

CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS: DESDE LA BIOLOGÍA A LA AFECCIÓN FAMILIAR

Christián Lema Carrión

lemacarrion@yahoo.com.ar

Unidad Académica: FLENI. Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.

Resumen (*abstract*):

Durante las últimas décadas, podemos decir que las drogas no sólo se han masificado en su uso, sino también en cuanto a la distribución de información, ya sea en nuestro medio científico o mediante medios de difusión masiva. A veces la información que llega a las masas no es certera o adecuada.

El objetivo de esta exposición será recordar las bases biológicas de la adicción y presentar los roles familiares en el trastorno por abuso de sustancias.

Recordar también que detrás del paciente que usa drogas, existe una historia de vida que predispone al consumo y que aparece una familia que forma parte del sufrimiento del paciente.

Se expondrán no sólo los posibles abordajes psicofarmacológicos y psicoterapéuticos, sino también los roles de los distintos miembros familiares que muchas veces pueden sostener el síntoma del paciente en cuestión.

De esta manera, definiremos los conceptos de uso, abuso, dependencia y codependencia.

Palabras claves: drogas, sustancias, adicciones, codependencia

Breve reseña de la neurobiología de la adicción

Se puede sintetizar que las personas que consume lo hacen por dos motivos: la búsqueda de placer o para evitar el displacer del síndrome de abstinencia. En esas dos posibilidades intervienen dos circuitos neurobiológicos que se complementan entre sí:

Refuerzo positivo⁽¹⁾, la búsqueda de placer: la sustancia adictiva, alcanza el Área Tegmental-Ventral (ATV), se une al receptor específico de la sustancia en cuestión, se despolariza la neurona para que libera dopamina (DA). Este neurotransmisor sobre el núcleo accumbens (NAc) se relaciona con el placer y recompensa. En este circuito interviene la vía dopaminérgica mesolímbico-cortical.

Refuerzo negativo⁽²⁾, evitar efectos aversivos por abandonar el consumo: esta segunda conducta genera cronicidad de la adicción. Aquí está implicada la vía Noradrenérgica del Locus Coeruleus (en Tronco Cerebral; Sistema de vigilia y alerta). Al suprimir abruptamente la administración de la sustancia adictiva aumenta la actividad noradrenérgica y en consecuencia aparece el síndrome de abstinencia.

Historia de vida que predispone al consumo:

¿Existe un trastorno en particular que predisponga al uso de drogas?

Podríamos pensar que sí si observamos que hay algunas personalidades o enfermedades que más habitualmente se acompañan de la comorbilidad del consumo. Sin embargo, en personas con rasgos de personalidad característicos del querer tener el mayor control (como las personalidades obsesivas), también podemos encontrar que consumen sustancias. Es decir, no sólo afecta a aquellos que tienen dificultades para controlar impulsos, sino también en quienes (citando al psicoanálisis) se caracterizan por reprimir pulsiones.

El factor común a todos los consumidores de sustancias, podríamos decir, es la vulnerabilidad⁽³⁾. De ahí, la importancia de una buena historia clínica que recaude los aspectos biográficos del paciente. Conocer qué motivó a su primer consumo: angustia, mayor curiosidad vs. menor prevención de tóxicos, ansiedad, necesidad de pertenecer a un grupo, sensación de vacío, necesidad de estimularse...

Uso/consumo, abuso, dependencia y codependencia:

El DSM-IV hacía una diferenciación entre <<trastorno por consumo de sustancias>> (que incluía dependencia y abuso) de los <<trastornos inducidos por sustancias>> (intoxicación, abstinencia, delirium inducido por sustancias, demencia persistente, trastorno amnésico, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, ansiedad, disfunción sexual y trastorno del sueño; todos inducidos por sustancias).

Respecto a la dependencia, se la diagnosticaba en caso de padecer efectos de tolerancia a la sustancia, síntomas de abstinencia, consumo en mayor cantidad respecto a lo pretendido al inicio, deseo persistente de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia, empleo de mucho tiempo para la obtención de la sustancia, reducción de actividades sociales, laborales o recreativas consecuentes al consumo; continuidad del consumo pese a conocer los riesgos y daños⁽⁴⁾.

