos una vez por año.

Cuando un médico emite un Certificado o su renovación, el paciente recibe la visita de un consejero en materia legal. El consejero puede asistir al paciente a iniciar una demanda y enviarla a la Comisión (22). El consejero asimismo puede ayudar al paciente a encontrar un abogado para la audiencia ante la Comisión.

Tratamiento

Un tratamiento no puede ser iniciado sin el consentimiento del paciente o su representante, con la excep-

ción de ciertas situaciones de emergencias particulares (19). La legislación requiere que el profesional de la salud deba suministrar la información precisada por las directivas estipuladas por su profesión, antes de requerir consentimiento de un paciente o su representante (13). Asimismo, la ley presume todo individuo capaz de consentir sobre una decisión concerniente a su tratamiento (11). Sin embargo, un trabajador de la salud puede hallar que un individuo sea incapaz de tomar una decisión concerniente a su tratamiento (9).

Una persona hallada incapaz tiene el derecho de solicitar una revisión de ésta decisión ante la Comisión. El profesional de la salud deberá demostrar que el individuo no tiene la habilidad para comprender la información relevante a su tratamiento (por ejemplo, falta de capacidad cognitiva para recibir y procesar la información, un paciente en coma siendo el ejemplo más extremo) o que el individuo no tiene la habilidad para comprender las consecuencias posibles de una decisión sobre la aceptación o rechazo del tratamiento (la capacidad de evaluación de los efectos beneficiosos y nocivos de la medicación) (10).

Si una persona es constatada incapaz, otra persona definida en la legislación (habitualmente un miembro de la familia) consiente al tratamiento en nombre del individuo (12). Si no existe ninguna persona autorizada para tomar decisiones en nombre de otra, la legislación ordena que el Tutor y curador público provincial tome la decisión en nombre de la persona hallada incapaz (14).

Los pacientes en establecimientos psiquiátricos que han sido hallados incapaces de consentir sobre una decisión concerniente a su tratamiento (en contraste con pacientes en establecimientos de salud no psiquiátricos) tienen derecho a ser visitados por un consejero en materia legal (20). Como en los casos de admisión involuntaria, el consejero puede asistir al paciente a iniciar una demanda para rever la constatación de incapacidad y enviarla a la Comisión. El consejero asimismo puede ayudar al paciente a encontrar un abogado para la audiencia ante la Comisión.

A modo de ilustración, se podría citar la decisión de la Corte suprema de Canadá en *Starson v. Swayze* (24). Starson sufría de enfermedad bipolar. Sus médicos propusieron como tratamiento la administración de medicamentos neurolépticos, psicoreguladores, ansiolíticos y antiparkinsonianos. Starson se negó a tomar la medicación y sus médicos lo hallaron incapaz de tomar la decisión concerniente a su tratamiento. Starson solicitó a la Comisión rever la decisión de los médicos. La Comisión confirmó el hallazgo de incapacidad. El caso fue apelado y llegó a la Corte de máxima instancia quien falló a favor de Starson.

La Corte expresó que el hecho que Starson no percibía su estado mental como una enfermedad no era suficiente para concluir que él era incapaz. Starson era conciente que su cerebro no funcionaba normalmente. La Corte también afirmó que los médicos no habían proveído pruebas satisfactorias de que el tratamiento propuesto mejoraría el estado de salud de Starson (y de

que Starson consecuentemente no podía apreciar los riesgos de no seguir el tratamiento). Finalmente, la Corte pronunció que la sabiduría de la decisión tomada por Starson no era pertinente para la determinación de la cuestión sobre la capacidad. La Comisión se había dejado influir por su propia concepción de qué era en interés de Starson.

Procedimientos durante las audiencias de la Comisión

Las audiencias de la Comisión no tienen costo. La mayoría de las personas que demandan la revisión de una decisión hecha por un profesional de la salud reciben ayuda jurídica para solventar las costas del procedimiento. Ayuda jurídica Ontario (AJO) es la organización gubernamental que presta esta ayuda financiera. AJO mantiene normas de calidad de representación para formar parte de la lista de abogados de AJO que se presentan ante la Comisión.

En la mayoría de los casos que la Comisión conoce, la representación legal es arreglada por el consejero legal (ver sección anterior) antes de que la audiencia tome lugar. Sin embargo, la Comisión también puede, en ciertos casos, disponer que un paciente obtenga representación.

La audiencia debe comenzar dentro de siete días una vez que la demanda de revisión es recibida por la Comisión, aunque las partes pueden consentir a la prolongación de éste período (15). En la audiencia, cada parte tiene el derecho a presentar su caso. La Comisión está autorizada a recibir cualquier tipo de evidencia, incluida la prueba indirecta, y el paciente y profesional de salud pueden traer como testigos a familiares del paciente u otras personas allegadas al caso.

Cuando la audiencia es concluida, la Comisión tiene un día para emitir su decisión (por ejemplo, la confirmación de la admisión involuntaria o del hallazgo de incapacidad) (16), y dos días hábiles para emitir las razones de su decisión (de ser requeridas por las partes – generalmente el paciente y profesional de la salud de la audiencia) (17).

¿Cómo es supervisado el trabajo de la Comisión?

Los tribunales de salud mental (así como los tribunales administrativos en general) en Canadá y otros sistemas legales de derecho consuetudinario (basados en el derecho anglosajón) son parte del poder ejecutivo. Generalmente reciben su presupuesto del Ministerio relacionado con su esfera de trabajo. En el caso de la Comisión, éste es el *Ministerio de salud y cuidado de larga duración*.

Los miembros de la Comisión son nominados por el poder ejecutivo provincial, con la recomendación del Presidente de la Comisión. Este último también puede recomendar la reelección de miembros. Los miembros de la Comisión, sin embargo poseen independencia de decisión (pero no seguridad de empleo como un juez ordinario).

Como se mencionó con anterioridad, las partes de la audiencia tienen el derecho a requerir razones escritas de la decisión. Tal demanda debe ser hecha dentro de los 30 días de los cuales un promedio de 40 son apelados a la corte de primera instancia.

Admisión involuntaria y tratamiento: dos enfoques

Debido a la división de poderes entre provincias y gobierno federal a la que se aludió con anterioridad, existen divergencias entre los niveles de autonomía en materia de salud mental garantizados por las provincias canadienses. La legislación que constituye a los tribunales de salud mental canadienses revela la existencia de dos enfoques generales de con respecto al derecho de salud mental. Esta división se reproduce a grandes rasgos cuando uno observa tribunales similares en otras jurisdicciones no canadienses. El contexto canadiense revela entonces un microcosmos que sirve de guía para análisis interjurisdiccionales a nivel internacional.

El primer enfoque es el de sistemas legales de salud mental que no permiten que un paciente detenido que posea capacidad de tomar decisiones pueda ser tratado contra su voluntad (Ontario, Alberta, Manitoba, New Brunswick, Prince Edward Island, Québec, Yukon y NWT). Bajo este régimen legal, un médico puede admitir involuntariamente a un paciente en base a su potencial peli-

grosidad aunque éste último no haya sido hallado incapaz de tomar decisiones con respecto a su tratamiento.

Asimismo, un paciente puede ser hallado incapaz sin ser admitido de manera involuntaria. Así, la incapacidad para decidir un curso de tratamiento y la decisión de detener al paciente no están necesariamente ligadas. El tribunal de salud mental puede rever tanto la decisión de detener a la persona como la de hallar al paciente incapaz de tomar una decisión sobre su tratamiento o las dos.

El segundo enfoque es el de los sistemas legales que requieren que el paciente sea tratado mientras es detenido (British Columbia, Newfoundland and Labrador, Nova Scotia y Saskatchewan). Estas jurisdicciones no proveen procedimientos para rever la decisión de hallar incapaz a un paciente involuntario, sino que el tratamiento es llevado a cabo si la persona es admitida de manera involuntaria, sin importar si el paciente es o no capaz de tomar decisiones sobre su tratamiento. El paciente no posee el mismo nivel de autonomía sobre sus decisiones concernientes a tratamiento como bajo los sistemas de salud que se adecuan al primer enfoque. Sin embargo, este segundo modelo legal evita que los establecimientos psiquiátricos se conviertan en recintos de resguardo de pacientes admitidos de manera involuntaria y considerados capaces respecto a su tratamiento, los cuales no pueden ser médicamente tratados cuando no prestan consentimiento.



**Centro
Psicopatológico
Aranguren**



Desde 1989
CASA DE MEDIO CAMINO Y HOSTAL
CON UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN
Y RESOCIALIZACIÓN PSIQUIÁTRICAS

Directores: Dr. Pablo M. Gabay - Dra. Mónica Fernández Bruno

Paysandú 661 - (C1405ANE) Ciudad Autónoma de Buenos Aires -
Tel. (011)4431-6396 Web: www.centroaranguren.com.ar
Correo Electrónico: info@centroaranguren.com.ar

Conclusión

El análisis de la Comisión revela un relativamente sofisticado mecanismo de vigilancia y monitoreo de tribunales de salud mental, el cual puede constituir un instrumento jurídico eficaz para promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidades mentales.

Un modelo de supervisión cuasi-judicial especializado, sin embargo, no puede ser necesariamente adopta-

do automáticamente en países con diferentes sistemas legales y diferentes niveles de recursos. El establecimiento de tribunales administrativos especializados en salud mental como los establecidos en Canadá y otras jurisdicciones, sin embargo, refleja un reconocimiento por parte del Estado y la sociedad moderna del creciente nivel de especialización requerido para la implementación de legislación en el área de salud mental y el monitoreo de los derechos fundamentales de personas con discapacidades mentales ■

Referencias bibliográficas

1. Comisión interamericana de derechos humanos, Organización de estados americanos, "Recomendación de la comisión interamericana de derechos humanos sobre la promoción y protección de los derechos de las personas con discapacidad mental". Disponible en <http://www.cidh.org/annualrep/2000sp/cap.6d.htm>
2. Gable L, Vásquez J, Gostin LO, Jiménez HV. Mental health and due process in the Americas: protecting the human rights of persons involuntarily admitted to and detained in psychiatric institutions. *Rev Panam Salud Pública*; 2005; 18 (4-5): 366-373
3. Mental Disability Rights Internacional. Disponible en <http://www.mdri.org/>. Este sitio provee una buena fuente de información sobre los principales desarrollos y avances en esta materia.
4. La Ley de consentimiento sobre cuidado de salud (LCCS), S.O. 1996, c. 2, Sch. A., establece a la Comisión y sus objetivos incluyen (art. 1): (b) facilitar el tratamiento y admisión a establecimientos de cuidado de personas que no tienen la capacidad de tomar decisiones concernientes a estas cuestiones...; (c) extender la autonomía de las personas bajo tratamiento, de las admitidas a un establecimiento de cuidado de salud...(i) permitiendo a aquellas personas que han sido constatadas incapaces de demandar, por intermedio de una solicitud, a un tribunal administrativo de revisar esta constatación...
5. Ley de protección de información personal de salud (LPIPS), S.O. 2004, c. 3, Sch. A.
6. Ley de toma de decisiones en nombre de otro (LTDNO), S.O. 1992, c. 30.
7. Ley de salud mental (LSM), R.S.O. 1990, Chapter M.7., art. 20(4): el primer Certificado de renovación tiene una validez de 1 mes, el segundo de 2 meses y el tercero y subsiguientes de 3 meses.
8. Ley salud Mental, arts. 20(1.1) y 20(5),
9. La LCCS, art. 1 no limita la definición de "profesional de la salud" a médicos, sino que comprende también enfermeros, trabajadores sociales, etc.
10. LCCS, art. 4 (1).
11. LCCS, art. 4(2).
12. LCCS, art. 20 provee una jerarquía de individuos que pueden tomar decisión en nombre de personas constatadas incapaces. La primera persona en la jerarquía es un individuo normado por la corte como tutor. La segunda persona es quien haya sido nombrada como apoderado de cuidado de la persona. La Comisión también puede nombrar una persona como representante para tomar decisiones en nombre de la persona constatada incapaz.
13. LCCS, art. 17.
14. LCCS, art. 20(5).
15. LCCS, art. 75(2).
16. LCCS, art. 75(3).
17. LCCS, art. 75(4).
18. LCCS.
19. LCCS, arts. 10 y 25.
20. LSM, Regulación 741, art. 24.
21. LSM, arts. 20(1.1.) y 20(5).
22. LSM, art. 38.
23. LSM, art. 39(4).
24. *Starson v. Swayze* [2003] S.C.J. No. 33

Guías clínicas en salud mental: la situación en Argentina

Cristian Javier Garay

Lic. y Prof. en Psicología, Universidad de Buenos Aires. Residencia Completa en Psicología Clínica, Hospital Argerich, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Docente de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Centro Argentino de Etnología Americana/ Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Departamento de Psiquiatría - Centro de Estudios Médicos e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno". Sarmiento 3357 (1196) Ciudad de Buenos Aires. (5411) 4866-5923. E-mail: cgaray@arnet.com.ar

Guido Pablo Korman

Lic. y Prof. en Psicología, Universidad de Buenos Aires. Master y Doctor en Cultura y Sociedad, Instituto Universitario Nacional de Arte. Docente de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Becario Posdoctoral, Centro Argentino de Etnología Americana/ Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. Austria 2007 5º C (1425) Ciudad de Buenos Aires. (5411) 4829-1160. E-mail: gkorman@arnet.com.ar

Introducción

Desde hace décadas, los profesionales de la salud en general, y de la salud mental en particular, se han visto obligados a dedicar mayor cantidad de tiempo a la actualización de sus conocimientos para estar en condiciones de brindar una asistencia clínica acorde al estado del arte. En diferentes áreas de la salud, los avances en el estudio de las diversas patologías y los desarrollos terapéuticos fueron volviendo obsoletos los conocimientos de los profesionales, poniéndolos frente a la necesidad de una actualización permanente.

En el área de la salud mental, este movimiento se ha ido produciendo con un llamativo retraso. El tratamiento biológico de los trastornos mentales incorporó inicialmente esta tendencia mientras que los tratamientos psicosociales lo hicieron más lentamente. Diferentes variables pueden explicar el fenómeno de esta demora, pero actualmente se ha incrementado el consenso acerca de la necesidad de una mayor actualización en los profesionales de la salud mental con el objetivo de lograr una práctica clínica acorde al estado actual del conocimiento.

Resumen

La actualización permanente de los profesionales de la salud mental se ha vuelto una necesidad. Existe actualmente una importante preocupación por colocar al alcance de los pacientes las terapéuticas que mejor respondan a sus necesidades concretas. Las denominadas Guías Clínicas son herramientas para lograr ese objetivo. En el Reino Unido, los EE.UU., Canadá, Alemania, los Países Bajos, Francia y algunos países latinoamericanos han surgido diferentes organismos avocados al desarrollo de las Guías Clínicas. En la Argentina, la situación es precaria. En la Ciudad de Buenos Aires, son escasos los esfuerzos dirigidos en tal dirección. Una serie heterogénea de factores (políticos, sociales, económicos, corporativos, teórico-académicos o curriculares e ideológicos) parecen dificultar la puesta en práctica de un proyecto de estas características adaptado a nuestra población.

Palabras clave: Guías clínicas - Salud mental - Actualización permanente

CLINICAL GUIDELINES IN MENTAL HEALTH: SITUATION IN ARGENTINA

Summary

The permanent update of the mental health professionals has become an actual requirement. Nowadays, there is an important concern to offer to the patient's problems the best therapeutics that respond to their specific needs. The well known Clinical Guides are tools to address that objective. In the United Kingdom, USA, Canada, Germany, the Netherlands, France and some Latin American countries different organisms have been created with the objective to develop clinical guidelines. In Argentina, the situation is precarious. In Buenos Aires City, there are few efforts in such direction. An heterogeneous group of factors (social, economic, corporative, theoretical-academic or curricular and ideological) seem to difficult the development of a project of these characteristics, adapted to this population

Key words: Clinical guidelines - Mental health - Continuous update

Con el fin de colocar al alcance de los pacientes las terapéuticas que mejor respondan a sus necesidades concretas, grandes esfuerzos se están realizando en la promoción y difusión de las prácticas terapéuticas que cuentan con consenso por parte de los expertos en el área en cuestión.

El conocimiento "disponible"

Dada la cantidad innumerable de estudios que día a día son publicados por diferentes grupos de investigación del mundo entero, se ha vuelto una tarea inabarcable, para los clínicos y efectores de la salud, lograr una detallada evaluación crítica de la evidencia disponible. En el caso específico de la salud mental, la abrumadora cantidad de estudios realizados sobre los diferentes trastornos mentales hace que el clínico se vea imposibilitado de lograr la actualización necesaria para brindar la asistencia acorde al conocimiento "disponible" en el tratamiento del problema clínico concreto que enfrenta un paciente determinado. Es así como surge la importante pregunta: ¿Cómo lograr que los clínicos estén actualizados, es decir, en condiciones de brindar a los pacientes el "mejor tratamiento disponible"?

Para resolver este problema, se han formado diversos equipos de trabajo abocados a la construcción de lineamientos clínicos generales y actualizados para el tratamiento de diversos problemas de salud. La construcción de revisiones sistemáticas, meta-análisis y guías de consenso de expertos se ha realizado con el objetivo de ahorrar tiempo al clínico y evitar el sesgo producido por la lectura de estudios aislados, sin un criterio crítico. Inicialmente diseñadas para problemas médicos y de salud en general, las denominadas Guías Clínicas (*Clinical Guidelines*) (G.C.) fueron recientemente extendidas al campo de la salud mental. En los criterios utilizados para su desarrollo, el énfasis fue puesto primeramente en la difusión de los diferentes psicofármacos, y luego trasladado también, aunque con cierta demora, a las intervenciones psicosociales. Cada una de estas G.C. brinda al clínico las conclusiones del estado del arte en el tratamiento de determinado problema, trastorno o enfermedad. De este modo, los clínicos están en condiciones de ofrecer diferentes opciones de tratamiento a los pacientes. Este último aspecto se relaciona con una dimensión ética de la práctica clínica y un derecho de los ciudadanos: que el paciente esté en condiciones de dar un consentimiento informado acerca del tratamiento que recibirá (22).

Definición de las Guías Clínicas

Se han dado diferentes definiciones de las G.C. El Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido (*National Institute for Health and Clinical Excellence*, N.I.C.E.) define a las G.C. como "recomendaciones, basadas en la mejor evidencia disponible, para la asistencia de la población por parte de profesionales de la salud" (28). Field y Lohr

(19) las consideran "enunciados desarrollados de modo sistemático para asistir a los clínicos y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la asistencia en circunstancias específicas".

El movimiento surgido en Inglaterra y denominado Medicina Basada en la Evidencia es el que más claramente expresa esta tendencia (30). Aunque ha dado lugar a muchas controversias (34), este movimiento permite una democratización del conocimiento en el campo de la salud. Expertos de un área, junto a investigadores y clínicos, intercambian opiniones en un contexto de menor asimetría con los usuarios del sistema de salud. Diferentes organismos en diversos países se han dedicado a brindar información autorizada y confiable a los pacientes y a los profesionales con el doble fin de informar la población asistida y promover una mayor actualización del conocimiento de los profesionales.

Las Guías Clínicas en la comunidad internacional

En el Reino Unido, Roth y Fonagy (29) realizaron una detallada revisión de los tratamientos psicológicos existentes. La Autoridad en Salud de Birmingham, la organización de salud de mayor envergadura en Inglaterra y Gales, desarrolla e implementa una estrategia basada en la evidencia para el uso de la psicoterapia en una población de alrededor de un millón de personas (23). En 1999 se funda el mencionado Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (N.I.C.E.) que integra, desde 2005, el Servicio Nacional de Salud. El objetivo principal de este influyente instituto es proveer a los pacientes, los cuidadores, los profesionales de salud y la población general, lineamientos independientes, autorizados y confiables para la promoción de la salud y la prevención y el tratamiento de la enfermedad (28). Las G.C. desarrolladas por el N.I.C.E. gozan del mayor prestigio a nivel internacional y justamente son las que mayor lugar otorgan a los tratamientos psicológicos en el abordaje de los trastornos mentales.

En los EE.UU., la mayoría de las G.C. centradas en trastornos mentales han sido desarrolladas por la Agencia de Investigación y Política para la Asistencia en Salud (*Agency for Health Care Policy and Research*). Esta agencia ha sido fundada con el objetivo específico de realizar G.C. En ese mismo país, la Asociación Americana de Psiquiatría también ha creado y difundido G.C. Además, la Asociación Americana de Psicología ha establecido una serie de criterios para el desarrollo de G.C. en los trastornos mentales (2) y más recientemente en cómo aplicar modelos terapéuticos con poblaciones específicas no representadas en los estudios clínicos aleatorizados de eficacia (3, 5, 6). Dentro de la División 12 (Psicología Clínica) de esa misma Asociación se ha conformado el Grupo de Trabajo sobre la Promoción y Disseminación de Procedimientos Psicológicos (11-14), con alto impacto en la disciplina. Recientemente, el Grupo de Trabajo sobre Práctica Basada en la Evidencia de la mencionada Asociación publicó un documento en el cual define a la Práctica Basada en la Evidencia en Psicología como la *integración*

de la mejor evidencia disponible con la *expertise* clínica en el contexto de las características, cultura y preferencias de los pacientes (7). Esta definición es muy similar a la que brindan los representantes de la Medicina Basada en la Evidencia. La Práctica Basada en la Evidencia en Psicología comienza por el paciente y se pregunta qué evidencia (incluyendo a los estudios clínicos aleatorizados pero no limitándose a ellos) puede asistir al clínico para lograr el mejor resultado. Incluye un rango de actividades clínicas más amplio que el tratamiento de un trastorno mental: evaluación psicológica, formulación de caso, relación terapéutica. Es decir, se refiere a un proceso de toma de decisiones clínicas que integre los múltiples aspectos de la evidencia en la intervención psicológica.

En Canadá, la Sección de Psicología Clínica de la Asociación Canadiense de Psicología creó su propio grupo de trabajo para el desarrollo de G.C. (21), al mismo tiempo, la Asociación de Psiquiatría Canadiense desarrolló una G.C. para la depresión entre otros trastornos (9).

En Alemania existen trabajos en la misma dirección (32). En Francia, ha surgido una situación bastante crítica en la asistencia de la salud mental luego de la publicación de un informe del Instituto de la Salud y de la Investigación Médica (10). Este informe revisó la evidencia existente a favor de las terapias cognitivo-conductuales, la terapia sistémica y el psicoanálisis. La controversia se generó por la importancia que tiene el psicoanálisis en la asistencia psicoterapéutica de ese país y el contraste de tal situación con la falta evidencia empírica a favor de su eficacia, efectividad o eficiencia. Este informe se estructura del mismo modo que varias de las G.C. y está específicamente centrado en la psicoterapia. La situación es relevante para nuestro medio dado que el predominio de la corriente psicoanalítica es similar a la de Francia (y muy diferente al resto de la comunidad internacional).

En los países latinoamericanos las G.C. han tenido escaso desarrollo. Un ejemplo es la G.C. desarrollada por el Colegio de Psicólogos del Perú en el "Taller de Validación de las Guías de Práctica Clínica en Salud Mental" (26). El Ministerio de Salud de Chile ha publicado una G.C. para el tratamiento de la depresión (25), aunque privilegiando un eje de tratamiento fundamentalmente farmacológico. Asimismo, la Asociación Médica Brasileña ha desarrollado una G.C. para el tratamiento de la depresión (20). En Uruguay, Bernardi y otros (8) han publicado recientemente una interesante revisión y han propuesto criterios para desarrollar una G.C. específica en la psicoterapia.

Problemas de las Guías Clínicas

En general, el sesgo biomédico es predominante en las G.C. más difundidas. Por ejemplo, las G.C. desarrolladas en EE. UU. por la Agencia de Investigación y Política para la Asistencia en Salud para la depresión en la atención primaria (15-18), han sido cuestionadas por la sobre-recomendación de tratamientos farmacológicos en detrimento de las opciones psicosociales (27). En el

mismo sentido, el documento publicado por la Asociación Americana de Psicología acerca de los criterios para evaluar las G.C. crítica al sesgo biomédico de Agencia de Investigación y Política para la Asistencia en Salud (4). Otro problema importante en las G.C. más difundidas es el sesgo económico. Las G.C. desarrolladas por organismos relacionados con los sistemas de gerenciamiento de la salud son cuestionadas también porque privilegian un abordaje empresarial en un problema de salud (4), generalmente evaluado el "costo" solamente en términos económicos y no en términos de salud. Estas razones, entre otras, hacen que Sanderson (31) destaque la importancia de desarrollar G.C. específicamente centradas en las intervenciones psicológicas, los tratamientos psicosociales y los diferentes modelos existentes de psicoterapia.

La situación en nuestro medio

En nuestro país, los principios compatibles con el espíritu de las G.C. son contemplados en la Ley de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: "Son derechos de todas las personas en su relación con la Salud Mental [...] La atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos y sociales", a la "información adecuada y comprensible, inherente a su salud y al tratamiento, incluyendo las alternativas para su atención", y "La aplicación de la alternativa terapéutica más conveniente" (24). Más adelante, en lo referente al sistema de salud, la ley establece la necesidad de la "actualización" del personal existente (24). ¿Cómo garantizar estos derechos si los profesionales y los usuarios del sistema no tienen acceso a la información y formación necesaria para brindar una asistencia "basada en fundamentos científicos"? ¿Cómo determinar cuál es la "alternativa terapéutica más conveniente"? ¿Cómo lograr que los profesionales estén actualizados y los usuarios informados?

Esos son los problemas que las G.C. apuntan a resolver. Sin embargo, a la fecha no se ha tenido noticia del desarrollo de una G.C. para nuestra población basada en sus características específicas y accesible a los clínicos que la asisten. Dentro de las publicaciones locales, solamente contamos con una Guía sobre el tratamiento de la depresión en la atención primaria del Instituto Universitario del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno", con escasa difusión (33). Desde el ámbito gubernamental, algunos intentos han sido realizados con pobre impacto en el área.

Esta situación es relevante dado que la cantidad de profesionales de salud mental es destacable en nuestro país en comparación con otros países. Si tomamos a la psicología, según datos recientes (1), en nuestro país existen 133 psicólogos cada 100.000 habitantes (un psicólogo cada 754 habitantes). La importante población que recibe la tarea de estos profesionales requiere de herramientas claras y accesibles para estar en condiciones de elegir la terapéutica que consideren más apropiada.

Conclusiones

En nuestro medio local, existen una serie de problemas a la hora de brindar una asistencia acorde al estado actual del conocimiento en el campo de la salud mental. En primer lugar, la definición de las terapéuticas que mejor respondan a las necesidades de los pacientes no posee consenso entre los profesionales de la salud mental. Este punto controversial es imposible de saldar si no centramos la búsqueda del consenso en la evaluación de la evidencia disponible. En segundo lugar, existe una gran brecha entre los investigadores y los clínicos, cada uno con problemas específicos que atender. En tercer lugar, la difusión de las G.C. existentes es escasa. En cuarto lugar, las necesidades y las preferencias de los pacientes no son tenidas en cuenta, pocas veces se les informa de las opciones de tratamiento y por lo tanto su capacidad de elección se ve seriamente disminuida.

Estos problemas, suponen a su vez una serie de suposiciones. Creemos que en el medio local (Ciudad Autónoma de Buenos Aires), las G.C. tienen escaso impacto. Dado el sesgo biomédico presente en la mayoría de las G.C. más difundidas, un grupo importante de profesionales, como lo constituyen los psicólogos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, tienen escaso o nulo conocimiento de las mismas. Las G.C. son herramientas útiles que podrían mejorar la asistencia clínica dentro de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, pero una serie de variables -políticas, sociales, económicas, corporativas, teóricas, académicas o curriculares (formación, facultades y centros de

especialización en psiquiatría y psicología clínica) e ideológicas- parecen dificultar la puesta en práctica de un proyecto de estas características.

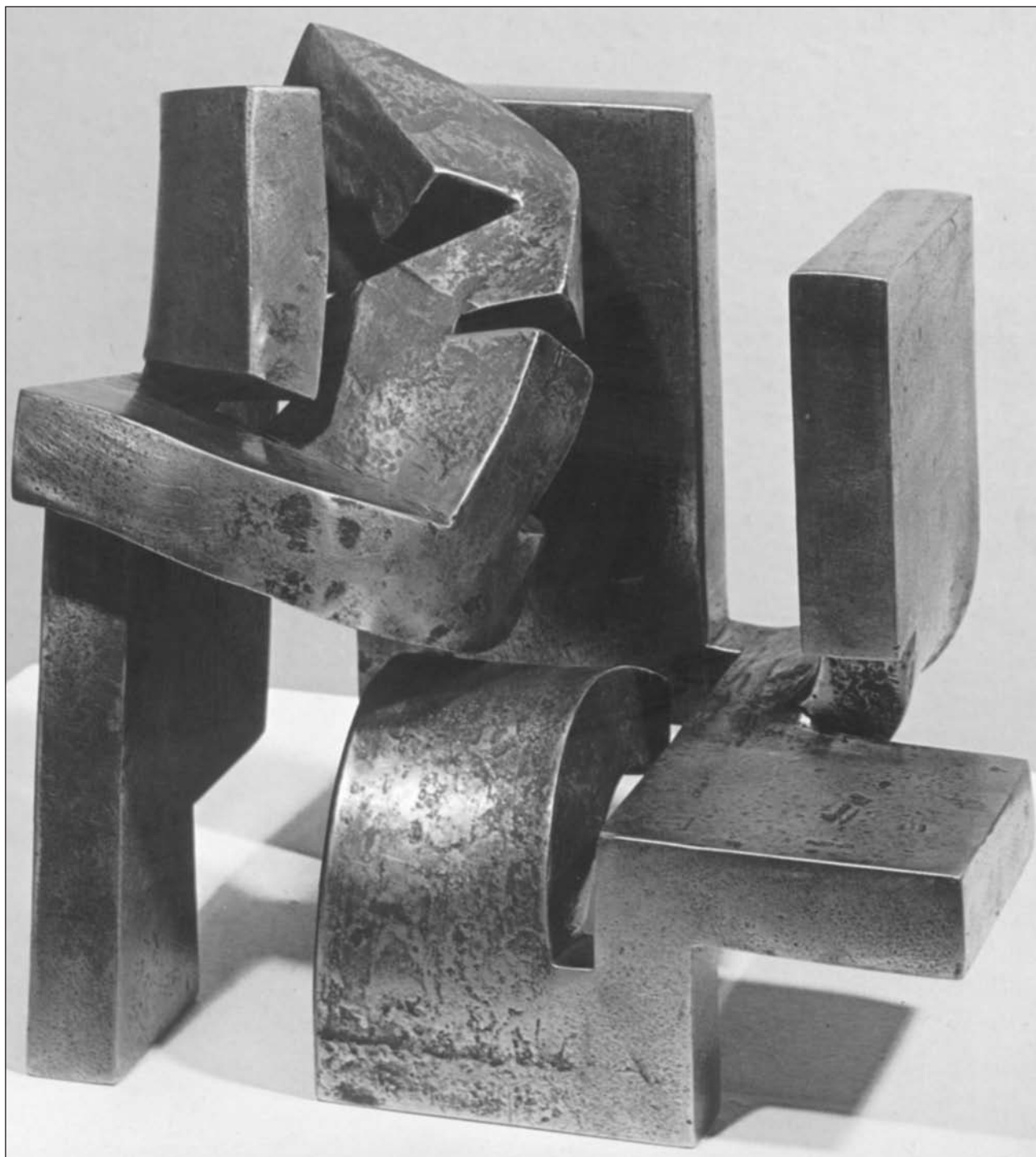
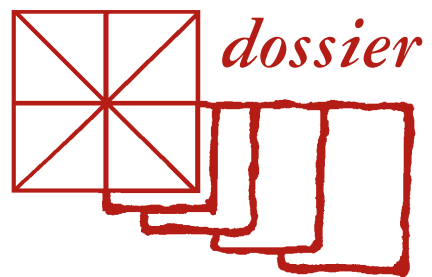
Nos parece necesario como primera medida evaluar el conocimiento de las G.C. por parte de los profesionales de la salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, relevar los criterios de selección utilizados por los clínicos (psicólogos y psiquiatras) entre las diferentes opciones de tratamiento existentes para los problemas y trastornos mentales y detectar los eventuales obstáculos en la implementación de las recomendaciones consensuadas. De este modo se podrían aportar datos y diseñar herramientas que permitan una adaptación de las G.C. para nuestro medio e incluir esta importante tendencia dentro del área de la Salud Mental. La realización de tales tareas redundaría en un aporte a la mejora en la formación de los recursos disponibles para la asistencia de los problemas y trastornos que padece una considerable parte de nuestra población.

Otro importante foco de trabajo es el conocimiento que poseen los pacientes acerca de los tratamientos que reciben, el modo en que eligen entre las opciones disponibles y la información con la que cuentan para realizar dicha elección. Consideramos que la democratización de la salud se basa en un mayor conocimiento por parte de la población asistida tanto de sus derechos como de las opciones terapéuticas disponibles. Una práctica basada en la evidencia no puede descuidar la preferencia de los pacientes y éstos pueden ser un fecundo motor de cambio en la situación actual de la salud mental en nuestro medio ■

Referencias bibliográficas

- Alonso M, Gago P. Algunos aspectos cuantitativos de la evolución de la psicología en Argentina 1975-2005. En: Póster presentado en las XIII Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires; 2006 Ago 10-12; Buenos Aires, Argentina.
- American Psychological Association. *Template for developing guidelines: Interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders*. Washington, DC: Author; 1995.
- American Psychological Association. Guidelines for psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients. *Am Psychol* 2000; 55: 1440-1451.
- American Psychological Association. Criteria for evaluating treatment guidelines. *Am Psychol* 2002; 57 (12): 1052-1059.
- American Psychological Association. Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists. *Am Psychol* 2003; 58: 377-402.
- American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with older adults. *Am Psychol* 2004; 59: 236-260.
- American Psychological Association. Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Evidence-Based Practice in Psychology. *Am Psychol* 2006; 61 (4): 271-285.
- Bernardi R, Defey D, Garbarino A, Tutté J, Villalba L. Guía clínica para la psicoterapia. *Rev Psiquiatr Uru* 2004; 68 (2): 99-146.
- Canadian Psychiatric Association and the Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Depression Work Group. Clinical Guidelines for the Treatment of Depressive Disorders. 2001. Disponible en: <http://www.canmat.org/>
- Centre d'expertise collective de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Psychothérapie, trois approches évaluées. 2004. Disponible en: <http://www.inserm.fr/>
- Chambless D, Hollon S. Defining Empirically Supported Therapies. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66 (1): 7-18.
- Chambless D, Ollendick T. Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and evidence. *Ann Rev Psychol*, 2001; 52: 685-716.

13. Chambless D, Baker M, Baucom D, Beutler L, Calhoun K, Crits-Cristoph P. Update on empirically validated therapies, II. *Clin Psychol* 1998; 51(1): 3-16.
14. Chambless D, Sanderson W, Shoham V, Bennett Johnson S, Pope K, Crits-Cristoph P. An update on empirically validated therapies. *Clin Psychol* 1996; 49(2): 5-18.
15. Depression Guideline Panel. *Depression in primary care: Vol. 1. Diagnosis and detection* (Clinical Practice Guideline No. 5, AHCPR Publication No. 93-0550). 1993. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research.
16. Depression Guideline Panel. *Depression in primary care: Vol. 2. Treatment of major depression* (Clinical Practice Guideline No. 5, AHCPR Publication No. 93-0551). 1993. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research.
17. Depression Guideline Panel. *Depression in primary care: Detection, diagnosis, and treatment: Quick Reference Guide for Clinicians* (Clinical Practice Guideline No. 5, AHCPR Publication No. 93-0552). 1993. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research.
18. Depression Guideline Panel. *Depression is a treatable illness: A patient's guide* (AHCPR Publication No. 93-0553). 1993. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research.
19. Field M, Lohr K. *Clinical practice guidelines: directions for a new program*. Washington: National Academy Press; 1990.
20. Fleck M, Lafer B, Sougey E, Del Porto J, Brasil M, Juruena M. Guidelines of the Brazilian Medical Association for the treatment of depression. *Rev Bras Psiquiatr* 2003; 25(2), 114-22.
21. Hunsley J, Dobson K, Johnston C, Mikail S. Empirically supported treatments in psychology: implications for Canadian professional psychology. *Can Psychol* 1999; 40: 289-302.
22. Keegan E, Rutzstein G. Justo y necesario. El consentimiento informado en psicoterapia. *Persp Bioét* 2003; 8 (15): 55-60.
23. Kisely S, Jones J. An Integrated Treatment Algorithm for Pharmacotherapy and Psychotherapy. *Aus NZ J Psychiatr* 1999; 33: 207-216.
24. Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.buenosaires.gov.ar/>
25. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica. Serie Guías Clínicas MINSAL N° XX, 1º edición. Santiago, Minsal; 2006.
26. Ministerio de Salud del Perú. Taller de Validación de las Guías de Práctica Clínica en Salud Mental. 2006. Disponible en: <http://www.colegiopsicologosperu.org/consejonacional.htm/>
27. Muñoz R, Hollon S, McGrath E, Rehm L, VandenBos G. On the A.H.C.P.R. Depression in Primary Care Guidelines. *Am Psychol*, 1994; 49 (1): 42-61.
28. National Institute for Health and Clinical Excellence. 'The guidelines manual'. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. 2006. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/>
29. Roth, A. & Fonagy, P. (1995): *Research on the efficacy and effectiveness of psychotherapies (National Health Service Report)*. Report to the Department of Health.
30. Sackett, D.L., Richardson, W.S., Rosenberg, W., Haynes, R.B. (1997): *Evidence-based medicine*. New York: Churchill: Livingston.
31. Sanderson, W.C. (2002): Why we need Evidence-Based Psychotherapy Practice Guidelines. *Medscape General Medicine*, 4(4).
32. Strauss, B.M., Kaechele, H. (1998): The writing on the wall: Comments on the current discussion about empirically validated treatments in Germany. *Psychotherapy Research*, 8, 158-177.
33. Taragano, F.E., De Ustarán, J., García Elorrio, E., Geddes, J. (2002): *Guía del Manejo de la Depresión en la Atención Primaria*. Buenos Aires, Instituto Universitario CEMIC.
34. Williams, D.D.R., Garner, J. (2002): The case against 'the evidence': a different perspective on evidence-based medicine. *British Journal of Psychiatry*, 180, 8-12.



ACTUALIZACIÓN EN ADICCIONES

Coordinación
Alexis Mussa
Martín Nemirovsky

***E**l consumo de sustancias está ligado a la historia del ser humano. La potencialidad adictiva es una condición del ser humano, posible de ser desarrollada en cualquier tipo de estructura de personalidad, pudiendo coexistir con los más diversos cuadros psicopatológicos. La preocupación por las adicciones va en aumento, incluyendo la preocupación por entender los fenómenos que contribuyen a ellas y que, a su vez, son modificados por ellas. Estos fenómenos se han asociado históricamente con factores personales y familiares, habiéndose extendido posteriormente al contexto social, alcanzando más recientemente el ámbito legal. Dicho de otro modo, los factores que intervienen son cada vez mayores y más complejos, mientras que el rol del psiquiatra resulta, por ello, cada vez más complicado.*

El consumo excesivo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas es una situación que excede largamente el abordaje específico por parte de cualquier agente de salud, constituyendo un problema severo relacionado con la salud pública, con considerables costos psicológicos, físicos y sociales. Las adicciones han desbordado la capacidad de comprensión y abordaje de las distintas disciplinas que de ellas se ocupan. Las condiciones psicosociales cada vez más complejas y la edad de inicio en el consumo cada vez más temprana agravan aún más el panorama.

¿Cuál es el rol de los psiquiatras? ¿Es el que debería ser? La encrucijada epistemológica en la que se encuentra la psiquiatría, en parte producto de esa particular articulación de ciencias humanas

y naturales, conduce a la dificultad para establecer los alcances del propio campo de pertenencia en una, ya de por sí, resbaladiza e inasible situación clínica. En un artículo reciente, el Profesor Stagnaro enunciaba una de las dicotomías en las que nos encontramos los psiquiatras: agentes de cambio o guardianes sociales. Podemos sumar otra inquietud: los que nos dedicamos a la psiquiatría, ¿cuánto disfrutamos atendiendo a pacientes con las características de un adicto?, o directamente, con una visión menos romántica, ¿cuántos psiquiatras evitan trabajar con pacientes con ésta problemática?. Los fuertes sentimientos contratransferenciales, la frustración repetida, la falta de compromiso terapéutico, las habituales mentiras, el justificado miedo a las consecuencias legales conducen a una peligrosa ausencia de marco terapéutico adecuado. Marco imprescindible al intentar desarrollar esta tarea, para poder brindar asistencia y seguridad, tanto al paciente como al profesional tratante. Ninguna persona, si puede elegir, desea experimentar soledad, frustración y sentimientos de inutilidad. Y nos referimos a los profesionales.

Veamos un caso paradigmático: un hombre joven, dependiente de cocaína, presionado por familiares temiendo un desenlace lamentable, concurre a una entrevista con un psiquiatra. Quiere tratarse, pero a su manera. Esta manera resulta inaceptable para el psiquiatra, quien le indica una internación. Amenaza el sujeto con tomar medidas violentas contra quien quiera internarlo. No acepta la internación y los preocupados familiares se niegan a realizar

una intervención judicial por temor a represalias físicas por parte del "paciente". Retomando, ¿Qué debería hacer el psiquiatra? ¿Qué hacemos los psiquiatras actualmente con una persona de estas características? Por momentos, pareciera que a los agentes de Salud Mental no nos alcanza con cumplir con las obligaciones éticas y legales de nuestra profesión.

Otra situación dilemática ocurre para el psiquiatra al observar la tendencia creciente a utilizar a las sustancias psicoactivas de manera indisoluble a las actividad recreativa por parte de los jóvenes. Siempre flota la pregunta acerca de la pertinencia de un tratamiento psicológico o psiquiátricos en estos casos. Clásicamente al evaluar a un paciente joven consumidor de sustancias, podíamos encontrar habitualmente aspectos disfuncionales personales o en el seno familiar relacionados de alguna manera con el consumo. Actualmente, es difícil afirmar lo mismo. El enorme crecimiento y difusión de sustancias psicoactivas legales o ilegales sumada a una "despenalización" social entre los jóvenes, han logrado introducir el consumo en los más diversos contextos sociofamiliares.

Sin intentar ocuparnos de la pertinencia de la legalización de las sustancias (por otra parte, ¿quién o quiénes están capacitados como para hacerlo?), ¿qué determina que existan sustancias legales y otras ilegales? En ocasiones, el carácter ilegal parecería indicar la necesidad de un tratamiento. De la misma manera que una persona que toma un vaso de vino con las comidas no realiza tratamiento, nos preguntamos si aquellas personas ocasionalmente consumidoras de marihuana o pastillas, necesitan tratamiento psicológico o psiquiátrico. Una respuesta negativa no parece fácil de explicar a preocupados padres o a ciertos sectores de la sociedad.

En este dossier, profesionales vinculados con el estudio y tratamiento de las diversas adicciones, nos brindan un amplio y profundo panorama acerca de la dependencia a sustancias y proporcionan información práctica, de una manera reflexiva, acerca de este complicado y, la mayor parte de las veces, frustrante cuadro. Presentamos una serie de trabajos que abarcan diversos aspectos de las adicciones con la intención de los lectores puedan realizar una integración personal ayudados por estos aportes científicos.

En un estudio realizado en una zona de extrema pobreza, el Dr. Hugo Míguez identificó la prevalencia del consumo de pasta base de cocaína, asociándose directamente el mayor consumo de esta sustancia con las mayores carencias, mostrando el desplazamiento de los grupos vulnerables a los límites de la supervivencia social.

Los Dres. Luis Herbst y Aníbal Goldchluk realizan una completa y actualizada revisión acerca de los controvertidos efectos psiquiátricos permanentes que pueden sufrir los ex abusadores de marihuana o de estimulantes. La controversia sobre los supuestos daños que generarían estas sustancias no está definida.

Los Dres. Leandro Oural, María Victoria Paris, Oriana Sullivan, Martina Polach, Federico Pavlovsky y José Capece nos hacen una puesta al día sobre los fármacos utilizados para tratar el alcoholismo. Probablemente una de las adicciones más prevalentes en nuestro país.