En cuanto al abuso, definía un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro clínicamente significativo, en un período de 12 meses, en ausencia de criterios para la dependencia y al menos uno de los siguientes: consumo que en consecuencia genera un incumplimiento en actividades de obligaciones (casa, laboral, estudios), consumo recurrente en situaciones que expondría a un riesgo (por ej., manejar un vehículo), problemas legales por el uso de la sustancia, consumo continuo a pesar de ya tener problemas sociales o interpersonales generados por los efectos de dicha sustancia⁽⁴⁾.

En la última versión, el DSM-5, se habla de un trastorno por consumo de sustancias sin especificar dependencia o abuso, y de un trastorno inducido por sustancias⁽⁵⁾.

En ninguna de las dos versiones se usa el término <<adicción>> por la posible connotación negativa y por su definición amplia y poco específica.

Impresiona que en esta versión no dedica detalles a la diferenciación sobre si el paciente consume de manera abusiva o por dependiente, pero sí focaliza en las consecuencias del consumo, medido o desmedido.

Hasta aquí, el paciente desde el punto de vista biológico y psicológico, pero no se contempló el rol que implica en una familia. Y al hablar de rol

familiar, nos referiremos al papel que cumple el paciente consumidor de sustancias dentro del grupo. Se producen unos fenómenos en las conductas de los otros miembros que pueden sorprender si nos descuidamos en recordar que se trata de una familia disfuncional.

Algunas de las características son las siguientes:

- El paciente no viene, sino que lo traen a la consulta.
- La familia tiene el concepto de <<nuestra familia sería perfecta si no fuese por él>>.
- Algunos de los miembros, desplazados en su rol de autoridad, en un intento de mostrar que tiene cierto poder puede decir: <<cuenten conmigo para lo que necesiten>>. Sin embargo al solicitarle que concorra semanalmente junto al resto de los miembros para hacer terapia familiar, aparecen <<excusas>> para no asistir: <<yo no tengo problemas, el problema es de él, ¿por qué tendríamos que venir nosotros?>>, <<al final, vinimos por él, pero terminamos viniendo todos>>.

A medida que el paciente siente un lugar ajeno al prejuicio, en el espacio terapéutico (psiquiátrico y psicológico), mejora, se siente más seguro de sí mismo, deja el consumo de sustancias al menos por un tiempo más prolongado que antes (hasta la recaída), y que en paralelo la familia asiste al encuentro de terapia familiar; aparecen nuevos fenómenos en las conductas:

El paciente empieza a venir, ya no lo traen, La familia ya no es la perfecta descrita antes (puede haber otros miembros que consumen pero son considerados distintos: <<el hermano no tiene un problema de adicción porque consume sólo marihuana que es natural, ¡en cambio X consume cocaína!>>; puede haber problemas de infidelidad entre los padres pero que no se trataban porque focalizaban en el paciente; aún con limitaciones, tienden a idealizar a otro miembro de la familia que contrastan explícitamente con el paciente. Aquel miembro que está desplazado de su rol de autoridad, en un intento de recuperar poder, pretende cubrir sus características con dinero (honorarios, medicación, mantenimiento de los demás) incluso en personas de bajos recursos económicos.

En consecuencia, con la mejoría (así sea leve) del paciente y el descubrimiento de los conflictos de los otros miembros, estos últimos intentan obstruir (no de forma consciente) el tratamiento del paciente.

En conclusión, el paciente cumplía una función de *chivo expiatorio* en la cual intervienen distintos mecanismos de defensas de los otros miembros familiares. En términos sencillos: hay tendencia a destacar las limitaciones del paciente consumidor, que angustiarse al revelar los propios problemas. Se arma un circuito de miembros preocupados por el consumo pero terminan favoreciéndolo. Puede aparecer negación de la familia, desplazamiento, racionalización, etc.

Y aquí aparece el concepto de *codependencia*, un término que no figura en el diccionario de la RAE, pero que se podría definir una preocupación excesiva con las vidas, sentimientos y problemas de otros⁽⁶⁾. O una concepción más moderna como el ciclo de patrones de conducta y pensamientos disfuncionales, que producen dolor, y que se repiten de manera compulsiva, como respuesta a una relación disfuncional con una persona que consume sustancias adictivas⁽⁷⁾.

Con este panorama familiar y los mecanismos biológicos implicados en el circuito de recompensa, el abordaje terapéutico se torna desafiante y muchas veces, si no la mayoría, frustrantes.