Las Dras. Silvia Cortese y Marina Risso, Especialistas en Toxicología, describen el síndrome de retiro de opiáceos, clasificando a las distintas poblaciones capaces de presentarlo, describiendo las metas del tratamiento y caracterizando a los programas de desintoxicación.

El Dr. José Capece plantea, desde la perspectiva cognitiva, estrategias psicoterapéuticas utilizadas en el tratamiento del trastorno por dependencia de sustancias. Resume también las problemáticas relacionadas con el modelo de enfermedad, la alianza terapéutica, la ilegalidad, el objetivo del tratamiento, la medicación, las ideologías y las implicancias para las intervenciones sociales.

El Dr. Esteban Toro Martínez, Psiquiatra Forense, reseña los aspectos jurídicos de la ley de la ley de estupefacientes promulgada el 11 de octubre de 1989, incluyendo conocimientos psico-psiquiátricos como así también los principios teóricos básicos subyacentes y las principales discusiones acerca de los mismos.

El Dr. Bruno Bulacio, Doctor en Psicología y Docente en Drogadependencia y Criminología, nos brinda su testimonio del recorrido que ha realizado como formador de profesionales, supervisor de programas y servicios y como responsable de iniciativas y proyectos vinculados a las investigación en este campo a lo largo de más de 30 años ■

Prevalencia del uso de pasta base y riesgo social

Hugo A. Míguez

Ph. D. en Psicología.

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET).

Subsecretaría de Atención a las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires.

Observatorio sobre el Uso de Sustancias Psicoactivas.

E-mail: miguez@ciudad.com.ar

www.geocities.com/hugomiguez

Introducción

Antecedentes

Durante el año 2002, en la Provincia de Buenos Aires, el Plan Provincial de Atención de las Adicciones (7) redactó, entre sus objetivos, la puesta en marcha de un observatorio provincial dirigido a despejar una serie de interrogantes sanitarios relacionados tanto con las características de los grupos afectados por estos problemas, como con la definición de sus prioridades en el campo preventivo y asistencial. En aquel momento, la información provenía fundamentalmente de la práctica asistencial realizada en el conurbano y eran escasos los estudios epidemiológicos sobre el uso de sustancias psicoactivas en la comunidad.

En 1997 se había realizado un estudio de hogares sobre el consumo de cocaína (3), en zonas de pobreza estructural del conurbano bonaerense, donde ocurría gran parte de la actividad de la Secretaría de las Adicciones de ese entonces. Los resultados indicaron,

en aquel momento, una prevalencia de consumo actual de cocaína del 21,7 % en los residentes mayores de quince años de esas zonas críticas. Posteriormente, en el año 2004, se realizaron los primeros estudios probabilísticos (6) en el

conurbano, con financiación del BID, para medir prevalencia de adicciones en una muestra representativa de la población general. Los resultados, en este caso, indicaron que un 2,7 % de los residentes de 16 a 26 años tenía consumo actual de cocaína. Esta tasa, como las correspondientes a las otras sustancias ilícitas, presentaba incrementos conforme descendía el nivel económico social de la población estudiada (tabla 1). La relación entre uso de drogas y nivel socioeconómico constituyó un antecedente relevante que fundamentó la decisión de hacer un estudio específico sobre adicciones en una zona social crítica.

Resumen

Se analizan los resultados de un estudio probabilístico en una zona de extrema pobreza donde se aplicó una metodología etnográfica para la identificación del consumo de pasta base de cocaína. La prevalencia de vida para la población general de la comunidad estudiada fue de 13,2 %. En la población de varones de 14 a 30 años, la prevalencia fue del 51,1 %. Dentro de la misma situación de indigencia, el mayor consumo se asoció con las mayores carencias. Los datos muestran como la compulsividad del consumo de pasta base acentúa el desplazamiento de los grupos vulnerables a los límites de la supervivencia social.

Palabras clave: Epidemiología - Prevalencia - Adicciones - Pasta base de cocaína - Pobreza.

PREVALENCE OF COCA PASTE USE AND SOCIAL RISK

Summary

The results of a probabilistic study performed in an extremely poor area where an ethnographic methodology was applied for the identification of cocaine paste consumption are analyzed. The studied community's general population's life prevalence was of 13,2 %. Prevalence was 51,1 % within the male population between 14 and 30 years old. Within the same poverty situation, greater consumption was associated with greater deficiencies. Data shows how cocaine paste consumption compulsion accentuates the displacement of the most vulnerable groups towards the limits of social survival.

Key words: Epidemiology - Prevalence - Addictions - Cocaine Paste - Poverty.

| Drogas ilícitas | Total | PREVALENCIA ÚLTIMOS 30 DÍAS | | |
|------------------------|--------------|-----------------------------|--------------|--------------|
| | | NIVEL SOCIO-ECONÓMICO | | |
| | | ALTO | MEDIO | BAJO |
| Marihuana | 7.7 % | 4.1 % | 6.6 % | 8.6 % |
| Clorhidrato de cocaína | 2.6 % | 1.1 % | 3.1 % | 2.7 % |
| Inhalantes | 0.5 % | (...) | 0.3 % | 0.6 % |
| Alucinógenos | 1.2 % | 0.5 % | 1.3 % | 1.2 % |
| Pasta base | 0.8 % | (...) | (...) | 1.2 % |
| Crack | 0.4 % | (...) | 0.4 % | 0.5 % |
| Éxtasis | 0.6 % | 1.0 % | 1.0 % | 0.4 % |
| Hashish | 0.4 % | 0.2 % | (...) | 0.6 % |
| Otras drogas de diseño | 0.4 % | (...) | 0.2 % | 0.5 % |
| TOTAL | 8.6 % | 5.1 % | 8.2 % | 9.3 % |

Prevalencia de consumo de sustancias ilícitas, en los últimos treinta días, según nivel socioeconómico, en la población de 16 a 26 años residente en hogares del Conurbano Bonaerense, año 2004. Subsecretaría de Atención a las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires (6).

La elección del tipo de sustancia a investigar en este área tomó en cuenta que, en el transcurso del año 2006, se presentaron numerosas notas y referencias desde los medios de comunicación relacionadas con la aparición del uso de "pasta base", denominada también, popularmente, "paco". Estadísticas difundidas por la agencia nacional vinculada a las adicciones - Sedronar- provenientes de sus propios estudios en colegios, sostuvieron un crecimiento de su utilización en cerca del 200 % y lo definieron como el mayor incremento dentro del grupo de las sustancias ilícitas (9).

La Subsecretaría Provincial de Atención a las Adicciones -SADA- realizó en ese mismo año una primera indagación en hogares sobre el "paco" (5) para conocer la naturaleza y alcance del problema en zonas críticas. De acuerdo a los datos obtenidos en el 2004 se optó por iniciar los estudios sobre consumo de "paco" en un barrio del conurbano considerado, según las referencias de pacientes y psicoterapeutas de la zona, dentro de los más afectados por el uso del mismo.

Procedimientos técnico-metodológicos

La definición operativa de la sustancia conocida como "paco" estuvo dada por el reconocimiento de sus propios usuarios que agrupa diferentes productos o "pacos" según la etapa en la producción de cocaína, de la cual salió a la venta y, también, de los agregados que hubiera en el mismo de acuerdo a la información disponible en el año 2006. En general, se convino en circunscribir esta sustancia como una serie de productos resultantes del proceso de fabricación de la cocaína,

comprendido en algunos de los pasos que van desde la "pasta de base o pasta de coca" hasta la elaboración del clorhidrato de cocaína (4).

El estudio utilizó un muestreo aleatorio simple de hogares en un sector de viviendas delimitado geográficamente dentro de una zona de emergencia social. Durante la primera y segunda semana del estudio se procedió a elaborar la cartografía necesaria para seleccionar los hogares. Finalmente, el sector de estudio abarcó un conjunto de cinco conglomerados habitacionales que incluyó un total de 643 viviendas, aproximadamente unas tres mil personas residentes del lugar. Fueron seleccionadas de manera simple al azar un total de 64 viviendas, que agruparon a 67 hogares, con un total de 290 miembros que representaron un universo de 2917 personas.

La recolección de información utilizó una metodología etnográfica que, a lo largo de cuatro meses, identificó los patrones de consumo de las personas muestreadas. Se sumó dentro del equipo de campo a ex-usuarios de drogas que trabajaban en el área preventiva y comunitaria de la Subsecretaría y se aplicaron procedimientos de observación y entrevistas.

La determinación de la prevalencia de consumo de "paco" examinó su relación con variables socioeconómicas y, para este fin, se construyó un índice (1) sencillo, en base a las carencias en el hogar, que permitiera su cruzamiento con la prevalencia obtenida.

El índice comprendió una serie de variables socioeconómicas para discriminar entre hogares con diferentes niveles de pobreza, en una zona de indigencia. Se consideró como carencia en el hogar cualquiera de las

siguientes situaciones: existencia de materiales precarios en paredes o techos de la vivienda, falta de agua potable dentro de la vivienda, falta de luz eléctrica, falta de baño propio en la vivienda, la condición de hogar con hacinamiento crítico (más de tres personas por habitación) y situación de desocupación del jefe del hogar.

Resultados

La prevalencia de vida de "paco" en la zona crítica seleccionada para estudio alcanzó al 13,2 (Li 9,5 % - Ls 16,9 %) del total de sus habitantes. El grupo ubicado entre los 14 y 30 años tuvo una prevalencia de consumo en la vida del 32,4 % (Li 24,0 % - Ls 40,7 %). En los varones, el porcentaje de consumo fue de 22,5 % (Li 16,0 % - Ls 28,9 %).

Si se considera los resultados en la intersección de ambas categorías, la estimación de consumo de vida de "paco" en los varones comprendidos entre los 14 y 30 años representó el 51,1 % (Li 63,3 % - Ls 38,9 %).

Los datos de prevalencia considerados según la presencia de carencias en el hogar presentaron relaciones estadísticamente significativas entre el uso de "paco" y el mayor número de carencias.

Discusión

La idea de la distribución del consumo de drogas, con independencia de lo social, es una opinión habitual que, a veces, alcanza incluso al campo de la toma de decisiones en este área. En estos casos el calificativo de "flagelo" caracteriza el tema como una "plaga" y actúa elusivamente desviando la atención de uno de los factores de riesgo que, precisamente, está en la órbita de las decisiones que podrían tomarse para disminuir el problema. Lo cierto es que las condiciones límites a las que están sometidas las personas en las condiciones de miseria, constituye un factor de vulnerabilidad y así han sido señaladas por diferentes estudios que las relacionaron, junto con otros factores, con la determinación de un "alto nivel de estrés social" (8) y con la conflictividad específica que despierta la privación social (10).

En esta línea, en la década de los ochenta, Merton (2) dio cuenta de este consumo como una "conducta de retirada" ante la tensión que surge de compartir las expectativas sociales y no tener los medios para alcanzarlas. Hipótesis que guarda relaciones conceptuales con el "síndrome de indefensión aprendida" sostenido por Saforcada como resultado de las situaciones de pobreza estructural.

| Índice de carencia | Prevalencia de vida en consumo de "paco" | | | |
|--------------------|--|-------|----------|---|
| | Total | Casos | No Casos | Porcentajes Límite superior Límite inferior |
| Total | 2917 | 385 | 2532 | 13,2 % Ls: 16,9 Li: 9,5 |
| Una carencia | 1327 | 111 | 1216 | 8,4 % Ls: 12,8 Li: 4,0 |
| Dos carencias | 904 | 129 | 775 | 14,3 % Ls : 21,3 Li: 7,2 |
| Tres o más | 686 | 145 | 541 | 21,1 % Ls: 30,4 Li: 11,8 |

Chi-cuadrado 65,7054 (p = 0,0000)

Estimaciones de prevalencia de vida de "paco" en habitantes de un área crítica del conurbano bonaerense, año 2006. Subsecretaría de Atención a las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires (6).

Estos planteos nunca han ignorado la existencia del consumo de sustancias psicoactivas en sectores medios y medios altos pero, desde lo epidemiológico, han señalado también la diferente proporción para cada uno de los grupos sociales como resultado del acceso a recursos que (como en otras enfermedades) tiene una expresión diferente según los recursos con que cuentan las personas para tratar con él.

En materia de proporcionalidad por sector, los datos del estudio del 2004 mostraron como aumentaba la prevalencia conforme descendía el nivel socioeconómico. En el caso de los datos del 2006 se observó que, incluso al interior de la propia situación de indigencia, se presentó una significativa asociación de los habitantes en mayor situación de carencia con la mayor prevalencia de consumo de "paco". De esta forma, el porcentaje de consumidores aumentó del

8,4 % en hogares con menos carencias al 21,1 % de los que habitan en hogares aún más carenciados.

Los datos muestran como la compulsividad del consumo de pasta base acentúa el desplazamiento de los grupos vulnerables a los límites de la supervivencia social.

Tratándose de un primer estudio de medición directa de prevalencia de consumo de "paco" en hogares críticos, los valores encontrados tienen un sentido anticipatorio sobre las prioridades en materia de asistencia y prevención. El reconocimiento de factores de riesgo, entre los que se cuentan también los sociales, que tienden a acentuar la problemática del paco, deberían ser tomadas muy en cuenta tanto por nuevos estudios que precisen y profundicen la información como por los programas de acción que deberían preparar sus profesionales y técnicos para dar un auxilio adecuado a estos grupos ■

Referencias bibliográficas

1. Arduriz I. Índice de carencias. En: Estudio del consumo de pasta base en una villa de emergencia del conurbano bonaerense. Subsecretaría de Atención a las Adicciones, Observatorio: Autor, 2004.
2. Merton RK. *Teoría y estructuras sociales*. México, Fondo de Cultura Económica, 1980.
3. Míguez H. Cocaína, pobreza y nueva pobreza. *Acta Psiq Psicol Am Lat* 1997; 43(3): 231-236.
4. Míguez H, Magri R, Santos M. Notas preliminares sobre las etapas de producción del "Paco" en Argentina y Uruguay. (Inédito).
5. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Estudio del consumo de pasta base en una villa de emergencia del conurbano bonaerense. Subsecretaría de Atención a las Adicciones, Observatorio: Autor, 2006.
6. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Encuesta Provincial sobre Adicciones. Subsecretaría de Atención a las Adicciones: Autor, 2004.
7. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Plan Provincial de Atención de las Adicciones. Subsecretaría de Atención a las Adicciones: Autor, 2002.
8. Negrete JC, Mardones J, Ugarte G. *Problemas médicos del alcohol*. Chile, Andrés Bello, 1985.
9. Presidencia de la Nación. Segunda Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media. Sedronar: Autor, 2005.
10. Saforcada E. *Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Buenos Aires, Paidós, 1999.

Efectos psiquiátricos permanentes en ex abusadores de marihuana o de estimulantes

Aníbal Goldchluk

*Jefe del Servicio de Consultorios Externos.
Hospital "José T. Borda". Ramón Carrillo 375 - CP1275, Ciudad de Buenos Aires.
E-mail: lukmide@fibertel.com.ar*

Luis Herbst

*Servicio de Consultorios Externos.
Hospital "José T. Borda". Ramón Carrillo 375 - CP1275, Ciudad de Buenos Aires.
E-mail: herbst@arnet.com.ar*

Comenzaremos esta revisión con tres viñetas a los efectos de poder situar los escenarios clínicos a los que nos vamos a referir.

Caso 1

Mujer de 49 años, quien precipita su consulta por un episodio disociativo luego de un evento amenazante para ella. El episodio mencionado ocurre en el marco de un estado de ánimo depresivo (tristeza, vacío). El relato de este episodio sorprende porque está marcado por

interpretaciones inverosímiles que generan un efecto de distorsión de la realidad. La paciente estaba disconforme con su rendimiento personal, el cual era pobre e irregular y contrastaba con el que había sido el promedio de su rendimiento años atrás. Se quejaba de dificultad para concentrarse y retener información.

Había tendido un episodio también disociativo mucho tiempo atrás, en ocasión de sufrir la pérdida de un hijo de menos de un año. Desde este evento su ánimo tuvo un curso inestable, con angustia, tristeza, irritabilidad y reacciones temperamentales que afecta-

Resumen

Es un dato de la evidencia que las drogas de abuso producen efectos psiquiátricos tóxicos agudos, subagudos y en la abstinencia. Es una cuestión más controvertida si ellas pueden producir o desenmascarar cuadros psiquiátricos de largo plazo; o incidir en su curso o fenomenología; o influir sobre la respuesta a los recursos terapéuticos empleados para tratarlos, más allá del período de abstinencia. Este trabajo actualizará los conocimientos disponibles sobre este último punto en lo que hace a la marihuana y los estimulantes. Búsqueda bibliográfica electrónica en MEDLINE usando las siguientes palabras claves: anfetamina, estimulantes, marihuana, cannabis, efectos psiquiátricos, psicosis, trastornos del ánimo y efectos cognitivos. La marihuana produce psicosis permanentes en sujetos con vulnerabilidad a la esquizofrenia o a la psicosis. Los efectos cognitivos son agudos y subagudos, vinculados con la presencia de delta-9-tetrahydrocannabinol en el sistema nervioso central. Los estimulantes pueden producir psicosis de curso similar a la esquizofrenia y producir trastornos cognitivos a largo plazo. Hay algunos datos que indican que producen también trastornos del ánimo subsindrómicos.

Palabras clave: Estimulantes - Marihuana - Cannabis - Psicosis - Cognitivos.

PERMANENT PSYCHIATRIC EFFECTS IN FORMER ADDICTS TO MARIJUANA OR STIMULANTS

Summary

It's an evidence based data that the abuse of drugs produce toxic psychiatric effects, in the acute and sub acute phases of the intoxication and also in the recent abstinence. It is more conflicting the data about if they can produce or unmask vulnerabilities to long term psychiatric disorders; or to affect its course and phenomenology; or to influence the response to the therapeutic resources used to treat them, beyond the period of abstinence. The objective is to update the knowledge available on the ability of the marijuana and the stimulants to produce long term psychiatric disorders, or to unmask vulnerabilities to them. We have done an electronic bibliographical research in MEDLINE using the following key words: psychiatric disorders, amphetamine, stimulants, marijuana, cannabis, long term effects, psychosis, cognitive and cognitive deficits. The marijuana might induce permanent psychosis in subjects with vulnerability to schizophrenia or to psychosis. The cognitive effects are acute and subacute, related with the presence of delta-9-tetrahydrocannabinol in the central nervous system. The stimulants can produce a schizophrenia-like psychosis, and they can produce long term cognitive deficits. The stimulants also might produce subsyndromic mood disorders.

Key words: Stimulants - Marijuana - Cannabis - Psychosis - Cognitive.

ban sus relaciones familiares. Sumaba hiperorexia que le causaba un sobrepeso que aumentaba su sentimiento de infelicidad.

Luego de falta de respuesta a agentes ISRS, fue medicada con bupropión 225 mg/día y tuvo mejoras transitorias que se perjudicaban por su falta de cumplimiento. Realizó tratamientos para adelgazar en institutos especializados con mucho éxito y compromiso inicial, que se interrumpía por reactividad interpersonal con sus compañeros de grupo. Más adelante, hizo dos tentativas de suicidio por sobredosis de psicofármacos.

Presentaba antecedentes familiares de trastornos del ánimo y tardíamente en su tratamiento informó que desde su adolescencia y por un período de más de 4 años tomó anfetaminas en forma irregular. Niega que luego de ese período, hubiera vuelto a consumirlas.

Caso 2

Mujer de 30 años quien consultó por episodios de cleptomanía y ánimo depresivo. Mostró una fisonomía particular: amimia y entecimiento que asemejaba el parkinsonismo observado con neurolépticos, aunque ella no los estaba recibiendo. Los primeros eran llevados a cabo en el marco de una alteración de su conciencia, como si ella estuviera teledirigida. Esta condición semiológica hacía que tuviera poco esmero por ocultarlos o por ocuparse de que no fueran fácilmente descubiertos. Su psicopatología había comenzado 4 años atrás con cambios en su forma de ser. Había iniciado un noviazgo y una nueva actividad laboral. Estaba entonces hiperactiva, excesivamente dedicada y durmiendo muy escasas horas. Previamente, la familia no había notado problemas en ella y la describían como una persona adorable. Presentaba obesidad.

En estos últimos cuatro años había tenido dos internaciones, una por sobredosis de psicofármacos y otra por un episodio de cleptomanía bizarro. Había tenido sucesivos tratamientos con psicoterapia y diversos planes psicofarmacológicos sin resultados. Concomitantemente, había cambiado los equipos terapéuticos por esa falta de eficacia o por reacciones negativas contra-transferenciales. ¿Las reacciones negativas eran de los terapeutas?

Al inicio del tratamiento se practicó una evaluación neuropsicológica, la que mostró afectación en atención, memoria, abstracción y ejecución. Tuvo que ser internada en otras dos oportunidades por ideas de suicidio compulsivas que ella sentía (y el entrevistador registraba en la fisonomía de la paciente) como si la poseyeran y la tomaran.

Como en el caso anterior, la paciente presentaba antecedentes hereditarios de trastornos afectivos y, también tardíamente, informó que, previo a iniciar su noviazgo, y durante al menos 4 años había estado consumiendo diariamente mazindol para bajar de peso. Dijo que ya no lo hacía.

En el curso de la segunda de estas internaciones se agrega pramipexole 0,50 mg/día a la dosis de clozapina

que venía tomando y su evolución, hasta la fecha, es muy favorable: no vuelve a tener trastornos en el control de los impulsos ni en el ánimo y vuelve a mantener con éxito un trabajo estable y regular.

Caso 3

Paciente de sexo masculino de 17 años. Consultan los padres porque permanece casi todo el tiempo encerrado en su habitación, fumando marihuana, escuchando música y entregado a pensamientos idiosincrásicos. Los escribe: resultan afirmaciones sobre Dios, Satán, la Creación y la Destrucción del Mundo.

Desde sus 13 años fuma marihuana a diario. A duras penas fue pasando de año en la secundaria hasta que ahora la ha abandonado totalmente. No tiene motivación para nada y desdena cualquier actividad porque es innecesaria para el destino que tendrá el mundo.

Pertenece a una familia que valora particularmente lo artístico y lo literario, y que fue tolerante de sus peculiaridades; incluso de su consumo. Sin embargo, ahora está alarmada por su inocultable retracción social.

No hay antecedentes hereditarios de psicosis en su familia.

Introducción

Las toxicosis son procesos tóxicos agudos, producidos por sustancias exógenas o endógenas y se resuelven con la eliminación del tóxico. Las anfetaminas, estimulantes y el cannabis, generan efectos tóxicos agudos que se manifiestan con alteraciones perceptuales, anímicas y cognitivas. Lo esperable, en intoxicaciones agudas o subagudas, es que las alteraciones tóxicas agudas desaparezcan en la medida que se elimina el tóxico. A esta clínica psiquiátrica autorresolutiva se la califica de tóxica: psicosis tóxicas, alteraciones afectivas tóxicas, alteraciones cognitivas tóxicas o síndromes confusionales tóxicos.

Los procesos de detoxificación tienen por objeto tratar los efectos tóxicos agudos y subagudos, producidos por las drogas de abuso en el SNC. También las detoxificaciones se ocupan de los efectos clínicos que produce la supresión de drogas de abuso en los pacientes. Un proceso de detoxificación eficaz culmina cuando no hay clínica psiquiátrica por presencia de tóxicos, o como efecto de la supresión de las drogas de abuso.

Hay un grupo de pacientes en los cuales los efectos tóxicos psiquiátricos de las anfetaminas y el cannabis no tienen características transitorias, autorresolutivas, ni desaparecen por los tratamientos de detoxificación. En este grupo los síntomas persisten más allá de la presencia del tóxico. En estos pacientes la clínica es secundaria, desencadenada por el uso de drogas; no se debe solamente al efecto tóxico de las mismas solamente.

Es en estos casos en los que dejamos de considerar esta clínica como tóxica. En ciertos pacientes las drogas de abuso desenmascaran vulnerabilidades a desarrollar trastornos cognitivos, psicóticos o afectivos. Es muy

robusta la evidencia acerca del efecto del cannabis y los estimulantes en el desencadenamiento del primer episodio de psicosis en la esquizofrenia o de manías en pacientes con trastorno bipolar. Pero también la literatura científica es abundante en relación a la persistencia crónica de síntomas psiquiátricos que fueron desmascarados por drogas.

Está claro que estamos remarcando una diferencia: por un lado la capacidad de las anfetaminas y el cannabis de producir clínica tóxica transitoria. En contraposición a esto la capacidad de estas sustancias de desmascarar una vulnerabilidad genética o estructural al desarrollo de alteraciones psiquiátricas permanentes, secundaria a un estresor: las drogas de abuso.

Relaciones entre los Trastornos por Abuso de Sustancias y los demás Trastornos Psiquiátricos.

De acuerdo a Schuckit (30), las relaciones entre los trastornos por uso de sustancias y las demás condiciones psiquiátricas, deben distinguirse según las siguientes cuatro posibilidades:

Independientes uno de otro.

Cada uno de los trastornos se desarrolla de manera independiente y sigue su propio curso evolutivo. Su presentación en la misma persona ocurre por azar o por la consecuencia de factores predisponentes que pueden dar lugar a uno u otro trastorno (ejemplos: estrés, personalidad, condiciones de crianza, influencias genéticas).

Uno intenta curar al otro.

El segundo trastorno es el recurso utilizado por el paciente para aliviar los síntomas del primero o para aliviar los efectos secundarios de los medicamentos usados para tratar el primero. Por ejemplo, alcoholismo para atenuar los síntomas de la fobia social. En esta condición, el segundo trastorno toma, en general, un curso dependiente del primero (ejemplo: curada la fobia social, cesa el consumo de alcohol). Aunque, a veces, puede tomar un curso independiente.

Uno es consecuencia del otro.

Son los cuadros psiquiátricos temporarios inducidos por momentos específicos de la evolución de los trastornos por uso de sustancias: intoxicación o abstinencia. Por ejemplo, la psicosis causada por una intoxicación anfetamínica o la depresión propia de la abstinencia de la cocaína.

Uno desmascara o pone en marcha al otro.

En este caso, el primer trastorno desmascara o pone en marcha al segundo; y, éste, una vez iniciado, ya sigue su propio curso. Esto supondría que los cambios neurobiológicos causados por el uso de sustancias, darían razón fisiopatológica al segundo trastorno. Por ejemplo, la psicosis esquizofrénica causada por la intoxicación crónica con estimulantes.

El presente trabajo está destinado a desarrollar los conocimientos que se disponen sobre el efecto a distancia del uso crónico de drogas de abuso. En concreto, ¿son capaces las drogas de abuso de producir *per se* síndromes psiquiátricos aún cuando el consumo ya no está vigente? ¿Son capaces las drogas de abuso de producir variaciones subsindrómicas de largo plazo (por ejemplo, irritabilidad, inestabilidad afectiva, impulsividad), como consecuencia de la disregulación definitiva de los circuitos neurales que las justifican? ¿Puede atribuirse a las drogas de abuso algún efecto distintivo en la eficacia de las drogas usadas para tratar esos fenómenos psicopatológicos?

Al principio de este trabajo hemos incluido tres viñetas clínicas que ilustran distintos escenarios clínicos habituales en la práctica, en los cuales las preguntas arriba mencionadas cobran valor. En el desarrollo de este trabajo, comentaremos algunos puntos propios de cada viñeta.

Efectos psiquiátricos de largo plazo del uso de marihuana

Introducción

La marihuana es una de las drogas de abuso más utilizadas por los adolescentes en distintos países (25) y la de mayor utilización dentro del grupo de drogas ilegales. En nuestro país un estudio de 2005 (1) demostró que en adolescentes de nivel medio, luego del alcohol y el tabaco, es la sustancia psicoactiva más utilizada. Ocupa el primer lugar de consumo dentro de las sustancias de venta prohibida por la legislación Argentina. Los efectos toxicológicos agudos se expresan produciendo alteraciones cognitivas, perceptuales y afectivas; éstas pueden ser de características transitorias y de diferentes intensidades. Estos efectos son producidos, fundamentalmente, por el principio activo Delta-9-Tetrahidrocannabinol (THC). Se proponen algunos usos médicos de este principio activo de la marihuana: dolor en esclerosis múltiple, tratamiento de las náuseas y anorexia en pacientes infectados con VIH y cáncer, pero estos usos son aún puntos controversiales (26).

En este trabajo haremos referencia a los efectos tóxicos de largo plazo de la marihuana en relación a la posibilidad de desencadenar episodios psicóticos y/o producir deterioro cognitivo de largo plazo. En relación a la posibilidad de desencadenar síntomas psicóticos persistentes, éstos no tendrían relación con la toxicidad aguda, ni se los consideraría como efecto de residuos de cannabinoides.

A diferencia de lo que ocurre con los síntomas psicóticos persistentes, el debate en relación a los efectos cognitivos de largo plazo es si el THC produce (o no) efectos cognitivos persistentes. El impacto cognitivo agudo y subagudo está relacionado con la presencia de THC en el SNC. Se debate si hay efectos neurotóxicos que generen déficit cognitivo permanente, más allá de la presencia de THC en el SNC, o sea con el sujeto en abstinencia prolongada.

Relación entre el abuso de marihuana y desencadenamiento del primer episodio psicótico

El tercer caso clínico expuesto al principio encarna este tema: ante el paulatino y lento desarrollo de una retracción esquizofrénica, ¿cuál es el papel etiopatogénico de la marihuana?; ¿cuál sería la evolución del trastorno desencadenado si se consigue interrumpir el consumo?

Diversos estudios documentan la relación entre el abuso de sustancias y el Primer Episodio de Psicosis (PEP). No nos referimos a psicosis tóxicas, sino a los efectos de la marihuana en el desencadenamiento de estados psicóticos persistentes, más allá del efecto tóxico del THC en agudo y con el sujeto en abstinencia prolongada. Nos referimos a los efectos desenmascarando vulnerabilidad, genética o estructural, al desarrollo de clínica psicótica similar esquizofrenia o esquizofrenias.

En un estudio con 154 pacientes que presentaron PEP secundario a abuso de sustancias, solo un 24 % tuvieron psicosis afectiva. Dentro del espectro esquizofrénico se encontraron 104; el 6 % de éstos consumió alcohol y el 12 % marihuana por lo menos quince días antes del PEP (19). En otro estudio longitudinal con 232 pacientes se focalizó en la relación temporal entre abuso de drogas y PEP. En ese estudio el 90 % había abusado de drogas ilegales a lo largo de su vida, siendo la marihuana la más utilizada (17); el 14 % había abusado de alcohol en igual período de tiempo (26). En Canadá, con una muestra de 357 pacientes con PEP no afectivo (36), se evaluó consumo de sustancias hasta un año antes del PEP: 10 % de la muestra abusó de alcohol, 14 % de marihuana y 17 % de alcohol y drogas; de estos datos resulta que el 41 % de la muestra abuso de drogas o alcohol.

En un estudio prospectivo de 15 años de seguimiento, realizado con una población de soldados en Suecia ($n = 45570$), se encontró una relación directa entre la dosis de THC y el riesgo de desarrollar esquizofrenia en aquellos que comenzaron su consumo a los 18 años. El seguimiento a 27 años de esta misma cohorte encontró que dicha relación persistió; además seguía siendo significativa luego de evaluar potenciales confusores (OR 2,5; IC 95 % 1,2-5,1). Estos estudios abonan la hipótesis según la cual, en algunos sujetos, la exposición al D-9THC sería el estresor ambiental suficiente para activar la vulnerabilidad genética o estructural para desarrollar un primer episodio de psicosis. Estudios en animales han demostrado la interacción entre los sistemas cannabinoides y la regulación del tono dopaminérgico, uno de los sistemas implicados en la neurobiología de la psicosis (2). En estudios doble ciego, de provocación, donde se inyectó D-9THC intravenoso en pacientes esquizofrénicos, se observó un incremento de la clínica positiva y negativa (9). Se ha reportado una relación entre el consumo de marihuana y el polimorfismo del gen de la COMT. En sujetos con este polimorfismo y abuso de THC, se observó 10 veces más riesgo de desarrollar un episodio psicótico (16). No hay un método

aún que nos permita saber, previo al consumo de THC, qué sujetos son vulnerables al desenmascaramiento de estas vulnerabilidades, posiblemente genéticas.

En una revisión sistemática realizada por Moore y cols. (23), se reportó que la evidencia es consistente en relación al incremento del riesgo de psicosis en sujetos que consumen marihuana (OR 1,41; IC 95 % 1,20-1,65). Los hallazgos muestran una clara relación dosis-respuesta, o sea a mayor dosis, mayor riesgo y una relación directa con la frecuencia de consumo (OR 2,08; IC 95 % 1,54-2,84).

Quedan definidos entonces dos grupos de riesgo: a) vulnerabilidad a la esquizofrenia: sujetos con carga genética y alteraciones en el neurodesarrollo compatibles con esquizofrenia; el THC desencadena la esquizofrenia; b) vulnerabilidad a cuadros esquizofrenia-símiles: sujetos con polimorfismo en el gen de la COMT, donde el THC es un estresor que desenmascara la vulnerabilidad a cuadros de psicosis esquizofrenia-símil.

La gravedad del desencadenamiento de estados psicóticos por marihuana en pacientes con vulnerabilidad a la psicosis o a la esquizofrenia se relaciona con una menor edad de comienzo de consumo: 17,5 años de edad promedio en abusadores contra 25,7 años de edad promedio en no abusadores, mayor número de exacerbaciones clínicas de la psicosis, mayor número de internaciones, posibilidad de resistencia farmacológica y falta de adherencia al tratamiento. Claramente se reporta un incremento de la morbilidad del curso de la enfermedad y una dificultad en lograr altos niveles de remisión a largo plazo de la psicosis. Una de las primeras conclusiones que nos permiten extraer estos datos es insistir en la educación médica y la prevención del abuso de THC (13).

Efectos cognitivos de largo plazo del abuso de marihuana

Es un tema de debate abierto si la marihuana produce o no efectos cognitivos de largo plazo secundarios al alto consumo (32). La literatura muestra datos contradictorios. Está bien documentado que la intoxicación aguda y subaguda producen disminución de las capacidades cognitivas. En la intoxicación aguda serían secundarios a la presencia directa del THC en el SNC y en la intoxicación subaguda a consecuencia de residuos de THC. La pregunta que queda abierta a la investigación es si los efectos cognitivos pueden persistir más allá de la intoxicación aguda y de la presencia de THC en el SNC, y si esto fuese así, qué tipo de efecto neurotóxico se estaría observando. Estudios recientes (32) han demostrado cambios en la cognición y en el funcionamiento cerebral de sujetos con alto consumo pero fuera de un estado tóxico. Se ha observado cambios cognitivos, también, en niños expuestos a cannabis intraútero (8). En un estudio de Solowij (33) y cols., con abusadores de 24 años de evolución ($n=102$), se evaluaron atención, memoria y funciones ejecutivas. Fueron administrados los test previo al ingreso al estudio y posterior-

mente con una media de 17 horas de abstinencia. Los adictos que realizaban alto consumo y por tiempo prolongado tuvieron peor desempeño que los controles. En el Test de Aprendizaje Verbal de Rey los pacientes con más años de adicción recordaron menos palabras. Asimismo este grupo presentó mayor dificultad en el aprendizaje, retención y utilización de lo aprendido. Los pacientes de abuso prolongado necesitaron más tiempo para realizar una tarea en comparación con los controles. Este estudio demostró que había, en esa muestra, una relación directa entre tiempo de abuso y grado de déficit, o sea a mayor tiempo de abuso mayor déficit. En otro estudio (27) se reclutaron sujetos de entre 30 y 55 años, que consumieron marihuana por lo menos 5000 veces en sus vidas. Los divide en: alto consumo actual y 5000 veces en su vida, alto consumo pasado (5000 episodios de consumo) pero abstinencia actual y controles, definiendo controles a sujetos de igual edad que no hayan consumido más de 50 veces en sus vidas. El objetivo del estudio era comparar impacto cognitivo entre abuso actual y ex adictos que hubieran utilizado marihuana por muchos años y actualmente en abstinencia prolongada, a los efectos de diferenciar toxicidad aguda de efectos neurotóxicos permanentes. Se evaluaron funciones cognitivas en función de la presencia de THC en orina a los días 0, 1, 7 y 28. Si bien es un estudio con limitaciones y posibles confusores en el análisis de los resultados, en esa muestra, los que consumían en la actualidad puntuaban con déficit cognitivo hasta el día 7. Los déficits tenían relación directa con la concentración de THC en orina y no eran significativos en la medición del día 28 comparados con los controles. Pese a las limitaciones de este trabajo, los autores concluyen que, en este estudio, los déficit eran tóxicos y relacionados con la presencia de THC; no se evidencian efectos neurotóxicos permanentes. La evidencia es conflictiva.

Fried y cols. (12) y Di Forti y cols. (8) no encontraron deterioro cognitivo en sujetos de alto consumo luego de 3 meses de abstinencia. Bolla y cols. (5) encontraron déficit en la toma de decisiones y funcionalidad cerebral en sujetos con abstinencia de 25 días. Algunos estudios muestran una relación entre mayor deterioro cognitivo y de IQ verbal en aquellos que comienzan a consumir antes de los 16 años.

De la revisión de la literatura en relación a los efectos residuales cognitivos secundarios a el abuso de marihuana se puede concluir que la evidencia es consistente y robusta en demostrar la presencia de efectos residuales cognitivos agudos y subagudos, con características transitorias, en pacientes adictos a la marihuana de alto consumo. Los efectos reportados van desde minutos a horas hasta 7 a 28 días (11, 27, 32).

La literatura es conflictiva y contradictoria en relación a efectos cognitivos residuales de largo plazo. Con la evidencia actual, no es posible afirmar definitivamente que el alto consumo de marihuana, por períodos prolongados de tiempo (más de 10 años), produzca defectos cognitivos de largo plazo y permanentes, en

sujetos en abstinencia de consumo. Los datos son contradictorios y no confirman aún la hipótesis que plantea que el deterioro cognitivo de largo plazo en abstinencia, si existe, estaría relacionado con efectos neurotóxicos funcionales y/o estructurales del THC, similares a los que deja el abuso crónico de anfetaminas como secuela (21).

Conclusiones preliminares

Psicosis: Es consistente la evidencia acerca de la relación entre el alto consumo de marihuana y la posibilidad de desencadenar cuadros símil-esquizofrenia o esquizofrenias en sujetos vulnerables. El THC no es una condición necesaria ni suficiente para ser la causa de la esquizofrenia, solo actúa como estresor ambiental (8). Es un hecho de importancia dado que las psicosis desencadenadas por THC presentan una mayor frecuencia de resistencia farmacológica y un curso más mórbido.

Deterioro cognitivo: Es robusta la evidencia en relación al impacto sobre las funciones cognitivas del THC en forma aguda y subaguda. Los datos parecen confirmar que este impacto depende de la presencia de THC (o residuos del mismo) en el SNC. Esto es de especial importancia en sujetos que realizan actividades, bajo intoxicación aguda o subaguda, donde el deterioro transitorio de la funciones puede implicar riesgos (por ejemplo, manejar automóviles). No es posible afirmar que el THC presente efectos neurotóxicos que dejen secuelas cognitivas permanentes en abstinencia.

Relación entre el abuso crónico de cannabis y el primer episodio tardío de Trastornos Afectivos y por Ansiedad

El análisis de van Laar (35) muestra una clara asociación, también, entre abuso de cannabis y desencadenamiento de primeros episodios de trastornos anímicos y por ansiedad. Este estudio muestra una relación que, si bien existe, es muy débil entre el cannabis y la posibilidad de desarrollar trastornos por ansiedad; posiblemente debido a ciertas propiedades ansiolíticas del THC. Es diferente lo que sucede con los trastornos del ánimo unipolares donde la relación es más intensa. La relación entre el abuso de marihuana y el primer episodio de trastorno bipolar es más importante de lo que la literatura planteaba anteriormente. Esta intensa relación (OR 4,98; IC 95 % 1,8-13,81) muestra caminos de investigación futura.

Los estimulantes

Las anfetaminas y sus derivados (metanfetamina y éxtasis) son, luego de la marihuana, las drogas ilícitas de mayor consumo en el mundo (para una revisión del tema véase la referencia 3).

Su efecto biológico sobre el SNC es incrementar los niveles de monoaminas, provocando inicialmente euforia, aumento de libido, falta de apetito, aumento del estado de alerta y de la atención. Con el descenso de

los niveles plasmáticos, esos dones se convierten en depresión, fatiga, cansancio y disforia; los cuales dan lugar al anhelo de un nuevo consumo.

En la medida en la cual el consumo se prolonga en meses y años, se producen efectos neurotóxicos, cuya posibilidad de reversión luego de la suspensión del uso es controvertida. En su magnitud, éstos efectos están correlacionados directamente con el tiempo y la cantidad del consumo y son responsables de los efectos psiquiátricos y cognitivos de largo plazo.

Los efectos cognitivos derivan de las áreas cerebrales comprometidas y abarcan déficits en la memoria de trabajo, en la memoria episódica y en la función ejecutiva (razonamiento abstracto, planificación y flexibilidad conductual) (3).

Según estudios hechos en animales, en cerebros humanos post-mortem y corroborados por neuroimágenes obtenidas in vivo, los efectos neurotóxicos son los siguientes:

Niveles disminuidos de actividad dopaminérgica

El efecto neurotóxico sobre el sistema dopaminérgico y la consecuente afectación crónica de su función es el principal y serio daño que causa la anfetamina y puntualmente la anfetamina sobre el cerebro. Esta reducción es de una magnitud tal que se la asimila con la encontrada en la Enfermedad de Parkinson. La cuestión es por qué esto no se traduce más a menudo en sintomatología parkinsoniana. La Enfermedad de Parkinson causa una mayor afectación en el putamen que en el núcleo caudado. Esta diferencia no es significativa en abusadores de metanfetamina (37, 38).

Este dato tiene su importancia práctica. Tomando en cuenta la observación clínica aportada en la segunda viñeta expuesta al comienzo de este artículo, se encuentra una explicación fisiopatológica a la presentación símil parkinsoniana de la paciente con su lentitud psicomotora.

Reducida actividad de la tirosina hidroxilasa

Lo cual colabora con la reducción de la actividad dopaminérgica.

Disminución del transportador de dopamina

Efecto verificado en la presinapsis de las terminales dopaminérgicas y no en el cuerpo de las neuronas. Los estudios muestran cuáles son las áreas cerebrales comprometidas: el córtex orbitofrontal, el prefrontal dorso-lateral, el cuerpo estriado y el núcleo accumbens.

Existe una correlación entre el nivel de la pérdida del transportador y la expresión de síntomas psiquiátricos y cognitivos que encuentran asiento en esas áreas (31, 37, 38).

La reducción del funcionamiento dopaminérgico tiene implicaciones para el tratamiento, ya que la optimización de esta función con agentes apropiados puede ser de beneficio para el rendimiento cognitivo y motor. Otra vez, téngase en cuenta lo ilustrado en la segunda viñeta: la prescripción de pramipexole modificó dramáticamente el cuadro.

Reducción de la actividad serotoninérgica

La 3,4-metilendioxi metanfetamina, popularmente conocido como éxtasis, es responsable de la afectación de las vías serotoninérgicas y su consiguiente disregulación. Esto está correlacionado clínicamente con el incremento de la impulsividad, como se verá más adelante, probablemente con depresión y con la disminución de la memoria episódica.

La Psicosis Anfetamínica

Las anfetaminas y sus derivados pueden producir psicosis duraderas. Un estudio informa que entre el 36 y el 64 % de abusadores de metanfetamina que desarrollan síntomas psicóticos, continúan experimentándolos luego de 10 días de suspendido el consumo (3). En la misma dirección, otro estudio comunica que el 21 % de una población de mujeres encarceladas con antecedentes de fuerte consumo de metanfetamina, mantienen síntomas psicóticos por un período mayor de 6 meses, mientras que el 49 % de ellas remiten pero quedan proclives a recaídas psicóticas más allá de los 20 meses de abstinencia (3). Mc Kettin y cols., evaluando 309 fuertes consumidores de metanfetamina, encuentran que el 13 % de ellos desarrolla síntomas psicóticos de larga duración (22). En nuestro medio, Horigian y cols. (18) publicaron una revisión histórica del tema, incluyendo un caso clínico que ilustra esta evolución recurrente.

El cuadro se presenta primariamente con síntomas positivos: delirios persecutorios, alucinaciones visuales y auditivas, transmisión de pensamiento, ideas y sentimientos de influencia. Srisurapanont y cols. (34), en un estudio sobre 168 pacientes internados por psicosis posterior al consumo de metanfetamina, encontraron que el 77,4 % de ellos presentaba delirios persecutorios, el 44,6 % presentaba alucinaciones auditivas y un porcentaje menor presentaba creencias inusuales o extrañas y alucinaciones visuales. Sin embargo, sólo el 21,4 % de ellos presentaba síntomas negativos; lo cual plantea la cuestión sobre la capacidad de las anfetaminas de producir una sintomatología similar a la esquizofrenia. En cambio, Flaum y Schultz (10), sobre la base de un caso clínico, sostienen que, en algunos casos, las anfetaminas pueden producir un síndrome esquizofrénico de tipo paranoide, con recurrentes exacerbaciones y síntomas negativos interepisódicos, indistinguible de una verdadera esquizofrenia. Lo basan en la disregulación dopaminérgica que los estimulantes producen.

Lo que si resulta claro es que la psicosis anfetamínica toma un curso crónico y recidivante que semeja plenamente la evolución de la forma paranoide de la esquizofrenia.

Estudios en animales han demostrado que la administración crónica de anfetaminas causa cambios conductuales que se mantienen mucho tiempo después de su suspensión. Se ha demostrado en ellos también que estímulos farmacológicos y no farmacológicos pueden quedar crónicamente modificados cuando un animal

ha recibido anfetaminas. Se trata acá de un fenómeno de sensibilización causado por estas sustancias y que tiene importancia clínica: la reexposición posterior a un estimulante o una situación estresante puede desestabilizar fenómenos psicóticos (10). Véase en tal sentido el primero de los casos expuestos al principio: aunque no se trata de una evolución claramente psicótica, la aparición en el motivo de consulta de síntomas de extrañamiento y de intuiciones o interpretaciones autorreferenciales que no se enmarcan en el trastorno afectivo que sufría la paciente, ¿no puede ser postulado como una difuminación del sentido de realidad causada por el estrés en un sujeto en el cual el consumo pasado de anfetaminas dejó esa vulnerabilidad?

Boileau y cols. (4) demostraron la larga duración del fenómeno de sensibilización. En voluntarios sanos a los que administraron anfetaminas en el día 1, 3 y 5 del estudio, observaron que hasta un año después los sujetos seguían mostrando una mayor respuesta psicomotora y una liberación mayor de dopamina en comparación con los sujetos a quienes no se les había administrado anfetaminas.

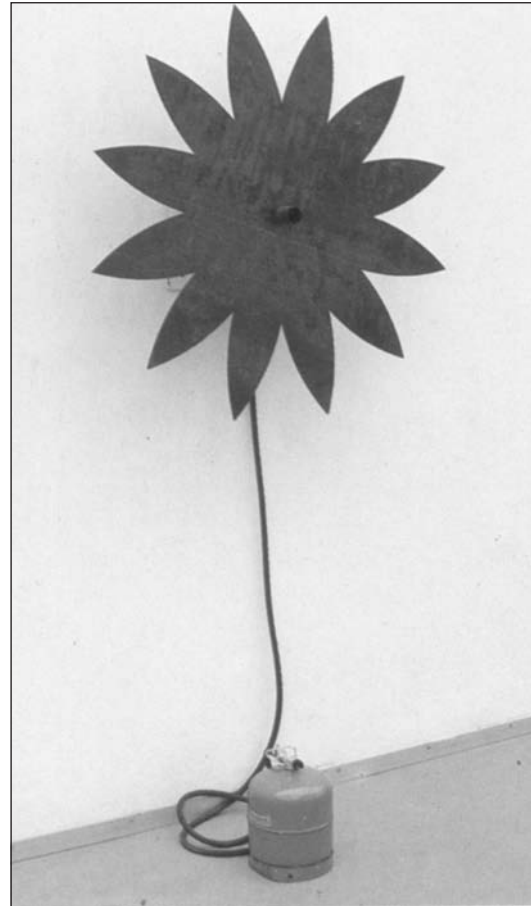
Sólo una proporción de consumidores de anfetaminas y sus derivados desarrolla síntomas psicóticos duraderos. De allí el interés de discriminar cuáles son los factores predisponentes. Chen (6) encontró que los pacientes que desarrollaban psicosis de más larga duración eran aquellos que presentaban mayor cantidad de antecedentes hereditarios de esquizofrenia. El mismo autor (7), estudiando a 445 pacientes consumidores de metanfetamina encontró que los que desarrollaron psicosis habían comenzado el consumo más temprano, habían consumido en mayores cantidades y tenían mayores antecedentes de rasgos esquizoides o esquizotípicos de personalidad.

Respecto del tratamiento, dado la capacidad de recurrencia y la sensibilidad al estrés o a la reexposición a estimulantes, el uso de antipsicóticos por tiempo prolongado, en forma similar a lo que se usa en pacientes esquizofrénicos, es lo aconsejable (3). Esto no descarta la evaluación clínica que permita en algunos casos suspender gradualmente tal prescripción. Un ejemplo de ello es el caso ya comentado, descrito por Horigian (18).

Si bien la práctica clínica muestra la eficacia de distintos antipsicóticos, Leelahanas y cols. (20) compararon olanzapina y haloperidol en dosis flexibles y no encontraron diferencias significativas entre ambas drogas en términos de eficacia. Sí, en cambio, el haloperidol produjo más severos síntomas extrapiramidales secundarios.

Relación entre los estimulantes con la depresión y la impulsividad

Así como hay evidencias sólidas sobre la capacidad de las anfetaminas y sustancias derivadas (metanfetaminas, éxtasis) de producir psicosis similares a la esquizofrenia, no existe el mismo nivel de evidencia para los trastornos del ánimo.



La capacidad neurotóxica del éxtasis sobre el sistema serotoninérgico hizo suponer que eso podría afectar la regulación del tono emocional. Sin embargo, Greeway y cols. (14) comparando estudiantes con alto consumo de la droga con otros que no, no encontró diferencias entre ambos en lo que hacía a depresión. Cuando esto se observaba en algún sujeto, la depresión precedía al consumo.

Guillot (15), en la misma dirección, estudiando ex-abusadores de éxtasis, tampoco encontró diferencias en los niveles de depresión; aunque sí encontró diferencias en las dimensiones obsesivo-compulsivas y de ansiedad. Estas dimensiones afectadas no mejoraban con el tiempo, con lo cual se podía suponer un efecto más crónico del abuso.

Siguiendo con el abuso de éxtasis, tanto Quednow y cols. (28) como Morgan y cols. (24), usando sendas baterías neuropsicológicas, coincidieron en encontrar incremento de impulsividad, déficits de la toma de decisiones y dificultades en la evaluación de riesgo-beneficio en ex abusadores de éxtasis, en comparación con un grupo de no consumidores y con otro grupo de poliadictos.

Este dato es importante para el presente trabajo porque ofrece adicional fundamento a la cleptomanía ilustrada en la segunda viñeta clínica y la cual se presentó posterior al consumo sin ninguna vinculación con los antecedentes clínicos de la paciente.

En lo que hace a la metanfetamina, Zweben y cols. (39) estudiando a 1016 abusadores de esta sustancia que

buscaron tratamiento, encontraron altos niveles de depresión y suicidalidad. Sin embargo, esto sucedía en el período del consumo y no se aportan datos sobre la evolución posterior de esta sintomatología.

Rawson y cols. (29), evaluando 114 pacientes entre 2 y 5 años después que habían buscado tratamiento por su adicción a la metanfetamina, encontraron que globalmente mostraban una clara reducción en el consumo, pero mantenían el mismo nivel de alteración en cefalea y depresión.

Los datos arriba expuestos, entonces, sugieren que, si bien no hay evidencias de que los estimulantes puedan producir síndromes afectivos completos en exabusadores, no excluyen la posibilidad de que dimensiones subsindrómicas de ánimo, ansiedad e impulsividad se produzcan como alteraciones de larga duración en el período de abstinencia.

Conclusiones

Dado que las drogas de abuso provocan alteraciones en el funcionamiento cerebral en áreas vinculadas con la regulación de la cognición, el humor y la ansiedad; y dado que estas alteraciones pueden resultar en algunos casos de larga duración, tal como se observa en los fenómenos de sensibilización, nuestra conclusión es que las drogas de abuso acá consideradas son capaces de producir efectos psiquiátricos sindrómicos o subsindrómicos de larga duración, ya en el período de abstinencia.

De esto se desprende la necesidad de registrar en la anamnesis el antecedente del consumo de sustancias para considerarla como un factor que pueda incidir sobre el cuadro clínico, sobre elementos semiológicos heteróclitos del cuadro central y, aunque con un menor nivel de evidencia, sobre la elección de los recursos farmacológicos ■

Referencias Bibliográficas

- Ahumada G, Morin S. Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de nivel medio. Sedronar 2005. Disponible en: <http://www.sedronar.gov.ar>
- Andréasson S, Allebeck P, Engström A, Rydberg U. Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet* 1987; 2(8574): 1483-6
- Barr A, Panenka W, Mc Ewan W, et al. The need for speed: an update on methamphetamine addiction. *J Psychiatry Neurosci* 2006; 31(5): 301-13.
- Boileau I, Dagher A, Leyton M, et al. Modeling sensitization to stimulants in humans: an (11C) raclopride/positron emission tomography study in healthy men. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63(12): 1386-95.
- Bolla KI, Eldreth DA, Matochik JA, Cadet JL. Neural substrates of faulty decision – making in abstinent marijuana users. *Neuroimage* 2005; 26: 480-492.
- Chen CK, Lin SK, Sham PC. Morbid risk for psychiatric disorder among the relatives of methamphetamine users with and without psychosis. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2005; 136(1): 87-91.
- Chen CK, Lin SK, Sham PC. Premorbid characteristics and co-morbidity of methamphetamine users with and without psychosis. *Psychol Med* 2003; 33(8): 1407-14.
- Di Forti M, Morrison P, Butt A, Murray R. Cannabis use and psychiatric and cognitive disorders: the chicken or the egg? *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20: 228-234.
- D'Souza DC, Abi-Saab WM, Madonick S, Forselius-Bielen K, Doersch A, Braley G, et al. Delta-9-tetrahydrocannabinol effects in schizophrenia: implications for cognition, psychosis, and addiction. *Biol Psychiatry* 2005; 57(6): 594-608.
- Flaum M, Schultz S. When does amphetamine-induced psychosis become schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 812-815.
- Fletcher JM, Page JB, Francis DJ, Copeland K, Naus MJ, Davis CM, et al. Cognitive correlates of long-term cannabis use in Costa Rican men. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53(11): 1051-7.
- Fried PA, Watkinson B, Gray R. Neurocognitive consequences of marihuana – a comparison with pre-drug performance. *Neurotoxicol Teratol* 2005; 27: 231-239
- Green AI, Brown ES. Comorbid schizophrenia and substance abuse. *J Clin Psychiatry* 2006; 67(9): e08.
- Greenway G. Recreational ecstasy use and depression. *J Psychopharmacol* 2006; 20(3): 411-6.
- Guillot C. Is recreational ecstasy (MDMA) use associated with higher levels of depressive symptoms? *J Psychoactive Drugs* 2007; 39(1): 31-39.
- Hall W. Is cannabis use psychotogenic?. *Lancet* 2006; 21; 367(9506): 193-5.
- Hambrecht M, Häfner H. Substance abuse and the onset of schizophrenia. *Biol Psychiatry* 1996; 40(11): 1155-63.
- Horigian V, Pérez Rivera R, Bonato L, et al. Psicosis anfetamínica. Actualización bibliográfica y presentación de un caso clínico. *Clepios* 1997, III(3):102-105.
- Larsen TK, Melle I, Auestad B, Friis S, Haahr U, Johannessen JO, et al. Substance abuse in first-episode non-affective psychosis. *Schizophr Res* 2006; 88(1-3): 55-62.
- Leelahanas T, Kongsakon R, Netrakom P. A 4-week double-blind comparison of olanzapine with haloperidol in the treatment of amphetamine psychosis. *J Med Assoc Thai* 2005; (88)Suppl 3: 543-52.
- Lyketos CG, Garrett E, Liang KY, Anthony JC. Cannabis use and cognitive decline in persons under 65 years of age. *Am J Epidemio* 1999; 149(9): 794-800.
- McKetin R, McLaren J, Lubman DI et al. Prevalence of psychotic symptoms among methamphetamine users. *Addiction* 2006; 101(10): 1473-8.
- Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, Lewis G. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2007; 370(9584): 319-28.
- Morgan M, Impallomeni L, Pirema A, et al. Elevated impulsivity and impaired decision-making in abstinent ecstasy

- users compared to polydrug and drug naive controls. *Neuropsychopharmacology* 2006; 31(7): 1562-73.
25. Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías. El problema de la drogodependencia en Europa. Reporte Anual 2007 Unión Europea. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu>
 26. O'Connell TJ, Bou-Matar CB. Long term marijuana users seeking medical cannabis in California (2001-2007): demographics, social characteristics, patterns of cannabis and other drug use of 4117 applicants. *Harm Reduct J* 2007; 4(1): 16
 27. Pope HG Jr, Gruber AJ, Hudson JI, Huestis MA, Yurgelun-Todd D. Neuropsychological performance in long-term cannabis users. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58(10): 909-15.
 28. Quednow B, Kuhn K, Hoppe C, et al. Elevated impulsivity and impaired decision-making cognition in heavy users of MDMA ("Ecstasy"). *Psychopharmacology (Berl)* 2007; 189 (4): 517-30.
 29. Rawson R, Huber A, Brethen P et al. Status of methamphetamine users 2-5 years after outpatient treatment. *J Addict Dis* 2002; 21(1): 107-109.
 30. Schukit M. Comorbidity between substance abuse disorders and psychiatric conditions. *Addiction* 2006; 101(Suppl 1): 76-88.
 31. Sekine Y, Minabe Y, Ouchi Y, et al. Association of dopamine transporter loss in the orbitofrontal and dorsolateral prefrontal cortices with methamphetamine-related psychiatric symptoms. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1699-1701.
 32. Solowij N, Stephens RS, Roffman RA, Babor T, Kadden R, Miller M, et al. Marijuana treatment project research group. Cognitive functioning of long-term heavy cannabis users seeking treatment. *JAMA* 2002; 287(9): 1123-31.
 33. Solowij N, Michie PT, Fox AM. Differential impairments of selective attention due to frequency and duration of cannabis use. *Biol Psychiatry* 1995; 37(10): 731-9.
 34. Srisurapanont M, Ali R, Marsden J, et al. Psychotic symptoms in methamphetamine psychotic in-patients. *Int J Neuropsychopharmacol* 2003; 6(4): 347-52.
 35. van Laar M, van Dorsselaer S, Monshouwer K, de Graaf R. Does cannabis use predict the first incidence of mood and anxiety disorders in the adult population? *Addiction* 2007; 102(8): 1251-60.
 36. Van Mastrigt S, Addington J, Addington D. Substance misuse at presentation to an early psychosis program. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39(1): 69-72.
 37. Volkow N, Chang L, Wang G et al. Low level of brain dopamine D2 receptors in methamphetamine abusers: Association with metabolism in the orbitofrontal cortex. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 2015-2021.
 38. Volkow N, Chang L, Wang G et al. Association of dopamine transporter reduction with psychomotor impairment in methamphetamine abusers. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 377-382.
 39. Zweben J, Cohen J, Christian D, et al. Psychiatric symptoms in methamphetamine users. *Am J Addict* 2004; 13(2): 181-90.





II CONFERENCIA DE ALZHEIMER IBEROAMÉRICA (AIB)

XI REUNIÓN REGIONAL LATINOAMERICANA Y DEL CARIBE (ADI)

VI REUNIÓN IBEROAMERICANA DE ASOCIACIONES Y FUNDACIONES DE ALZHEIMER (AIB)

Panamericano Buenos Aires Hotel & Resort - Argentina - 6 al 8 de agosto del 2008

“Desde el diagnóstico precoz, hacia la prevención”







www.alzheimer2008.com.ar

Agende estas fechas

- **30 de abril:** Vencimiento para la presentación de resúmenes
- **5 de Mayo:** Vencimiento de inscripción temprana

Actualización del tratamiento farmacológico de la dependencia alcohólica

GEA (Grupo de Estudio de Adicciones)

Leandro Oural

*Residente de Psiquiatría. Hospital Álvarez.
leandrooural@yahoo.com.ar*

María Victoria Paris

*Residente de Psiquiatría. Hospital Durand.
mariavictoria.paris@gmail.com*

Oriana Sullivan

*Médica Psiquiatra. Casa Puerto. Centro de Asistencia Social en Adicciones.
orisullivan@yahoo.com*

Martina Polach

*Médica Psiquiatra. Hospital Braulio Moyano y Colonia Montes de Oca.
martinapolach@arnet.com.ar*

Federico Pavlovsky

*Médico Psiquiatra. Hospital Central de San Isidro.
fpavlovsky@hotmail.com*

José Capece

*Médico Psiquiatra. Docente universitario.
Ex presidente del capítulo de Drogodependencia y Alcoholismo de APSA.
Coordinador terapéutico "Casa Flores" (Programa Paco / GCBA).
jcapece@intramed.net*

Mecanismo de acción del alcohol en el cerebro

El alcohol etílico o etanol, principal componente de las bebidas alcohólicas, es una droga psicoactiva clasificada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es una sustancia depre-

sora del sistema nervioso central, presenta propiedades eufóricas y desinhibitorias con capacidad de crear tolerancia y abstinencia, por lo tanto dependencia y adicción.

Resumen

El objetivo de la presente actualización farmacológica es abordar la problemática de la dependencia alcohólica. Partiendo de las bases biológicas y del impacto del etanol sobre los sistemas neurobiológicos y de neurotransmisión, se hará una revisión de las principales herramientas farmacológicas para el tratamiento de la dependencia alcohólica. El disulfiram, la naltrexona y el acamprosato, todas ellas con aprobación por la FDA (Food and Drug Administration) han mostrado mecanismos de acción, perfiles de eficacia, tolerabilidad y adherencia dispares. También nos referiremos al topiramato, el que está siendo estudiado actualmente con relación a esta indicación.

Palabras clave: Dependencia alcohólica - Craving - Disulfiram - Naltrexona - Acamprosato - Topiramato - Abordaje farmacológico del alcoholismo.

PHARMACOLOGICAL REVIEW OF ALCOHOLIC DEPENDENCE TREATMENT

Summary

The aim of the present pharmacological update is to revise the problem of alcohol dependence. Starting from the biological bases and the impact of alcohol on the neurobiological and neurotransmission systems, a revision of the main pharmacological tools for alcohol dependence treatment will be done. Disulfiram, naltrexone, acamprosate, all of them approved by the FDA (Food and Drug Administration), have shown mechanisms of action, efficacy, tolerance and adherence dissimilar. We will also refer to topiramate, which is being studied for this indication.

Key words: Alcohol dependence - Craving - Disulfiram - Naltrexone - Acamprosate - Topiramate - Pharmacologic approach of alcoholic disorders.

La complejidad de efectos que induce el etanol se debe en parte a su estructura química, lo que le permite interactuar con grupos polares y no polares de componentes de membrana, lo que explica su elevada solubilidad tanto en un entorno acuoso como lipídico. El etanol atraviesa, por lo tanto, rápidamente la barrera hematoencefálica, detectándose en pocos minutos en el cerebro tras su ingesta (37).

Los efectos sobre el cerebro dependerán, entre otras cosas, de su concentración en sangre. En niveles altos, el etanol actúa como un anestésico, interactuando con los lípidos y proteínas de la membrana de las neuronas, enmascarando su acción sobre los receptores específicos. En concentraciones de relevancia fisiológica interactúa en forma específica con proteínas asociadas a canales iónicos (potasio, calcio dependientes) con receptores de neurotransmisores (67). Serían dianas farmacológicas de importancia las proteínas asociadas a canales iónicos en los receptores para glutamato NMDA (N-metil-D-aspartato) y los receptores GABA, siendo éstos los principales sistemas de neurotransmisión. El sistema GABAérgico es inhibitorio y el Glutamatergico es excitatorio, por lo tanto las alteraciones en la función y/o respuesta de los receptores NMDA y GABA podrían explicar los efectos farmacológicos del etanol tanto en la intoxicación aguda como en los mecanismos de tolerancia y dependencia (37, 52). El etanol, en concentraciones de relevancia fisiológica, inhibe los receptores NMDA y potencia a los receptores GABA. La activación de la neurotransmisión inhibitoria mediada por el receptor GABA A junto con una reducción en la neurotransmisión excitatoria a través de la inhibición de los receptores NMDA participaría en los efectos de la intoxicación aguda tales como somnolencia, desorientación, disminución de los reflejos, depresión en general del SNC.

El efecto ansiolítico del alcohol a bajas dosis estaría mediado por la interacción del etanol con subtipos específicos de receptores GABA A extrasinápticos. La hipersensibilidad del SNC ante la retirada del etanol tras un largo consumo es consistente con los cambios a largo plazo que se producen principalmente de los receptores NMDA y GABA A. La inhibición de la neurotransmisión glutamatergica mediada por el efecto inhibitorio del etanol sobre los receptores NMDA se compensa aumentando el número de receptores y/o afectando la expresión de algunas isoformas que constituyen el complejo que lleva a un aumento de su función. Se produce entonces una sensibilización de los receptores NMDA. Por otro lado, el consumo crónico de etanol disminuye la función de los receptores GABA A para compensar la estimulación del etanol sobre este receptor (58).

Mecanismos de la adicción al alcohol

Es la vía dopaminérgica mesolímbica la que mediaría los procesos adictivos. Ante la perturbación crónica de esta vía, inducida por sustancias psicoactivas como el alcohol, se crea un hábito patológico tras el estímulo reforzador aberrante. El alcohol, al igual que todas las

sustancias que generan dependencia, actúa sobre el sistema de recompensa aumentando la actividad de la dopamina (DA) en el núcleo accumbens (NAC).

El consumo crónico de alcohol induce una desregulación e hipofunción de la vía dopaminérgica mesolímbica, causando déficit en la liberación de DA, efecto que probablemente participe en el deseo de consumo durante la fase de abstinencia alcohólica. El déficit de la actividad dopaminérgica en el Área Tegmental Ventral (ATV) se mantiene tras meses y años de haber interrumpido el consumo de etanol. Los mecanismos por los cuales el alcohol activa esta vía dopaminérgica son complejos, e involucran a una multiplicidad de neurotransmisores. La estimulación del sistema opioide a través de sus receptores localizados en el ATV aumenta la frecuencia de descarga de las neuronas dopaminérgicas. El consumo de alcohol aumenta la liberación de endorfinas en el cerebro (62), produciendo la sensación de bienestar, lo que supone un refuerzo positivo. El etanol aumentaría la transmisión dopaminérgica mediante la estimulación del sistema opioide endógeno. La ingesta de alcohol aumenta la liberación de endorfinas y péptidos endógenos opioides con lo que se activa el sistema de recompensa y refuerzo dopaminérgico. *Los 3 opioides más importantes son: β -endorfinas, encefalinas y dinorfinas.* Está postulado que diferencias individuales en la sensibilidad al sistema de péptidos opioides pueden estar relacionados con los distintos niveles de *craving* (52, 58).

Al mismo tiempo, el sistema glutamatergico participaría en este refuerzo, ya que el glutamato inhibe la liberación de DA en el NAC, mediado por los receptores NMDA.

Los datos nos aclaran que los mecanismos de refuerzo y deseo de reiniciar la bebida estarían mediados por la disminución de la actividad dopaminérgica mesolímbica, lo que a su vez estaría modulado por receptores NMDA y GABA, el sistema opioide e incluso el serotoninérgico.

DISULFIRAM

Mecanismo de acción

El disulfiram inhibe de manera irreversible a la enzima aldehído deshidrogenasa (ALDH) (23). La enzima ALDH transforma el acetaldehído en acetato, por lo que causa una acumulación de acetaldehído, que ocasiona un *cuadro de náuseas, vómitos, cefalea pulsátil, enrojecimiento facial, precordialgia, hipotensión e hiperventilación.* La reacción aparece a los pocos minutos de la ingesta y puede durar entre 45 y 90 minutos (49). *En casos severos, raros con la dosis actual recomendada de 250 mg/día, se puede producir síntomas tales como depresión respiratoria, fallo agudo congestivo y muerte* (2). Variantes polimórficas génicas de dichas enzimas tienen implicaciones importantes en la dependencia alcohólica. El alelo ALDH2*2, que codifica para una forma poco activa de la enzima ALDH2, se asocia a una menor capacidad para metabolizar el acetaldehído y por consecuencia está asociada a una disminución en el riesgo de dependencia alcohólica (81).

Efectos adversos

El disulfiram se metaboliza a nivel del citocromo P-450; esto se puede asociar a aumentos en plasma de drogas que se metabolizan al mismo nivel como la fenitoína, el diazepam y algunos antidepresivos (amitriptilina, desipramina) (17, 50). *En ausencia de alcohol los efectos adversos que se pueden producir son leves y pueden incluir mareos, cefalea, dermatitis alérgica, impotencia y aliento a ajo* (67). Los reportes fatales datan en su mayoría de los primeros 10 años tras la introducción de la droga al mercado, cuando las dosis recomendadas eran cercanas a los 4 ó 5 gramos/día. La hepatotoxicidad fatal tiene una prevalencia de 1/30.000 pacientes y ocurre típicamente en el curso inicial del tratamiento, siendo la misma una reacción idiosincrática dosis-independiente, con una tasa de mortalidad del 16 % que estaría mediada por la acumulación de metabolitos tóxicos y por una respuesta autoinmune (9, 27). *Es necesario realizar evaluaciones de la función hepática cada 2 semanas los primeros dos meses y luego mensualmente por el primer semestre*. No existe evidencia que desordenes hepáticos pre-existentes aumenten el riesgo de hepatotoxicidad provocada por disulfiram (84). Un factor de riesgo para el desarrollo de la hepatotoxicidad serían los pacientes hipersensibles al níquel (15, 20). *Los pacientes deben ser advertidos de evitar el alcohol en todas sus formas, tales como jarabes, enjuagues bucales, lociones para después de afeitarse, vinagre, mostaza y similares*. Poulsen y cols. (66) estimaron una tasa de reacciones adversas de 1 cada 2000 pacientes tratados por año (período 1968-1990 en Dinamarca). Las contraindicaciones de la droga son: pacientes con psicosis, daño cognitivo, hipertensos, historia previa de accidente cerebrovascular, neuropatía periférica, enfermedad cardíaca isquémica, enfermedad pulmonar, embarazo (droga de categoría C), epilepsia, daño renal o hepático, diabetes y el consumo reciente de metronidazol y otras drogas interdictoras (75). Se han descrito *complicaciones psiquiátricas* variadas como paranoia, manía, depresión, daño en la memoria, concentración, ataxia, disartria, neuropatía periférica, signos de liberación frontal y estados de delirium prolongados sin mayores variaciones autonómicas (61, 67). Los episodios psicóticos han sido atribuidos al efecto biológico del disulfiram, ya que al inhibir la enzima dopamina b-hidroxilasa, aumenta la concentración de dopamina y esta sería la responsable de la productividad psicótica (29). En la revisión realizada por Larson y cols. (47), este autor señala que con la dosis usadas en décadas pasadas (1 a 2 gramos/día) se estimó la prevalencia de aparición de síntomas psicóticos en un 2 a 20 %. Branchey y cols. (14) *encontraron una incidencia de síntomas psiquiátricos en la muestra de 1,9 %, muy por debajo de las cifras reportadas por otros investigadores*. El punto es controversial, algunos autores opinan que debido al riesgo de inducir crisis psicóticas y alteraciones en el estado de ánimo no debe utilizarse en pacientes esquizofrénicos ni bipolares (73). Otros sostienen que el disulfiram no debería ser contraindicado de forma absoluta en pacientes psicóti-

cos con dependencia de alcohol, siempre y cuando el paciente este capacitado para comprender los posibles efectos secundarios y dar su consentimiento (17, 57). Con respecto a la comorbilidad psiquiátrica, el disulfiram se ha mostrado eficaz en pacientes alcohólicos con patologías psiquiátricas como el Trastorno por Estrés Postraumático (64, 65). Petrakis (2006), en un estudio con 254 pacientes duales del espectro psicótico, encontró que tanto con el disulfiram (250 mg/día) como con la naltrexona (50 mg/día) disminuían los días de ingesta alcohólica y que no se producía un empeoramiento en los síntomas psicóticos con la medicación (63). Este estudio sostiene y ratifica el uso de ambas drogas en pacientes dependientes de alcohol con comorbilidad psiquiátrica. Una novedosa y promisoría indicación del disulfiram se refiere a la *dependencia a cocaína*. La comorbilidad alcohol-cocaína está asociada a una más severa dependencia, peor retención en el tratamiento y peor respuesta al tratamiento, en comparación con el abordaje a pacientes con dependencia a las drogas por separado (18). Desde el año 2004, con el estudio pionero de Carroll (19), distintos investigadores (34, 35, 36) han postulado al disulfiram como una droga para tratar la dependencia a la cocaína, independientemente de la presencia de dependencia al alcohol. El mecanismo de este efecto no está develado pero se supone que tiene que ver con:

- ❖ *La capacidad del disulfiram de elevar hasta 6 veces las concentraciones de cocaína.*
- ❖ *Inhibir la dopamina b-hidroxilasa (DBH)* (32, 38, 70, 12). A través de esta inhibición enzimática, el disulfiram inhibe el *craving* y actúa alterando el efecto "high" de la droga así como disminuyendo el deseo de consumo (46).
- ❖ *El uso concomitante de cocaína con disulfiram* provoca en los dependientes a cocaína una intensificación de los síntomas negativos asociados al consumo, físicos y psíquicos (72).

Estudios de eficacia

A pesar de su larga historia en el mercado, el número de ensayos clínicos controlados es escaso. En el trabajo publicado por Williams en el año 2005 (83) se ubica al disulfiram como una *droga cuya evidencia es de clase B* (31).

Williams (83) sostiene que esta droga no disminuye la frecuencia de toma de alcohol ni mejora la tasa de recaídas cuando se compara con placebo. El estudio más citado para evaluar la eficacia de esta droga fue el realizado por Fuller, que consistió en un estudio controlado con 605 pacientes, doble ciego, randomizado, y multicéntrico (30). Fuller no encontró diferencias significativas entre los pacientes que recibieron la droga (en dosis de 1 mg/día -sin efecto aversivo- y una dosis activa de 250 mg/día) y aquellos que recibían placebo (vitaminas). *La conclusión de los autores fue que el disulfiram no*

| Tabla 1 | | | |
|---|-----------------------|---|--|
| Fármacos aprobados por la FDA y niveles de eficacia (31, 59) | | | |
| Fármacos | Aprobación FDA | Grado de eficacia | Recomendaciones clínicas |
| Disulfiram | Sí | B (inconsistente) Datos suficientes para evaluar la eficacia; el tamaño de la muestra es adecuado; los datos indican inconsistencias en los hallazgos entre la droga y el placebo por lo que la eficacia de la droga estudiada para tratamiento de dependencia alcohólica no queda claramente establecida. | No se recomienda para su uso como primera línea |
| Naltrexona | Sí | A (Bueno) Datos y muestra de tamaño suficiente, los datos son consistentes e indican que la droga es claramente superior al placebo. | Recomendado para tratamiento dependencia alcohólica en conjunto con terapia comportamental |
| Acamprosato | Sí | A (Bueno) | Ídem Naltrexona |
| Topiramato ISRS Ondansetrón | No | D (Insuficiente) | Sugerido para disminuir la frecuencia de toma |

mejora la tasa de abstinencia ni retrasa la reanudación del consumo de alcohol, pero puede reducir el consumo después de la recaída. En revisiones posteriores se concluye que el disulfiram disminuye el número de días y la cantidad de alcohol consumida, pero no aumenta la tasa de abstinencia (40). Se ha demostrado que la efectividad del disulfiram está relacionada particularmente con la adherencia al régimen terapéutico (20) y se están diseñando elementos de screening toxicológico que monitorean la toma del fármaco (28). Hay estudios que comparan la efectividad del disulfiram en relación a las otras drogas aprobadas por la FDA para la abstinencia alcohólica, en particular con el acamprosato (donde fue más eficaz para disminuir las recaídas pero con menor acción anticraving) y con la naltrexona, en donde se comprobó que a los 12 meses la tasa de abstinencia con disulfiram era el doble que con la naltrexona: 88 vs 44 % (24).

Indicaciones, formas de uso

El perfil del tipo de pacientes donde el disulfiram podría ser útil es: *pacientes mayores de 40 años con una larga historia de alcoholismo, estabilidad social, alta motivación, concurrencia a Alcohólicos Anónimos y cognitivamente intactos* (3, 4, 63). Sería una droga, a pesar de sus efectos adversos, *útil en las etapas iniciales del tratamiento, como una forma de lograr una sólida y precoz abstinencia, que debe ser monitoreada diariamente por un miembro de la red de contención* (22). El disulfiram ha mostrado ser una opción eficaz en tanto sea utilizada en pacientes adherentes al tratamiento (43, 59).

Actualmente la FDA propone para el disulfiram una dosis de 250 mg/día. La terapéutica con disulfiram debe instrumentarse con al menos 24 hs de abstinencia (23). Con esta dosis el tratamiento con disulfiram

es bien tolerado. Para algunos autores el tratamiento con disulfiram debe ser por periodos cortos de tiempo, siendo ideal para pesquisar comorbilidad psiquiátrica (38). Hay estudios que dan cuenta de la utilidad y posibilidad de combinar el disulfiram con el acamprosato (59) (obteniéndose tasas de abstinencia más altas que las dos drogas por separado), así como la combinación de naltrexona y disulfiram, en donde no se encontró mayor efectividad pero sí un aumento de los efectos adversos (8).

NALTREXONA

Mecanismo de acción

Es un antagonista opioide no específico que bloquea los receptores opioides *mu*, *delta* y *kappa* con gran afinidad por el receptor *mu* (81). La naltrexona reduce el reforzamiento positivo, los efectos placenteros del alcohol y reduce el *craving*. Se postula que es el bloqueo de receptores *mu* el que ejercería la acción de la naltrexona (24). La naltrexona interferiría con la liberación de dopamina inducida por alcohol en el NAc. El pico de concentración de naltrexona y su mayor metabolito, 6- β -naltrexol, ocurre tras una hora de su administración oral (81). *Sosteniendo esta hipótesis la acción más importante estaría asociada a disminuir el placer y la recompensa secundarios al consumo de alcohol, con la consecuente disminución en las conductas de búsqueda.* Por otra parte también los opioides estarían involucrados en la anticipación condicionada de los efectos placenteros que genera el consumo, lo que podría explicar el efecto de evitar la primera recaída (68). Es discutible que la naltrexona ejerza su efecto en evitar las recaídas a través de la reducción del *craving*, lo cual hace en forma moderada, sino mediante la disminución del placer luego del consumo al disminuir la acción opioide sobre los receptores *mu*.

Estudios de eficacia

La eficacia de la naltrexona en la dependencia alcohólica ha traído resultados controversiales. Esto probablemente se deba a la variabilidad de las poblaciones estudiadas, el tipo de tratamiento psicossocial adyuvante, los subtipos biológicamente heterogéneos de personas dependientes al alcohol, y los diferentes niveles de adherencia al tratamiento con naltrexona. En 1992 dos ensayos clínicos contra placebo demostraron una reducción en la tasa de recaída, una reducción del *craving* y una disminución en la frecuencia en la ingesta alcohólica en pacientes tratados con naltrexona (43).

Se encuentran diferencias sustanciales en el efecto de la naltrexona según la adherencia de los pacientes al tratamiento (81). *Junto con el acamprosato son los fármacos, dentro de las tres drogas aprobadas por la FDA, con un grado de eficacia A* (83). Los meta análisis de los estudios disponibles respaldan sin duda la eficacia de la naltrexona (38). *La variabilidad biológica a su vez puede afectar la respuesta a la naltrexona.* Individuos que tienen una historia familiar positiva para alcoholismo son más pro-

pensos a responder al alcohol con un aumento en las β -endorfinas plasmáticas y probablemente con el correspondiente aumento en los opioides del SNC, los cuales se beneficiarían con este abordaje. Se puede esperar una mayor respuesta a la naltrexona en este subgrupo que en el grupo que no manifiesta un aumento de opioides endógenos inducidos por alcohol.

Wilkins (81), al estudiar las variables de respuesta a la naltrexona, encontró que *aquellos pacientes con inicio de abuso de alcohol antes de los 25 años, una historia familiar de alcoholismo, una historia de abuso de otras sustancias y craving severo tenían una buena respuesta a esta droga.*

Un estudio piloto publicado compara la eficacia de la naltrexona con la del disulfiram, en pacientes con dependencia al alcohol y cocaína, y el disulfiram tuvo un efecto superior (24). En comparación con el acamprosato, la naltrexona no demostró ser más eficaz que éste para evitar el inicio del consumo de alcohol luego de un período de abstinencia, aunque sí lo es para evitar la primera recaída y para sostener la abstinencia en el primer año. Además, los días sostenidos sin consumir alcohol fueron mayores para los pacientes del grupo tratado con naltrexona (68). En relación a parámetros no clínicos, se ha observado una disminución significativa de la gama glutamyltranspeptidasa, aun sin reducción del consumo de alcohol (52).

Efectos adversos

Los efectos adversos son náuseas (14 %), cefalea (15 %), mareo (12 %), astenia (10 %), según un reciente meta análisis de Bouza y cols. (13). La hepatotoxicidad puede ocurrir en dosis mayores a las recomendadas para la dependencia al alcohol.

En caso de darse naltrexona a pacientes que usan opioides en forma encubierta, puede precipitarse una abstinencia a opioides, por ello debe realizarse un monitoreo en orina antes de iniciar el tratamiento.

Indicaciones y formas de uso

En general se inicia el tratamiento con una dosis de 25 mg/día, para minimizar las quejas iniciales de náusea y cefalea. La dosis terapéutica usual es entre 50 y 100 mg/día.

Las tasas de adherencia con naltrexona van de 40 % a 87 %, limitando su efectividad en la práctica clínica los altos niveles de incumplimiento con el tratamiento. Las formulaciones de duración prolongada mejoran la adherencia al tratamiento (81). La razón más importante en el abandono del tratamiento no sólo estaría dada por los efectos adversos de la droga sino también por la falta de efectos placenteros o disminución de disforia, la supresión del placer asociado al consumo de alcohol, especialmente en pacientes indebidamente motivados, y finalmente la dificultad que siempre se observa en el sostén del tratamiento en las patologías crónicas (aquí las formas inyectables de liberación prolongada mejoran la adherencia) (62).

Según algunos estudios (6), el aumento en los días de abstinencia, la disminución en el número de episodios de consumo por día, la disminución de los individuos que recayeron y la prolongación del tiempo hasta la primera recaída, además del aumento del tiempo entre recaídas se observaron con la combinación de naltrexona con terapia cognitivo conductual o terapia motivacional (38).

ACAMPROSATO

Su denominación química es bisacetilhomotaurinato cálcico o bisacetilaminopropano sulfonato cálcico. Su estructura es análoga a la de ciertos aminoácidos farmacológicamente activos como taurina, GABA y glutamato (87). Si bien el mecanismo de acción no está completamente esclarecido, se cree que el acamprosato actúa como inhibidor del glutamato y en un grado menor como modulador del GABA (80, 82). Hay evidencia reciente de que el acamprosato interactuaría con la neurotransmisión glutamatérgica en general como modulador, y como antagonista del receptor metabotrópico de glutamato subtipo 5 (mGluR5) en particular (10). Se postula que el acamprosato atenuaría la hiperactividad glutamatérgica y de esa manera se lograría una disminución del *craving* y de la severidad de la abstinencia (25).

Estudios de eficacia

En un estudio randomizado, doble ciego, placebo-control, en el que durante 48 semanas se administró acamprosato y se realizó el seguimiento durante 48 semanas más, el acamprosato probó ser efectivo en mantener la abstinencia (69). En pacientes que se encuentran realizando tratamientos abstencionistas, el acamprosato ayuda a reducir la severidad de las recaídas (cantidad y frecuencia del consumo de alcohol) (21). El uso de acamprosato mejora los resultados clínicos y reduce los costos del tratamiento en comparación con otros tratamientos de rehabilitación sin acamprosato. El principal motivo de la reducción de costos es la reducción de las hospitalizaciones. Los resultados de un metaanálisis que incluyó el estudio de 4087 individuos, muestran que el tratamiento está asociado con un beneficio relativo de logro de abstinencia atribuible a acamprosato a los 6 meses de 1.47 (95 % CI, 1.29-1.69; $p < 0.001$). También muestra evidencia de un aumento en la efectividad del tratamiento con el tiempo, tal vez avalando la utilidad de mantener el tratamiento después de las recaídas (53). En el estudio COMBINE, el acamprosato no mostró evidencia de eficacia con y sin intervenciones conductuales combinadas (5). Una hipótesis que se plantea en relación a las diferencias observadas en relación a la eficacia, es la existencia de diferencias culturales entre las poblaciones estudiadas (74). Se cree que los pacientes con dependencia alcohólica en EE.UU. difieren de los europeos en términos de menor accesibilidad a internación para detoxificación y tasas más altas de abuso de sus-

tancias ilícitas (54). Otro estudio reciente en Australia, no encontró diferencias entre naltrexona, acamprosato y placebo. De su investigación concluyen en la conveniencia de definir subgrupos de pacientes para optimizar el tratamiento de la dependencia alcohólica en el futuro (56). En este sentido se ha realizado un análisis de 7 ensayos europeos (1485 pacientes) que no encontró en ninguna de sus variables analizadas en subgrupo de alcohólicos, una diferencia en la eficacia del tratamiento con acamprosato. Estas fueron: dependencia fisiológica, antecedentes familiares de alcoholismo, edad de comienzo, síntomas de ansiedad, severidad de *craving* y género (79).

Distintos estudios de eficacia en tratamientos combinados

La prevención de recaídas con naltrexona y acamprosato fue superior al placebo, con una tendencia a mejores resultados en el grupo de naltrexona comparado con el de acamprosato. La combinación de los dos fármacos fue significativamente superior a acamprosato solo, y a placebo (44). *Tiene un grado de eficacia A* (83).

Efectos adversos

Los efectos adversos más frecuentes son la diarrea transitoria (10 %) y la cefalea (20 %) (76). Puede aparecer prurito. Hay casos reportados de eritema multiforme, aunque es muy poco frecuente. Está contraindicado en pacientes con un clearance de creatinina menor a 30 mL/min (10).

Indicaciones, formas de uso

No se encuentra disponible en nuestro país. Por su baja disponibilidad se administra en tres dosis diarias entre 666 mg y 1998 mg/día. No tiene metabolismo hepático. Se elimina por excreción renal. *Tiene indicación para prevención de recaídas y para evitar efectos de discontinuación brusca del consumo de alcohol.* Tiene buena tolerancia. No mostró interacciones con otras drogas, estando estudiadas específicamente con: alcohol, imipramina, disulfiram y diazepam (55).

TOPIRAMATO

Mecanismo de acción

El topiramato es un derivado de la fructopiranososa que se encuentra aprobado por la FDA solamente para el tratamiento de la epilepsia. Ha demostrado eficacia, en monoterapia, en adultos con crisis convulsivas parciales y refractarias a otros tratamientos (85).

Debido a sus efectos en los sistemas GABAérgicos y glutamatérgicos, está siendo evaluado en el tratamiento de la dependencia al alcohol. La mayoría de los antiepilépticos actúan bloqueando los canales de calcio o sodio voltaje dependiente o facilitando la neurotransmisión GABAérgica.

El topiramato, además de afectar la actividad de los canales de sodio y calcio tipo L voltaje dependientes, inhibiría la activación de los subtipos de receptores glutamatérgicos AMPA y Kainato, con mayor potencia que a los tradicionales NMDA, estimularía el subtipo de receptores GABA A e inhibiría débilmente la anhidrasa carbónica (tipo II y IV) (1).