Tratamiento

Deberá incluir un equipo interdisciplinario que contemple:

- La posibilidad de una internación para un período inicial de deshabitación de sustancia.
- Psiquiatría: el uso de psicofármacos, por supuesto, ayudará:

Se puede prescribir siempre ajustado a las características del proceso patológico del paciente:

- Naltrexona en el caso de alcoholismo. También existen trabajos publicados sobre Naltrexona para el tratamiento del consumo de cocaína. Pregabalina para controlar los síntomas de ansiedad desencadenados por la abstinencia de drogas. La ventaja de este fármaco es que no genera efectos de tolerancia o dependencia, a diferencia de las benzodiazepinas que se deberán evitar dada la predisposición a la adicción de estos pacientes. Se evitarán los medicamentos que intervengan en el bloqueo de los receptores D2, justamente para evitar mayor deseo de consumos que liberen dopamina como intento

compensador. Por ejemplo, los antipsicóticos típicos o algunos atípicos como la Risperidona^(3, 8, 9).

- El tratamiento psiquiátrico deberá incluir el diagnóstico de la personalidad o enfermedad psiquiátrica de base, por ej., trastorno de ansiedad, depresión, etc. De tal manera de considerar el uso de medicamentos específicos para estos trastornos, por ejemplo, antidepresivos. Y dentro de éstos, ajustar la elección de los mismos, de acuerdo circuitos biológicos de la adicción (a modo de ejemplo, contemplar el Bupropión por la vía dopaminérgica y noradrenérgica).

- Psicoterapia individual, con un perfil ajustado a las características del paciente (cognitivo conductual para armar objetivos terapéuticos claros)⁽¹⁰⁾.

- Persona idónea para la prevención de recaídas (esto puede ser individual o en grupos de organizaciones como Narcóticos Anónimos).

- Psicoterapia familiar, para la desarticulación de las conductas que fomentan mayor consumo.

Conclusiones:

Luego de esta síntesis de la problemática en la patología de la adicción, no hace falta destacar que es un problema con componentes biológicos, psicológicos y ambientales. No es novedad a nivel social que su tratamiento es desafiante y frustrante, pero la explicación no radica únicamente en la neurobiología de los circuitos de recompensa, sino en la vulnerabilidad previa del individuo por rasgos de personalidad o trastorno psiquiátrico, además de que este individuo está inmerso en un sistema familiar disfuncional.

Por tanto, su abordaje terapéutico será ineficaz si no se contemplan el modelo terapéutico integrativo. Y aún así, no será garantía para que el tratamiento sea exitoso.

Bibliografía

- (1) Müller, Fernando W.; Cesación Tabáquica, Tiempo de Intervenir – MEDEF; ed. Polemos; Año 2006; págs. 84-86, 92-93, 99-102, 105.
- (2) Zieher, Luis María; Psiconeurofarmacología Clínica y sus Bases Neurocientíficas; Gráfica Siltor; 3^{ra} Edición; Año 2003; Págs. 41-48, 137-150.

- (3) Baistrocchi R., Fernández Labriola; Manual de Adicciones; Editorial Gabas; Ed. 2004; págs. 83-105.
- (4) DSM-IV-TR, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado; Ed. Elsevier – Masson; 2001.
- (5) Diagnostic and statistical manual of mental disorders Fifth Edition, DSM-5; American Psychiatric Association; 2013.
- (6) O'Brien PE, Gaborit M; Codependency: a disorder separate from chemical dependency; J Clin Psychol. 1992 Jan;48(1):129-36.
- (7) Disponible en <http://www.adicciones.org/familia/codependencia.html> (Organización mejicana de ayuda a las personas con dependencia de sustancias).
- (8) Castells X, Cunill R, Pérez-Mañá C, Vidal X, Capellà D; Psychostimulant drugs for cocaine dependence; Cochrane Database Syst Rev. 2016 Sep 27;9.
- (9) Comer SD¹, Mogali S, Saccone PA, Askalsky P, Martinez D, Walker EA, Jones JD, Vosburg SK, Cooper ZD, Roux P, Sullivan MA, Manubay JM, Rubin E, Pines A, Berkower EL, Haney M, Foltin RW; Effects of acute oral naltrexone on the subjective and physiological effects of oral D-amphetamine and smoked cocaine in cocaine abusers; Neuropsychopharmacology. 2013 Nov;38(12):2427-38.
- (10) Carroll, K., et al. Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine-dependent outpatients: A randomized placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry* 61(3):264-272, 2004.