El topiramato aumenta la actividad del GABA y podría disminuir la liberación extracelular de DA en el ATV, e inhibir la actividad del glutamato a nivel de los receptores AMPA en el circuito mesolímbico (43, 45).

Estudios recientes de experimentación que estudiaron los efectos del topiramato sobre el nivel plasmático de beta-endorfina en ratas criadas para alta o baja preferencia al alcohol, demuestran que éste fármaco modularía el sistema opioide endógeno, el cual se halla implicado en el alcoholismo (86).

Estudios de eficacia

En un estudio realizado recientemente, el topiramato (300 mg/día) mostró ser significativamente más efectivo que placebo en mejorar la discontinuación del consumo de alcohol, reduciendo el *craving*. Fue más efectivo que placebo en reducir la cantidad de bebidas consumidas por día y la cantidad de bebidas por día de consumo. También redujo el porcentaje de "días de consumo fuerte" e incrementó el porcentaje de días de abstinencia (41). Fueron medidos tres elementos de funcionamiento psicosocial: grado de severidad de la dependencia, calidad de vida y daños consecuentes al consumo de alcohol. En todos los parámetros mensurados, el topiramato fue superior a placebo (42).

En un estudio que comparó el uso de topiramato contra placebo, se observó que el promedio de los períodos más extensos de "consumo seguro" (es decir, moderado) de alcohol fue de 16,7 días para los pacientes tratados con topiramato versus 8,9 días para los pacientes que recibían placebo.

Al cabo de 50 días de tratamiento, el 43,9 % de los individuos con topiramato y el 26,4 de los que recibían placebo habían alcanzado 7 días continuos de "consumo seguro" (51).

Efectos adversos

El topiramato está fuertemente asociado a alteraciones cognitivas. Este debilitamiento cognitivo es clínicamente relevante ya que a menudo es requerida la discontinuación de la droga a pesar de sus efectos favorables en otros aspectos. La mayoría de las quejas de los pacientes, en relación al funcionamiento cognitivo fueron: debilitamiento en la atención/concentración, trastornos en la memoria a corto plazo, pensamiento enlentecido y dificultades en hallar palabras (71). Siempre se pensó que estos efectos estaban relacionados con dosis altas de topiramato, la titulación rápida del mismo y la politerapia (33). Cuando el topiramato es reducido o discontinuado, se observa mejoría en los puntajes del

IQ verbal, fluencia verbal y span de dígitos (78). Las funciones alteradas son del lóbulo frontal: atención, concentración (*working memory*), rapidez cognitiva, memoria a corto plazo, flexibilidad mental y fluencia verbal (39). Es importante resaltar que todos los estudios clínicos realizados con topiramato que sugieren que la administración se asocia a alteraciones ejecutivas, fluencia verbal y atención/concentración, fueron realizados en individuos con epilepsia. Ninguno fue testeado en pacientes adictos (11, 42).

Otro efecto indeseable aunque infrecuente, es la acidosis metabólica con anión GAP normal hiperclorémica. Es habitualmente asintomática y se ha reportado aún con dosis bajas de topiramato. Es más común en niños. El mecanismo propuesto estaría en relación a la inhibición de la enzima anhidrasa carbónica, generando una acidosis tubular tipo 2 (16). A pesar de que la aparición de este efecto adverso es impredecible durante el tratamiento, es de buena práctica dosar CO₂ o bicarbonato sérico en sangre venosa a intervalos regulares y realizar gases en sangre arterial ante una cirugía mayor (60).

Otro efecto adverso descrito en trabajos de investigación clínica, es la urolitiasis, todos los casos hasta el momento en el sexo masculino, con una incidencia del 1,5 %. No es llamativo el hecho de que la urolitiasis presente la misma frecuencia de aparición que en pacientes tratados con acetazolamida, teniendo ambos fármacos la misma acción sobre la anhidrasa carbónica (26). La disminución de peso es otro efecto adverso, que en ocasiones puede ser utilizado como un efecto buscado (16). El uso de topiramato puede resultar en la aparición de glaucoma agudo bilateral de ángulo estrecho, el cual es usualmente reversible con la discontinuación de la droga. La mayoría de los casos reportados ocurrieron en pacientes de sexo femenino (89 %). Ocurre generalmente en las etapas iniciales del tratamiento y puede suceder en personas sin antecedentes de patología ocular. Se piensa que es un fenómeno idiosincrático, por lo tanto, impredecible (48). Otros efectos indeseables oculares descritos son la miopía aguda, la separación supracoroidal y maculopatía, esta última irreversible (7).

Indicaciones, forma de uso

Recomendado para reducir la frecuencia de ingesta de alcohol e incrementar la abstinencia con un grado de evidencia B (83).

Precauciones en la administración

Evaluar función renal en pacientes gerontes, previo al inicio del tratamiento (por eliminación renal predominante). Es sumamente importante la titulación lenta del topiramato (para reducir el riesgo de efectos adversos). Se recomienda escalar 25 mg por semana. Los estudios de Johnson (41, 42) llegan hasta un máximo de 300mg/día.

Conclusiones

El alcoholismo es una enfermedad crónica que requiere un abordaje con múltiples herramientas. Para poner en perspectiva el problema del alcoholismo, la dependencia al alcohol, junto con los trastornos de la ansiedad y del estado de ánimo, son las tres primeras causas de patología psiquiátrica en los estados Unidos (77). A pesar de su alta prevalencia, la dependencia alcohólica está actualmente sub-tratada. Sólo el 10 % de los pacientes con dependencia de alcohol reciben un tratamiento específico, lo que es significativamente menor a las tasas recibidas en otras enfermedades crónicas con prevalencia similares (77). *El tratamiento psicofarmacológico es útil en reducir la ingesta de alcohol y los costos económicos directos e indirectos de la dependencia alcohólica.* Sin embargo, con relación al escenario local, también es importante señalar que el costo de la mayoría de las drogas existentes es alto. Tomando como referencia las marcas originales, puede estimarse un costo

mensual aproximado en dosis terapéuticas mínimas (diciembre 2007) de \$ 50 mensuales (u\$s 16) para el disulfiram, \$ 330 (u\$s 104) para la naltrexona, \$ 480 pesos (u\$s 152) para el topiramato (<http://www.alfabeta.net> - Vademécum Farmacéutico Online). Por su parte, en lo que concierne a los estudios de eficacia de estas drogas encontramos que la tasa de abandonos es alta, cercana al 50 % (52). Con relación al abordaje farmacológico la bibliografía da cuenta del escaso uso que hacen los médicos generales y psiquiatras de las herramientas farmacológicas específicas aprobadas por la FDA. Se estima que del total de pacientes con dependencia alcohólica tan solo el 1 % recibe una de las tres drogas indicadas para el tratamiento de dicha dependencia (71). Tal situación, además del mencionado costo económico, puede obedecer a distintos orígenes, tales como la resistencia y el descreimiento de la eficacia por parte de los pacientes aunque también de los profesionales, sumado quizás, a un desconocimiento del perfil farmacológico y sus efectos adversos ■

Referencias bibliográficas

- Ait-Daoud N, Malcom RJ, Johnson BA. An overview of medications for the treatment of alcohol withdrawal and alcohol dependence with an emphasis on the use of older and newer anticonvulsants. *Addictive Behaviors* 2006; 31: 1628-1649.
- Altun G, Altun A, Erdogan O. Acute Myocardial Infarction due to Disulfiram- Alcohol Interaction. *Cardiovasc Drugs Ther* 2006; 20: 391-392.
- Antabuse Tablets. Physicians Desk Reference. Montvale, NJ. *Medical Economics*; 2005: 2442-2443.
- Anton R. Pharmacologic approaches to the management of alcoholism. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (Suppl 20): 11-17.
- Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA, Cisler RA, Couper D, Donovan DM, et al. COMBINE Study Research Group: Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 295: 2003-2017.
- Assanangkornchai, Sawitri. The treatment of alcohol dependence. *Curr Opin Psychiatry*. 2007; 20: 222-227.
- Asensio-Sanchez VM, et al. Severe ocular side effects with Topamax. *Arch Soc Oftalmol* 2006; 81: 345-348.
- Besson J, Aeby F, Kasas A, et al. Combined efficacy of acamprosate and disulfiram in the treatment of alcoholism: a controlled study. *Alcohol Clin Exp Res* 1998; 22: 573-9.
- Bjornsson E, Nordlinder H, Olsson R. Clinical characteristics and prognostic markers in disulfiram-induced liver injury. *Journal of Hepatology* 2006; 44: 791-197.
- Boothby LA, Doering PL. Acamprosate for the treatment of alcohol dependence. *Clinical Therapeutics* 2005; 27(6).
- Bootsma HPR, et al. Long-term effects of levetiracetam and topiramate in clinical practice: A head-to-head comparison. *Seizure* 2007; 1265-1272.
- Bourdelat-Parks G, Anderson G, Donaldson Z, et al. Effects of dopamine ? hydroxylase genotype and disulfiram inhibition on catecholamine homeostasis in mice. *Psychopharmacology* 2005; 183: 72-80.
- Bouza C, Magro A, Munoz A, et al. Efficacy and safety of naltrexone and acamprosate in the treatment of alcohol dependence: a systematic review. *Addiction* 2004; 99: 811-828.
- Branchey L, Davis W, Lee K, Fuller R. Psychiatric complications of Disulfiram treatment. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1310-1312.
- Brewer C, Hardt F. Preventing disulfiram hepatitis in alcohol abusers: inappropriate guidelines and the significance of nickel allergy. *Addict Biol* 1999; 4: 303-8.
- Burmeister J, et al. Topiramate and severe metabolic acidosis. *Arq Neuropsiquiatr* 2005; 63(2-B): 532-534.
- Calvo Poyo F. Interdictores en esquizofrenia dual. En: Szerman N, Vara Alvarez C, Casas M, editores. *Patología dual en esquizofrenia. Opciones Terapéuticas.* Barcelona: Editorial Glosa; 2007.
- Carrol et al. Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. *Addiction* 1998; 93(5): 713-728.
- Carrol KM, Fenton LR, Ball SA, Nich C, Frankforter TL. Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine dependent outpatients: a randomized placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 264-72.
- Chick J. Safety Issues Concerning the use of disulfiram in treating alcohol dependence. *Drug Saf* 1999; 20: 427-435.
- Chick J, Leher P, Landron F: Does Acamprosate Improve Reduction of Drinking As Well As Aiding Abstinence? *Journal of Psychopharmacology* 2003; 17(4): 397-402.

22. Ciraulo DA, Shader RJ, Ciraulo AM. Alcoholism and its treatment. En: Shader R, editor. *Manual of Psychiatric Therapeutics*. 3ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005 p 127-142.
23. Dauer M. Disulfiram y Cianamida cálcica. Tratamiento farmacológico. En: *Tratado SET (Sociedad Española Toxicología) de Trastornos Adictivos*. Madrid: Panamericana; 2006.
24. De Sousa A. A One year pragmatic trial of naltrexone vs disulfiram in the treatment of alcohol dependence. *Alcohol Alcohol* 2004; 39(6): 528-531.
25. De Witte P, Littleton J, Parot P, Koob G. Neuroprotective and abstinence-promoting effects of acamprosate: elucidating the mechanism of action. *CNS Drugs* 2005; 19(6): 517-37.
26. Eggener S et al. Urolithiasis associated with Topiramate. *Int Braz J Urol* 2004; 30: 29-31.
27. Elliasson E, Stal P, Oksanen A, Lytton S. Expression of auto-antibodies to specific cytochromes P450 in a case of disulfiram hepatitis. *J Hepatol* 1998; 29: 819-825.
28. Fletcher K, Stone E, Mohamad M, Faulder G. A Breath test to assess compliance with disulfiram. *Addiction* 2006, 101: 1705-1710.
29. Fisher CM. Catatonia due to disulfiram toxicity. *Arch Neurol* 1989; 46: 798-804.
30. Fuller RK, Branchey L, Brigtwell DR, et al. Disulfiram treatment of alcoholism. A Veterans Administration Cooperative Study. *JAMA* 1986; 256: 1449-1455
31. Garbutt J, West S, Carey T, Lohr K. Pharmacological Treatment of Alcohol Dependence. *JAMA* 1999; 281(14): 1312-1325.
32. Golstein M, Anagnoste B, Lauber E, et al. Inhibition of dopamine-β-hydroxylase by disulfiram. *Life Sci* 1964; 3: 763-767.
33. Gomer B, et al. The influence of antiepileptic drug son cognition: A comparison of levetiracetam with topiramate. *Epilepsy & Behavior* 2007; 10: 486-494.
34. Gossop M, Carroll K. Disulfiram, cocaine, and alcohol: two outcomes for the price of one? *Alcohol Alcohol* 2006; 41(2): 119-120.
35. Gossop M, Manning V, Ridge G. Concurrent use of alcohol and cocaine: differences in patterns of use and problems among users of crack cocaine and cocaine powder. *Alcohol Alcohol* 2006; 41(2): 121-125.
36. Grassi M, Cioce A, Giudici F, Antonilli L, Nencini P. Short term efficacy of disulfiram or Naltrexone in reducing positive urianalisis for both cocaine and cocaethylene in cocaine abusers: a pilot study. *Pharmacological Research* 2007; 55: 117-121.
37. Guerri Sirera C. Alcohol, Bases Biológicas. En: *Tratado SET (Sociedad Española Toxicología) Trastornos Adictivos*. Panamericana: Madrid; 2006 p 153-158.
38. Heilig M, Egli M. Pharmacological treatment of alcohol dependence: Target symptoms and target mechanism. *Pharmacology & Therapeutics* 2006; 111: 855-876.
39. Ho-Won Lee et al. Cognitive effects of low-dose topiramate monotherapy in epilepsy patients: A1-year follow-up. *Epilepsy & Behavior* 2006; 8: 736-741.
40. Hughes J, Cook C. The efficacy of disulfiram: a review of outcomes studies. *Addiction* 1997; 92: 381-95.
41. Johnson B. A., Swift R. M., Addolorato G. Safety and efficacy of GABAergic medications for treating alcoholism. *Alcohol Clin Exp Res* 2005; 29: 248-254.
42. Johnson B. A., Ait-Daoud N. Oral Topiramate reduces the consequences of drinking and improves the quality of life of alcohol-dependent individuals. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 905-912.
43. Kiefer F, Ferraro F, Coonfield D. Low doses of naltrexone reduces palatability and consumption of ethanol in outbred rats. *Alcohol* 2002; 26(1): 43-47.
44. Kiefer K, Jahn H, Tarnaske T, Helwig H, Briken P, Holzbach R, et al. Comparing and combining Naltrexone and Acamprosate in relapse prevention of alcoholism A double-blind, placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 92-99.
45. Kiefer F, Mann K. New achievements and pharmacotherapeutics approaches in the treatment of alcohol dependence. *European Journal of Pharmacology* 2005; 526: 163-171.
46. Kleber HD. Future advances in addiction treatment. *Clinical Neuroscience Research* 2005; 5: 201-205.
47. Larson EW, Olincy A, Rummans TA, Morse RM. Disulfiram treatment of patient with alcohol dependence and other psychiatric disorders. A review. *Alcohol Clin Exp Res* 1992; 16: 125-32.
48. Levy J. et al. Topiramate-induced bilateral angle-closure glaucoma. *Can J Ophthalmol* 2006; 41: 221-5.
49. Lizasoain I. Tratamiento Farmacológico del Alcoholismo. En Lorenzo P, Ladero JM, Leza JC, Lizasoain I, editores. *Drogadependencias*. 2ª ed. Madrid: Panamericana; 2003.
50. Lopez Munoz F, Alamo C, Martin B, Cuenca E. Interacciones medicamentosas durante el tratamiento farmacológico del trastorno dual. En: Rubio G, Lopez Muñoz f, Alamo C, Santo Domingo J, editores. *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid: Panamericana; 2001.
51. Ma JZ, Ait-Daoud JBA. Topiramate reduces the harm of excessive drinking: implications for public health and primary care. *Addiction* 2006; 101: 1561-1568.
52. Mann K. Pharmacotherapy of alcohol dependence – a review of the clinical data. *CNS Drugs* 2004; 18(8): 458-504.
53. Mann K, Leher P, Morgan MY. The efficacy of acamprosate in the maintenance of abstinence in alcohol-dependent individuals: results of a meta-analysis. *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28: 51-63.
54. Mason BJ, Goodman AM, Chabac S, Leher P. Effect of oral acamprosate on abstinence in patients with alcohol dependence in a double-blind, placebo-controlled trial: the role of patient motivation. *J Psychiatr Res* 2006; 40(5): 383-93.
55. Melchior JAJM. Hoes Relapse Prevention in Alcoholics: A Review of Acamprosate versus Naltrexone. *Clin Drug Invest* 1999; 17(3): 211-216.
56. Morley KC, Teesson M, Reid SC, Sannibale C, Thomson C, Phung N, Weltman M, et al. Naltrexone versus acamprosate in the treatment of alcohol dependence: A multi-centre, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Addiction* 2006; 101(10): 1451-62.
57. Mueser K, Noordsy D, Fox L, Wolf R. Disulfiram treatment for alcoholism in severe mental illness. *Am J Addict* 2003; 12: 242-252.
58. National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism. Neurobiological and neurobehavioral mechanism of chronic alcohol intake. 10th Special Report on Alcohol and Health, NIAAA: 2000.
59. O'Brien C. Anticraving Medications for relapse Prevention: A possible New Class of Psychoactive Medications. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1423-1431.
60. Ozer Y, et al. Topiramate induced metabolic acidosis. *Anesthesia* 2004; 59: 822-836.
61. Park C, Riggio S. Disulfiram-Ethanol induced Delirium. *Ann Pharmacother* 2001; 35: 32-35.
62. Pettinati HM, Monterosso J, Lipkin C, Volpicelli JR. Patient attitude toward treatment predict attendance in clinical

- pharmacotherapy trials of alcohol and drug treatment. *Am J Addict* 2003; 12: 234-335.
63. Petrakis I, Nich C, Raleviski E. Psychotic spectrum disorders and alcohol abuse: a review of pharmacotherapeutic strategies and a report on the effectiveness of naltrexone and disulfiram. *Schizophr Bull* 2006; 32(4): 644-54.
 64. Petrakis IL, Poling J, Levinson C, Nich C. Naltrexone and Disulfiram in Patients with Alcohol Dependence and Comorbid Post Traumatic stress Disorder. *Biol Psychiatry* 2006; 60: 777-783.
 65. Petrakis IL, Poling J, Levinson C, Nich C, et al. Naltrexone and Disulfiram in Patient with Alcohol Dependence and Comorbid Psychiatric disorders. *Biol Psychiatry* 2005; 57: 1128-1137.
 66. Poulsen HE, Loft S, Andersen JR, Andersen M. Disulfiram adverse drug reactions and interactions. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 86: 59-66.
 67. Rosenthal R, et al. Advances in the treatment of Alcohol Dependence. *J Clin Psychiatry* 2007; 68(7): 1117-1127.
 68. Rubio G, Jimenez-Arriero M, Ponce A, Palomo T. Naltrexone versus acamprosate; One year follow-up of alcohol dependence treatment. *Alcohol Alcohol* 2001; 36(5): 419-425.
 69. Sass H, Soyka M, Mann K, Ziegglänsberger W. Relapse prevention by acamprosate. Results from a placebo-controlled study on alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53(8): 673-80.
 70. Schank J, Ventura R, Puglisi Allegra S, et al. Dopamine β -Hydroxylase Knockout Mice have alterations in dopamine Signaling and are hypersensitive to cocaine. *Neuropsychopharmacology* 2006; 31: 2221-2230.
 71. Smith ME, et al. Distinct cognitive neurophysiologic profiles for Lamotrigine and Topiramate. *Epilepsia* 2006; 47(4): 695-703.
 72. Sofuoglu M, Kosten T. Novel Approaches to the Treatment of Cocaine Addiction. *CNS Drugs* 2005; 15-19.
 73. Soyka M. Alcoholism and schizophrenia. *Addiction* 2000; 95: 1613-8.
 74. Sucher M, Anton R, Conley R. Moving Addiction Therapy into the 21st Century: Practical Management Options (Slides with Video) CME 2007. Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/560974>
 75. Suh J, Pettinati H, Kampman K, O'Brien C. The status of disulfiram. A half of a century later. *J Clin Psychopharmacol* 2006; 26(3): 290-302.
 76. Swift R. Drug Therapy for Alcohol Dependence. *N Engl J Med* 1999; 340: 1482-1490.
 77. Swift R, Bohn M. Prevalence and Impact of Alcohol Dependence. *J Clin Psychiatry* 2006; 67 (suppl 14): 6-13.
 78. Thompson PJ, Baxendale SA, et al. Effects of topiramate on cognitive function. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000; 69: 636-641.
 79. Verheul R, Leher P, Geerlings PJ, Koeter MW, van den Brink W. Predictors of acamprosate efficacy: results from a pooled analysis of seven European trials including 1485 alcohol-dependent patients. *Psychopharmacology (Berl)* 2005; 178(2-3): 167-73.
 80. Walburg J, Palmer AJ. A critical review of pharmacoeconomics studies of acamprosate. *Alcohol* 2005; 40(5): 422-430.
 81. Wilkins J. Traditional Pharmacotherapy of Alcohol Dependence. *J Clin Psychiatry* 2006; 67 (suppl 14): 14-22.
 82. Wilkins J, Jeffery N. Neurobiology and Pharmacotherapy for Alcohol Dependence: Treatment Options CME. SciMed, 2007. Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/552196>
 83. Williams SH, et al. Medications for treating alcohol dependence. *American Family Physician* 2005; 72(9): 1101-1108.
 84. Wright C, Vafier JA, Lake R. Disulfiram induced fulminant hepatitis: Guidelines for liver-panel monitoring. *J Clin Psychiatry* 1988; 49: 430-434.
 85. Jung YC, Namkoong K. Pharmacotherapy for alcohol dependence: anticraving medications for relapse prevention. *Yonsei Med J* 2006; 47: 167-178.
 86. Zalewska-Kaszubska J, Gorska D, Dyr W, Czarnecka E. Effect of repeated treatment with topiramate on the beta-endorphin plasma level in rats selectively bred for high and low alcohol preference. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2007; 31: 525-528.
 87. Zornosa Sabina T. Estudios farmacocinéticos y biofarmacéuticos del acamprosato en la rata.



SIRR
Sistema
Integrado de
Rehabilitación y
Reinserción

Un sistema organizado por módulos de complejidad creciente, para el tratamiento, rehabilitación, prevención de recaídas, reinserción social y laboral de pacientes con trastornos mentales.

El sistema integra dispositivos en las diversas actividades moduladas:

- Residencia
- Rehabilitación clínica
- Reinserción y capacitación laboral
- Enclaves laborales
- Micro emprendimientos
- Empresa social

Av. Juan de Garay 1450 C1153ABY, Buenos Aires, Argentina. Tel: 4305-2272

Pág web: www.sirrsa.com.ar

Email info@sirrsa.com.ar

Tratamiento del Síndrome de Retiro de Opiáceos

Síndrome de retiro descrito como subjetivamente severo y objetivamente moderado

Silvia Cortese

*Médica especialista en Toxicología y Terapia Intensiva, Hospital Fernández.
Toximed (Toxicología Clínica Privada).
Docente de la Cátedra de Toxicología, UBA.
E-mail: dra.s.cortese@gmail.com*

Marina Risso

*Médica Especialista en Toxicología y Clínica Médica
Hospital Fernández - Sanatorio Méndez
Toximed (Toxicología Clínica Privada)
Docente de la Cátedra de Toxicología, UBA
E-mail: marinarisso@intramed.net*

Objetivos

El objetivo de la revisión es conocer los tratamientos farmacológicos disponibles para el síndrome de retiro de opiáceos.

Introducción

El consumo de opio con fines terapéuticos o lúdicos se conoce hace aproximadamente 5000 años, siendo la primera droga con registro escrito. En las tablillas Sume-

rianas está representada la adormidera, planta de la cual se extrae el jugo del opio. Posteriormente, su uso ha continuado a lo largo de la historia, en la antigua Grecia se utilizaba el opio y se cree que ya conocían sus efectos narcóticos y euforizantes, además de sus propiedades para aliviar el dolor y la disentería. Al finalizar la Edad Media en occidente, el uso farmacológico del opio fue estimulado por el famoso médico Paracelso, quien introdujo la tintura de opio o láudano para tratar numerosas afecciones.

Resumen

Si bien la dependencia a opiáceos es de baja frecuencia de aparición en nuestro medio, es importante conocer su manejo ya que requiere tratamiento farmacológico en la mayoría de los casos. En la actualidad, en nuestro país, se podría clasificar a las distintas poblaciones de pacientes capaces de presentar un síndrome de retiro a opiáceos en: pacientes sometidos a tratamiento crónico con opiáceos, pacientes internados en unidades de cuidados intensivos, neonato de madre adicta y pacientes adictos provenientes de la población en general o ligada al sistema de salud. Los programas de desintoxicación son caracterizados típicamente por un bajo índice de finalización del tratamiento y un alto índice de recaída. El síndrome de retiro a opiáceos es subjetivamente severo y objetivamente moderado y las metas de la terapia en el Síndrome de Retiro de Opiáceos son: evitar o reducir los síntomas objetivos y subjetivos de abstinencia; prevenir o tratar las complicaciones más serias; tratar las enfermedades psiquiátricas preexistentes o concurrentes; reducir la frecuencia o la severidad de las recaídas y rehabilitar a largo plazo.

Palabras clave: Síndrome de abstinencia - Opiáceos - Adicciones

DRUG THERAPY OF OPIOID WITHDRAWAL

Summary

Although the opiate dependence is of low frequency in our midst, it is important to know its management because it requires medical treatment in most cases. At present, in our country, we may classify the different patient populations able to submit an opioid withdrawal syndrome in patients undergoing chronic treatment with opioids, patients in intensive care units, neonatal mother addicted patients and addicts from the general population or linked to the health system. Detoxification programs are typically characterized by a low rate of completion of treatment and a high rate of relapse. The opioid withdrawal syndrome is objectively and subjectively severe and moderate and the goals of the therapy for the Opiates Withdrawal Syndrome are: to prevent or reduce the objective and subjective symptoms of abstinence; to prevent or treat its most serious complications; to treat preexisting or concurrent psychiatric disorders; to reduce the frequency or severity of relapses and to rehabilitate in the long term.

Key words: Opioid - Withdrawal - Addiction.

En 1806 se aísla el principal componente del opio, la morfina, que desde mediados del siglo XIX fue administrado parenteralmente como premedicación para procedimientos quirúrgicos, postoperatorio y para tratamiento del dolor crónico. Dado su potencial adictivo, en un intento de desarrollar un opiáceo ideal, con iguales efectos terapéuticos que la morfina pero con menor potencial adictivo se introduce en 1898 la *heroína* (diacetilmorfina). No tardó mucho en quedar en evidencia que la *heroína* tenía mayor velocidad de pasaje al SNC y mayor capacidad adictiva. Durante el siglo XX numerosas drogas con similar acción que la morfina y distinta estructura química (meperidina en 1939, metadona en 1946, etc.) han sido sintetizadas pero ninguna carece de potencial adictivo.

A partir de la década del 60, el consumo de las denominadas *sustancias de abuso* se presenta como un problema a resolver en las sociedades industrializadas, siendo el consumo de los opiáceos y sus derivados sintéticos especialmente extendido en Europa y Asia. En América Latina y en la Argentina la prevalencia de consumo en la vida de opiáceos es baja, siendo en nuestro país del 0,5 al 0,8 % (4, 5).

Si bien la dependencia a opiáceos es de baja frecuencia de aparición en nuestro medio, es importante conocer su manejo ya que requiere tratamiento farmacológico en la mayoría de los casos.

En la actualidad, en nuestro país, se podría clasificar a las distintas poblaciones capaces de presentar un síndrome de retiro de opiáceos en:

- ❖ Pacientes sometidos a tratamiento crónico con opiáceos.
- ❖ Pacientes internados en unidades de cuidados intensivos con tratamiento sedo-analgésico por asistencia ventilatoria mecánica.
- ❖ Neonato de madre adicta.
- ❖ Pacientes adictos.

La dosis que causa síntomas de retiro es desconocida, pero un patrón de uso creciente y repetido de opiáceos a diario puede poner a un individuo en riesgo para desarrollar tolerancia y promover síntomas de retiro tras la suspensión de los mismos. El desarrollo de tolerancia a los efectos analgésicos de los opiáceos es frecuente de observar en el tratamiento del dolor crónico, estos no ocurren en forma simultánea con el desarrollo de tolerancia a los efectos euforizantes que suelen aparecer más tempranamente (19).

Si bien los usuarios crónicos de opiáceos experimentarán un cierto grado de abstinencia después del retiro, es importante resaltar que no necesariamente todos desarrollarán un *trastorno por dependencia de sustancias* o adicción. Los pacientes que requirieron tratamiento crónico con opiáceos para el alivio del dolor, que desarrollaron un comportamiento adictivo son un bajo porcentaje. La frecuencia aumenta cuando existe historia previa de adicción a otras drogas o alcohol.

Es sabido que los pacientes adictos en general y particularmente los dependientes de opiáceos tienen una

alta tasa de recaída, aún cuando los síntomas de retiro a los opiáceos han desaparecido hace mucho tiempo.

En la literatura existen algunas controversias en cuanto al potencial "adictivo" de los opiáceos durante el tratamiento del dolor crónico de origen no oncológico. Los estudios de prevalencia no han logrado clarificar el tema. Algunos muestran una prevalencia cercana a cero y otros una prevalencia elevada que alcanza el 19 % (3, 6, 13). Esta discordancia podría reflejar, en parte, una falta de unificación de criterios a la hora de evaluar los resultados. Sin embargo, según la opinión de expertos, el desarrollo de dependencia no parecería ser una complicación frecuente en el tratamiento del dolor. Y por otro lado, existe acuerdo en que la historia de abuso de sustancias u alcohol es el principal factor que marca el riesgo de desarrollar una adicción durante el transcurso del tratamiento (18).

Tanto la adicción como la pseudo-adicción hacen referencia a un modo particular de comportamiento del paciente frente a la sustancia, diferente en cada uno de ellos. La pseudo-adicción es un concepto acuñado por la medicina del dolor. Es un comportamiento en el cual el paciente está centrado en la obtención de la droga, se encuentra pendiente de los horarios de ingesta de la dosis y, a simple vista, puede parecer como un buscador adicto a las drogas. Este comportamiento puede ocurrir cuando el dolor es subtratado y se mejora cuando el dolor se trata de manera eficaz. El concepto es que el paciente no persigue la droga sino el efecto analgésico de ésta (12). En la adicción, el problema se focaliza en una conducta anómala frente a la sustancia y en las alteraciones que tienden a iniciar y perpetuar esta conducta. Se caracteriza por comportamientos que incluyen: la pérdida de control, el consumo compulsivo, el uso a pesar del daño y el *craving* (16).

Fisiopatología

El locus coeruleus posee el 50% de los cuerpos neuronales noradrenérgicos, es rico en receptores opiáceos y parece ser la principal estructura involucrada en la expresión de la abstinencia física a opiáceos.

Una hipótesis para la presentación del síndrome de retiro a opiáceos, es que la administración de los mismos produce una disminución de la actividad noradrenérgica del locus coeruleus, mediada por la acción de éstos sobre receptores a opiáceos acoplados a proteína Gi que llevan a una disminución del AMPc intracelular. Con el uso crónico se ponen en marcha mecanismos compensadores, un *up-regulation* del sistema AMPc y una desensibilización de los receptores opiáceos, ya sea por su internalización (*down-regulation*) o por su fosforilación mediada por kinasas. En este nuevo estado de equilibrio la suspensión de la administración del opiáceo lleva a la liberación del locus coeruleus que se encontraba crónicamente inhibido, desencadenando la hiperactividad del núcleo.

La ansiedad como expresión noradrenérgica, en especial del locus coeruleus es característica de la abstinencia de drogas, en general, pero en particular, de opiáceos.

Cuadro Clínico

La presentación clínica del retiro de opiáceos puede ser similar a un caso severo de gripe. Entre los signos y síntomas se incluyen: midriasis, lagrimeo, rinorrea, estornudo, bostezos, piloerección, anorexia, náuseas, vómitos y diarrea. Son autolimitados y generalmente sin compromiso de vida.

Existen en la bibliografía algunos reportes de *abstinencia atípica a opiáceos*. Uno de ellos ha reportado un síndrome de abstinencia atípico (síndrome delirante orgánico) secundario a la desintoxicación de opiáceos (7). Otro reporte ha notificado la aparición de un síndrome de abstinencia atípico por cada 8 cuadros de abstinencias a tramadol. El cuadro atípico estaba definido por la presencia de alucinaciones, paranoia, ansiedad extrema, ataques de pánico, confusión y experiencias sensoriales inusuales como entorpecimiento y hormigueo.

La aparición y la duración máximas de los síntomas del retiro dependen del agente implicado. Los síntomas del retiro de la heroína suelen aparecer dentro de las 36 a 72 horas y duran por 7 a 10 días. Los síntomas asociados a metadona se presentan a las 72 a 96 horas y pueden durar hasta 2 semanas o más. El retiro de buprenorfina comienza más lentamente, con los efectos máximos observados en el día 5 y los disturbios del sueño que persisten hasta el día 13.

Metas de la terapia en el Síndrome de Retiro de Opiáceos a corto y largo plazo:

- ❖ Evitar o reducir los síntomas objetivos y subjetivos de abstinencia.
- ❖ Prevenir o tratar las complicaciones más serias.
- ❖ Tratar las enfermedades psiquiátricas preexistentes o concurrentes.
- ❖ Reducir la frecuencia o la severidad de las recaídas.
- ❖ Rehabilitar a largo plazo.

Tratamiento farmacológico

Los programas de desintoxicación son caracterizados típicamente por un bajo índice de finalización del tratamiento y un alto índice de la recaída.

- Las opciones del tratamiento para los pacientes con síntomas leves a moderados del retiro pueden incluir:
- ❖ El reemplazo por vía oral de un opioide de vida media larga como metadona o la buprenorfina.
 - ❖ La opción no opioide como clonidina (14).

Algunos estudios asocian una tasa de cesación más exitosa a largo plazo con terapias rápidas y ultrarrápidas de desintoxicación, que requieren la ayuda de cuidados intensivos (17).

La terapia puede incluir un tratamiento no opioide, opioide y sintomático.

Tratamiento no-opioide

Uso de los agonistas del receptor alfa-2 presinápticos para reducir al mínimo síntomas del retiro.

- ❖ Clonidina
- ❖ Dexmetomidina

Tratamiento sintomático

Tratamiento de los síntomas con antieméticos, psicofármacos y plan de hidratación, según sea necesario.

Tratamiento con opiáceos:

- ❖ Agonistas/Antagonistas: como la Buprenorfina
- ❖ Antagonistas de opioide: como la Naloxona o la Naltrexona
- ❖ Agonistas: terapia del reemplazo del opioide de mantenimiento, Metadona

El retiro puede realizarse con el paciente hospitalizado o ambulatorio y no es peligroso para la vida a menos que haya una condición subyacente seria concurrente. Los pacientes psicóticos deben ser desintoxicados estando internados porque la desintoxicación puede precipitar un comportamiento psicótico.

Retiro de opiáceos

Tratamiento no opioide

FENOTIAZINAS (levomepromazina). Reduce la severidad del retiro y ayuda al control de las náuseas y los vómitos. Se administran 25 mg en forma intramuscular cada 30 minutos, hasta 125mg totales. No interviene en el *craving* ni en el comportamiento de búsqueda de la droga.

CLONIDINA (adultos). Dado que el retiro de opiáceos se asocia a hiperactividad noradrenérgica central, la clonidina, un *agonista adrenérgico central alfa-2*, disminuye la actividad noradrenérgica del sistema nervioso central. Disminuye la liberación de norepinefrina presináptica, al unirse a receptores alfa-2. Produce una reducción rápida y prolongada de los signos y síntomas del retiro, pero no acorta el tiempo del síndrome de retiro (8, 9, 10).

Previo control de las náuseas, los vómitos y la deshidratación, se indica 0.1 a 0.2 mg dosis oral de prueba, con supervisión de la tensión arterial por un período de 2 horas; en caso de hipotensión se la debe controlar con la administración de líquidos. Si la dosis inicial fue tolerada bien, se repite la dosis cada 4 ó 6 horas.

- ❖ Dosis del adulto hospitalizado (70 kg): 1.25 a 1.5 mg/día,
- ❖ Dosis del paciente no internado: 0.4 a 1.2 mg/día

Continuar el tratamiento por 7 días, después reducir la dosificación al 50%, para una duración total del tratamiento de 10 a 14 días.

La clonidina y la *naltrexona* combinados, son más efectivas que la clonidina sola con el 81 % de éxito contra el 65 %, además de acortar el tiempo de tratamiento a 5 días.15. Más aún, la co-administración de *naltrexona* evita el refuerzo positivo de los opiáceos.

El tratamiento con clonidina es apropiado en el paciente que asiste al tratamiento voluntariamente y con baja probabilidad de recaída en el abuso de la droga. Puede ser útil también en el paciente que presenta dificultades con el retiro de la metadona.

La eficacia y la seguridad de los agonistas alfa-2 adrenérgicos fueron examinadas en un meta-análisis de 22 estudios que implicaban 1.691 pacientes. Se comparó la aparición y gravedad de síntomas entre la metadona y la clonidina. Se vio que los síntomas de retiro eran levemente menores con la clonidina y de aparición más precoz. No hubo diferencia significativa en el término de permanencia y finalización del tratamiento (11).

La clonidina se asocia a mayor incidencia de efectos adversos (tensión arterial baja, vértigos, sequedad de boca) comparada a la metadona. Una incidencia más baja de la hipotensión se asoció a lofexidina, alternativa atractiva para el uso en el paciente no internado.

Desintoxicación rápida de opiáceos

La desintoxicación rápida de opiáceos con tratamiento no opioide es altamente polémico (2).

ROD (retiro rápido del opioide). Precipita la desintoxicación a través de la administración de los antagonistas naloxona o naltrexona. Los síntomas de retiro se manejan con clonidina y/o buprenorfina y sedantes benzodiazepínicos. Los pacientes están despiertos o ligeramente sedados.

UROD (desintoxicación ultrarrápida del opioide). Es una variante de la técnica en la cual los pacientes se encuentran bajo anestesia general o sedación profunda. También conocido como "retiro anestesia-asistido" o "one-day" del opioide. Pueden requerir asistencia ventilatoria mecánica. Una desventaja de estos métodos más rápidos de la desintoxicación es que los síntomas del retiro pueden ser más severos y persistir por varios días, particularmente en pacientes que recibieron metadona a altas dosis. En estos pacientes se puede requerir la sedación prolongada, con dosis altas de propofol (400 mg/hora), durante 48 horas (17).

Después de que la desintoxicación se ha completado y los pacientes se encuentran libres de droga por 1 a 2 semanas, la naltrexona puede ser iniciada para evitar recaídas.

Tratamiento con opiáceos

BUPRENORFINA

La buprenorfina es 25 a 50 veces más potente que la morfina. Más efectiva que la clonidina en resolver los signos y síntomas de abstinencia y en mantener la adherencia de los pacientes al tratamiento hasta llegar a completar la abstinencia. Se asocia a menor cantidad de efectos adversos que la clonidina.

La comparación de la buprenorfina con la metadona demuestra que tienen una eficacia semejante en el retiro, pero con la buprenorfina, los síntomas de éste se resuelven más rápido.

Su eficacia en el retiro de opiáceos debe todavía ser probada con ensayos controlados. Debe investigarse todavía para poder evaluar la efectividad, aspectos en los protocolos que incluyan dosis, frecuencia de las dosis, y duración del tratamiento con dicha droga, en virtud de evaluar

cuál es el protocolo más eficaz de la buprenorfina en el síndrome de retiro (11).

La buprenorfina, al ser agonista/antagonista, puede desencadenar abstinencia en pacientes que realizan tratamiento durante varias semanas con agonistas.

La biodisponibilidad sistémica de la buprenorfina es del 90% al 100% por vía intramuscular y del 31% con administración sublingual.

Dosis de 2 a 4 mg/día se han substituido para 20-30 mg/día de la metadona sin la precipitación de síntomas de retiro. Se pueden administrar dosis de 3 mg/día sublingual por 3 días, o una alternativa de una dosis sublingual diaria de 8 mg/día sin producir síntomas del retiro, con una reducción gradual entre 10 a 36 días.

La buprenorfina se ha dado simultáneamente con naltrexona para acortar la desintoxicación del opioide (20).

La combinación de la buprenorfina y la naloxona fue aprobada por la FDA en octubre de 2002 para el tratamiento de la dependencia de opioides en programas de tratamiento de pacientes no internados. Las tabletas que contienen buprenorfina y naloxona se administran en forma sublingual diariamente, en presencia de un médico, ya que esta combinación puede producir síntomas de retiro si no han desaparecido los efectos del uso anterior del agonista (11).

PROPOXIFENO

Su uso sirve en pacientes con dependencia a opiáceos leves. Se requieren altas dosis para revertir los signos de retiro. No es droga de elección comparada a la metadona u otras drogas.

METADONA

Las dosis iniciales de la metadona usadas para el retiro de la heroína son a partir de 15 a 30 mg/día. Se calcula un 20% de lo que consume el paciente. La frecuencia de administración es de 2 veces al día. Esta dosificación se debe mantener durante el segundo o tercer día y después disminuir lentamente entre 10% a 15% por día.

Los programas de desintoxicación a largo plazo con metadona son frecuentes. Dosis de entre 40 a 100 mg/día ya bloquean el efecto euforizante de la inyección endovenosa de la heroína.

El pico plasmático de la metadona ocurre a las 3 horas y la vida media es de 15 horas, prolongándose en el uso crónico a 22 horas.

El retiro limitado a 30 días tiene la desventaja de que muchas personas abandonan el tratamiento y tienen recaídas en el consumo. Ha habido un pesimismo general entre los clínicos y los investigadores sobre la utilidad del tratamiento breve de la desintoxicación, porque muchos pacientes pronto volvieron al uso regular, como se ve en el caso de pacientes adictos a heroína.

Debería evaluarse que es irreal esperar que una enfermedad crónica como la adicción pueda revertirse en tan corto plazo con una intervención tan barata.

La buena respuesta al uso de metadona para disminuir los signos y síntomas de abstinencia a la heroína y la pos-

terior retirada de la metadona son reconocidas en la mayor parte de los estudios revisados; lo pendiente es evaluar los programas costo-efectivos más adecuados para lograr la meta definitiva, la abstinencia a opiáceos.

NALTREXONA

La naltrexona es un antagonista opioide usado para prevenir recaídas. Ofrece la ventaja del tratamiento sin potencial o tolerancia adictiva.

Antes de iniciar la terapia el paciente debe estar por lo menos una semana libre de opiáceos para evitar síndrome de retiro.

- ❖ La dosis de naltrexona para bloquear los efectos del opioide es de 50 mg/día vía oral por varias semanas, seguido de 3 dosis por semana: 100 mg el lunes, 100 mg el miércoles y 150 mg el viernes.
- ❖ Naltrexona de depósito en dosis de 192 mg a 384 mg una vez por semana.

NALOXONA

La naloxona puede ser indicada como prueba para determinar si una persona dependiente a opiáceos ha consumido en el transcurso de una desintoxicación.

La naloxona se puede administrar 0.4 a 0.6 mg IV, IM, subcutánea o sublingual. No se desencadena ningún efecto físico si el paciente no ha consumido. Para disminuir los síntomas de abstinencia si se precipitasen, se debe dar 15 a 30 mg de morfina (2).

Conclusión

Para evaluar la efectividad del tratamiento de desintoxicación se deben valorar los signos objetivos y subjetivos de abstinencia en la fase aguda, los signos residuales de abstinencia, la ocurrencia de efectos adversos y la permanencia del paciente en tratamiento hasta completar la abstinencia, corroborándolos con *estudios objetivos como los test de detección en orina y/o la respuesta a la administración de naloxona*.

Los ensayos deben asegurar un ingreso randomizado y a doble ciego para evitar los errores en la interpretación de los estudios. Deben estandarizarse los análisis de orina para permitir la comparación y la divulgación de resultados.

También deben unificarse las mediciones utilizadas para evaluar los signos y síntomas de abstinencia como leves, moderados o graves, para poder comparar los resultados en los diferentes estudios.

El uso de fármacos opiáceos durante períodos prolongados podría ser justificada si las metas a alcanzar fueran el control de daño:

Reducción, aún temporal, de la dosis diaria utilizada.

Reducción en el uso de drogas ilegales.

Posibilidad de llegar a los adictos que no habrían solicitado de otra manera el tratamiento.

Conducir los ensayos clínicos en este campo es más complicado que en otros campos clínicos. La motivación de los pacientes adictos para terminar el período del estudio depende de muchos factores, tales como la inestabilidad psicológica; variable no predecible y de difícil control en un estudio ■

Referencias bibliográficas

1. Anon. Department of Health and Human Services; Substance abuse and mental health services administration. 42 CFR Part 8. Opioid drugs in maintenance and detoxification treatment of opiate addiction; addition of buprenorphine and buprenorphine combination to list of approved opioid treatment medications. Federal Register 2003; 68:27937-27939. Disponible en <http://www.fda.gov>
2. Bulthuis D, Diaz JE. Ultrarapid opiate detoxification (letter). *Ann Emerg Med* 2000; 35: 100-101.
3. Dellemijn PLI. Opioids in non-cancer pain, a life-time sentence? *Europ J Pain* 2001; 5: 333-9.
4. Encuesta del Sedronar Año 2000. Disponible en: <http://www.sedronar.gov.ar>
5. Encuesta de Enseñanza Media Año 2005. Disponible en <http://www.sedronar.gov.ar>
6. Fishbain DA. Drug abuse, dependence and addiction in chronic pain patients. *Clin J Pain* 1992; 8(2): 77-85.
7. Fishbain DA, Cutler RB, Rosomoff HL, et al. Validity of self-reported drug use in chronic pain patients. *Clin J Pain* 1999; 15: 184-91.
8. Digregorio GJ, Bukovinsky MA. Clonidine for narcotic withdrawal. *Am Fam Physician* 1981; 24: 203-204.
9. Gossop M. Clonidine and the treatment of the opiate withdrawal syndrome. *Drug Alcohol Depend* 1988; 21: 253-259.
10. Gorelick DA. Overview of pharmacologic treatment approaches for alcohol and other drug addiction: intoxication, withdrawal, and relapse prevention. *Psychiatr Clin North Am* 1993; 16: 141-156.
11. Gowing L, Ali R, White J. Buprenorphine for the management of opioid withdrawal. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 2. Art. No.: CD002025.pub3. DOI: 10.1002/14651858.CD002025.pub3.
12. Kouyanou K, Pither C, Wessely S. Medication misuse, abuse and dependence in chronic pain patients. *J Psychosom Res* 1997; 43: 497-504.
13. Moulin DE. Randomised trail of oral morphine for chronic non-cancer pain. *Lancet* 1996; 347: 143-7.
14. O'Connor PG, Kosten TR. Rapid and ultrarapid opioid detoxification techniques. *JAMA* 1998; 279: 229-234.
15. O'Connor PG, Carroll KM, Shi JM et al. Three methods of opioid detoxification in a primary care setting: a randomized trial. *Ann Intern Med* 1997; 127: 526-630.
16. Ziegler PP. Addiction and the Treatment of Pain. *Subst Use Misuse* 2005; 40 (13-14): 1945-54, 2043-8.
17. Prieto JJ, Guerrero RP, Fernandez R, et al. Ultrarapid high-dose methadone detoxification. *Psychopharmacology* 2003; 165(4): 430.
18. Robinson RC, Gatchel RJ, Polatin P, Deschner M, Noe C, Gajraj N. Screening for problematic prescription opioid use. *Clin J Pain* 2001; 17(3): 220-8.
19. Savage SR. Assessment for addiction in pain-treatment settings. *Clin J Pain* 2002; 18(4 Suppl): S28-38.
20. Umbricht A, Montoya ID, Hoover DR, et al. Naltrexone shortened opioid detoxification with buprenorphine. *Drug Alcohol Depend* 1999; 56(3): 181-90.

Repensando las adicciones: el paradigma cognitivo y el trastorno por dependencia

José Capece

Médico Psiquiatra. Docente Universitario.

Coordinador del Grupo GEA (Grupo de Estudio de Adicciones)

Miembro Docente del Centro de Terapia Cognitiva de Buenos Aires (CTC).

Ex-presidente del capítulo de Drogadependencia y Alcoholismo de APSA.

Coordinador Terapéutico del Centro de Asistencia Social en Adicciones, "Casa Flores", GCBA.

E-mail: jcapece@intramed.net

Introducción

A lo largo de los siglos la civilización ha intentado resolver los problemas relacionados con el uso problemático de alcohol y sustancias psicoactivas. Se probaron diversas formas de prohibición, castigo y condena social, incluso la muerte por apedreamiento (Deuteronomio 21:20-21). La historia no se puede soslayar a la hora de repasar la relación de la humanidad con esta enfermedad y el impacto en las estrategias actuales.

Más recientemente, se vino utilizando la "Guerra contra las drogas", versión moderna de una estrategia cuyo constructo ideológico de base militar, se expandió desde occidente como forma de abordar el problema haciendo eje en la seguridad hemisférica.

Esta iniciativa, orientada a la persecución y erradicación de la producción, comercio y consumo de ciertas sustancias psicoactivas consideradas ilegales, se inició durante la presidencia de Richard Nixon en el año 1970, con la creación del "Acta de sustancias controladas".

Podemos aclarar, aunque aparezca como obvio, que todos estos esfuerzos no han estado sujetos al rigor científico ni tampoco han sido pensados en su eficacia (4).

El uso problemático de sustancias se encuentra en el centro de una encrucijada que representa uno de los dilemas clásicos de la humanidad: la persistencia de patrones de conducta que claramente nos llevan a consecuencias devastadoras, la tensión entre aspectos biológicos individuales y esquemas sociales, la complejidad

Resumen

El objetivo del siguiente trabajo es revisar algunas estrategias psicoterapéuticas utilizadas para el trastorno por dependencia de sustancias. Desde el paradigma cognitivo se estudian diferentes creencias distorsionadas frecuentes en nuestro medio. Éstas denotan la dificultad de abordar el problema de las drogas desde el conocimiento científico basado en la evidencia. Se plantean problemáticas como el modelo de enfermedad, la alianza terapéutica, la ilegalidad, el objetivo del tratamiento, la medicación, las ideologías y las implicancias para las intervenciones sociales. Se repasan estrategias que han demostrado eficacia: Estrategias Motivacionales, Prevención de Recaídas, Manejo de Contingencias, Terapia Cognitiva Estándar y Reducción del Daño. Se concluye con la importancia de aplicar el conocimiento científico actual en los programas de tratamiento y en las políticas preventivas.

Palabras clave: Conocimiento científico - Tratamiento cognitivo conductual - Creencias - Motivación - Prevención de recaídas - Reducción del daño - Implicancias - Responsabilidad social.

RETHINKING ADDICTIONS: THE COGNITIVE PARADIGM AND SUBSTANCE DEPENDENCE DISORDER

Summary

The aim of this task is to review some psychotherapeutic strategies used for the treatment of Substance Dependence Disorder. Different distorted beliefs, from the cognitive paradigm, which are usually assumed in our society, are studied here. These beliefs reveal difficulty in facing the drug problem, from the scientific knowledge based on evidence. Different problems are set up, such as the illness pattern, therapeutic alliance, treatment aims, unlawful acts, medication, ideologies and implications for the social interventions. Different strategies that have proved effectiveness are reviewed. Motivational Interview, Contingencies Management, Standard Cognitive Therapy and Harm Reduction have been pointed out. We come to an end with the recommendation to use the scientific knowledge for the treatment programs and preventive policies.

Key words: Scientific knowledge - Cognitive behavioral treatment - Beliefs - Motivation - Relapse prevention - Harm reduction - Implications - Social responsibility.

y dificultad en regular nuestras emociones, el conflicto entre la gratificación inmediata versus el bienestar personal, familiar y comunitario a largo plazo. El uso problemático de sustancias es, en este sentido, una manifestación del drama humano, en niveles personales, sociales y biológicos.

En nuestro medio, durante la crisis socioeconómica del 2001, un gran número de centros de tratamiento a lo largo del país tuvieron que simplemente cerrar por falta de financiamiento. Unos de los problemas más serios que dejó en evidencia la crisis del sistema es que existe una brecha entre lo que la investigación muestra como efectivo y lo que realmente se practica en los centros clínicos de tratamiento.

Por otro lado, estos servicios continúan siendo estigmatizados, marginados y aislados del resto del sistema de salud. Los pacientes se quejan de que tienen que esperar más de la cuenta para ser derivados en sus obras sociales a servicios específicos, y en los servicios públicos faltan lugares de atención para esta patología.

Los pacientes y sus familiares carecen de información para hallar el tratamiento conveniente para su caso y mucho menos frecuentemente se les puede informar sobre la evidencia de su eficacia. Antes de comenzar un proceso de recuperación, decisión siempre compleja y difícil, se inicia una verdadera odisea. Si uno cruza la realidad epidemiológica actual con la propuesta terapéutica se llega inmediatamente a la conclusión que ha llegado la hora de re-imaginar estrategias y sistemas de tratamiento que sean más efectivos en sus resultados, más humanitarios, y más eficientes en sus costos.

La idea de este artículo es contribuir al debate sobre lo que el conocimiento científico viene aportando últimamente, estimulando la lectura y la investigación sobre nuevas prácticas basadas en la evidencia.

El aporte cognitivo

Podríamos decir que es recién a fines de los años ochenta y principio de los noventa que los paradigmas cognitivos empezaron a ser utilizados para el abordaje de las adicciones (2). El aporte de las neurociencias y de las ciencias sociales modificó la información que se manejaba en esa época y amplió el horizonte de las estrategias terapéuticas, posibilitando que más personas se recuperaran de su problemática adictiva.

Diferentes autores crearon diversas herramientas novedosas y prácticas que comenzaron a circular en el universo de la psicoterapia: el modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente, las estrategias de Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon, el Manejo de Contingencias estudiado por Silverman, las Aproximaciones Motivacionales de Miller, la Psicoeducación, incluso el modelo de Reducción de Daño y más tardíamente las estrategias cognitivas conductuales desde un modelo estándar.

Sin lugar a dudas es el hallazgo del funcionamiento del circuito de recompensa cerebral como mediador de los procesos de gratificación y alivio lo que finalmente

permitió comprender las conductas de refuerzo positivo condicionantes de las adicciones. Con el núcleo accumbens como epicentro y sus conexiones con las áreas prefrontales y tegmental ventral, la neurobiología aporta el basamento del trastorno por dependencia de sustancias del cual da cuenta el DSM-IV.

Quiero subrayar entonces que es el desarrollo del conocimiento de los años noventa el que ha dado lugar a la aparición de una serie de paradigmas que han cambiado nuestra forma de entender el fenómeno de la dependencia y por lo tanto el abordaje del tratamiento de estos pacientes.

Desde este constructo complejo biopsicosocial, actualmente entendemos que ante el desequilibrio de variables como vulnerabilidad biológica, factores de riesgo individuales y sociales, y la presencia de sustancias psicoactivas en el ambiente, todos somos potencialmente adictos.

La idea de este trabajo será la de recorrer la clínica cotidiana utilizando las estrategias cognitivas, y haré hincapié en las creencias, no sólo del paciente sino en las del mismo terapeuta, ya que será necesario revisarlas a la hora de la terapia y la recuperación.

El modelo cognitivo de la adicción (o sobre el armado del "mapa cognitivo")

En la actualidad está claro que no sólo son importantes los condicionantes biológicos (toxicológicos) propios del mecanismo de acción de una sustancia para que ésta provoque adicción (9). Por ejemplo, los hipnoanaléxicos opiáceos son fuertemente inductores de tolerancia (para producir un mismo efecto se debe aumentar la dosis) y abstinencia (efecto paradójico al buscado, producido por la falta de la sustancia), pero en los pacientes que son tratados por cáncer es poco frecuente observar que desarrollen adicción en términos de compulsión. Evidentemente hay factores psicológicos que hacen que de "probar" una sustancia se pase a la dependencia de la misma. Es entonces que la persona deja de lado valores, objetivos personales o compromisos por lazos vinculares.

¿Cómo se genera el círculo de la dependencia?

Es a partir de un uso más o menos recreacional (generalmente avalado por la micro-cultura de la persona en cuestión) que comienza un proceso para modificar las emociones, para conseguir, al menos, gratificación y alivio.

Un adolescente temeroso, inseguro y ansioso a la hora de "encarar" a una chica lo hará más "fácil" o "cómodo" si previamente ingiere algunas cervezas. De esta manera consigue autorregular emociones muchas veces rebeldes a la hora de afrontar situaciones más difíciles, particularmente cuando se siente inseguro de sus cualidades y atributos. Si "refuerzo positivo" mediante, consigue su cometido, es posible que crea que la única forma de conseguirlo nuevamente sea

con las mismas herramientas... Agregamos aquí el deletéreo efecto producido por las estrategias de marketing de las sustancias: siendo éstas más o menos explícitas, pero siempre presentes como "reforzadores del refuerzo". Los medios de comunicación ejercen un papel clave al "aumentar las ventas" de sustancias psicoactivas en una suerte de neutralidad ética insostenible: "Es sentir de verdad", "el sabor del encuentro", son ejemplos de dicho fenómeno.

Se van configurando entonces las *creencias disfuncionales*, una verdadera red de ideas más o menos rígidas, atadas por emociones que van a cerrarse, conformando patrones repetitivos, verdaderas unidades del andamiaje psicopatológico. Los ladrillos de la enfermedad. "Es la única forma de encarar chicas" dirá nuestro atribulado joven, o peor aún: "No puedo ni hablar con mujeres sin tomar alcohol".

Una vez generada la dependencia en términos neurofisiológicos y cognitivos, si el paciente intenta abandonar los rituales se activa el "*craving*", un verdadero constructo biológico- psicológico: las "ganas compulsivas" generadas desde la abstinencia neuroquímica, pero actualizadas y sostenidas desde las creencias. Es entonces que cualquier emoción percibida como intensa (tanto positiva como negativa) puede disparar dicho deseo y la sustancia será el medio de "automedicar" o generar la ilusión de la autorregulación y el pseudos-control emocional. La desilusión por la derrota dominguera del equipo de fútbol favorito o la euforia del asado del viernes por la noche pueden ser motivos para inducir, sostener o morigerar emociones desde el andamio de *creencias* tales como: "La única forma que tengo de manejar la tristeza es tomando alcohol" o "la alegría sin cerveza no es alegría".

Nos encontraremos con creencias vinculadas a la sensación de indefensión, creencias vinculadas a la incapacidad de controlar el *craving*, creencias que forman expectativas que modelan impulsos, creencias depresivas o ansiosas, creencias sostenidas por la familia, y a veces, hasta creencias del terapeuta hechas propias por los pacientes...

¿Cómo ayudar con la terapia cognitiva?

La terapia cognitiva es un sistema de psicoterapia que intenta regular las reacciones emocionales excesivas y las conductas desajustadas mediante la modificación del pensamiento distorsionado y las creencias desadaptativas que subyacen a estas reacciones (3).

Los elementos claves de la estrategia cognitiva se basan en el establecimiento de una relación terapéutica colaboradora, la conceptualización del caso, la socialización del modelo y la aplicación de técnicas específicas. En ese sentido un objetivo es reemplazar creencias relacionadas con el consumo por creencias flexibles que posibiliten el control de los impulsos y las emociones. ¿Cómo? Desde el diálogo socrático o mediante métodos más o menos estructurados que identifiquen los patrones de creencias disfuncionales, comprendiendo la

carga emocional que conllevan junto con el nivel de patología que condicionan, para cuestionarlas y proponer puntos de vista alternativos.

Algunas creencias de nuestro medio Algunas hipótesis que las cuestionan

¿Cuáles son las evidencias de tal idea o constructo ideológico? ¿Existen alternativas desde el modelo científico?

El problema del modelo de enfermedad

"La estructura adictiva, la personalidad del adicto, la familia del adicto". Estas construcciones psicopatológicas han caído actualmente en descrédito al verse sobrepasadas por la epidemia de las toxico-dependencias del segundo milenio. Cómo decíamos antes, todos somos potencialmente adictos, más claramente si ponemos como patrón de enfermedad al tabaquismo. El modelo que se plantea desde los años noventa a partir de los hallazgos en neurociencias es diferente y es importante explicitarlo al paciente y su familia desde la estrategia psicoeducativa: no se trata de justificar conductas sino de comprenderlas, lo que permitirá generar un vínculo más firme con el paciente y su familia. A la vez, desarticula culpas y resentimientos, siempre funcionales a la enfermedad.

No tenemos que descartar los componentes moralistas que pueden esconderse detrás de estas hipótesis; hasta hace poco tiempo se incluía a las adicciones dentro de las perversiones. "Es gente jodida, tienen las 24 horas para pensar como joderte, no hacen nada en todo el día", suele escucharse en los ámbitos, incluso académicos.

Muchas veces el problema moral ya del terapeuta, de la familia o del mismo paciente, es el principal escollo a la hora de tratar a esta patología.

El problema de la ilegalidad

Aún hoy el trastorno por dependencia de sustancias ilegales es ilegal: padecerlo también implica un delito que es penado con un castigo: el tratamiento. Si bien en términos prácticos en nuestro medio, los jueces intervienen cada vez menos penalizando la enfermedad, la creencia moral condiciona la evolución del proceso terapéutico.

Según el Artículo 14 de la ley 23.737, en vigencia: "Será reprimido con prisión de uno a seis años el que tuviera en su poder estupefacientes. La pena será de un mes a dos años cuando por su escasa cantidad y demás circunstancias sugiere inequívocamente que la tenencia es para uso personal".

Ejemplos:

"Es humillante"

Son los médicos adictos una de las poblaciones que más tardíamente acude a la consulta, con toda la serie de consecuencias negativas que dicha postergación con-

lleva. Tomo la población médica como paradigma de lo que se supone un grupo humano que maneja paradigmas racionales, una visión del mundo y de la vida coherente con el pensamiento científico.

Según Talbott y Angres (1), cuando se le pregunta a un médico adicto por qué postergó tanto la primera consulta en general responden cosas como: "es vergonzante" o "es humillante", dejando en claro que en el caso de cualquier otra patología crónica la respuesta no sería esa. "Mirá querido, vos sabés qué tenés que hacer"

Recuerdo una colega toxicóloga que luego de realizar la anamnesis adecuada para un paciente adicto lo recriminó severamente por su enfermedad y luego lo derivó a un grupo de autoayuda en una parroquia cercana. Mas allá de la eficacia de los grupos de autoayuda, no recordó ella misma que en el mismo servicio donde trabajaba existía un grupo coordinado por profesionales.

Alternativas: la enfermedad crónica y el proceso de cambio

Hoy sabemos que a la hora de tratar eficazmente a un adicto es fundamental lograr la adherencia del mismo al proyecto de recuperación. Entendemos que la enfermedad no evoluciona naturalmente en forma lineal. Esto es relacionando causa-efecto en forma directa: la abstinencia como objetivo único del tratamiento. Un buen proceso de recuperación será en forma circular, en fases, como una espiral ascendente, con la eventualidad de las recaídas condicionadas por la neurobiología y el patrón de creencias disfuncionales.

A modo de ejemplo: es frecuente pensar el hecho de que una persona recaiga en el consumo luego de un período de abstinencia como un hecho catastrófico. Un volver atrás definitivo. "No te sirvió el tratamiento para nada". Pero si en dicho proceso se logró conceptualizar el consumo como un evento negativo, la persona aprendió a manejar sus emociones más saludablemente, incorporó el aprendizaje de las situaciones de riesgo, accionó sobre cambios en su estilo de vida y se alejó de sus grupos de pares adictos evidentemente no solo será importante trabajar "el error" y evaluar la gravedad clínica, sino también ponerla en contexto, valorar los progresos y las variables que la condicionaron. No "volvemos a foja cero". Es importante que el terapeuta se halle en consonancia con la fase en que el paciente se encuentra para avanzar juntos en el proceso de cambio.

Hablamos de una enfermedad crónica, no de un pecado (1). Es importante, entonces, "descriminalizar" esta enfermedad dentro del consultorio para posibilitar una mejor adherencia al tratamiento, más allá de las estrategias coercitivas o confrontativas que en determinadas circunstancias es posible utilizar.

El problema de la abstinencia

"Tuvo una recaída: entonces hay que internarlo", "No quiere dejar de consumir, lo mejor será ponerlo bajo juez", "Todos los pacientes admitidos en el programa ambulatorio tendrán que lograr la abstinencia al

cabo de tres o cuatro sesiones, si no pasarán a la modalidad de internación parcial u hospital de día. ¿No quiere dejar de consumir? Entonces no podremos ayudarlo". Estas creencias podríamos llamarlas "institucionales", ya que forman parte del folklore cotidiano de los centros de tratamiento.

Existen modelos que contemplan a la abstinencia como único objetivo del tratamiento. Analizar el fenómeno adictivo con estas categorías discretas implica que caigamos en estrategias dicotómicas y por lo tanto limitadas en su espectro. Ante la presencia y continuidad del proceso tóxico, la direccionalidad que tome el tratamiento dependerá de una correcta anamnesis donde se planteen variables como el riesgo o la peligrosidad tanto desde parámetros médico-clínicos como psiquiátricos. No ahorraremos estrategias de cuidado ante la complejidad del riesgo que estos pacientes presentan. La posibilidad de la internación en sus diferentes modalidades siempre es una alternativa válida a evaluar dentro de los criterios avalados por la investigación.

Pero el parámetro a tener en cuenta no es solamente el riesgo de vida sino también otros como la comorbilidad clínica y psiquiátrica, la red primaria familiar de sostén, la red secundaria, la inserción sociolaboral y la problemática vinculada con la justicia (antecedentes penales).

La elección del mejor tratamiento disponible depende entonces no solamente del proceso mórbido-tóxico propiamente dicho, sino también de la evaluación de dichas variables. Es así que muchas veces el criterio de internación no es ya por la gravedad del proceso tóxico sino estratégico, ante entramados familiares patológicos o ante la falta de inserción social saludable; es decir, personas sin una mínima contención social que posibilite un tratamiento ambulatorio.

La comprensión del proceso implica atender aquellos pacientes que no se plantean aún el hecho de dejar el consumo. Por otro lado, una vez que se alcanza la fase de mantenimiento, la abstinencia sostenida no es garantía de un proceso terapéutico continuo asegurado. La evidencia actual nos dice que la recuperación de las adicciones no empieza con la abstinencia ni termina con ella.

Según el modelo de cambio antes citado, en el estadio de *precontemplación* los individuos están menos involucrados en superar sus problemas y están menos motivados en cambiar sus conductas problemáticas. Es el caso típico de los fumadores de cannabis que no advierten aún los costos cognitivos del consumo o el déficit en el funcionamiento afectivo global. También es el caso del dependiente de cocaína en el primer año de consumo, cuando las consecuencias deletéreas de la sustancia muchas veces no son percibidas como "inmanejables" por el sujeto.

Ciertas estrategias coercitivas han demostrado eficacia, como el caso del manejo de contingencias en los adolescentes (nos referimos, por ejemplo, a los formatos por los cuales se utilizan vales o salario canjeables por bienes o servicios ante muestras negativas de orina), o los tratamientos en poblaciones carcelarias. Sin embargo, las estrategias motivacionales han demostrado ser la

mejor alternativa a la hora de modificar los patrones de resistencia en el caso de pacientes que aún no se cuestionan la posibilidad de dejar de consumir. He aquí una alternativa posible.

La adicción es fundamentalmente un problema de motivación. Lo que no significa que sea un problema de gente desmotivada. Tampoco es un problema de fuerza de voluntad o falta de esfuerzo. Tampoco de gente moralmente incapaz. Lo que si existe en forma primaria, y así lo avala la neurociencia, es el problema del control del sistema nervioso central del refuerzo y la motivación. Lo que comúnmente sintetizamos como la "adicción" es una "función" de potente motivación, cuyo reflejo son experiencias subjetivas como el *craving*, decisiones quebradas, tentaciones resistidas, restricciones, controles fallidos, compulsión.

Comprendemos la motivación como algo que reside en cada individuo pero que se expresa como una fuerza o característica interpersonal. Los pacientes pueden estar "fuertemente motivados" o "inmotivados", lo que implica la posibilidad de cuantificar, siendo un constructo psicométrico útil como predictor de conductas de cambio subsecuentes.

Estas variables cuantificables incluyen el *craving* o anhelo compulsivo, el balance decisional, las expectativas frente al uso de una sustancia, la intención de cambio, la percepción del cambio como necesidad y su importancia y finalmente el estadio de cambio. Si bien es un fenómeno subjetivo, puede ser medido.

La entrevista motivacional (8)

Cuando uno es dependiente, se planta en la ambivalencia que genera el "beneficio" de automedicar las emociones díscolas por un lado y los "costos" de la compulsión tóxica por el otro. Es importante entender dicha ambivalencia como una parte fundamental del proceso de cambio. Es sólo a partir de un encuentro terapéutico empático, mediante el hecho de explicitar al paciente nuestra comprensión de su padecimiento, que posibilitaremos posteriormente un cuestionamiento más eficaz de aquellas creencias que consideramos erróneas o distorsionadas. Comunicar nuestra aceptación es una pieza clave a la hora del armado de la alianza terapéutica. El desarrollo posterior de la discrepancia será entre lo que el paciente es y lo que quiere ser y no entre sus puntos de vista y los nuestros.

Intensificar la motivación para el cambio es aumentar la probabilidad que un cambio conductual específico suceda.

¿Qué factores influyen para que el cambio se produzca?

¿Qué factores son contraproducentes?

Actualmente se sabe que el esclarecimiento persuasivo, de tipo educativo, genera una suerte de estimulación reforzadora funcional al consumo de sustancias psicoactivas. Hablar sobre los efectos nocivos de tal o cual sustancia en población vulnerable se ha constatado que aumenta los niveles de consumo de dicha sus-

tancia. Tal es el caso, por ejemplo, del MDMA (éxtasis) o los anabólicos esteroides en población adolescente. Algo que sucede habitualmente con la problemática de las drogas de abuso es la estrategia de mostrar a la sustancia como fuente de todos los males. "La droga" es personalizada: mata, corrompe, compra, vende, interna, enloquece, desarma familias... Hace y deshace. Se focaliza en los efectos tóxicos de la sustancia, y se dejan de lado factores, por ejemplo, como la responsabilidad individual, familiar y social o los beneficios que se niegan. Esto sucede en todos los ámbitos que uno analice. Los programas de prevención escolares, los congresos académicos, las entrevistas médicas, las sesiones psicoterapéuticas, la televisión, la prensa escrita...

El hecho es que dicha estrategia lo único que refuerza es la sensación de sentirse incomprendido por parte del paciente, sentirse en realidad descalificado. "Si la sustancia es mala y produce efectos nocivos debe ser que soy un tonto o una mala persona, ya que no puedo parar de consumirla". Otro ejemplo claro es el de los médicos tabaquistas, o mejor, médicos cardiólogos que consumen tabaco. En el caso de los familiares, estas estrategias exacerban la ansiedad de los mismos, que al sentirse más culpables y/o impotentes lo único en que contribuyen es a aumentar la incomunicación, la escalada agresiva y el aislamiento.

Lo mismo sucede con la confrontación, aquella estrategia ya clásica de las comunidades terapéuticas tradicionales, donde se somete al interno a humillaciones, temor o vergüenza. Se ha evidenciado que tales estrategias, además de violentar normas éticas, solo generan mayor resistencia en el paciente, dejando en claro que se trata de experiencias de maltrato sin ningún aval científico.

En el caso de castigos, las sanciones por el sistema penal judicial no han demostrado eficacia. Si bien sirven para postergar el inicio de la experimentación, no modifican el proceso en personas dependientes; al contrario, lo empeoran. Desde una perspectiva de aprendizaje condicionado, las consecuencias negativas de una conducta contingente solo servirán para motivar el cambio y serán eficaces si están acompañadas de una alternativa de conducta positiva reforzadora.

¿Cuáles serán, entonces, las estrategias que incrementen la motivación para el cambio?

- ❖ Retroalimentación (feedback): relacionada al estado personal, relacionada con las normas para el tratamiento, el consumo y sus consecuencias.
- ❖ Responsabilizar al paciente por el cambio: honrar su autonomía.
- ❖ Herramientas para cesar el consumo.
- ❖ Menú de opciones, por ejemplo, en relación a la bebida.
- ❖ Estilo vincular empático.
- ❖ Sostener la auto-eficacia.
- ❖ Ser optimistas sobre la posibilidad del cambio.

El abuso de sustancias no resulta del conocimiento insuficiente de los usuarios con respecto a los efectos de

las drogas. Tampoco las intervenciones focalizadas en el *insight*, o que evocan la vergüenza, o el sufrimiento han demostrado eficacia consistente. Los métodos más efectivos son aquellos que proveen incentivos positivos para no consumir y que facilitan refuerzos positivos naturales, seguros y confiables.

La alianza terapéutica: el problema de la confianza

“Los adictos son todos mentirosos, son intratables.”

“La confianza es el eje de toda terapia y en ellos no se puede confiar.”

“Yo necesito que mis padres vuelvan a confiar en mí, recién ahí estaré tranquilo.”

“Es un mentiroso, un ladrón, un drogadicto: es otra persona. Mi hijo no es así, no sé en qué monstruo se ha transformado...”

Esta clase de afirmaciones son sumamente frecuentes en la clínica de las adicciones. La respuesta usual es el enojo, el resentimiento o la distancia frente a la herida que provoca la impotencia ante las frustradas expectativas propias y ajenas. Sería lógico sentirse burlado en la buena fe. Nos encontramos entonces con las contraindicaciones de terapéutas que responden con todo tipo armas: desde diagnósticos agresivos hasta interpretaciones falaces, medicamentos sumamente sedativos o incluso internaciones extemporáneas. Todas ellas manifestaciones de maltrato.

Ser dependiente a una determinada sustancia implica que la misma adquiera una predominancia tal que los afectos, objetos y valores pasen a un segundo plano. El amor, el dinero, la propia salud adquieren un lugar secundario y la persona hará lo imposible para alcanzar esta gratificación tan “imprescindible”: incluso mentir. Se miente porque se es adicto. Lo contrario cuestiona el mismo diagnóstico.

A pesar de los costos no se puede parar: éste es el núcleo de la experiencia adictiva. Dada así la cuestión, no considerar la posibilidad de la mentira es no comprender la magnitud del fenómeno. La intencionalidad de la mentira queda sujeta a los vaivenes circunstanciales. ¿Podemos hablar entonces de recuperar la confianza? Es un error entrar a decodificar actitudes y progresos a través de estos parámetros que corren por carriles paralelos a la recuperación. Cuando la valoración o la desvalorización son vividas por el paciente a partir de la confianza-desconfianza, se cae automáticamente en una distorsión conceptual que pone en riesgo el tratamiento.

“No puedo dejar de mentirte”

El abordaje de la mentira implica jugar terapéuticamente, una vez más, con las creencias del paciente, su familia y las nuestras. Una visión alternativa sería: “Que no te crea no significa que no te quiera. Que no te crea no significa que no te valore. Para cuidarte tengo que no creerte.”

Otra alternativa posible: el manejo de contingencias. El uso de drogas es una conducta que es manteni-

da y puede ser modificada por las consecuencias. Los formatos de estas técnicas son diversos y se las puede reconocer como un método general de afrontamiento de estos problemas. Será mediante la detección en orina del metabolito activo de las sustancias que podremos objetivar la realidad o no del consumo, evitando confrontaciones estériles en la familia y despejando la bruma de la duda. Pasar de la posición de controlador social a terapeuta permite una adherencia mayor al tratamiento, a la vez que percibimos una mayor tranquilidad en el paciente que se siente más cuidado. Básicamente, el manejo a través de las conductas implica valorar el esfuerzo con cierto “reconocimiento” o incentivo y los errores como “consecuencias”, a la vez que hacemos más complejo el simple “premio-castigo”. El dosaje de metabolitos de orina dentro de un vínculo trabajado nos habilita el cimiento de un vínculo salvable y más comprometido.

Si consideramos al eje de la recuperación como el eje de un proyecto de vida, podemos considerar al esfuerzo empeñado como el método para garantizar la reconstrucción de la autovaloración y la autoconfianza. Es así que el dosaje de orina se transforma en la herramienta por excelencia para objetivar los logros. La idea es pasar del “Me cortaron las piernas” del “Diego” (como instrumento persecutorio) a otra forma compleja de cuidar.

El problema de la medicación

“No, doc. Yo no tomo químicos. Yo prefiero todo natural, por eso cultivo mis propias plantitas”, dice él. “¿Pero eso no lo va a dopar?”, agrega la madre...

En nuestro medio la difícil tarea de medicar a un adicto con psicofármacos puede volverse una tarea para gigantes. Hoy en día la medicina tiene muchas estrategias farmacológicas que pueden aliviar el padecimiento de nuestros pacientes, bloqueando efectos o abstinencias o al modificar el craving y la patología comórbida. Muchas veces el cambio en el entramado de los síntomas posibilita las intervenciones psicosociales.

Las creencias negativas “pseudo-ecológicas” del folklore vernáculo en relación al hecho de la psicofarmacología como “otra droga, pero legal” no es casual ni ingenuo e implica pensar una estrategia diferenciada por parte del profesional. Durante décadas el territorio de las adicciones ha quedado fuera del campo de lo médico y en otras tantas la psiquiatría ocupó el lugar desde el control hegemónico, muchas veces abusando de su poder. “Lo único que podemos hacer los psiquiatras con los alcohólicos es derivarlos a los grupos de Alcohólicos Anónimos” decía un docente de medicina a sus residentes en la década del 90 mientras un residente de psiquiatría agregaba: “Mientras no salga una pastilla que lo resuelva no se podrá hacer nada”.

El abuso de poder de lo médico desde el llamado modelo médico-hegemónico ha hecho estragos en la vida de muchos pacientes adictos. Medicaciones inútiles que sólo inducían efectos adversos insoportables, internaciones mal indicadas, derivaciones inapropia-

das y abandono de pacientes son algunas de las experiencias que aún hoy nuestros pacientes relatan de décadas no tan lejanas.

Si comparamos con los recursos farmacológicos con que hoy contamos y el avance del conocimiento es posible comprender que dicha realidad se gestaba a partir del desconocimiento y la falta de posibilidades. Pero nunca se podrá justificar el maltrato.

Es posible, entonces, que las creencias generalizadas de nuestros pacientes, hoy en día, que se oponen a ser medicados a pesar de que siguen consultando a los profesionales de la salud para pedir ayuda, se encuentren asentadas en estas experiencias traumáticas vividas por generaciones enteras de adictos.

Otro aspecto a tener en cuenta: la medicación como herramienta estratégica

La utilización del recurso farmacológico en las adicciones implica variables diferenciales al resto de los trastornos mentales. Ante un paciente adicto, la mayoría de las veces, la aproximación farmacológica no será prioritaria, por ejemplo, si el paciente no se halla aún con una mínima conciencia para dejar de consumir en un tratamiento ambulatorio.

En estos casos muchas veces es preferible esperar y proponer el hecho de la medicación como un desafío a conquistar luego de implementar estrategias motivacionales o de prevención de recaídas. Un paciente con crisis de pánico asociadas al consumo de cocaína y alcohol será un buen ejemplo. La postergación de la indicación de la medicación específica, puede ser propuesta como un desafío posterior a la conquista de la abstinencia.

Evitemos así complicaciones innecesarias de abuso de benzodiazepinas o de intoxicaciones cruzadas. Cabe agregar que no nos estamos refiriendo a situaciones de emergencia médicas o psiquiátricas que justifiquen una indicación de urgencia.

Subrayo la importancia de detenernos a trabajar las creencias del paciente y de la familia en relación al hecho de ser medicado. El desconocer esta realidad y medicar en forma compulsiva implica la neutralización de un recurso terapéutico muchas veces insustituible.

La alianza terapéutica: el problema del vínculo

La incapacidad de ver más allá de un síntoma o más acá de un pensamiento o una creencia nos puede confundir, en tanto significa ponerle "un techo" a un paciente y su enfermedad: es el tema del "pronóstico". Esta patología genera impotencia y cansancio en los profesionales, como toda patología crónica que evoluciona por brotes o recaídas. Frecuentemente nos encontramos con familias disgregadas con múltiples tratamientos incompletos o completos pero siempre con la misma sensación de fracaso. Sabemos que la frustración sistemática de las diferentes necesidades genera resentimiento y esto es lo que habitualmente encontramos en nuestros pacientes y sus familias. Matrimonios disuel-



tos, fracasos laborales y sueños trancos. Diversos tratamientos, muchos terapeutas con discursos diferentes, hasta contradictorios, y las recaídas del consumo que se van sumando, van generando un entramado muchas veces traumático y finalmente depresivo. La atención de esta patología y de estos pacientes es sin duda estresante en los terapeutas pudiendo producir terapeutas "quemados" o lo que se ha dado en llamar en "burn-out". Una forma incipiente de este proceso aparece con las creencias negativas o pesimistas de los terapeutas respecto de sus pacientes.

La conceptualización de la adicción como una enfermedad crónica que evoluciona naturalmente con recaídas, que implica una recuperación a largo plazo y que requiere frecuentemente múltiples tratamientos, nos ayuda a generar una expectativa acertada en el paciente y su familia y a no estimular exitismos triunfalistas omnipotentes infundados.

El modelo de Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon (6) contempla también a la adicción como una patología crónica, hace hincapié en la vulnerabilidad como constante, considera a la recaída como realidad derivada del modelo médico, y se refiere a la misma como un retorno al estado mórbido posterior a un período de remisión. Implica entonces la vuelta a un patrón de conducta anterior. La mayoría de los individuos que intentan cambiar sus conductas en cierta dirección a partir de una patología crónica como ser la obesidad, la hipertensión arterial o la cesación tabáquica experimentan recaídas muy a menudo. La recaída no implica

el fracaso del tratamiento, sino un error en la sistematización de la recuperación y una toma de decisión incorrecta que se puede prevenir y tratar. Lo único que queda por hacer es aprender de ella. El pesimismo de los terapeutas o de la familia o del mismo paciente tiene que ver muchas veces con conceptualizaciones distorsionadas o con experiencias más o menos traumáticas que van generando un entramado de creencias erróneas en relación a la enfermedad. Como decíamos en un principio, el modelo dicotómico planteado en términos absolutos “todo o nada” o “limpio-intoxicado” y las categorías discretas, no hacen más que contribuir al síndrome de los “brazos caídos”. Muchas veces las expectativas relacionadas con soluciones mágicas, más o menos inmediatas, siempre vinculadas con urgencias y con la pretensión de ser resueltas en forma automática y efectista, contribuyen a nuevos fracasos y a fortalecer el entramado de creencias tales como: “nada por hacer”, “nunca saldrá”, “todo fue en vano”, o peor: “es un jodido”, “me lo hace a mí, a propósito”.

Una buena metáfora para graficar la experiencia del tratamiento de los adictos es la de la “bicicleta en el aire”, la sensación de que uno pedalea y pedalea, utilizando una u otra técnica, siempre a partir del vínculo como herramienta fundante, pero en el aire. Hasta que un día “engancha”.

La persona del terapeuta

El estilo personal será clave entonces a la hora de tratar al adicto y su familia. La flexibilidad de las creencias y esquemas personales estarán a prueba desde un inicio. No sólo se ponen a prueba los conocimientos sino la tolerancia a la frustración y la templanza frente al riesgo. El desafío permanente de ser creativos y sostenedores. Teniendo en cuenta y siendo concientes del riesgo de oscilar en posiciones extremas que van de la omnipotencia a la impotencia. Evitando pasar de la frustración episódica al control paternalista. Se vuelve imprescindible recalcar entonces la importancia de un control “higiénico” de nuestro principal recurso y herramienta: nuestro aparato mental. Nuestras emociones, las exigencias, las expectativas, nuestros estados de ánimo, la vida afectiva y de relación y una calidad de vida adecuada serán revisados periódicamente para garantizar el control del estrés de la tarea. Subrayamos la importancia del cuidado de los terapeutas y la responsabilidad del autocuidado.

La cuestión ideológica, el Programa de Reducción de Daños

“Este programa (público) de asistencia a las adicciones se basa fundamentalmente en los principios de la Reducción de Daños, adherimos al psicoanálisis, pero obviamente que si tenemos que internar a alguien lo internamos”.

En los discursos de los funcionarios responsables de la administración de programas de tratamiento se pueden escuchar frases como éstas. Sabemos que uno de los conflictos más frecuentes con los que un paciente y su tera-

apeuta tienen que lidiar es con la ideologización de la tarea. Por “derecha” el discurso siempre viene teñido de sangre, donde la garantía de seguridad es el justificativo para penalizar, estigmatizando al enfermo y con ello intentar, inútilmente, controlar el conflicto. Por “izquierda”, desde la supuesta garantía de respeto a los derechos civiles y a la libertad individual en realidad se termina justificando la comodidad y la falta de compromiso del sistema de salud. Para no aplicar estrategias coercitivas, siempre incómodas y que implican poner en juego la intención y el compromiso del profesional, se apela sistemáticamente a la “Reducción de Daños” como pancarta.

¿Qué dice la ciencia? ¿De qué se trata y para que sirve la “Reducción de Daños” (RD)? ¿Cuándo ha demostrado eficacia?

Se entiende por RD (5) al conjunto de intervenciones en los ámbitos médico, psicológico y social destinados a reducir los efectos nocivos asociados al consumo de drogas. Esta estrategia de origen sanitarista aparece a principio de los ochenta, entre otros objetivos, para paliar los efectos nocivos de las intervenciones públicas destinadas a dificultar el consumo de los usuarios de drogas. Estamos hablando de las epidemias de heroína en EE.UU. y Europa, cuando se obstaculizaba el acceso a todo material relacionado con el consumo, incluídas las jeringas estériles. Con espíritu pragmático y un método propio de la salud pública, esgrimía un discurso que condujo a la aceptación de actitudes más tolerantes hacia la realidad del consumo. En 1986 los británicos propusieron como objetivos generales del programa prevenir el contagio de VIH, mejorar la salud de los usuarios de drogas, reducir la criminalidad relacionada con la obtención de drogas y disminuir los efectos nocivos para la comunidad. Un modelo pionero de este espíritu sería el programa de intercambio de jeringas que se crea en 1984. ¿Los resultados? La prevalencia de usuarios de drogas con VIH positivos en el Reino Unido en general era del 7 %, mientras en la región de Merseyside (primer proyecto de “harm reduction”) del 0,1 %; mientras que en países como España, donde aún no se desarrollaban este tipo de intervenciones, las cifras llegaban por esa época al 41 %. A lo largo de las últimas décadas se han difundido diversas estrategias que tienen en común la aproximación al usuario de drogas activo y cuyo objetivo es limitar los riesgos asociados al consumo. Destacamos los programas de intercambio de jeringas, el suministro de sustancias de acción similar (programas de sustitución con metadona), los programas de educación sanitaria, de promoción de la salud y de prevención de la marginación. Bajo el concepto de RD se suelen agrupar intervenciones cuya finalidad es limitar la probabilidad de que el consumo de sustancias se acompañe de daños colaterales. Por lo general se pretenden reducir riesgos relacionados con la salud física, pero también comorbilidad psiquiátrica, como así también condiciones sociales precarias como la marginación, la delincuencia o la prostitución. Se ha demostrado la relación

entre el consumo de alto riesgo y la inestabilidad social. Las estrategias implican programas sustentables a lo largo del tiempo, más o menos estructurados, sostenidos por evidencia científica, con implicancias en prevención primaria, secundaria y terciaria.

En nuestro medio las dificultades presentan particularidades significativas. El dilema ocurre cuándo se propone como única alternativa de aproximación al problema. Como fin en si mismo. Para no pecar de paternalista se abandona al adicto a su suerte. Se descalifican las estrategias coercitivas recurriendo a principios ideológicos sin fundamentación empírica. Esta visión implica poner de antemano un techo a las posibilidades de recuperación. Se utilizaron diversos programas de RD para consumidores de marihuana y en adictos a la pasta base ("paco"). El contrasentido aparece cuando no se ofrecen alternativas de tratamiento precisamente por la ausencia de los mismos. Las estrategias coercitivas han demostrado eficacia: es el caso, por ejemplo, de adolescentes dependientes de marihuana no motivados, con tratamientos estructurados de manejo de contingencias. Lo mismo sucede con los programas para médicos adictos a opiáceos, que ponen en riesgo sus vidas y las de sus pacientes al aplicarse hipnoanalgésicos durante la tarea. En los programas estructurados que se llevan a cabo en los países centrales, coordinados y supervisados por las mismas asociaciones médicas, se suele suspender la matrícula y se obliga al médico a iniciar un programa de recuperación preservando ante todo la confidencialidad. El conocimiento científico afirma que la recuperación no precisa ser voluntaria para ser eficaz.

Estas estrategias de tratamiento "abstencionistas" tienen el "inconveniente" que implican una actitud activa y comprometida por parte del terapeuta y del equipo tratante.

La RD adquiere eficacia únicamente dentro de una estrategia integral, con una oferta de servicios y programas que dé cuenta de todas las problemáticas y oferte todas las opciones terapéuticas. Especialmente tendrá sentido, en nuestro medio, para el enorme porcentaje de personas que ni siquiera acceden al sistema de salud. En este punto los trabajadores sociales o acompañantes terapéuticos podrían desplazarse hasta el lugar del consumo del paciente para incorporarlos paulatinamente a un estilo de vida saludable, abriendo el camino para intervenciones posteriores. Se han evidenciado eficaces las estrategias de autoayuda que se incorporan en los lugares donde el usuario de drogas suele concurrir, o los programas ocupacionales que van reinserando a la persona a la sociedad. Este proceso requiere un espíritu comunitario y cooperación interinstitucional: trabajar con otros sectores profesionales (odontólogos, farmacéuticos, jueces, medios de comunicación) y no profesionales (asociaciones comunitarias, asociaciones como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos).

Implicancias para intervenciones sociales: qué dice la ciencia (recomendaciones basadas en la evidencia) (7)

- ❖ Las intervenciones no son un problema de especialistas, sino el campo de una responsabilidad social más amplia que deberá ser compartido por sectores públicos y privados.
- ❖ El continuo que va desde la prevención, el diagnóstico y el tratamiento no puede ser segregado y aislado del sistema de salud.
- ❖ Adquirir conocimientos sobre cada sustancia psicoactiva, efectos, conductas inducidas. Conocer sobre las diferentes modalidades de tratamiento posible.
- ❖ Diagnosticar la comorbilidad y tratarla.
- ❖ Trabajar con otras modalidades de tratamiento en forma colaboradora. La eficacia aumenta al integrarse estrategias compatibles dentro de una misma coordinación, más allá de la orientación.
- ❖ La comprensión de la problemática implica la contextualización a lo largo del proceso del desarrollo del sujeto, proveyendo una respuesta comprehensiva compleja.
- ❖ Aumentar y mejorar la motivación y el compromiso para el cambio. Tienen que ser un objetivo prioritario en el inicio de todo tratamiento.
- ❖ El uso de drogas es una elección entre varias alternativas. Todo tratamiento deberá dar cuenta del conocimiento de tal elección. El cambio comienza con una buena motivación para cambiar, la misma implica un refuerzo positivo significativo.
- ❖ Cambiar un patrón de abuso de sustancia ya instalado empieza interrumpiendo ese patrón de funcionamiento para iniciar la abstinencia.
- ❖ Pueden ser necesarias medidas más o menos coercitivas, como internaciones o manejo de contingencias, o medicación. El manejo de contingencias implica elegir la abstinencia para tener acceso a otros reforzadores.
- ❖ Mejorar los reforzadores positivos para no usar drogas, enriquecer el acceso a proyectos alternativos con reforzadores positivos.
- ❖ He aquí el desafío: quitar la droga de la vida de un individuo es vivido, muchas veces, como una amputación que debe ser paliada con un proyecto alternativo más estimulante. Hay que salir a competir con nuestras herramientas: con el tratamiento, con la alianza terapéutica, con la red de sostén, con nuevas rutinas, con un nuevo estilo de vida. Si los proyectos alternativos no aparecen, la droga continuará siendo una opción atractiva. Si el nuevo estilo de vida no aparece como interesante, lo más probable es que no sea estable. El desafío planteado no solo compete al psicoterapeuta sino también a la familia y a las personas con responsabilidad social.
- ❖ Disminuir la recompensa relacionada con el uso de drogas.

Es frecuente observar que se suele sostener el consumo de sustancias con el refuerzo social, monetario y familiar. Se deberán diseñar estrategias para que no sea fácil, cómodo o automático el hecho de consumir. Hacerlo incómodo, difícil, costoso.

Se pueden también, utilizar psicofármacos para este fin. (Por ejemplo, naltrexona en el caso del alcohol). Se plantearán proyectos de vida interesantes para el sujeto, pero incompatibles con el consumo.

Las intervenciones exitosas no son aquellas que hacen la vida de una persona más miserable, sino por el contrario, le ofrecen alternativas recompensadoras.

- ❖ Conceptualizar los problemas de la relación terapéutica.
- ❖ Características de los servicios: tendrán que ser accesibles, atractivos, potentes, rápidos, cercanos, cómodos.
- ❖ Usar técnicas y tratamientos basados en evidencia.
- ❖ Por último: no abandonar al paciente.

Conclusiones

El dramático aumento del consumo de sustancias psicoactivas en nuestras ciudades no se debe a causas azarosas o aleatorias.

La aceptación social es una de las variables epidemiológicas que da cuenta de un proceso de resignación en términos comunitarios. Las consecuencias que pueden apreciarse ante el aumento del consumo implican mayor sufrimiento para la población: marginalización del proceso de producción para una parte importante de la juventud, más accidentes de tránsito, inducción de trastornos psiquiátricos graves, mayor inseguridad, mayor violencia social, mayor morbilidad asociada. Son sólo algunas de las consecuencias visibles. El conocimiento científico puede hoy en día brindar las herramientas para aliviar el sufrimiento de muchas personas y mejorar el nivel de vida de la población. Las estrategias basadas en evidencia han demostrado eficacia aumentando la percepción de riesgo y modificando patrones de consumo en diferentes latitudes, disminuyendo la demanda de sustancias psicoactivas. La responsabilidad social de la comunidad científica, es un apasionante desafío que tendrá que estar a la altura de los tiempos que corren ■

Referencias bibliográficas

1. Angress DH, Talbott GD. *Healing the healer: The addicted physician*. Caps. 1 y 2. Madison, Connecticut: Psycho-social Press; 1998.
2. Baringoltz S, Levy R. *Terapia cognitiva: Del dicho al hecho*. Cap. 13. Buenos Aires: Polemos; 2007.
3. Beck AT, Wright FD, Newman CE, Liese BS. *Cognitive Therapy of Substance Abuse*, New York-London, The Guilford Press, 1993 (Traducción en castellano: *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona, Paidós, 1999).
4. Carroll K, Miller WR. *Rethinking Substance abuse, what the science shows and what we should do about it*. Caps. 1 y 9. The Guilford Press: New York; 2006.
5. Del Rio Meyer, Colom Ferram J. Programa de reducción de daños. En Sociedad Española de Toxicomanías. Tratado SET de Trastornos Adictivos. Buenos Aires-Madrid: Panamericana; 2006.
6. Marlatt GA, Donovan DM. *Relapse Prevention, Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. 2ª ed. New York-London, The Guilford Press, 2005.
7. McLellan AT, McKay JR. Overview of Addiction Treatment: Components of Successful Addiction Treatment. En: Principles of Addiction Medicine. 3ª ed. Maryland: American Society of Addiction Medicine; 2003.
8. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing, Preparing people to Change Addictive Behavior*. New York-London, The Guilford Press, 1991.
9. Secades Villa R, Perez de los Cobos Peris J et al. En Sociedad Española de Toxicomanías. Tratado SET de Trastornos Adictivos. Buenos Aires-Madrid: Panamericana; 2006.

Aspectos médico-legales de la ley que reprime el tráfico de estupefacientes (Ley 23.737)

Esteban Toro Martínez

Médico Forense de la Corte Suprema de la Nación.
Docente Adscripto al Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina, UBA.
E-mail: etoro@fibertel.com.ar

Introducción

La ley de estupefacientes (1989) describe una serie de tipos penales que comprenden distintas conductas relacionadas con el tráfico de *estupefacientes* a los cuales castiga con un sistema mixto que incluye la aplicación de penas y de medidas de seguridad. El Código Penal Argentino en el Título 13 "Significación de conceptos empleados en el Código" estipula que deberá tenerse presente que "el término estupefacientes comprende los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias susceptibles de producir dependencia física o psíquica que se incluyan en las listas que se elaboren y actualicen periódicamente por decreto del Poder Ejecutivo Nacional" (5). Precisamente este párrafo fue modificado por el artículo 40 de la ley 23.737, al determinar que sea el Poder Ejecutivo el que actualice una lista de sustancias que serán penalizadas en caso de ser traficadas en forma ilegal, ya que anteriormente la tarea recaía sobre la autoridad sanitaria pertinente. Etimológicamente, el término *estupefacientes* proviene del latín (*stupefactio, onis*), de modo tal que alude a las sustancias que ocasionen estupor (22, 23). Al respecto la Convención Única sobre Estupefacientes enmendada por el protocolo de 1972 considera estupefacientes a cualquiera de las sustancias de las listas I y II, naturales o sintéticas, básicamente morfina y derivados, cocaína y relacionados y cannabinoides (14). Por su parte, el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 aprobado por Ley del año 1977

entendió por sustancia psicotrópica a aquellas de origen natural o sintética de las listas I, II, III o IV, siendo sus características principales la capacidad de generar dependencia, estimulación, depresión y alteraciones cualitativas del psiquismo (14). Sin embargo, el uso de estos términos en el *argot* jurídico habitual incluyen a todas las sustancias *psicoactivas*. Por otra parte la Medicina y su rama específica, la Psiquiatría, no lo utilizan en la actualidad sino que lo han reemplazado por *sustancias* (DSM-IV; DSM-IV-TR) habiendo abandonado incluso para éstas el adjetivo de *psicoactivas* (DSM-III-R) quedando reservados por su parte los vocablos *alcaloides* y *psicotrópicos* a la Química, a la Farmacología y eventualmente a la Toxicología (2, 3, 4, 21, 24, 25).

Luego de esto, la delimitación del concepto de tráfico ha planteado tantas controversias que ni la doctrina ni la jurisprudencia (sentencias) pudieron asumir una posición pacífica al respecto, quedando inconclusa la precisión acerca de su naturaleza; esto es, si se trata de un género delictivo, un tipo en sí de delito o la síntesis de distintas conductas ilícitas (7, 8). Pero más allá de las distintas definiciones ofrecidas, el sentido que la Real Academia Española asigna al tráfico incluye un común denominador que es el *lucro* (7).

Tal fue el espíritu adoptado por el legislador en la ley 23.737 al tipificar entre otras operaciones la siembra, el almacenamiento, el comercio, el suministro, la facilita-

Resumen

La ley de estupefacientes promulgada el 11 de octubre de 1989 describe una serie de tipos penales que comprenden distintas conductas relacionadas con el tráfico de estupefacientes a los cuales castiga con un sistema mixto que incluye la aplicación de penas y de medidas de seguridad. El presente artículo reseña los aspectos jurídicos de la ley que convocan conocimientos psicopsiquiátricos y que incluyen una terminología específica (v.g. usador, habitualidad, experimentador, principiante, dependiente, estupefaciente, medida de seguridad) como así también los principios teóricos básicos subyacentes y las principales discusiones suscitadas acerca de los mismos.

Palabras clave: Estupefacientes - Ley 23737 - Medidas de seguridad - Tenencia - Desincriminación.

SUBSTANCE USE DISORDER. FORENSIC ISSUES IN ARGENTINA

Summary

This article is a review of the main legal issues in illegal drug traffic in Argentina. The penal law includes corrective punishment, educational activities and forced treatment. Forensic issues and legal controversies are discussed.

Key words: Stupeficient - Narcotic - Forced treatment - Substance dependence - Recreational use.

ción, la ostentación, la apología y la tenencia simple. Por lo tanto, debe tenerse presente que lo que la ley penaliza es un “arco represivo que se extiende desde la confabulación hasta el consumo personal de dichas sustancias castigando” y lo hace con un sistema *mixto* de penas y medidas de seguridad que han sido y son objeto de una vigorosa y lúcida controversia (1). Además, el tipo penal descrito al remitir al comercio de una sustancia *-el estupefaciente-* cuya definición deriva a otras disposiciones reglamentarias dictadas por organismos del Poder Ejecutivo a través de instrumentos de menor rango que la ley penal constituye para un sector de la doctrina lo que se llama *tipo abierto o ley penal en blanco* que es también motivo de discusión. Para Aboso y Abrales, “alguno de los elementos que componen el tipo objetivo padece *ex profeso* de cierta indeterminación en su alcance, en general en sus elementos normativos, que obliga al interprete de la norma a desentrañar su significado gracias a la ayuda de otra norma, cuya naturaleza puede ser o no de naturaleza penal”, lo que para algunos autores destacada afectaría el principio de legalidad (1). Asimismo, la determinación del bien jurídico *salud pública* como el destinatario de la lesión abrió las fronteras al poder represivo del estado, lo cual ha sido cuestionado por fallos de la Corte Suprema (la cual ha sostenido posiciones opuestas según fue variando la composición del Tribunal Supremo) y de Tribunales de Cámara, por considerarlos como lesivos del derecho de libertad de conducta resguardadas al ámbito de la esfera personal *-artículo 19 de la CN-* (6). De esta manera, a casi veinte años de su sanción, la mencionada norma ha despertado controversias no sólo acerca de la inconstitucionalidad de alguno de sus artículos (por ejemplo el art. 14 segundo párrafo), la afectación del principio de legalidad (tipo penal en blanco y medidas de seguridad) sino también sobre la doctrina penal subyacente que homologa a un enfermo o a un experimentador con un delincuente. El presente artículo, que está dirigido a los profesionales de la Salud Mental, reseña los aspectos jurídicos de la ley que convocan conocimientos psicopsiquiátricos y que incluyen una terminología (*v.g. usador, habitualidad, experimentador, principiante, dependiente, estupefaciente, medida de seguridad*) como así también los principios teóricos básicos subyacentes y las principales discusiones suscitadas acerca de los mismos.

Tenencia simple y tenencia para uso personal

La ley 23.737 castiga todas las actividades vinculadas al tráfico de estupefacientes en aras de proteger un valor superior, que es la *Salud Pública* como bien jurídico protegido. El *bien jurídico protegido* -noción que surgió a partir del substrato filosófico de la Ilustración y que expresó la separación del derecho y la *moral-* es “cualquier bien que debe ser tutelado por el Estado, siempre que esta tutela general no pueda ser realizada más que mediante la amenaza de una pena determinante” (Birnbaum) siendo “siempre una valoración... de ciertas relaciones sociales consideradas esenciales para el siste-

ma en relación a todos sus miembros” (Bustos Ramírez) (14). Un ejemplo didáctico de bien jurídico, que puede resultar clarificador para el lego en derecho penal (entre los que el autor se incluye), es el análisis rápido de las formas de ejercicio ilegal de la Medicina. El Código Penal castiga las distintas conductas aún cuando fueran realizadas *a título gratuito* porque precisamente el bien jurídico protegido no es el patrimonio de la víctima sino la Salud Pública (5). Retomando el análisis de la norma, por otra parte, algunos autores han criticado la distinción que en ésta se hizo entre las distintas formas delictivas por considerarla imprecisa. Entre estos últimos, Cornejo plantea que la distinción que el legislador hizo entre tenencia y almacenamiento no ha sido clara, habiendo imperado luego en la interpretación jurisprudencial un criterio meramente cuantitativo *“almacenar es más que tener”* (7). Luego desde un sector de la doctrina se sumó al criterio cuantitativo la intención de comerciar atento a que lo que la norma busca castigar es el tráfico ilegal (para proteger la Salud Pública). Para el mencionado autor la ley equivocó el concepto bajo el cual agrupó las distintas actividades delictivas bajo una escala de punibilidad. Precisamente la norma en su artículo 5º describe todos los actos que hacen al tráfico propiamente dicho siendo los principales: a) siembra, cultivo de plantas, guarda de semillas para producción de estupefacientes o materias primas, o elementos destinados a su producción o fabricación; b) producción, fabricación, extracción o preparación de estupefacientes; c) comercio de estupefacientes, plantas, semillas, materias primas o tenencia con fines de comercialización (tenencia para tráfico), distribución, otorgamiento en pago, almacenamiento o transporte; d) entrega, suministro, aplicación o facilitación a otros mientras que los delitos de tenencia fueron incluidos otro artículo *el 14*. La ley penaliza la tenencia de estupefacientes en cualquiera de sus modalidades pero plantea una escala de punición y un tratamiento diferencial para una forma atenuada del tipo básico, es decir la tenencia para consumo personal que ha sido objeto de controversias éticas, jurídicas, sanitarias, asistenciales y filosóficas. El artículo 14 pune la tenencia simple en el primer párrafo: *“Será reprimido con prisión de uno a seis años y multa de de \$11,25 a \$225 el que tuviere en su poder estupefacientes”* e incrimina el uso personal como forma atenuada en su segundo párrafo: *“La pena será de un mes a dos años de prisión cuando, por su escasa cantidad y demás circunstancias, surgiere inequívocamente que la tenencia es para uso personal”* (NR: lo subrayado corresponde al autor del artículo). Para Cornejo, la ley debería haber previsto una escala de gravedad de la tenencia, abarcando desde la modalidad para consumo personal, pasando por una escala intermedia en la que, si bien en baja cantidad, su exposición al público pudo generar peligro y un grado superior próximo al almacenamiento en el cual la cantidad hubiera adquirido cierta relevancia para su comercialización para la cual propone el nombre de *acopio* (7).

El antecedente directo de este artículo y su enunciación taxativa diferenciada de las formas de almacena-

miento y tráfico -para muchos una categoría residual- proviene del artículo 6^a de la ley 20.771, que sin embargo no contemplaba la atenuación de la pena para consumo personal (17). La represión de la tenencia ilegal de estupefacientes también estaba estipulada en acuerdos internacionales a los cuales el país está suscripto: la Convención Única de Estupefacientes de New York de 1961, Convenio de Viena de 1972, Acuerdo Sudamericano y Convención de 1988, por mencionar algunos de los principales, y en el Código Penal que con reforma del artículo 204 en 1926 ya incriminaba la tenencia simple al igual que un muy citado anteproyecto de la Policía Federal de 1967 (1, 17).

Los comentaristas de la ley 20.771 fueron positivos hacia la penalización de la tenencia atento a que el bien jurídico protegido por la ley es, como ya se dijo, la *Salud Pública* y la *Defensa Social* (16). Posteriormente, López Bolado ampliaría su concepto afirmando que en aras de la protección del bien *supra* manifestado, el argumento de autolesión por parte del adicto carece de fundamento al estar afectada el orden público y la moral (16). Por su parte, en la misma dirección, Jorge Moras Mon sostenía que el adicto, que aún poseyera cantidades pequeñas en su poder, era un traficante (18). Al respecto la Corte Suprema de Justicia de la Nación se pronunció en 1978 -fallo *Collavini Ariel*- acerca de la constitucionalidad del mencionado artículo 6 en tanto que la finalidad de la ley consistía en reprimir, ante todo, el suministro de estupefacientes (12). Por supuesto que en toda operación comercial se necesita del comprador además del vendedor, los primeros -siempre para la mencionada postura- fundamentarían el interés económico en lucrar con el tráfico ilegítimo (12). También refutaba los argumentos que equiparaban la conducta punida con la autolesión o el suicidio ya que carecerían de trascendencia social y afirmaba que "*desde distinta perspectiva, no deben subestimarse los datos de la común experiencia acerca del influjo que ejerce el consumo de drogas sobre la mentalidad individual que a menudo se traduce en impulsos que determinan la ejecución de acciones antisociales...*" (12). Aquí se hace oportuno mencionar que Collavini Ariel fue detenido por la policía mientras caminaba por una plaza hallándose en su poder 2 (dos) cigarrillos de marihuana por lo que fue condenado a 2 (dos) años de prisión en suspenso, en primera y segunda instancia, siendo posteriormente esta posición mantenida por el Procurador General de la Nación y la Corte (17). Esta posición fue luego sostenida por distintas instancias tras la sanción de la Ley 23.737 (inspirada y adscrita a esa doctrina) en otras causas. Al respecto puede leerse en el siguiente fallo la continuidad ideológico-doctrinaria de la argumentación precitada: "*La tenencia de estupefacientes implica la presencia de dos o más partes intervinientes, la que proporciona el elemento prohibido y la que lo adquiere, sin olvidar la existencia de quienes desarrollan su actividad en todos los demás estadios (...) lo que permite concluir con una lógica simple aunque incontestable, en que si no hubiera consumidores no tendría vida ninguna las anteriores etapas (...)*" (4). Es decir que el problema demuestra la exis-

tencia de un binomio cuyos polos son el toxicómano y el traficante y la legislación debe ir necesariamente contra ambos" -Cámara Nacional de Casación Penal, Sala III; "*Silvera Silva José G*"; 5/5/95-(14, 15). Estas posiciones consideran al tenedor como un engranaje de un sistema delictivo de tráfico ilícito. Sin embargo, Struense afirma que la conducta humana desde la perspectiva penal entre en consideración bajo dos formas: actuar y omitir, mientras que la tenencia implica una relación entre una persona y una cosa sin poder ser considerados un movimiento de acción u omisión (14).

La cuestión planteada hasta aquí es relevante en tanto y en cuanto en el mismo artículo 14, pero en su segundo párrafo, la ley atenúa el castigo cuando surge en forma inequívoca que por su cantidad y demás circunstancias la tenencia está destinada al consumo personal. Desde la perspectiva cuantitativa punitiva que la norma estipula para las conductas delictivas castigadas, esta consideración podría ser interpretada como un atenuante comprensivo y paternalista de la situación individual de un sujeto que es víctima de la sustancia, pero en cambio, si la mirada parte desde la concepción sobre la libertad de elegir conductas en el ámbito de la privacidad, la ley aparece invadiendo una esfera que está resguardada de la incumbencia de los jueces a través del artículo 19 de la Constitución Nacional. Al respecto este artículo establece que "*las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe*" (6).

Este ha sido el punto que más debate ha suscitado y que trascendió las fronteras de la dogmática penal al posicionar el eje de la cuestión en un instante previo al análisis del tipo, donde ya no se discute con cuánto y cuándo será tenencia para consumo personal sino acerca de la constitucionalidad de castigar tal conducta.

Al respecto en el fallo *Collavini Ariel* (1978), la Corte Suprema de Justicia de la Nación se había pronunciado sobre la constitucionalidad de punir la tenencia para consumo al admitir, por las razones ya expuestas, su condición de peligro abstracto en tanto y en cuanto el consumidor pasa a ser parte de la cadena de tráfico ilegal que afecta un bien supraindividual como lo es Salud Pública y la moral (12).

Sin embargo, en 1986 la Corte cambió su posición al pronunciarse por la inconstitucionalidad del artículo 6 de la ley 20.771 en un caso que hoy es histórico -en cierto modo fundante- y que terminó generando como reacción la sanción posterior de la ley 23.737 en 1989, la cual fue posteriormente confirmada en otro fallo de una nueva Corte (*Montalvo Ernesto*, 1991) (9, 13). Respecto del primero, Zaffaroni expresó en nota a dicho fallo: "El fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación que se publica y el voto que funda la tesis mayoritaria, *in re* "*Bazterrica*", constituyen, en mi opinión, una de las más importantes decisiones judiciales del siglo..." (26).

En el caso Bazterrica Gustavo Mario, el condenado como autor del delito de tenencia de estupefacientes a un año de prisión en suspenso, pago de multa y costas en primera y segunda instancia, apeló sosteniendo que el castigo de la tenencia para uso personal vulneraba el principio de reserva consagrado por el artículo 19 de la Constitución Nacional (6). Al revisar la apelación, la Corte manifestó: "8) Que, sin embargo, en el caso de la tenencia de drogas para uso personal, no se debe presumir que en todos los casos ella tenga consecuencias negativas para la ética colectiva. Conviene distinguir aquí la ética privada de las personas, cuya trasgresión está reservada por la Constitución al juicio de Dios, y la ética colectiva en la que aparecen custodiados bienes o intereses de terceros. Precisamente, a la protección de estos bienes se dirigen el orden y la moral pública, que abarcan las relaciones intersubjetivas, esto es acciones que perjudiquen a un tercero, tal como expresa el artículo 19 de la Constitución. Las conductas del hombre que se dirijan sólo contra sí mismo, quedan fuera del ámbito de las prohibiciones" (13). "9) Que no está probado -aunque sí reiteradamente afirmado dogmáticamente- que la incriminación de la simple tenencia evite consecuencias negativas concretas para el bienestar y la seguridad general. La construcción legal del artículo 6º de la ley 20.771, al prever una pena aplicable a un estado de cosas, y al castigar la mera creación de un riesgo, permite al intérprete hacer alusión simplemente a perjuicios potenciales y peligros abstractos y no a daños concretos a terceros y a la comunidad. El hecho de no establecer un nexo razonable entre una conducta y el daño que causa, implica no distinguir las acciones que ofenden a la moral pública o perjudican a un tercero, de aquellas que pertenecen al campo estrictamente individual, haciéndose entonces caso omiso del artículo 19 de la Constitución Nacional que, como queda dicho, obliga a efectuar tal distinción. Penar la tenencia de drogas para consumo personal sobre la sola base de potenciales daños que puedan ocasionarse "de acuerdo a los datos de la común experiencia" no se justifica frente a la norma del artículo 19, tanto más cuando la ley incrimina actos que presuponen la tenencia pero que trascienden la esfera de privacidad como la inducción al consumo, la utilización para preparar, facilitar, ejecutar u ocultar un delito, la difusión pública del uso, o el uso en lugares expuestos al público o aun en lugares privados mas con probable trascendencia a terceros. 10) Que, en otro orden de ideas, no se encuentra probado, ni mucho menos que la prevención penal de la tenencia, y aún de la adicción, sea un remedio eficiente para el problema que plantean las drogas..."(13). "11)...Que es necesario, en definitiva, comprender, pese a todos los prejuicios, que el camino de un individuo a la adicción es paulatino, no es abrupto, ni se produce de un día para el otro...Una respuesta de tipo penal, tendiente a proteger la salud pública a través de una figura de peligro abstracto, no tendrá siempre un efecto disuasivo moralizador positivo respecto del consumidor ocasional o aquel que se inicia en la droga, y en muchos casos, ante su irremediable rotulación como delincuente, el individuo será empujado al accionar deli-

tivo inducido por la propia ley" (13). "13) Que en este marco médico-psicológico, adquiere una singular significación la prohibición constitucional de interferir con las conductas privadas de los hombres, prohibición que responde a una concepción según la cual el Estado no debe imponer ideales de vida a los individuos, sino ofrecerles libertad para que ellos elijan, y que es suficiente por sí misma para invalidar el artículo 6º de la ley 20.771, cuya inconstitucionalidad se declara, en cuanto incrimina la simple tenencia de estupefacientes para uso personal. Por ello, y oído el señor Procurador General, se revoca la sentencia apelada" (13). Este fallo fue suscripto por los siguientes ministros: José Severo Caballero (en disidencia), Augusto César Belluscio, Carlos Fayt (en disidencia), Enrique Santiago Petracchi ("según mi voto"), Jorge Antonio Bacqué (13).

La Corte mantendrá luego los mismos principios en aquel año en *Capalbo, Alejandro Carlos* con idéntica distribución de votos (10). Luego en votos sucesivos continuó perfilando los alcances y limitaciones de la desincriminación de la tenencia para consumo personal (20). Tampoco ha resultado fácil resolver la cuestión de precisar la medida que significa *escasa cantidad*, como así tampoco sobre cuáles son las circunstancias y el alcance de las mismas, (presencia de terceros en un lugar privado que no comparten la conducta y que comparten la conducta, en un lugar público pero resguardado de terceros, un hallazgo en una requisita de rutina o por otra circunstancia, lugar público que no afecta la Salud Pública y que afecta la Salud Pública) y por último aunque no mencionado en el texto de la norma, la evolución de los tiempos y las costumbres va imponiendo una aceptación social distinta de la conducta y del tipo de sustancia encontrada. En relación a esto último cabe interrogar/se al profesional qué siente y/o piensa al leer 30 (treinta) años después) el delito y las razones por los cuales Collavini Ariel fue condenado.

Luego de esto, y en sintonía con cambios geopolíticos e ideológicos que marcaron al mundo hacia fines de los años ochenta con su consiguiente impacto en nuestra región y la complejización creciente de las conductas delictivas del narcotráfico, se sancionó una nueva ley penal contra el tráfico de estupefacientes.

En el debate de la ley los legisladores se enrolaron nuevamente en los ejes tradicionales de la discusión en torno de esta cuestión. Quienes abogaron por la incriminación de la tenencia argumentaron que: la magnitud del problema ameritaba la represión; el esquema no se agota con la ilegalidad del consumo, sino que se complementa con el tratamiento de desintoxicación y rehabilitación; el adicto colabora con el tráfico ilegal; los delitos de peligro abstracto son una realidad; la cantidad del estupefaciente es irrelevante, porque es su calidad la que da la probabilidad; ningún derecho constitucional es absoluto; el consumo implica contagio y proselitismo de la conducta y los fallos ya citados, *Bazterrica* y *Capalbo*, no fueron unánimes (17). Por su parte, quienes se opusieron sostuvieron que: estaba amparado por el derecho constitucional a la intimidad; la autolesión no es punible; vigencia

de la autodeterminación; la escasa cantidad valida la teoría de la insignificancia y torna atípica la conducta; desvía el objetivo de la persecución desde el narcotraficante hacia el adicto; incriminar estigmatiza y agrava el pronóstico del adicto (17). Finalmente la ley se sancionó y desde su promulgación está en vigencia en nuestro país. Pero ocurría una situación de conflicto entre la ley y su constitucionalidad. El artículo 14 segundo párrafo incrimina la tenencia para consumo personal y existía la doctrina de la Corte que consideraba inconstitucional dicha prohibición. Esta situación se solucionó con un nuevo pronunciamiento del supremo tribunal en *Montalvo Ernesto A.* en el que sentenció: "...entre las acciones que ofenden el orden, la moral y la salud pública se encuentra sin duda la tenencia de estupefacientes para uso personal, porque al tratarse de una figura de peligro abstracto está ínsita la trascendencia a terceros, pues detrás del tenedor está el pasador o traficante "hormiga" y el verdadero traficante..."; "...la teoría de la insignificancia elaborada a partir de sostener la atipicidad de la tenencia de pequeñas cantidades de estupefacientes, atenta contra el fin querido por el legislador al incriminar es tenencia: proteger a la comunidad del flagelo de la droga y terminar con el tráfico..." (9). Este fallo fue suscrito de la siguiente manera: Ricardo Levene (h), Mariano A. Cavagna Martínez, Carlos S. Fayt (por su voto), Augusto C. Belluscio (en disidencia), Enrique Santiago Petracchi (en disidencia), Rodolfo C. Barra, Julio S. Nazareno, Julio Oyhanarte, Eduardo Moliné O' Connnor. Luego la Corte ratificaría esta posición en *Caporale Susana* (11).

De este modo, delito de peligro abstracto, preservación de la salud pública y la ética colectiva, derecho a la autolesión, resguardo constitucional de la intimidad (artículo 19 CN), doctrina de la insignificancia y contagiosidad han sido los principales ejes de discusión en torno a la validez de la incriminación penal o no del consumo, debate que se mantiene en la actualidad. Si bien la ley vigente penaliza la tenencia se empieza a apreciar en distintos fallos una tendencia hacia la desincriminación de la tenencia para consumo personal y una creciente aplicación de la teoría de la insignificancia (esto es una opinión personal del autor).

Por último, debe señalarse que en los medios de comunicación se menciona a la legalización del tráfico como sinónimo de la despenalización del consumo personal siendo dos cuestiones completamente diferentes.

Medidas de seguridad

La medida de seguridad, desde una perspectiva positivista, no es una pena sino que es una medida en general terapéutica que se aplica como consecuencia de la peligrosidad ante o posdelictual (7). Al respecto esta peligrosidad no es la auto o heteroagresividad clínica comprendida en el artículo 482 del C.C., sino que es un constructo teórico derivado del positivismo penal que la llamaba *temibilita* y que es la inclinación de una persona a cometer, con gran probabilidad, casi certeza, delitos (7). Las medidas de seguridad se clasifican en: 1- reclusión mani-



comial, 2- internación en establecimientos especiales -curativas-, 3- educativas y 4- de eliminación (20). La Ley 23.737 contempla las medidas de seguridad terapéuticas y las educativas. El artículo 16 introduce la participación de los peritos en los casos en los que el condenado por cualquier delito dependiera física o psíquicamente (23). Éste establece que el juez podrá disponer de una medida de seguridad curativa que consistirá en un tratamiento de desintoxicación y rehabilitación (23). El artículo 17 estipula la aplicación de medidas de seguridad curativa para los casos en los que el tenedor de la droga dependa de la misma (23). El artículo 18 contempla disposiciones similares aceptando la semiplena prueba de tenencia para uso personal y que medie el consentimiento del procesado (23). El artículo 19 menciona los tratamientos de desintoxicación y rehabilitación referidos en los artículos anteriores, estipulando que los mismos podrán ser voluntarios o no en función del grado de peligrosidad (23). El artículo 21 introduce la figura del principiante o experimentador a quien podrá sustituirse la pena por una medida de seguridad educativa por no presentar dependencia. Esta deberá durar al menos 3 meses (23). Finalmente el artículo 40 que modifica al artículo 77 del Código Penal define a los estupefacientes como "los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias susceptibles de producir dependencia física o psíquica" (23). Clásicamente se enseña que las penas se aplican en función de la culpabilidad del actor, que son de duración determinada y que cumplen una función retributiva, mientras que las medidas de seguridad son para los inim-

putables, de duración indeterminada (hasta que el tratamiento sea eficaz) y que son función de la peligrosidad del autor. El sistema de la ley 23.737 combina penas retributivas y medidas de seguridad. Lo que se critica vigorosamente a esta conceptualización es que la medida de seguridad es en sí una pena camuflada (“*fraude de etiquetas*”), donde se aplica al condenado obligándolo a hacer algo sobre su cuerpo o a asimilar contenidos para educarse siendo esto contrario al artículo 18 de la Constitución Nacional. Además, perdiendo toda proporcionalidad punitiva en función del delito, en muchas ocasiones -ya no en el ámbito de esta ley, pero sí en el código penal- el inimputable termina estando recluido más tiempo bajo la medida de seguridad que lo que hubiera durado el mínimo del tiempo de la condena para el caso en que hubiere sido imputable y condenado. Por consiguiente la peligrosidad termina siendo un juicio *ex ante* propio de un *Derecho Penal de Autor* (se juzga por lo que se es) y no un *Derecho Penal de Actos* (se juzga por lo que se hizo) afectando para algunos el principio de legalidad (14). De este modo, la norma actual impone al condenado dependiente la obligación de realizar tratamiento de desintoxicación y rehabilitación, al tenedor dependiente a la sustancia también la obligación de realizar tratamiento bajo amenaza de aplicación de la

pena, al que la usa y no depende lo obliga a realizar tratamiento educativo ora un principiante (por primera vez) ora un experimentador (no depende, pero en la experiencia tiene habitualidad) (7, 8, 14, 20, 23). La imposición coercitiva del tratamiento se critica porque la ley no la ofrece como opción, porque no fija un máximo de tiempo, porque procura “un grado aceptable de recuperación” pero sin contar con la colaboración del enfermo, y porque además en caso de incumplimiento impondrá la pena (17). Todas estas medidas de seguridad involucran el dictamen de peritos médicos. Por corresponder al fuero federal, recae la función sobre el Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional.

La dependencia a sustancias en el decir de Abel Cornejo “muestra en forma brutal a quien se droga en busca de una mayor eficiencia para sus negocios junto con el habitante de una villa de emergencia que renunciando a su ser, y abrumado por su marginalidad, inhala pegamentos como un disparador a su propia existencia” constituyendo un problema “en el que hasta el presente abundan interrogantes sin respuestas, y en el que nadie puede erigirse ni en arquetipo, ni en paradigma, sin antes admitir que la conciencia radica en no proponer modelos absolutos como solución ante los sucesivos fracasos” (8) ■

Referencias bibliográficas

1. Aboso G y Abaldes S. *Estupefacientes*. Serie de textos actualizados. La Ley con doctrina y jurisprudencia. Buenos Aires, Fondo Editorial de Derecho y Economía La Ley, 2004.
2. American Psychiatric Association. *DSM IV-TR, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV*- Texto Revisado. Barcelona, Editorial Masson, 2005.
3. American Psychiatric Association. *DSM IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV*. Barcelona, Editorial Masson, 1995.
4. American Psychiatric Association. *DSM III-R, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona, Editorial Masson, 1988.
5. *Código Penal de la República Argentina*. Buenos Aires, Editorial Zavallía, 2007.
6. Constitución Nacional de la República Argentina, 2007.
7. Cornejo A. *Los Delitos del Tráfico de Estupefacientes*. Buenos Aires, Editorial Ad-Hoc, 1994.
8. Cornejo A. *Estupefacientes*. Buenos Aires, Editorial Rubinzal-Culzoni, 2003.
9. Corte Suprema de Justicia de la Nación. 11/12/90 “Montalvo Ernesto” LL, 1991-C-80; DJ, 1991-2-84; ED 14-481.
10. Corte Suprema de la Nación Capalbo Alejandro, 1986.
11. Corte Suprema de la Nación Caporale Susana, 1995; Fallos 318:2103
12. Corte Suprema de la Nación Collavini Ariel, 1978.
13. Corte Suprema de la Nación Bazterrica Gustavo Mario, L.L 1986-550.
14. Falcone RA, Capparelli FL. *Tráfico de Estupefacientes y Derecho Penal*. Buenos Aires, Editorial Ad-Hoc, 2002.
15. Fernández EC. *Estupefacientes. Interpretación jurisprudencial*. Buenos Aires, DIN Editorial, 1995.
16. López Bolado JD, et al. *Toxicomanías*. Buenos Aires, Universidad, 1979.
17. Medina MA. *Estupefacientes, La Ley y el Derecho Comparado*. Buenos Aires, Editorial Abeledo-Perrot, 1998.
18. Moras Mom JR. Enfoque criminológico de las toxicomanías. *Revista de Derecho Penal, Criminología y Criminalística*; No. 4, 595.
19. Padilla MM. *Derecho Constitucional. Organización del Estado*. Buenos Aires, Editorial Abeledo-Perrot, 1998.
20. Puricelli JL. *Estupefacientes y Drogadicción*. Buenos Aires, Editorial Universidad, 1992.
21. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*. 10ª ed. Baltimore, Williams and Wikins, 2007.
22. Stingo NR, Toro-Martínez E, Espiño G, Zazzi MC. *Diccionario de Psiquiatría y Psicología Forense*. Buenos Aires, Editorial Polemos, 2006.
23. Toro-Martínez E. Uso indebido de sustancias. En: novena parte Capítulo VII *Psiquiatría Médico Legal – Tratado de Medicina Legal y Elementos de Patología Forense*. Compiladores Patitó JA y cols. Buenos Aires: Editorial Quórum; 2003.
24. Vallejo Ruiloba J. *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. 6ª ed. Buenos Aires, Editorial Masson, 2006.
25. Villanueva Cañadas E. Gisbert Calbuig. *Medicina Legal y Toxicología*. 6ª ed. Barcelona, Editorial Masson, 2005.
26. Zaffaroni ER, citado en Puricelli JL. *Estupefacientes y Drogadicción*. Buenos Aires, Editorial Universidad, 1992.



La psicoterapia en el Hospital General¹

Mauricio Goldenberg

En los últimos 25 años, la asistencia psiquiátrica ha experimentado importantes cambios, los cuales han determinado una mejor atención y una mayor extensión del campo de acción del psiquiatra. Independientemente de los progresos técnicos inherentes a la especialidad, d'eben subrayarse importantes reformas institucionales que los han facilitado. En nuestra opinión, una de las más trascendentes ha sido la instalación de Servicios de Psiquiatría (con o sin internación), y la concurrencia de psiquiatras a Servicios de Clínica, Cirugía, Pediatría, etc., en los Hospitales Generales (H. G.). Ha sido posible así, no sólo el tratamiento de problemas específicos (neurosis, psicosis, etc.), sino también participar en la labor asistencial de todos los enfermos, atendiendo sus aspectos psicológicos e introduciendo así en la Medicina virchowiana una nueva dimensión, objetivable generalmente en conductas y emociones y pocas veces en dosajes de laboratorio y exámenes clínicos.

Estos cambios de orden asistencial han alcanzado proporciones importantes en países con planes más evolucionados. Según Bush, en los Estados Unidos sólo 19 hospitales generales contaban con servicios psiquiátricos en el año 1900; en 1920, 32; de 1920 a 1940 se inauguraron 98 unidades; en 1945, 176; en 1955 llegaron a 548 y desde 1955 hasta la fecha, el número de los servicios de la especialidad en los H. G. se ha duplicado. En Checoslovaquia, de acuerdo con la nueva estructura de la organización sanitaria aprobada en 1952, todos los H. G. deben tener una sección de Psiquiatría, por lo menos una ambulatoria (Prokupef, Korsakoff, marzo de 1960). En Inglaterra, según los planes trazados por el Ministerio de Salud Pública, para los próximos 10 años, se prevé una disminución de camas de los H. Psiquiátricos a la mitad de las existentes en el año 1960, gracias a la instalación paulatina y progresiva de Servicios de Psiquiatría en todos los H. G., los que facilitarán el diagnóstico precoz y permitirán la aplicación de más modernos y adecuados tratamientos. En los EE. UU., Canadá, la U. R. S. S., el Reino Unido, los países escandinavos, Holanda, etc., se han elaborado planes que integran la asistencia psiquiátrica a través de instituciones de diversos tipos: Day Hospital, Night Hospital, Dispensarios, Clínicas de conducta, asisten-

cia domiciliaria, y los ya mencionados Servicios de Psiquiatría en los Hospitales Generales.

En cuanto a los H. G., entre los determinantes de los cambios a los que nos referíamos al comienzo, podríamos mencionar distintos factores cuyo conocimiento y estudio sería de interés y utilidad, pero que exceden los límites de este trabajo. Explicaremos sólo la realidad nosológica de los pacientes que concurren a la consulta de cualquiera de ellos. Una correcta apreciación permite establecer, y en esto están de acuerdo casi todos los autores que se han ocupado del tema, que del 30 al 40 % de los enfermos son los llamados "funcionales", es decir aquellos en los que la génesis de sus síntomas se da fundamentalmente en "lo psicológico", o en los que, aun alterados somáticamente, la vivencia de enfermedad se expresa a través de conductas peculiares, en las que está actuando con todas sus dimensiones lo emocional. Además de los psicóticos hay un gran número de pacientes, los psiconeuróticos, los psicópatas, los psicósomáticos, los enfermos somáticos con repercusiones que afectan de algún modo su personalidad, niños con problemas de conducta, adolescentes y adultos con serios problemas en sus relaciones interpersonales, personas que no se ajustan adecuadamente al grupo familiar, laboral o social, etc., que actualmente concurren a la consulta del Hospital y ante los cuales el médico general o el especialista no psiquiatra no cuenta con "el instrumental" necesario para su adecuado enfoque y tratamiento.

En síntesis, ante una situación que alcanza proporciones alarmantes: necesidad de asistencia de enfermos con problemática psicopatológica, las instituciones crean los recursos necesarios para su atención. El H. G. la resuelve con los Servicios de Psiquiatría o la incorporación de psiquiatras a sus distintos Servicios. El psiquiatra, en este medio, además de una buena formación y experiencia en terapias biológicas y psicodrogas, debe estar posibilitado para un adecuado manejo de un recurso fundamental: la psicoterapia.

La psicoterapia en el H. G. tiene características particulares determinadas por el encuadre que da la institución, en la que la situación de los médicos psiquiatras (psicoterapeutas) y de los pacientes, estructura una relación terapéutica distinta a la de los consultorios privados o la de otros institutos de asistencia paga.

¹ Trabajo leído en las Primeras Jornadas de Psicoterapias, Córdoba, Argentina, julio de 1962. Publicado en Bermann, Gregorio "Las psicoterapias y el psicoterapeuta", Paidós, Buenos Aires, 1964, pp.119-127.

Para referir nuestra experiencia en el Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús, que organizamos y funciona sin interrupción desde octubre de 1956, comenzamos con algunas consideraciones de orden general. En los comienzos nos sentimos acosados por una serie de prejuicios que nos crearon importantes trabas para el desarrollo de nuestra tarea. Burlas amistosas sobre nuestra condición de “médicos de locos”, el ser considerados como especialistas esotéricos y no como “los otros médicos”, algunas consultas solicitadas sólo por curiosidad, etc., traducen claramente las resistencias a nuestra incorporación a la comunidad hospitalaria. Por ello nuestro trabajo se dirigió no sólo a solucionar los problemas de los pacientes que consultaban directamente a nuestro Servicio o eran enviados por los colegas del Hospital, sino que intentamos y conseguimos una buena comunicación y una auténtica participación con los médicos de la Institución. En la actualidad nos sentimos bien integrados al Hospital y consideramos que ha cambiado en general la actitud de médicos, enfermeras y el resto del personal con respecto a los psiquiatras y a la psiquiatría. A través de nuestro departamento de Consultores del Hospital, estamos elaborando trabajos conjuntos de investigación con algunos otros Servicios.

En cuanto a los pacientes que concurren a nuestro Servicio, la mayoría necesitan alguna forma de psicoterapia sola o asociada a otras terapéuticas: psicodrogas, terapias biológicas, terapia ocupacional.

Esto se evidencia claramente en las cifras estadísticas de los últimos dos años.

Total de enfermos que concurrieron por primera vez:

| | 1961 | 1962 |
|--|---------|---------|
| Policlínico | 47.418 | 43.676 |
| C. Médica | 9.800 | 8.742 |
| C. Psiquiátrica | 1.869 | 1.870 |
| Neurosis | 41,90% | 36,45 % |
| Personalidades anormales (caracteropatías y sociopatías) | 14,40 % | 13,73% |
| Enfermedades psicósomáticas | 5 % | 4,60 % |
| Alcoholismo y otras toxicomanías | 6,90 % | 13,67% |
| Psicosis (incluidas demencias) | 16,70% | 21,29% |
| Oligofrenias | 3% | 2,68 % |
| Epilepsia | 4,50 % | 3,58 % |
| Otros | 7,60% | 4% |

La suma de neurosis, personalidades anormales, enfermedades psicósomáticas y alcoholismo es en 1961 de 68,20 % y en 1962 de 68,45 %.

A través de estos datos vemos que por lo menos más de la mitad de los pacientes que concurren a nuestro Servicio, necesitan básicamente de la psicoterapia para su tratamiento.

Con respecto al *status* social, nuestros pacientes pueden separarse en dos grupos; uno constituido por enfermos que nos consultan por vivir en las proximidades del Policlínico (la zona en la que se encuentra ubicado es un conglomerado industrial de barrios obreros de diverso nivel económico pero de similar nivel cultural) y el otro que incluye a personas de clase media, estudiantes universitarios y secundarios, cuyos recursos económicos no les permiten realizar tratamientos particulares y que, por distintas razones, son canalizados a nuestro Servicio a pesar de que, muchos de ellos, viven en la ciudad de Buenos Aires o aun en lugares más distantes. En general, los pacientes del primer grupo tienen en su mayoría pre-conceptos erróneos sobre la asistencia hospitalaria, especialmente con respecto a la psicoterapia. Este factor emerge rápidamente en el tratamiento y debe ser utilizado y manejado en la relación terapéutica. El paciente puede haber decidido por su cuenta concurrir a la consulta, pero no tiene la vivencia de autoafirmación del enfermo particular que establece contacto ‘personal y directo con determinado terapeuta, al que libremente elige o hacia quien es canalizado por alguna figura representativa (médico de familia, sacerdote, amigo de confianza, etc.). Se relaciona con la “Institución” de la que el terapeuta es un agente a quien él considera, en sus fantasías, como persona de buena situación económica, remunerado por el Estado, y es común que piense que todo el interés del médico está determinado porque se trata de “un caso clínico”, con el que el terapeuta realiza un trabajo de tipo experimental. Hemos observado que en esta apreciación influyen, muchas veces, experiencias recogidas por el paciente al pasar por otros servicios hospitalarios, donde se ha negado o subestimado su conducta emocional y, en cierto modo, se lo ha “fraccionado”, desconociéndolo como “persona total”. Por otra parte, el psiquiatra es visto frecuentemente con características contradictorias: es el “médico de locos” que puede realizar tratamientos raros, “brutales” (electrochoque), vividos como castigo y de los que se conservan relatos fantásticos y por otra parte, es alguien que usa como instrumento terapéutico la palabra, que aunque subestimada como elemento “serio” y “científico”, está cargada de expectativas mágicas que hacen esperar una curación sobrenatural. Con los pacientes del segundo grupo, profesionales y estudiantes universitarios en su gran mayoría, la situación respecto de los prejuicios es, por lo menos en el nivel consciente, algo diferente. Concurren con cierta información previa que los dispone mejor al tratamiento, pero no por ello son menos ciertas, resistencias creadas por el miedo a la “locura”, al “médico de locos”, al Hospital. Es frecuente que el psicoterapeuta sea vivido como una figura omnipotente y que, por otro lado, se sientan muy humillados, muy frustrados, por tener que realizar sus tratamientos en un medio institucional gratuito, con las connotaciones

propias y características que tiene el Hospital en nuestro medio. En este grupo es significativo el hecho de que la mayoría de los estudiantes de Psicología y de la Medicina tienen evidentes dificultades para aceptar su papel de pacientes.

En función de algunos aspectos vinculados a la institución, la psicoterapia puede estar perturbada por algunos inconvenientes, parte de los cuales nos resultan insalvables aún en este momento. En muchos casos la asistencia gratuita introduce una variable en la particular relación del psicoterapeuta con su paciente, que crea obstáculos y lleva tiempo y esfuerzos eliminar. El Servicio de Psiquiatría y el Hospital, en su mayor parte funciona por la mañana, en horarios coincidentes con las horas de trabajo. El tiempo de atención es menor que el habitual en la consulta privada, en número de sesiones y en duración de las mismas. Problemas institucionales como huelgas, paros, etc., crean serios trastornos. Las interferencias, imposibles de evitar, de otros pacientes (algunos casos de excitación, crisis histéricas o epilépticas, psicóticos graves, etc., que concurren al Consultorio Externo y son observados por los pacientes en psicoterapia), suele ser otro inconveniente que interacciona en el trabajo psicoterapéutico. El paciente no puede elegir su terapeuta, lo cual le hace pensar que está librado al azar o a los "buenos oficios" de quien lo destina; esto lo hace sentirse mucho más indefenso y a merced de la institución.

Hemos tratado de obviar esta situación, adecuando al terapeuta, en la medida de lo posible, a cada paciente, e introduciendo en la psicoterapia como variable valiosamente significativa para el paciente y para el terapeuta, a la institución. De todos modos es evidente el esfuerzo que significa para el psiquiatra adaptar la psicoterapia a las posibilidades y condiciones de tratamiento psiquiátrico en el Hospital, y en muchos casos deberá plantearse expectativas distintas con respecto a los resultados del tratamiento. Muchas veces tendrá que plantearse como objetivo, y desde el comienzo, la mejoría sintomática como única posible.

Mencionadas las dificultades, señalamos los hechos positivos. El primero y más importante, sólo puede evaluarse en una perspectiva social: el Servicio de Psiquiatría del Hospital General, si cuenta con personal suficiente, puede atender un gran número de pacientes que necesitan y se benefician con la psicoterapia, y que carecen de los recursos necesarios para costársela. Por su fácil accesibilidad, no sólo es elevado el número de estos pacientes que consultan, sino que lo hacen en etapas precoces de la enfermedad, cuando la psicoterapia es sumamente efectiva, evitando distorsiones, cristalizaciones, cronicidad y deterioros, que hacen dificultoso el manejo y sombrío el pronóstico en estas etapas de la evolución. A la mayoría de los enfermos no les resulta difícil consultar en el H. G. e interesarse, si es necesario, pues no se sienten discriminados. Son tratados y "se sienten" como cualquier otro enfermo. En cambio, rechazan o sienten mucho miedo por el H. Psiquiátrico que implica una estigmatización, que hace vivir a la

enfermedad mental como vergonzante. La introducción de los Servicios de Psiquiatría en el H. G., especialmente a través de la psicoterapia, ha ayudado, en forma significativa a combatir los prejuicios con respecto a la enfermedad mental y el carácter de estigma con que se la vive. Nuestra experiencia en este sentido es muy positiva y hemos advertido su valor educativo y profiláctico en la comunidad hospitalaria y a través de ella.

En nuestro Servicio, asociamos muy frecuentemente y sin dificultades la psicoterapia con tratamientos biológicos y con psicodrogas (que nos son de inestimable utilidad), tanto en pacientes internados como en pacientes ambulatorios. En los primeros se realiza psicoterapia en forma intensiva, asociando en algunos casos la psicoterapia individual con la grupal. Los pacientes de Consultorio Externo son tratados solamente con psicoterapia individual o psicoterapia grupal. La psicoterapia individual es la que ofrece mayores dificultades, en razón de ser la que ocupa más tiempo médico-paciente, dada la gran cantidad de enfermos que concurren a la consulta. Realizamos terapias de corte psicoanalítico, con todas las dificultades que ya han sido enunciadas, con frecuencia de dos veces por semana y sesiones de 30 m. de duración. En casos de urgencia o en enfermos que sólo pueden concurrir un tiempo muy limitado, por trabajo, viajes, conscripción, etc., hacemos tres o cuatro sesiones semanales, y en algunos casos se realiza una sesión semanal de mayor duración. A muchos pacientes en quienes no está indicado el tipo anterior de tratamiento se les efectúa psicoterapia de apoyo y esclarecimiento, sobre la base de una historia fenomenológica en la que se determinan los conflictos más importantes en los cuales se centra la psicoterapia.

Para determinar el criterio con que se seleccionan los pacientes para psicoterapia individual, con las dos variantes que hemos planteado, tomamos en cuenta el nivel mental, el cuadro clínico, el tiempo de evolución del mismo, la capacidad de "insight", las posibilidades de concurrencia al Hospital y la continuidad de la misma y por último la expectativa pronóstica. En muchos casos sólo podemos utilizar psicodrogas, que se controlan periódicamente en una breve sesión en la que, además y de algún modo, se hace algún apoyo o esclarecimiento.

La psicoterapia de grupo, el gran recurso psicoterapéutico de los Servicios Hospitalarios, fue encarada, al comienzo, con un estricto criterio de selección, eligiendo pacientes que reunieran determinadas y específicas características. Se tenía en cuenta para su inclusión en los grupos terapéuticos la manifestación de sus conflictos básicos en el área de las relaciones interpersonales, que no perturben la comunicación y vida del grupo; la capacidad de desempeñar roles imprescindibles, que disminuyan la tensión y la ansiedad grupal, buscando personalidades contrastantes que faciliten la emergencia de situaciones latentes y la adopción de roles complementarios; pacientes con cierta comprensión psico-

lógica de su enfermedad que faciliten el desarrollo del grupo. Se excluyen de los grupos a los pacientes psicóticos (que integran grupos especiales), los psicópatas graves, las depresiones profundas, los de bajo nivel mental y las perversiones.

En función del gran número de pacientes que necesitamos atender y de la observación y experiencia de algunos años, se hizo menos estricto el criterio de selección, sin que se observen diferencias significativas en cuanto a sus resultados. Las limitaciones se dan en cuanto al número de sesiones por semana, que no puede ser mayor de una, de una hora de duración, y del tiempo total del tratamiento. Los grupos funcionan con la técnica habitual psicoanalítica, con ligeras modificaciones; son mixtos, con 6 a 8 pacientes cada uno, a cargo de un terapeuta y un observador, eventualmente dos. En nuestro Servicio el número de grupos ha ido en aumento y se ha extendido desde el departamento de adultos en donde comenzamos a aplicarla, a niños, adolescentes, grupos de madres, grupos de sala, grupos de alcohólicos.

La psicoterapia de grupo introduce una técnica de trabajo que permite estudiar las implicaciones familiares y comunitarias que afectan la salud mental del individuo, pues el proceso vital atañe no sólo al conflicto interno del paciente, sino también a su correlación con la sociedad.

La evaluación de los resultados de la psicoterapia en el H. G. nos plantea un problema de suma dificultad. En primer lugar porque no existe un criterio único de curación para la mayor parte de los cuadros psicopatológicos. Aún resulta difícil, en muchos casos, establecer un criterio diagnóstico. De todos modos hemos intentado y estamos tratando de comparar los resultados obtenidos en los distintos departamentos con distintas técnicas.

Un comentario pertinente por lo significativo, merece el gran número de abandonos que hemos observado en los tratamientos psicoterapéuticos realizados en nuestro hospital; es mayor el número de hombres que de mujeres, es mayor en las primeras sesiones que después de haber realizado varias, es menor en grupos sociales de nivel cultural elevado. Las motivaciones y las estadísticas son estudiadas por nuestro grupo en el presente.

Por último, con los integrantes de los distintos departamentos del Servicio (Consultorio Externo, Internación, Niños, Adolescentes, Consultores y Grupos) estamos intentando elaborar técnicas, aunque de raigambre prevalentemente psicoanalítica, operativas y adecuadas a la institución.

El trabajo en el H. G. permite al psicoterapeuta la acumulación de una enorme y variada experiencia. Si

tiene auténtica preocupación por lo social, es fuente de gratificación el poder ayudar a un sinnúmero de enfermos de bajo nivel económico, imposibilitados de recibir esta asistencia si no fuera por el Hospital. Éste les brinda la posibilidad de realizar tareas de investigación y la de participar de un trabajo en equipo, lo que favorece enormemente su formación.

Los problemas más importantes que se plantean desde el punto de vista del psicoterapeuta son tres: el de su remuneración, el de su tiempo y el de su formación. Es sabido que la mayor parte de nuestros hospitales no pagan o pagan muy mal los servicios profesionales. Por ello es frecuente que, en cuanto el psicoterapeuta tiene una formación adecuada como para manejarse con seguridad en su práctica privada, por razones de mercado, ocupa todas sus horas diarias de trabajo, resolviendo así sus problemas económicos. En general, y por esta razón, en nuestros hospitales generales no contamos con psicoterapeutas maduros y de gran experiencia.

En cuanto a su formación, no son menos las dificultades. En otros países, en razón de otra estructuración y condiciones económicas distintas, se dan condiciones muy favorables en los H. G. En los EE. UU., subraya Rosenbaum, existían en el año 1956, 294 programas aprobados para residentes en Psiquiatría, en los que se consideraba en forma preponderante la formación psicoterapéutica. En nuestro medio, en general, el psiquiatra debe buscar su formación fuera del Hospital, en grupos

instituciones privadas, generalmente a costa de grandes sacrificios, sobre todo económicos. Consideramos que éste es uno de los más serios inconvenientes desde el punto de vista de la organización y atención psicoterapéutica de los hospitales. Falta el atractivo común en cualquier otra especialización que suele dar el Hospital en cuanto a formación.

Tratando de obviar las dificultades mencionadas hemos seleccionado para nuestro Servicio médicos jóvenes, muchos de ellos ex alumnos de nuestros cursos de Psiquiatría, con marcada preocupación e inclinación por lo social. Para que dispongan de horas de trabajo gratuito en el Hospital les hemos brindado la posibilidad de una buena formación organizando cursos, ateneos clínicos, actualización de temas teóricos, controles de psicoterapia y de diagnóstico, que se realizan en cada departamento, que, por otra parte, funciona como un grupo de trabajo para investigación. Además los hemos estimulado haciéndolos participar en cursos y ateneos de nuestros servicios y de otros del Hospital. Tratamos así de gratificar al médico joven con una buena formación y al psiquiatra de mayor experiencia con la posibilidad de trabajar en grupos, de realizar trabajos de investigación y de participar en las actividades docentes que se realizan en nuestro Servicio ■



confrontaciones



Sobre la formación profesional en el campo de las toxicomanías y otras problemáticas relacionadas. Relatos de una práctica

Bruno José Bulacio

*Doctor en Psicología. Director del IDIA (Instituto interdisciplinario de investigación y asistencia), Buenos Aires.
Docente de la carrera de Post-grado de Especialización en Drogadependencia. Universidad Nacional de Tucumán.
Docente de la carrera de Post-grado de Especialización en Criminología.
Universidad Nacional de Cuyo; Universidad Nacional de San Juan.*

Transcurrían los años `80 y estábamos entrando en la última década de fin de siglo, ya se habían derrumbado las ideologías y con el viejo muro que dividía las Alemanias, también las fronteras que separaban nuestra práctica como analistas, del campo social y de sus nuevas problemáticas. Se hacía indispensable una revisión de los fundamentos de nuestra práctica y particularmente para aquellos que trabajamos en el área de las toxicomanías y otras patologías asociadas.

No se trataba de dar cuenta desde una teoría del psicoanálisis, de las vicisitudes, obstáculos y problemáticas de

esta clínica, a nada nos conducía; era necesario, esta vez, poner al psicoanalista en el diván del toxicómano. Nuestro paciente había llegado no sólo para quedarse sino también para interrogarnos.

Vivíamos en una ciudad, Buenos Aires, que había hecho un culto casi religioso, obsecuente y hasta cierto punto irracional del dogma freudiano, revaluado por la escuela francesa de psicoanálisis, inspirada en las enseñanzas del Dr. Jaques Lacan.

Muchos psicoanalistas fieles a su estilo y al de sus instituciones, no comunicaban en sus escritos o presenta-

Resumen

He querido dar testimonio del recorrido de una práctica en mi labor como formador de profesionales, supervisor de programas y servicios y como responsable de iniciativas y proyectos vinculados a la investigación en el campo de la drogodependencia a lo largo de más de 30 años.

Esto no es más que un relato, el de mi propia práctica, le quedara a ustedes como lectores de esta publicación sacar sus conclusiones; y para aquellos que tengan alguna vinculación con este tema, la posibilidad de abrir algún debate en el marco de las decisiones institucionales y políticas orientadas a la formación profesional y la investigación frente a una problemática tan compleja como poco comprendida de nuestro tiempo.

Palabras clave: Drogadependencia - Políticas en drogadependencia.

ON PROFESSIONAL FORMATION IN THE FIELD OF SUBSTANCE ABUSE AND OTHER RELATED PROBLEMS. TALES FROM PRACTICE

Summary

It is my intention to give proof of my experience as a professional teacher, program supervisor and services and as a responsible for projects related to investigation in the drug-dependence field for more than 30 years.

This is no more than a narration of my experience; it's up to you, readers, to draw your own conclusions. And for those who are connected to the subject to reach the possibility to debate in the frame of institutional and political decisions oriented to professional formation and investigation facing a problem so complex as difficult to understand in this time.

Key words: Drug dependence - Drug dependence policies.

ciones públicas la realidad de su experiencia con toxicómanos en la intimidad de sus consultorios, refugiándose en la repetición de conceptos y citas de texto que tan sólo servían para justificar lo insostenible de esa práctica. Los que se ocupaban de estas comunicaciones, salvo algunas excepciones, no eran los que podían acreditar experiencia; concedores de la teoría, se hacían visibles en sus escritos las inconsistencias lógicas del inexperto.

Los años `90 introducían “el fin de las certezas” asociado a los conceptos de complejidad y transdisciplina, dando lugar a nuevos discursos relacionados con el pensamiento de Morin, Prigogine y otros en el campo de las ciencias sociales. Hablar de toxicomanías no sólo nos exigía un pensamiento complejo, sino que nos denunciaba carentes de un campo de investigación interdisciplinaria y transdisciplinaria que nos permitiera sostener los fundamentos y alcances de una práctica sobredeterminada por una variedad de discursos y campos vinculados a la escena social, epistemológica y cultural.

El observar que nuestros servicios de atención de toxicómanos, sean éstos públicos o privados, estaban en manos de profesionales -recién egresados de sus universidades con una precaria formación de grado y en todos los casos sin capacitación en la “especialidad”- denunciaba una patética contradicción en los hechos con los relatos que prevalecían en los ámbitos académicos y/o en el discurso “oficial” de nuestras instituciones y organismos especializados. Desprotegidos por la falta de formación y experiencia, estaban expuestos a la violencia de un sistema que depositaba en manos del más inexperto, lo más complejo de esa práctica y su objeto: *el toxicómano y su relación con la realidad jurídica, política, social e ideológica de su tiempo*.

Las estadísticas oficiales y estudios sobre casos denunciaban la inconsistencia y precariedad de estos programas y sus resultados. La otra realidad la constituían los programas que sostenían esta práctica en manos de “operadores socioterapéuticos” o “adictos en recuperación”, sin formación académica pero autorizados para esta experiencia por su condición de ex-adictos.

Invitado para el dictado de un diplomado en la Universidad de Tijuana (Baja California-México), advierto que un alto porcentaje de los programas de todo el noroeste mexicano estaba en manos de “adictos en recuperación”. Con aporte financiero del estado, en muchos casos estos programas contaban con más de 600 (seiscientos) internos en situación de autoayuda. Salvo excepciones, los inscriptos a mi seminario eran “adictos en recuperación”, todos ellos directores de programas con sede en Baja California y otros estados limítrofes. Cuando los interrogo sobre sus expectativas para ese diplomado, uno de mis alumnos me comunica cierto escepticismo. Me dice que la única oportunidad en que se vinculó con un profesional, había ocurrido hacía muchos años con motivo de una entrevista realizada en un servicio de salud de la ciudad de Tijuana.

“Yo era más joven y frecuentaba Revolución (Mítica calle de esa ciudad conocida por sus lugares nocturnos), ya había tocado el límite con la heroína, fue por una sobredosis que llegue al hospital, ...luego de la desintoxicación y algunos cuidados médicos tuve una entrevista con una psicóloga de ese servicio la que duro muy poco... Me la termine ‘comiendo’, eso es lo que pasa con los profesionales del hospital, uno termina ‘desayunándolos’, ...donde pude encontrar finalmente ayuda es en la comunidad que dirijo. Nuestro programa tiene un modelo “cristocéntrico” y está basado en la fe. Yo encontré ahí mi salvación, llevo 11 años de abstinencia...”

Le respondo que comparto su observación y que no deseo colaborar aún más a su “indigestión”. Mi propuesta para este seminario es un trabajo de intercambio; quizás sea ésta la oportunidad para comprender por qué ese profesional habría fracasado en su intento de poder escuchar su demanda, mientras que el programa de la *comunidad*, ajeno a toda concepción médico-académica, había podido dar una mejor respuesta a sus necesidades. No me inclino a pensar que las toxicomanías no puedan ser comprendidas en el marco de un dispositivo científico o profesional, y menos en que sólo sea el camino de un acto “cuasireligioso”, el único capaz de dar respuesta a la realidad del toxicómano. Es de observar también que tanto en nuestro medio como en el exterior los modelos de atención y prevención de las toxicomanías carecían en sus bases de programas de investigación que los hagan sustentables.

En el año 1997, con motivo de una invitación al Dr. Olievenstein, un verdadero referente para el primer mundo en lengua francesa sobre estas cuestiones, le pregunto en el marco de una entrevista para una revista especializada:

BB: ¿Cuál es su opinión del poco lugar que se le ha destinado, desde las instituciones como desde las políticas, al tema de la investigación en toxicomanía?

CO: No creo que ninguna sociedad tenga deseo sincero de curar al toxicómano o de comprenderlo. La meta social es proteger el centro de nuestras ciudades, contra la llegada de los “bárbaros”, por lo tanto se hacen cosas a un nivel mínimo paliativo.

Los verdaderos tratamientos, los más eficaces, están cada vez más reservados a los ricos y para el resto ya no hay consideraciones, salvo la exclusión o el control social. En este cuadro la investigación no le interesa a nadie, sólo le interesa a ciertos medios especiales, solo interesa en el dominio de la epistemología, para saber como controlar una “epidemia”. *Quise hacer una pequeña investigación para ver cuántos estudios etno-antropológicos había en mi país a propósito de la droga, y solo había cuatro. Por lo tanto es una elección...*

Nuestros profesionales no sabían a donde ir, ¡pero debían ir ya! Con el mejor estilo de nuestros clientes, los programas se organizaban sobre un modelo de acción muy poco sustentable en sus fundamentos y como consecuencia en el alcance de sus resultados y en la protección de sus recursos tanto materiales, como humanos. La falta

de programas de investigación no es sólo antieconómica, dada la poca sustentabilidad de las propuestas, sino irracional, cuando nos vemos confrontados con la compleja naturaleza de su objeto. Nos decía el mismo Claude Oliveinstein en su paso por Buenos Aires, que si un grupo de oncólogos se acercara a sus pacientes con el grado de información con que nosotros tratamos al toxicómano la tasa de mortalidad sería del 100%...

Quisiera exponer brevemente algunas reflexiones sobre el rol del "operador socioterapéutico" o "adicto en recuperación" y su relación con las instituciones destinadas al tratamiento de toxicómanos, su formación y convivencia con profesionales de otras disciplinas con formación académica.

Nos encontrábamos con verdaderas dificultades cuando éramos objeto de un pedido de formación, al advertir que no contábamos con un espacio institucional que pudiera dar respuesta a su demanda, dado que éramos concientes que su situación de ex-adicto, sus condiciones culturales y de educación, y los motivos de la demanda, diferían de cuando estas provenían de profesionales con formación académica.

El primer obstáculo recae muchas veces en no poder incluir, sin un trabajo preliminar, al operador socioterapéutico en un espacio compartido con otras disciplinas. Esta dificultad hacía que se perdiera toda la riqueza de su experiencia, debido a la falta de espacios diseñados para su integración e intercambio con otras disciplinas. Existen muchas instituciones, las llamadas *comunidades terapéuticas*, que si bien cumplen con un rol social destacado absorbiendo volúmenes muy importantes de la demanda para el mercado laboral del operador, no poseen los dispositivos para su formación adecuados a esta demanda, en particular cuando se trata de personas que han completado o se encuentran en la última fase de su programa de recuperación.

Sabemos que mas allá de la capacitación técnica para el ejercicio del rol, existe un requisito esencial que hace posible sostener esta práctica, esto es, que el sujeto haya alcanzado "un equilibrio emocional y crecimiento personal sustentable". Este proceso no puede ser garantizado tan sólo apelando a un programa de capacitación, sino que es necesario concebir un espacio institucional donde el sujeto pueda procesar su experiencia en el marco de un "dispositivo" para la reflexión sobre la práctica, sus obstáculos, y experiencias asociadas a la subjetividad.

Muchas demandas de formación tal como llegaban al instituto (IDIA, Instituto interdisciplinario de investigación y asistencia) traían consigo toda la problemática de la **identificación** vinculada a su condición de ex-adictos. Con motivo de un pedido de inclusión en nuestros grupos de formación, uno de nuestros alumnos nos decía: "Nos resulta difícil el trabajo con los grupos de admisión, nos vemos todo el tiempo a nosotros mismos, nos encontramos con nuestra historia reciente, con los mismos miedos, con angustias parecidas... No sabemos muchas veces como ayudar a nuestros pacientes".

Sus palabras expresaban no sólo la necesidad de herramientas o recursos técnicos, sino que ponía al descubierto la falta de contención por parte de la institución para el ejercicio del rol y las condiciones mínimas para preservar la "salud emocional" del staff y su función.

Otro tema de interés es la relación del operador socioterapéutico con los profesionales de formación académica que integran el equipo de la *comunidad*, los obstáculos en la comunicación y las resistencias a un trabajo integrado y de intercambio. El aspirante a operador socioterapéutico dentro de la comunidad y en la última fase de su estadía residencial (reinserción) sabe que es ésta una etapa crucial. El sujeto se encuentra atravesando una verdadera crisis de identidad y cambio. Es el mismo programa que hace del rol de operador en su condición de adicto en recuperación una suerte de interfase de la identificación a un nuevo estado de ser del sujeto.

Hemos observado que en muchos casos la institución, al otorgarles este espacio frente a necesidades tanto del sujeto como del sistema, puede contribuir a forzar una pseudo-identificación a modo de un "legado" de la *Comunidad*, haciendo obstáculo a cualquier otra alternativa de elección.

Los equipos profesionales necesitan la presencia del operador dentro del sistema, pero a pesar de esta necesidad en algunos casos se ven inclinados a sostener prejuicios no declarados sobre esta función. Competencias por el "poder", encubiertas entre profesionales y operadores son una realidad de la convivencia dentro de estas instituciones que conducen muchas veces a su "discriminación"; y lo lleva a asumir su defensa desde el único lugar en que este se puede autorizar en su práctica.

Muchos me decían: "Si usted nunca vivió la experiencia de la droga, ¿cómo puede comprender a un adicto?", "los profesionales no saben lo que es ser un adicto, no pueden saberlo", "nunca han tenido esta experiencia".

Esta división de aguas entre la práctica profesional y la del adicto en recuperación parece ser bastante paradigmática de nuestras instituciones. Cuando el operador socioterapéutico en su condición de "adicto en recuperación" se representa en ese lugar de "saber", que puede enunciarse: "más que yo nadie puede saber sobre un toxicómano", el sentimiento de omnipotencia que oculta una fuerte necesidad de "legitimación" puede conducirlo a desaciertos y sobreactuaciones.

La falta de legitimación conduce a una crisis de despersonalización con las consecuencias que esto tiene para su identidad dentro y fuera del sistema. El sujeto ya no es el mismo y en este juego aparece el riesgo a "la recaída". Es en todo caso la búsqueda por sostener ese *otro lugar* lo que conduce a "reforzar" la nueva identificación".

Hay un deseo que es "normalizado" y que opera como un "espacio transicional", un puente entre la jeringa, la marginalidad y la nada, al éxito y el protagonismo.

Cuando la fase final de su tratamiento institucional, por dificultades del sujeto y del contexto social, fundado en un fuerte "prejuicio", resiste su reinserción; al no encontrar una salida que pueda conciliar con su deseo, la identificación al rol de operador socioterapéutico en su condición de "adicto en recuperación" o "ex-adicto recuperado", según sea el contexto social o cultural en que se proponga, es vista como "un camino hacia el poder" con la perentoria necesidad de producir una esquizoidia con ese pasado, que conserva a su vez, que recicla los rasgos identificatorios de su nueva identidad. Este nuevo rol no puede resolver lo que el sujeto no ha elaborado en esa etapa final del tratamiento que llamamos "reinserción". La profesionalización de este rol no puede incluirse como *fase programada* de su tratamiento, sino que sólo una adecuada elaboración del proceso hará posible la libre elección del sujeto, y su inclusión como futuro integrante del staff.

La "profesionalización" puede estar atravesada por cierta "manipulación" si prevalecen los intereses de las instituciones a las necesidades reales del sujeto. Hay factores económicos que determinan el lugar del operador dentro de la institución; muchas veces permanecen horas trabajando sin apoyatura técnico-profesional, circulando como objetos intercambiables o descartables por el mismo sistema.

Cuando las economías de las instituciones son subsidiadas y los programas responden a este modelo, la "Comunidad Terapéutica" puede convertirse en un emprendimiento de bajo costo para inversores privados, desatendiendo los recursos necesarios para dar cumplimiento a su función y objetivos.

Muchas veces, el operador, atravesando la última etapa de su tratamiento institucional o bien en una etapa posterior y "pseudoprofesionalizada" de su práctica (pagos fuera de contrato, sin seguro de salud o aportes previsionales) queda capturado en las redes del juego económico de la institución reintegrándole como retribución su fuerza de trabajo, en el marco de un programa que oficia como único sostén para el sujeto.

Carentes de herramientas conceptuales para su práctica, quedan librados a la repetición de un modelo o bien a la "improvisación", con costos que deben ser también estimados en sus consecuencias sobre el verdadero objeto de su práctica, ese colectivo que constituye la población residencial de la Comunidad. Observamos la falta de contención necesaria para el ejercicio de esta función, la ausencia de formación, y de un espacio "clínico" para procesar su experiencia en las relaciones con el paciente, el sistema de la Comunidad y su convivencia con otros roles profesionales.

El trabajo aislado, la falta de legitimación de esta práctica y una cobertura abusiva de horas de trabajo que ningún organismo oficial legisla, son aspectos de un quehacer que le exige incluirse en una escena iatrogénica para el ejercicio de su función. El trabajo abusivo, muchas veces producto de sus propias necesidades económicas, sumado al estado de alienación en que lo asume el modelo, lo introduce en un dispositivo de

dependencia que no de la mejor manera rememora su condición de toxicómano.

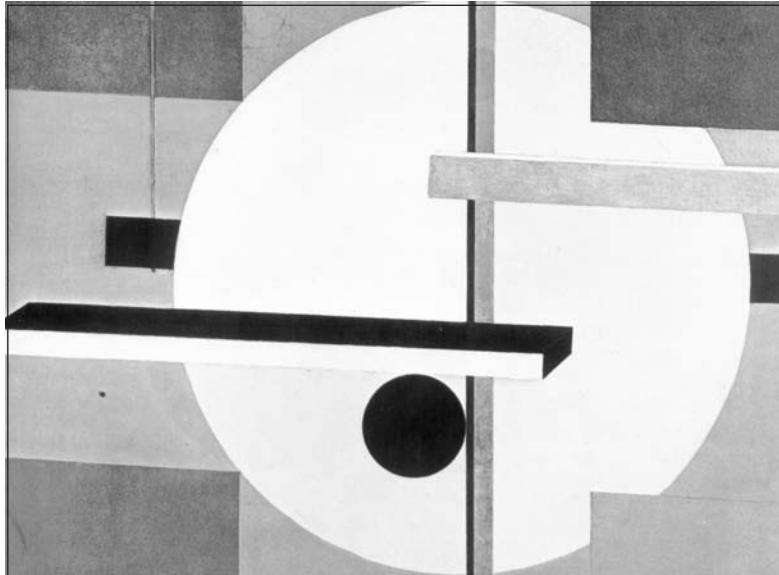
La crisis en su relación con el sistema muchas veces explica la "recaída", esto es el reencuentro con una "práctica" que le permite por la vía de ese "acto", una tentativa de "desalienación", de separación del mismo sistema que lo produce como "operador socioterapéutico" y lo alinea como sujeto.

Si su inclusión en el modelo no reconoce la necesidad de "sistemas abiertos", su función se verá obstaculizada bajo los "efectos tóxicos" de una trama especular, lo que en otro lugar he definido como "la adicción del otro", aquello que no puede ser simbolizado, representado, a propósito de lo que interroga en el sujeto (y el sistema), el lugar del saber, el poder y la legitimidad de esta *representación*, esa misma que está llamado esta vez a "encarnar" como "operador socioterapéutico" en su condición de "ex-adicto".

Estábamos terminando los '90, y próximos a los festejos de fin de siglo, invitado con motivo de unas "jornadas" auspiciadas por un organismo oficial, me impresiona gratamente la exposición de dos representantes de una escuela europea que ha contribuido mucho en nuestro medio a la difusión del modelo de Comunidades Terapéuticas para la atención de toxicómanos.

Me sorprende un discurso que si bien no estaba citado, traducía muchas de las ideas de Illya Prigogine aplicado a los sistemas. La apertura de este discurso, tan ajeno a los que estamos acostumbrados a escuchar en el marco de nuestras Comunidades Terapéuticas, despierta mi interés y me llena de expectativas. Finalizada la exposición me acerco a los expositores, me presento y les solicito una entrevista antes de la partida a su país de origen. Ese mismo día, en el lobby de un importante hotel de Buenos Aires, aprovecho la ocasión de este encuentro para comunicarles un proyecto que veníamos desarrollando en la sede del instituto para la formación de operadores socioterapéuticos, en el marco de una nueva propuesta. El programa llevaba el nombre de "Grupo operativo de reflexión para operadores socioterapéuticos" y entre otros puntos incluía, "cuestiones de la práctica y el modelo", "elaboración e investigación sobre el rol", "la relación con los equipos profesionales de formación académica" y finalmente cuestiones sobre la noción de "recuperación" y "recaída". El programa estaba concebido como una propuesta abierta para una red de Comunidades Terapéuticas de la provincia de Buenos Aires.

Este proyecto, puesto en marcha como una experiencia de laboratorio sobre el modelo desarrollado para grupos profesionales en marzo de 1997, fue presentado con la intención de que este grupo europeo pudiera mediar en su condición de ONG para la solicitud de financiamiento a la Comisión de Comunidades Europeas que por esa época contaba con créditos abiertos, para países integrantes del "Convenio Marco para el Cono Sur" en América Latina.



En Buenos Aires ya se había desarrollado a fines de los ochenta y comienzos de los noventa, programas de formación para Operadores Socioterapéuticos, como proyecto de una comisión del gobierno con financiamiento internacional. En esa oportunidad, el programa contemplaba fundamentalmente instruir y formar "operadores socioterapéuticos" en el marco del modelo. Esta vez proponíamos un dispositivo para "poder pensarlo" sobre los avatares de la experiencia de aquellos mismos alumnos egresados del programa que nos presentaban las dificultades de su práctica y de su relación con las instituciones.

Luego de haber presentado mi propuesta, mi interlocutor me expresa que *"el sistema no permite este tipo de intervención, es más, aún podía llegar a ser un factor desestabilizador para el modelo de la Comunidad Terapéutica"*. De concebirse un dispositivo de supervisión o de reflexión sobre el rol (como nosotros lo presentábamos), *este no podía ser "externo" al programa de la comunidad terapéutica sino interno y respetando las jerarquías del sistema y las bases ideológicas de la propuesta*. Luego de agradecer el tiempo que me habían dispensado, no podía tratar de conciliar lo expuesto en aquella ponencia de la mañana con la respuesta que había obtenido por parte de mis interlocutores.

Todo parecía denunciar un patético divorcio entre lo que se decía sobre los fundamentos del modelo y lo que en definitiva se ejecutaba en el marco de nuestros programas para la recuperación de toxicómanos. Una práctica a la que ya estábamos acostumbrados aunque esta vez no se trataba de psicoanalistas con acento francés.

Expondré, a continuación, algunas observaciones sobre mi práctica en la formación y la supervisión, esta vez de programas profesionales.

En primer lugar quiero destacar, el poco espacio que nuestras instituciones otorgan a *"la reflexión sobre la práctica"*, la más de las veces limitadas por la perentoriedad de respuesta que exige la problemática de nuestros pacientes y las urgencias que los dominan.

En segundo lugar, el *aislamiento entre las instituciones,*

sean estas públicas o privadas, frente a la necesidad de un diálogo más sostenido en el intercambio de experiencias, propuestas y modos de intervención.

En tercer lugar, *la necesidad de formación y de herramientas conceptuales* para operar sobre una práctica que no puede permitirse aludir la noción de cura y la obtención de resultados frente a pacientes en situación de riesgo.

En cuarto lugar, *la perentoriedad de respuesta de nuestras instituciones* frente a cuestiones que requieren una reflexión más detenida, se constituían en *un síntoma* de nuestros equipos profesionales, frente a la complejidad de elementos que intervienen en la resolución de casos.

En quinto lugar, las limitaciones no sólo en *la escritura teórica o el relato clínico*, sino en la comunicación testimonial y la descripción de experiencias concretas.

En sexto lugar, la necesidad de *autocrítica e innovación* en el marco de "un saber" -no siempre declarado- sobre la obsolescencia de nuestros recursos, a la hora de ponerlos al servicio de los dispositivos para el tratamiento y la prevención.

La poca permanencia y continuidad de nuestros pacientes en los programas, y las dificultades en el tratamiento de la demanda, nos sumerge en una clínica con sujetos asintomáticos que parecen naufragar en el vacío de una existencia que hace abuso de la significación de ese acto, que parece orientado a esperarlo todo del otro, y somos nosotros los destinatarios de esa demanda. No pudiendo eludir los efectos y consecuencias de lo "insostenible" de esa experiencia.

No hay clínica de las adicciones sin una *metaclínica* que atienda las implicaciones de la propia subjetividad del terapeuta y la de los discursos en que este sostiene su labor institucional. No hay una clínica de las toxicomanías sin *"una clínica de la clínica"*, ésa que debe tratar sobre el modelo de nuestras instituciones, los obstáculos de nuestra práctica, la crisis de nuestros relatos y, finalmente, las *"dependencias"* intelectuales o institucionales, aquellas que ahogan la iniciativa, la creatividad, las que intoxican el pensamiento y colapsan la identidad profesional.

Es necesario desinstitucionalizar “la escucha” para que la palabra no aparezca denegada frente al arbitraje de “una razón oficial” que pretenda domesticar la verdad, bajo el dominio de un supuesto saber de *especialistas*. Estamos obligados al permanente atravesamiento de esta posición, nuestro “objeto” no es sino un “pretexto” que nos conduce todo el tiempo a otro “texto”, frente a la labilidad e inconsistencia de las palabras, las cosas y las teorías que sobre ella soportamos, en un mundo mutable donde nuestro toxicómano parece anclar su acto como paradigma incompleto de la representación de hombre de nuestro tiempo.

Otrora *la histérica*, hoy *el toxicómano*, viene a interrogarnos; no recusemos su pregunta. Ésta es nuestra propuesta y estamos ciertos de que cualquier programa de investigación o formación de profesionales en este campo no puede dejar de dar testimonio de ello.

Las toxicomanías se representan en cualquier escenario de nuestra práctica, tanto privada como institucional como un llamado a interrogar la legitimidad y alcance de los discursos en que se sostienen nuestras disciplinas y sus modos de comunicación e intercambio.

En este campo, la transmisión debe estar necesariamente enlazada a una suerte de testimonio que no deja de implicar al sujeto y lo que le asegura a través de ese dispositivo testimonial es el pasaje de lo “inefable” de la subjetividad de esa experiencia a la dimensión de lo comunicable, como conocimiento de lo real.

Hemos privilegiado en nuestra propuesta el concepto de *toxicomanía* en la medida que ese significante nos ha permitido avanzar más decididamente en torno a una epistemología orientada al campo social que nos permita interrogar las distintas disciplinas sociales, sus relatos y los obstáculos inherentes a su práctica, a la luz de una renovada mirada que nos conduzca por un camino de mayores transparencias de la que transitamos hasta hoy. Los organismos, tanto nacionales como internacionales, propician el otorgamiento de subsidios o alientan proyectos de investigación enrolados en el marco de las ciencias biomédicas o en el producto de mediciones estadísticas, que en el contexto metodológico de las ciencias fáctico-formales, hacen de los resultados cuantitativos de estos estudios, la justificada ejecución de sus programas. Sin tomar una posición excluyente, de algo estamos seguros, que lo que el toxicómano está llamado de interrogar en nuestra práctica no es el resultado de una conclusión estadística o el producto de una evaluación biomédica, sino algo difícil de cuantificar y ajeno al espíritu de toda medición.

En el año 1997 presentamos un proyecto para un programa de investigaciones clínicas a una ONG francesa a los efectos de obtener financiamiento. Con ese motivo invitamos al Dr. Claude Olievenstein a la Argentina, quien se desempeñaba como presidente del consejo científico de esa organización. El programa consistía a grandes rasgos en un trabajo con la participación de todas las instituciones a nivel nacional que se ocupaban de estos temas, a los efectos de abrir espacios de reflexión sobre la práctica en el marco de un intercambio interdisciplinario, cuyo compromiso consistía en la producción de trabajos clínicos y de experiencias concretas a ser presentadas públicamente en unas jornadas de clausura abierta a toda la comunidad profesional. Finalmente todo este material sería editado en Internet y los resultados de la experiencia contribuirían al diseño de un **programa modelo** para el Tratamiento y Prevención de las Toxicomanías con sede en la Ciudad de Buenos Aires.

El programa era de muy bajo costo dado que la mayor parte de los aportes docentes estaban arancelados y la organización de las jornadas de clausura junto con la publicación de los trabajos científicos tenían financiamiento del Gobierno Nacional.

Tuvimos la satisfacción de que el Dr. Olievenstein no sólo aprobara nuestro proyecto, sino que apadrinara nuestro programa para su presentación a la comisión de Comunidades Europeas.

A través de nuestro representante en la ciudad de París, expertos en asunto de drogas de la comisión, nos hacen llegar su respuesta: *los créditos para el financiamiento estaban sólo disponibles para el desarrollo de programas de tratamiento y los recursos para la formación de profesionales por razones políticas, destinados a los países del este europeo. Dejando indicado la no existencia de partidas económicas para la investigación, dado que no tenían prioridad en el marco de las políticas para asuntos de Drogas de la Comunidad Europea, sugiriéndonos su presentación para una próxima convocatoria.*

Un colega me decía *¿sabés por qué es tan difícil la investigación en este campo? Porque tiene que ver con lo que “quema”. No es la droga lo que verdaderamente nos atormenta, si no eso sobre lo cual nada queremos saber. Lo que Freud llamaba “lo reprimido”, lo que es inconsciente para el sujeto, para nuestra cultura y el sistema que nos representa o como en nuestro caso, estamos llamados a representar como especialistas en este campo, es por eso que cuando hablamos de drogas siempre estamos hablando de otra cosa* ■

Referencias bibliográficas

1. Reportaje a Claude Olievenstein. *Revista Punto Límite*; 1(8).
2. Bulacio BJ. “Reflexiones sobre la práctica”. *Revista Punto Límite*; 1(5).
3. Bulacio BJ. “Reflexiones sobre la práctica”. *Revista Punto Límite*; 1(8).



SEÑALES

Una semblanza de León Grinberg (1921-2007)

R. Horacio Etchegoyen

Me causó un vivo dolor en su momento la enfermedad de León Grinberg, que lo abatió el 28 de diciembre de 1997 en Barcelona, y se renovó ahora con su muerte el 25 de septiembre. Pasó diez años inhabilitado, al cuidado amoroso de su esposa y de sus hijos, Daniel y Alberto, con los que sólo podía tener un intercambio emocional, lo mismo que con los amigos que lo visitaban, como Mariano y Silvia Dvoskin, Valentín Barenblit y yo mismo. Se había puesto renuente a recibir visitas que le llegaban de continuo, seguramente por pudor. El diálogo vivo y estimulante que mantuvo por décadas con todos los psicoanalistas se había interrumpido para siempre.

Grinberg escribió en colaboración con su esposa Rebeca el prefacio para la edición francesa de los *Estudios* de Racker, que había publicado Paidós en Buenos Aires en 1960. Esta versión apareció en "Collection Psychanalyse, d'autres horizons, Césura", dirigida por José Luis Goyena y Claude Legrand, con el título *Études sur la technique psychoanalytic. Transfert et contre-transfert*, con pie de imprenta en noviembre de 1997, un mes antes del infausto accidente cerebral de León. Esta publicación saldó una deuda de muchos años de los psicoanalistas francófonos con un libro que reco-

rrió literalmente el mundo entero. El prólogo es el último escrito de un psicoanalista notable y era también la culminación de su obra, porque los Grinberg – como ellos mismos dicen – fueron discípulos y amigos de Racker y recibieron sus enseñanzas de viva voz no sólo en la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) sino también en Escobar, donde pasaban los fines de semana. Con su fértil idea de la "contraidentificación proyectiva" Grinberg completó y amplió los conceptos de contratransferencia concordante y complementaria de Racker, utilizando más decididamente que él la idea de identificación proyectiva. Haber subrayado el valor comunicacional de este mecanismo, que el genio de Melanie Klein no tuvo nunca demasiado en cuenta, es un relevante mérito de Grinberg.

Es mucho lo que yo le debo a Grinberg. Fue en primer lugar mi profesor de seminarios en APA y todavía siento la conmoción que me produjo aquel hombre joven, simpático y erudito, que enseñaba el psicoanálisis como nadie. Grinberg me hizo participar, después, en el libro que escribió con Marie Langer y Emilio Rodríguez en 1979, *El grupo psicológico*; y también me convocó para los tres valiosos volúmenes que organizó con el título de *Prácticas psicoanalíticas comparadas en las neurosis, en la psicosis y en niños y adolescentes*, que publicó Paidós en 1977. Allí supo reunir, una vez más, un grupo destacado de estudiosos. Un don que todos le debemos agradecer a Grinberg fue su notable empeño

para hacer del psicoanálisis una empresa intelectual común. Su generosidad, su versación y su autoridad lo hacía posible.

Cuando volví de Londres en 1967, Bernardo Árensburg y yo supervisamos un tiempo largo con Grinberg (y también con Liberman), y fue en ese momento que León me recomendó para ser relator del Tercer Congreso Panamericano de Psicoanálisis, que tuvo lugar en Nueva York en 1969 y fue el último de su serie. Allí discutí nada menos que con Elizabeth Zetzel "La primera sesión de análisis". (De regreso a la Argentina, tenía yo entonces varios analizados recientes y León pensó que era el más indicado para esa difícil tarea).

Pasaron los años y nuestra amistad se hizo cada vez más estrecha, más íntima. Alguna vez dijo él desde España que yo era su mejor corresponsal.

Cuando lo visité en Madrid en 1987, y Rebe nos albergó a Érida y a mí en su bello departamento de la calle Francisco Gervás, León había sido designado profesor de la cátedra de psicoanálisis por la Junta de Gobierno del histórico Ateneo de Madrid, que entonces presidía don José Prat García. El profesor Grinberg organizó una serie de conferencias de *Introducción a la teoría psicoanalítica*, y me concedió el privilegio de inaugurarlas. A mi disertación "El nacimiento del psicoanálisis" siguió la de Grinberg y Juan Francisco Rodríguez "La influencia

de Cervantes sobre el futuro creador del psicoanálisis". Este bello ensayo había sido presentado en el panel sobre "Don Quijote, Freud y Cervantes" en el XXX Congreso Internacional de Psicoanálisis, celebrado en Madrid en julio de 1983, donde cautivó al auditorio por su elegancia y su erudición. Este escrito muestra concluyentemente la influencia de Cervantes en el joven Freud, que había leído el Quijote y las novelas ejemplares y se había quedado arrobado por "El coloquio de los perros". Con un amigo de su juventud encarnan a Cipión (Freud) y Berganza (Silbers-tein), en una conversación en que está en germen el diálogo psicoanalítico. Es un aporte original de este texto afirmar que, con la "Academia castellana", el psicoanálisis ya existía en la mente de Freud mucho antes de que aparecieran en escena Breuer y Anna O. Los autores afirman, también, que Don Quijote y Sancho Panza abordan temas típicamente psicoanalíticos, como la dialéctica entre realidad y fantasía, sueño y vigilia y, entre otros más, la locura como un fenómeno complejo pero comprensible en términos de motivos humanos. A este espléndido escrito siguen otros no menos interesantes de José Rallo, Enriqueta Moreno, Mercedes Valcarce, Jaime Tomás, Rafael Cruz Roche, María Luisa Muñoz, Isabel Luzuriaga... Los presentó en forma de libro la Colección Continente/Contenido, dirigida por Mercedes Velo.

Es difícil resumir en unas páginas la rica vida de un analista sobresaliente como Grinberg. Nació en Buenos Aires el 23 de febrero de 1921 en un hogar de emigrantes judíos y sus padres se esmeraron mucho por su educación. Estudió medicina en la Universidad de Buenos Aires y ya entonces mostró vocación por el psicoanálisis, como su compañero de estudio David Liberman. Los dos fueron amigos entrañables y ambos llegaron a sobresalir notoriamente. Es un milagro del amor y la amistad que estos dos colosos nunca sucumbieran a la rivalidad fraterna que el destino parecía depararles.

A poco de recibirse, Grinberg ingresó a la APA, en la que llegó a miembro adherente en 1952, a los 31 años. Su carrera fue meteórica y en cuatro años llegó a profesor del Instituto de Psicoanálisis y a analista didáctico. Ya dije que asistí a su seminario como candidato y pienso con fundadas razones que fue el primero que dictó en su vida.

Grinberg pertenece a una segunda generación de analistas de la APA, como Resnik, Bleger, los Baranger, Rodrigué, Zac, Arminda Aberasturi, Campo, Rebe Álvarez de Toledo, Mauricio Abadi, Jorge y Teresa Mom, Rolla y desde luego Liberman. Se analizó con Arnaldo Rascovsky y, cuando éste se fue a Estados Unidos, siguió con Marie Langer hasta terminar su carrera; llegó a ser, después, su colaborador y amigo.

Con ella y con Emilio Rodrigué, escribió dos libros sobre psicoterapia grupal. El primero, *Psicoterapia del grupo. Su enfoque psicoanalítico*, fue publicado por Paidós en 1957. Agradable y riguroso, fue el primero en su género escrito en español y tuvo una gran influencia en América Latina y España, que todavía perdura. El eje conceptual de esta obra es que el grupo es una unidad y que ese conjunto psicosocial debe abordarse con una definida actitud interpretativa de base psicoanalítica.

Por razones de oportunidad, de tiempo y discreción, este libro no se había extendido en otros campos y en él sus autores no se habían animado a presentar un material clínico completo. Estas limitaciones pronto fueron subsanadas cuando la Editorial Nova publicó en 1959 *El grupo psicológico. En la terapéutica, enseñanza e investigación*. Grinberg, Langer y Rodrigué dividen el texto en varias secciones, que parten de los dinamismos y aspectos teóricos de la psicoterapia del grupo, para extenderse a diversas áreas y considerar por fin sus aplicaciones a la enseñanza y la investigación. Colaboran en esta empresa más de veinte especialistas latinoamericanos.

Sin duda la electrizante dinámica del grupo fue uno de los incentivos que llevaron a Grinberg en aquellos años a estudiar con especial énfasis los mecanismos regresivos del funcionamiento mental, que a veces el grupo expresa con diáfana claridad. Los primeros trabajos propiamente psicoanalíticos de Grinberg se dirigen a la magia y al animismo, con especial énfasis en la negación como mecanismo de defensa. Un texto sobresaliente de estos años es "Aspectos mágicos en la transferencia y la contratransferencia", que leyó en la APA el 27 de marzo de 1956 y se publicó dos años más tarde. En este trabajo Grinberg introduce el concepto de contraindentificación proyectiva, al cual se va a referir en muchos otros escritos.

Como él mismo lo dice en su recordado artículo "Pasado, presente y futuro de una trayectoria psicoanalítica", escrito para el XXX aniversario de la APA en 1974, cuando María Isabel Siquier dirigía la *Revista de Psicoanálisis*, en sus comienzos la investigación de Grinberg se dirige al estudio de los procesos regresivos, la magia, la omnipotencia y los mecanismos psicóticos. La negación ocupa un lugar principal, al lado de los mecanismos esquizoides y la identificación proyectiva. Un primoroso ejemplo de aquellos años es "Sobre algunos mecanismos esquizoides en relación con el juego de ajedrez", publicado en 1955.

El primer libro que lleva a Grinberg como único autor es su perdurable *Culpa y depresión. Estudio psicoanalítico*, que publicó Paidós en Buenos Aires en 1963. Era un momento en que se debatía ardentemente en Buenos Aires (y en muchas otras comunidades psicoanalíticas) el lugar de la culpa en el proceso psicoanalítico. Había analistas que defendían a capa y espada que el centro del conflicto neurótico era la negación de la culpa por los impulsos agresivos contra el objeto amado, mientras otros, con similar porfía, buscaban liberar a los pacientes de una culpa que los condenaba en la dialéctica de un superyó sádico

y un yo sometido y masoquista. Grinberg zanja esta polémica al darse cuenta que hay *dos* tipos de culpa (y no una): la culpa persecutoria y la culpa depresiva, que relaciona lúcidamente a dos clases de duelo, normal y patológico. La culpa persecutoria está ligada a la posición esquizoparanoide, pero no es lo mismo que la ansiedad persecutoria; la culpa depresiva, ésta sí, es la que se refiere a los sentimientos de pena y preocupación por el objeto, que hace posible la reparación.

La diferencia entre culpa persecutoria y depresiva es un aporte teórico de gran envergadura, que lleva a diferenciar, también, el duelo patológico del duelo normal. En un paso audaz, Grinberg propone que el duelo no sólo implica la pérdida del objeto sino también de las partes del yo (self) que están depositadas en él. Esto da una visión más amplia de lo que se *pierde* en el proceso de duelo.

Culpa y depresión incluye un capítulo de Rebeca Grinberg sobre el duelo en los niños, donde se muestra claramente cómo afecta a los pequeños la pérdida de sus seres queridos y la percepción de la muerte.

Obra de perdurable influencia, su segunda edición de 1971 introduce algunas modificaciones importantes, señalando el peso de los factores sociales en la culpa persecutoria, dado que la sociedad la inculca en las personas y no siempre comprende, además, los factores positivos en la rebelión de la juventud. (Estamos en los umbrales de los conflictos entre Perón y los montoneros y los comienzos de la Triple A).

En 1971, León escribe en colaboración con Rebe, *Identidad y cambio*, que publicó Kargieman en Buenos Aires. Ya su título plantea un gran problema, que puede remontarse a Parménides y Heráclito. ¿Cómo es posible el ser con el cambio? Los Grinberg lo estudian definiendo tres vínculos: espacial (individuación, el yo distinto del otro), temporal (ser siempre uno mismo a pesar de los

cambios) y social, en cuanto a la pertenencia al grupo (o a los grupos). La identidad queda definida como la capacidad de sentirse uno mismo en la sucesión de cambios que proponen los azares de la vida. El cambio implica aceptar lo desconocido, lo imprevisible; y la enfermedad mental puede entonces definirse como un intento (desesperado) de mantener la unidad frente al cambio, para que todo siga igual. Al evitar lo nuevo se asegura la identidad y se evitan la angustia y la depresión; pero al precio de no vivir realmente. Como dijo José Enrique Rodó en sus *Motivos de Proteo*, renovarse es vivir.

Identidad y cambio discrimina cuidadosamente entre yo y self echando mano concienzudamente a Freud, Klein, Bion, Erikson y otros psicólogos del yo. Los Grinberg parten de las ideas de Hartman sobre el self (como persona) y el yo (como instancia) y las desarrollan a partir de Edith Jacobson, Wisdom y Erikson. En la segunda parte de este libro se estudian las perturbaciones de la identidad, con especial atención a la despersonalización y las migraciones, que abre el camino a otro libro de los Grinberg sobre la migración y el exilio, lleno de belleza y nostalgia, que Alianza Editorial publicó en Madrid en 1984, titulado *Psicoanálisis de la migración y el exilio*.

Identidad y cambio es, a mi juicio, el natural desarrollo de la idea de duelo por las partes perdidas del yo (self), y conduce a otro libro de Grinberg, *Teoría de la identificación*, que Paidós publicó en Buenos Aires en 1976. Texto breve y penetrante, expone el desarrollo del concepto de identificación a partir de Freud y sus discípulos, así como también de la escuela kleiniana. Estudia a fondo el concepto de identificación proyectiva, que Melanie Klein introdujo en 1946, y discute después los aportes de sus discípulos Bion, Rosenfeld, Meltzer y el mismo Grinberg, con especial referencia a su concepto de contraidentificación proyectiva. Grinberg estudia la identificación proyectiva en sus aspectos cuantitati-

vos y en especial cualitativos y pone el énfasis en los procesos de comunicación que subyacen a este fértil concepto. Siguiendo de cerca los estudios de Racker, Grinberg emplea la identificación proyectiva para dar cuenta de los complejos y sutiles efectos que ejerce en la relación analista-paciente, lo que culmina con su teoría de la contraidentificación proyectiva, que aceptan actualmente la mayoría de los autores.

Poco después de aparecido este libro, los Grinberg deciden exiliarse en Madrid en octubre de 1976, cuando era el comienzo de la nefanda dictadura de Videla.

Si fue brillante la trayectoria científica de Grinberg no fue menor su desempeño en la gran política del psicoanálisis. Fue presidente de la APA por tres períodos (1961, 1962, 1963) y el primer psicoanalista de América Latina que ingresó al Comité Ejecutivo de la Asociación Psicoanalítica Internacional (API), como secretario asociado (1963-1965) y después como vicepresidente por dos períodos, de 1965 a 1967 (Congreso de Ámsterdam) y de 1967 a 1969 (Congreso de Copenhague). Le ofrecieron ser presidente pero declinó ese honor. Quien había mostrado poco interés por ese alto cargo, fue después en el XXXVII Congreso Internacional de Buenos Aires en 1991, cuando se eligió el primer latinoamericano para presidir la API, mi más ardiente partidario. Sentado al lado de Rebe en la primera fila seguía atentamente mi presentación y hasta me mandó un papelito: "Más despacio", porque yo leía demasiado aprisa.

Su influencia como maestro de muchas generaciones de analistas es notable. Es sin duda el modelo de psicoanalista porteño, que sigue la ruta de Freud y Melanie Klein, pero abarca a los analistas franceses y en general europeos, a los psicólogos del yo de Viena, Londres y Estados Unidos, interesado siempre por los problemas de la identidad, los mecanismos de defensa y la identificación. Fue amigo de los grandes analistas de su época,

como Leo Rangell y André Green, Jacob Arlow y Charles Brenner, Harold Blum, Bion, Hanna Segal, Donald Meltzer, Edward Weinschel, Robert Wallerstein, Riccardo Steiner, Salomón Resnik, Betty Joseph, Esther Bick y muchos otros no menos significativos.

Un año antes de su exilio publicó un libro muy interesante sobre la supervisión psicoanalítica y, todavía en Buenos Aires, presentó en Buenos Aires, presentó *Psicoanálisis. Aspectos teóricos y clínicos*, que publicó Alex Editor, un emprendimiento del hijo de David Liberman. Como dice el mismo Grinberg en el prólogo, este libro reúne una serie de trabajos que van desde 1955 hasta 1976 y cierra un ciclo de su producción. Con algunos agregados y otro formato, fue presentado por Paidós (Barcelona) en 1981. No me resulta fácil escoger algunos de estos trabajos para mencionar en esta nota, porque todos me parecen valiosos. "Los sueños del día lunes" (1960), en colaboración con Rebe Grinberg, siempre me pareció una perla; pero ¿cómo no mencionar los trabajos en que Grinberg habla de la indentidad, del conflicto y la evolución, de los mecanismos obsesivos de control omnipotente y realista, de la creatividad y tantos otros?

A comienzo de los años sesenta Grinberg se puso a estudiar en serio la obra de Bion con un grupo de estudio, al que siguieron otros (en uno de ellos estuve yo con Benito López). Estas inquietudes culminaron en su conocido libro *Introducción a las ideas de Bion*, que escribió con dos de sus estudiantes, Darío Sor y Elizabeth Tabak de Bianchedi, que habrían de

ser después analistas sobresalientes. Este libro fue publicado por Nueva Visión en 1972. Escrito metódico, ameno y riguroso se difundió literalmente en el mundo entero: se lo tradujo al inglés, al francés, al italiano, al portugués, al sueco y hasta al japonés. Se reeditó en 1991 como *Nueva introducción a las ideas de Bion*, con algunas modificaciones y un capítulo sobre las últimas contribuciones del gran pensador inglés. En los diez y ocho años que van de la primera edición a ésta, el libro se fue expandiendo y modificando, hasta que la Colección Continente/Contenido, de la incansable Mercedes Velo, lo publicó en Madrid.

La historia de Grinberg tiene muchos momentos culminantes, pero tal vez el más elevado es el de relator del Congreso de Copenhague (1967), donde discutió con Anna Freud el concepto de acting out. Fueron dos presentaciones brillantes y Grinberg se lució cuando puso en relación el acting out con las angustias de separación y la identificación proyectiva. Terminó definiéndolo con acierto y con gracia como un sueño que no pudo ser soñado.

Los Grinberg permanecieron en Madrid cerca de veinte años, en los que León ejerció un gran magisterio en la Asociación Psicoanalítica de Madrid, donde enseñó teoría y técnica psicoanalítica y la obra de Klein, Bion y Meltzer.

The goal of psicoanálisis: identification, identity and supervision (1990), publicado por Karnac, abarca buena parte de la obra de Grinberg en inglés. Como dice Grinberg en su prólogo, Riccardo Steiner y otros amigos, deseosos de

tener su obra más a mano, lo estimularon en este emprendimiento.

En 1993, en mi carácter de presidente de la API, tuve el gusto de nombrarlo secretario científico (chair) del Comité de Programa del Congreso de San Francisco (1995), donde mostró una vez más su inteligencia y su capacidad.

La Editorial Promolibro de Valencia publicó en 1996 dos libros que resumen su labor en esos veinte años en Europa: *El psicoanálisis es cosa de dos* y *Psicoanálisis aplicado*.

En septiembre de 1995 los Grinberg decidieron dejar Madrid para instalarse en Barcelona, donde vivían sus hijos y sus nietos. Allí pronto reinició su enseñanza con un grupo extendido de alumnos y allí lo encontré en el Congreso Internacional de 1997 con que terminé mi mandato. León y Rebe hicieron una hermosa recepción, sin que nadie supiera, por cierto, lo que iría a pasar poco después.

Lo visité en agosto de 2000 después del Congreso Internacional de Historia del Psicoanálisis de Versalles y fue nuestro último encuentro.

El 29 de julio de 2003 la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APdeBA), de la que fue fundador, lo nombró miembro honorario y él gozó este homenaje, aunque aquel insuperable orador no lo pudo agradecer con palabras.

Tengo la vanidad de pensar que, si el riguroso crítico que fue siempre Grinberg leyera estas notas, se sentiría satisfecho ■

Buenos Aires, 6 de diciembre de 2007

Influencia del factor sexual en la farmacoterapia con opioides

Silvina Laura Díaz

Doctor de la Universidad de Buenos Aires; Veterinaria; Técnica para Bioterio
Instituto de Investigaciones Farmacológicas (ININFA, CONICET-UBA)
silvinalauradiaz@yahoo.com.ar

Historia acerca de los opioides

El opio (del griego *opium*, jugo) es el extracto que se obtiene de las cápsulas de la amapola o *Papaver somniferum*. El uso del opio para el tratamiento de dolores de gran intensidad data de la época de Hipócrates, en el siglo III a. C. En el año 1806, Setürner aisló una sustancia pura a partir del opio a la que denominó *morphium* (morfina) en honor a Morfeo, dios griego del sueño, por su característica de producir sopor a altas dosis. La capacidad de los opiáceos de provocar dependencia, llevó a la búsqueda de analgésicos eficaces libres del potencial adictivo. A mediados del siglo XX comenzaron a desarrollarse agentes antagonistas como la naloxona y otros compuestos con acciones mixtas agonistas/antagonistas, como el butorfanol, o acciones agonistas parciales como la buprenorfina (para una revisión, ver 24).

Péptidos opioides endógenos y receptores opioides

Clásicamente, se conocen tres familias de péptidos opioides endógenos que comparten la secuencia amino

terminal: Tyr-Gly-Gly-Phe-Met o Leu a la que se denomina "motivo opioide". Estas familias son las encefalinas, las endorfinas y las dinorfinas. En 1995, se clonó un nuevo péptido opioide endógeno, denominado orfanina FQ o nociceptina (32, 35).

Con respecto a los receptores opioides, se han definido tres categorías principales presentes en el SNC denominadas: μ , por "morfina"; κ , por "ketociclazocina", droga con la que se lo descubrió δ , por "vas deferens", órgano donde se lo identificó por primera vez. Además se identificaron tentativamente dos o tres subtipos dentro de cada categoría.

La activación de los receptores μ desencadena diferentes respuestas, siendo la principal desde el punto de vista terapéutico/clínico la analgesia. Otros efectos incluyen depresión respiratoria, miosis, reducción de la motilidad intestinal e indiferencia hacia los estímulos ambientales así como una sensación de bienestar general (euforia). La activación de los receptores κ produce analgesia espinal, miosis, depresión respiratoria (menos intensa que los agonistas μ) y efectos disfóricos (desorientación y/o des-

Resumen

Las drogas opioides constituyen un grupo farmacológico que se utiliza desde la antigüedad para el tratamiento de dolencias muy diversas. Su principal y más difundido empleo es como paliativo de dolores de gran intensidad, sean éstos agudos o crónicos y esto es así debido a la gran eficacia analgésica de los opioides. Desde hace ya varios años, se han publicado numerosos artículos en los que se indica que a nivel experimental, existen diferencias sexuales en la respuesta de los animales de laboratorio a diversos opioides. La información mencionada se condice con el conocimiento respecto a que el sexo influencia la estructura y las funciones del sistema nervioso central. Este dimorfismo sexual también empieza a ser evidente en la clínica de seres humanos sometidos a tratamientos con opioides. La relevancia de estos datos podría llevar a una revisión de las dosis y/o posologías que tradicionalmente emplean los médicos indistintamente en uno y otro sexo. La presente revisión pretende abarcar estos aspectos y plantear los puntos de discusión que a futuro podrían formar parte de un debate en la terapéutica con opioides.

Palabras clave: Dimorfismo Sexual - Opioides - Analgesia - Dolor.

SEX INFLUENCES ON OPIOID PHARMACOTHERAPY

Summary

Opioids make up a pharmacological group employed from antiquity for the treatment of various ailments. Nowadays they are far used like palliative of acute or chronic pains of high intensity considering their great analgesic effectiveness. During the last years, many articles have reported sex-related differences in the response of laboratory animals to several opioids. These data is according to the knowledge about sex determining both brain structure and functions. In addition, this sexual dimorphism has been recently reported for women and men treated with opioids. The relevance of this information could give rise to a revision of the dosage traditionally employed by physicians in either sex. The present article covers the main aspects of this subject considering its significance in the pharmacotherapy with opioids.

Key words: Sexual Dimorphism - Opioids - Analgesia - Pain.

personalización). Por último, la activación de los receptores δ produce analgesia en sitios supraespinales, además de midriasis, activación respiratoria y delirio.

Los receptores opioides están acoplados a proteínas G de tipo inhibitorias y su modo de acción consiste en inhibir la actividad bioeléctrica de la neurona blanco reduciendo, en consecuencia, la capacidad de liberar el neurotransmisor endógeno (39).

A mediados de los '90 se clonó un receptor distinto de los otros tres ("huérfano") aunque con el 50-60% de homología. Éste también está asociado a proteínas G_i , pero no se lo considera un receptor opioide clásico ya que no liga al antagonista naloxona. Este receptor ha sido denominado ORL₁ por *opioid receptor-like protein* o proteína semejante a un receptor opioide (ver revisión en 21, 24).

Base hormonal de las diferencias entre sexos

El término sexo define a los machos y las hembras basándose en diferencias genéticas, hormonales, reproductivas y físicas (6). En los mamíferos, las conductas sexualmente dimórficas (diferente "forma" según el sexo en cuestión) son consideradas como el resultado final de influencias recíprocas entre la carga genética, el sexo gonadal, el sexo hormonal, los efectos de las hormonas sobre el SNC, las acciones tróficas de las hormonas, el aprendizaje y las influencias sociales y ambientales. Si bien estos aspectos del sexo suelen encontrarse aparejados, hay situaciones naturales y/o experimentales en donde los mismos se disocian, facilitando la comprensión de las diferencias sexuales (28).

Los efectos de las hormonas gonadales pueden ser de dos tipos: las influencias a largo plazo llamadas efectos organizativos o permanentes y las influencias directas de estas hormonas esteroideas fluctuantes conocidas como efectos activacionales o transitorios. La distinción entre los efectos permanentes de las hormonas durante el desarrollo temprano y los efectos transitorios de los esteroides gonadales sobre el SNC maduro es conceptualmente importante. Si bien cada sexo tiene un balance particular de hormonas sexuales, la testosterona predomina en los machos y los estrógenos y progestágenos, en las hembras. Cualquier diferencia sexual en la función o estructura del SNC establecida por los efectos organizativos de las hormonas sexuales durante la etapa de diferenciación sexual, debería permanecer en los adultos luego de una gonadectomía o de la exposición a tratamientos hormonales. En contraposición, las diferencias sexuales debido a los efectos activacionales de distintos ambientes hormonales y no relacionadas con la diferenciación sexual del SNC *per se*, deberían desaparecer luego de la gonadectomía o por tratamientos con hormonas sexuales (ver revisión en 25).

Teniendo en cuenta los cambios hormonales que ocurren a lo largo del ciclo menstrual (ciclo estral en los animales), puede ocurrir que las respuestas difieran entre machos y hembras sólo durante un determinado periodo del mismo. A raíz de esto, la falta de diferencias entre sexos en un resultado puntual no es suficiente para negar la importancia de las acciones de los esteroides sexuales

sobre esa respuesta, pero puede sugerir que la misma está limitada a un momento definido del ciclo sexual.

Dimorfismo sexual en las respuestas a opiodes

En los últimos 15 años, se ha puesto de manifiesto la influencia del factor sexual sobre los efectos y propiedades farmacológicas de distintos agonistas opioides. Si bien el efecto analgésico es el más relevante a nivel terapéutico, las diferencias sexuales en animales de laboratorio han sido confirmadas en aspectos tan diversos como tolerancia a la analgesia (5, 15), expresión del síndrome de abstinencia (15, 20), termorregulación (30), actividad locomotora (37), propiedades reforzadoras (9), autoadministración (8) y consumo de alimento inducido por morfina (4).

Profundizando en lo que respecta al efecto analgésico, los estudios realizados en animales de experimentación refieren en general una mayor sensibilidad de los machos a la analgesia inducida por opiodes como morfina (10, 13, 15, 29, 33), butorfanol y nalbufina (13, 14), el agonista κ U69593 (14) y los agonistas δ deltorfina y DPDPE (3). Sin embargo, en estudios posteriores, se evaluó la influencia del sexo en el desarrollo de tolerancia al efecto analgésico y se obtuvieron resultados contradictorios: mientras que algunos autores concluyeron que luego del tratamiento crónico con morfina, la respuesta analgésica era similar en ratas machos y hembras (2, 15, 26), otros autores hallaron nuevamente diferencias entre sexos (27, 31).

Aún cuando en estos estudios se obtienen resultados similares (o en una misma dirección), las condiciones experimentales de todos ellos varían en gran medida. Por ejemplo, el tipo de estímulo doloroso que se emplea puede ser térmico, mecánico, químico o eléctrico, evaluándose con cada uno, distintos tipos de respuestas. Además, en el caso de las hembras, son pocos los trabajos que discriminan en qué fase del ciclo estral se encuentran, por lo que, en cada una de ellas, los distintos perfiles hormonales estarían influyendo de manera diversa, aportando mucha variabilidad a los datos. Otras fuentes de dispersión en estos resultados apuntan tanto a factores inherentes a los sujetos experimentales (especie y cepa animal) como así también a variables propias de la metodología, por ejemplo, el tipo de agonista opioide que se emplea y la vía de administración de la droga.

Para analizar las posibles causas de las diferencias sexuales en el efecto antinociceptivo de la morfina, se analizó el papel que juegan los esteroides sexuales (12). En este trabajo se concluyó que si los esteroides están involucrados en el dimorfismo sexual, sus efectos deberían haber ocurrido durante el periodo crítico postnatal de diferenciación del SNC en machos y hembras. Es decir que el menor grado de analgesia inducida por morfina que manifiestan las hembras se debería esencialmente a los efectos organizativos o permanentes de las hormonas sexuales más que a sus efectos activacionales o a corto plazo. El estudio que acaba de mencionarse es uno de entre los muchos trabajos que analizan la influencia hormonal sobre la respuesta analgésica. En una revisión del

tema (23) se presenta un resumen de varios artículos en los que se estudia este factor con resultados dispares. Sin embargo, los mismos sugieren en general, aunque no de forma unánime, que las condiciones hormonales caracterizadas por alto nivel de estrógenos, estén o no acompañadas por un nivel elevado de progesterona, están asociadas a incrementos en la respuesta a estímulos dolorosos y respuesta analgésica disminuida a la terapia con opioides.

Un buen modelo animal para estudiar las diferencias sexuales independizándose de las variaciones cíclicas de las hormonas sexuales, se logra trabajando con animales prepúberes. Sternberg y cols. (36) trabajaron con ratones de un día y de una semana de edad, evaluando el efecto antinociceptivo de la morfina en ambos sexos. Los resultados demostraron una mayor respuesta analgésica a la morfina en los machos, indicando que las diferencias sexuales ya están presentes en la etapa neonatal. Este trabajo apoya el concepto ya esbozado de que, los efectos transitorios de las hormonas gonadales parecen no ser suficientes para explicar las diferencias sexuales en la respuesta al dolor y en la magnitud de la analgesia lograda con opioides.

Bases biológicas de la influencia del factor sexual

Numerosos mecanismos, ya sea actuando por sí solos o en combinación, han sido propuestos como responsables implicados en la sensibilidad diferencial a los opioides entre machos y hembras. En estudios tendientes a analizar la variable farmacocinética, se han obtenido resultados que indicarían que éste no es un factor determinante para la ocurrencia de las diferencias sexuales en discusión. Por ejemplo, no se hallaron diferencias entre sexos en concentraciones plasmáticas ni cerebrales de morfina en ratas que recibieron una única dosis (11). En este sentido, tampoco se encontraron diferencias entre sexos en los niveles plasmáticos de morfina luego de un tratamiento crónico con este opioide en ratones (datos preliminares de nuestro laboratorio).

En varios sistemas de neurotransmisión, diversas propiedades de los receptores pueden ser responsables del desarrollo de diferencias en la acción de las drogas. Este concepto podría ser válido para examinar las diferencias entre sexos con respecto del sistema opioide: una hipótesis razonable sería que se deban a diferencias en el número y/o afinidad de los receptores involucrados en mediar estos efectos (11). No obstante, se demostró que no existen diferencias entre sexos en la densidad ni en la afinidad de los receptores μ -opioides en cerebro total de ratones (5, 17), como así tampoco en áreas específicas del SNC vinculadas con el desarrollo de dependencia y la expresión del síndrome de abstinencia (18, 19).

Panorama actual del tema en medicina humana

Como quedó claro en párrafos previos, los primeros estudios en los que se puso en evidencia el dimorfismo sexual en la respuesta a opioides se llevaron a cabo en distintos modelos animales. Esta información de índole experimental dio origen a una serie de investigaciones a

nivel clínico para dilucidar si la respuesta a los fármacos opioides también es diferente entre hombres y mujeres. Puntualmente, la mayor cantidad de información generada hasta el momento abarca el efecto analgésico de los opioides administrados en dosis única. Esta línea de investigación clínica despertó paralelamente, un interés respecto de si existen diferencias entre sexos en la sensibilidad al dolor. Un estudio en el que se evaluó el efecto del sexo sobre la percepción del dolor y la analgesia aportada por morfina en el periodo post-quirúrgico, brindó datos concluyentes al respecto: las mujeres experimentan dolor más intenso y necesitan aproximadamente un 30% más de morfina que los hombres para lograr un grado equivalente de analgesia (7). En otro trabajo similar en el que se evaluó la respuesta a los opioides frente al dolor real (no experimental) también se concluyó que las mujeres experimentan dolor post-quirúrgico más severo que los hombres y requieren alrededor de un 11% más de morfina en el periodo post-quirúrgico inmediato (1). Una revisión acerca de este tema, destaca el hecho de que en base a los artículos que existen al respecto, se podría decir, en principio, que los estímulos nocivos son percibidos como más dolorosos por las mujeres que por los hombres (38).

Recientemente se han llevado a cabo estudios con seres humanos en los que se evalúa la analgesia brindada por los fármacos opioides frente al dolor de tipo experimental. En uno de ellos (34), no se hallaron diferencias entre sexos en la respuesta analgésica tras la administración del opioide alfentanil. En este sentido, Fillingim y cols. (22) tampoco hallaron diferencias sexuales en la analgesia lograda por morfina en tres modelos diferentes de dolor experimental (por estímulo térmico, por presión y por isquemia). No obstante, en el mismo trabajo se remarca el hecho de que la morfina atenuó la reactividad cardiovascular ante el estímulo isquémico solamente en los hombres. A su vez, las mujeres reportaron mayor incidencia de efectos adversos (náuseas, emesis, mareos) en respuesta a la morfina que los hombres.

Conclusión

Sumando toda la información referida a la existencia de diferencias sexuales en respuesta a los opioides, se puede inferir la presencia de un mecanismo neurobiológico conservado tanto en roedores como en seres humanos (16). Este mecanismo podría justificarse pensando que, en la naturaleza, las hembras están sometidas a dolores más bien de tipo visceral (dolores menstruales, de parto, etc.) mientras que los machos están más expuestos a dolores de tipo somático en sus actividades salvajes (caza, lucha por supervivencia, etc.). Estas situaciones podrían tener cierta relevancia en la evolución de la sensibilidad al dolor y en la respuesta a las sustancias que lo alivian tales como los fármacos opioides. En conclusión, la evidencia brindada en esta revisión intenta aportar una nueva variable a tener en cuenta por los médicos cuando indican opioides a sus pacientes, de tal manera de emplear farmacoterapias más apropiadas y eficientes ■

Referencias Bibliográficas

- Aubrun F, Salvi N, Coriat P, Riou B. Sex- and age-related differences in morphine requirements for postoperative pain relief. *Anesthesiology* 2005; 103: 156-60.
- Barrett AC, Cook CD, Turner JM, Craft RM, Picker MJ. Importance of sex and relative efficacy at the mu opioid receptor in the development of tolerance and cross-tolerance to the antinociceptive effects of opioids. *Psychopharmacology (Berl)* 2001; 158: 154-64.
- Bartok RE, Craft RM. Sex differences in opioid antinociception. *J Pharmacol Exp Ther* 1997; 282: 769-78.
- Bodnar RJ, Hadjimarkou MM, Krzanowska EK, Silva RM, Stein JA. Differential dose-dependent effects of central morphine treatment upon food intake in male and female rats receiving neonatal hormone manipulations. *Nutr Neurosci* 2003; 6: 53-7.
- Candido J, Lufty K, Billings B, Sierra V, Duttaroy A, Inturrisi CE et al. Effect of adrenal and sex hormones on opioid analgesia and opioid receptor regulation. *Pharmacol Biochem Behav* 1992; 42: 685-92.
- Carroll ME, Lynch WJ, Roth ME, Morgan AD, Cosgrove KP. Sex and estrogen influence drug abuse. *Trends Pharmacol Sci* 2004; 25: 273-9.
- Cepeda MS, Carr DB. Women experience more pain and require more morphine than men to achieve a similar degree of analgesia. *Anesth Analg* 2003; 97: 1464-8.
- Cicero TJ, Aylward SC, Meyer ER. Gender differences in the intravenous self-administration of mu opiate agonists. *Pharmacol Biochem Behav* 2003; 74: 541-9.
- Cicero TJ, Ennis T, Ogdan J, Meyer ER. Gender differences in the reinforcing properties of morphine. *Pharmacol Biochem Behav* 2000; 65: 91-6.
- Cicero TJ, Nock B, Meyer ER. Gender-related differences in the antinociceptive properties of morphine. *J Pharmacol Exp Ther* 1996; 279: 767-73.
- Cicero TJ, Nock B, Meyer ER. Sex-related differences in morphine's antinociceptive activity: Relationship to serum and brain morphine concentration. *J Pharmacol Exp Ther* 1997; 282: 939-44.
- Cicero TJ, Nock B, O'Connor L, Meyer ER. Role of steroids in sex differences in morphine-induced analgesia: Activational and organizational effects. *J Pharmacol Exp Ther* 2002; 300: 695-701.
- Cook CD, Barret AC, Roach EL, Bowman JR, Picker MJ. Sex-related differences in the antinociceptive effects of opioids: importance of rat genotype, nociceptive stimulus intensity, and efficacy at the mu-opioid receptor. *Psychopharmacology* 2000; 150: 430-42.
- Craft RM, Bernal SA. Sex differences in opioid antinociception: kappa and 'mixed action' agonists. *Drug Alcohol Depend* 2001; 63: 215-28.
- Craft RM, Stratmann JA, Bartok RE, Walpole TI, King SJ. Sex differences in development of morphine tolerance and dependence in rat. *Psychopharmacology (Berl)* 1999; 143: 1-7.
- Craft RM. Sex differences in opioid analgesia: "From mouse to man". *Clin J Pain* 2003; 19: 175-86.
- Diaz S, Kemmling AK, Bonavita C, Balerio G. Analysis of brain mu-opioid receptor binding during morphine dependence and withdrawal in mice. *Biocell* 2001a; 25: 330.
- Diaz SL, Barros VG, Antonelli MC, Rubio MC, Balerio GN. Morphine withdrawal syndrome and its prevention with baclofen: Autoradiographic study of mu-opioid receptors in prepubertal male and female mice. *Synapse* 2006; 60: 132-40.
- Diaz SL, Kemmling AK, Bonavita CD, Rubio MC, Balerio GN. Baclofen reestablishes mu-opioid receptor levels modified by morphine withdrawal syndrome in either sex. *Synapse* 2004; 54: 24-9.
- Diaz SL, Kemmling AK, Rubio MC, Balerio GN. Lack of sex-related differences in the prevention by baclofen of the morphine withdrawal syndrome in mice. *Behav Pharmacol* 2001b; 12: 75-9.
- Evans CJ. Secrets of the opium poppy revealed. *Neuropharmacol* 2004; 47: 293-9.
- Fillingim RB, Ness TJ, Glover TL, Campbell CM, Hastie BA, Price DD et al. Morphine responses and experimental pain: sex differences in side effects and cardiovascular responses but not analgesia. *J Pain* 2005; 6: 116-24.
- Fillingim RB, Ness TJ. Sex-related hormonal influences on pain and analgesic responses. *Neurosci Biobehav Rev* 2000; 24: 485-501.
- Gerrits MAFM, Lesscher HBM, van Ree JM. Drug dependence and the endogenous opioid system.
- Gorski RA. Sexual differentiation of the nervous system. En: Kandel ER, Schwartz, Jessell TM, editors. Principles of neural sciences. 4th ed. EEUU: Mc Graw-Hill; 2000. p. 1131-48.
- Holtman JR, Sloan JW, Wala EP. Morphine tolerance in male and female rats. *Pharmacol Biochem Behav* 2004; 77: 517-23.
- Hopkins E, Rossi G, Kest B. Sex differences in systemic morphine analgesic tolerance following intrathecal morphine injections. *Brain Res* 2004; 1014: 244-6.
- Kelly SJ, Ostrowski NL, Wilson MA. Gender differences in brain and behavior: hormonal and neural bases. *Pharmacol Biochem Behav* 1999; 64: 655-64.
- Kepler KL, Kest B, Kiefel JM, Cooper ML, Bodnar RJ. Roles of gender, gonadectomy and estrous phase in the analgesic effects of intracerebroventricular morphine in rats. *Pharmacol Biochem Behav* 1989; 34: 119-27.
- Kest B, Adler M, Hopkins E. Sex differences in thermoregulation after acute and chronic morphine administration in mice. *Neurosci Lett* 2000a; 291: 126-8.
- Kest B, Palmese C, Hopkins E. A comparison of morphine analgesic tolerance in male and female mice. *Brain Res* 2000b; 879: 17-22.
- Meunier JC, Mollereau C, Toll L, Suaudeau C, Moisand C, Alvinerie P et al. Isolation and structure of the endogenous agonist of opioid receptor-like ORL1 receptor. *Nature* 1995; 377: 532-5.
- Mogil JS, Chesler EJ, Wilson SG, Juraska JM, Sternberg WF. Sex differences in thermal nociception and morphine antinociception in rodents depend on genotype. *Neurosci Biobehav Rev* 2000; 24: 375-89.
- Olofsen E, Romberg R, Bijl H, Mooren R, Engbers F, Kest B et al. Alfentanil and placebo analgesia: no sex differences detected in models of experimental pain. *Anesthesiology* 2005; 103: 130-9.
- Reinscheid RK, Nothacker HP, Bourson A, Ardati A, Henningsen RA, Bunzow JR et al. Orphanin FQ: a neuropeptide that activates an opioide-like G protein-coupled receptor. *Science* 1995; 270: 792-4.
- Sternberg WF, Smith L, Scorr L. Nociception and antinociception during the first week of life in mice: Sex differences and test dependence. *J Pain* 2004; 8: 420-6.
- Stewart J, Rodaros D. The effects of gonadal hormones on the development and expression of the stimulant effects of morphine in male and female rats. *Behav Brain Res* 1999; 102: 89-98.
- Wiesenfeld-Hallin Z. Sex differences in pain perception. *Gend Med* 2005; 2: 137-45.
- Williams JT, Christie MJ, Manzoni O. Cellular and synaptic adaptations mediating opioid dependence. *Physiological Rev* 2001; 81: 299-343.