

Problemas que la “droga” plantea al psiquiatra práctico

Autores

Humberto Casarotti

Psiquiatra, Neurólogo, Médico Legista. Ex Perito Psiquiatra del Instituto Técnico Forense.

Correspondencia:

Presidente Berro 2529/31
CP 11600 - Montevideo
hcasaro@adinet.com.uy

Resumen

En esta presentación se discurre sobre los problemas que el uso de las sustancias psicoactivas plantea al psiquiatra práctico: se distingue a los psicofármacos de las drogas ilícitas, se considera el tipo de trastorno mental que es la adicción a drogas, y se analiza diversos problemas de responsabilidad médica del psiquiatra y del paciente en el uso de sustancias. Luego, de acuerdo con la influencia de los valores posmodernos en la sociedad, se plantea la necesidad de trabajar en el área de drogas, con una hipótesis psiquiátrica coherente y heurística como el modelo órgano-dinámico de Henri Ey.

Summary

This presentation roams about the array of problems that psychoactive substances use posits to practical psychiatrist. Psychopharmacologic medication is distinguished from illicit drugs, the kind of mental disorder that drug addiction constitutes is considered, and diverse problems of medical responsibility concerning the psychiatrist and the patient are analyzed, regarding substance use. Then, according to the influence of post-modern values in society, the need to work in the drugs area with a coherent and heuristic psychiatric hypothesis is stated, suggesting the organo-dynamic model of Henry Ey.

Palabras clave

*Drogas
Adicción
Psicofármacos
Responsabilidad profesional psiquiátrica
Valores posmodernos
Modelo de psiquiatría*

Key words

*Drugs
Addiction
Psychopharmacologic medication
Psychiatric professional responsibility
Post-modern values
Model of psychiatry*

Introducción

Esta presentación se divide en dos secciones. En la primera sección, con el objetivo general de considerar los problemas que el uso de las sustancias psicoactivas plantea al psiquiatra práctico, se analiza:

- la necesidad de distinguir a los psicofármacos de las drogas ilícitas;
- qué tipo de trastorno mental es la adicción a drogas;
- qué implica eso, desde el punto de vista diagnóstico, psicopatológico, terapéutico y preventivo; y
- diversas cuestiones de responsabilidad médica, tanto del psiquiatra como de su paciente en relación con el uso de sustancias.

En la segunda sección, reflexionando respecto al entorno actual de valores posmodernos, se afirma la necesidad de trabajar, en este campo asistencial, con una hipótesis que, fundamentando técnicamente las acciones, posibilite realizarlas de modo coherente y eficaz.

I. Problemas que el uso de sustancias psicoactivas plantea al psiquiatra práctico*

A. Necesidad de distinguir a los psicofármacos de las drogas ilícitas

Por lo general, cuando en psiquiatría se habla de “droga” se hace referencia a una sustancia “psicoactiva”, es decir, que modifica el funcionamiento del sistema nervioso según sus propiedades cinéticas y dinámicas. Desde el descubrimiento de las sustancias psicoactivas a mediados del siglo XX, hasta el contexto axiológico posmoderno actual, se ha dado una evolución que hace necesario ordenar a las diferentes sustancias “con efectos mentales” en

tres grandes categorías. Aunque en sus bordes, de hecho, se superponen, sin embargo, por sus efectos constituyen tres géneros distintos, razón por la cual es conveniente denominarlas de modo diferente: 1) “drogas”, entendiéndose por tales las sustancias que son buscadas por sus efectos euforizantes, embriagantes, narcotizantes, etc., y cuyo uso abusivo lleva a la dependencia (adicción); 2) “psicofármacos”, es decir, sustancias con efectos positivos en la patología mental; 3) sustancias que “incrementan una función” para mejorar la calidad de las experiencias cotidianas normales (lo que en inglés se denomina “enhancement”)¹.

(a) Hacer esta diferenciación no es algo puramente verbal, pues es necesario que los “psicofármacos” sean percibidos e identificados por sus efectos positivos en la patología mental y no confundidos con las “drogas”, por la posibilidad de su uso abusivo. Establecer esa distinción es dar un paso en la dirección de: 1) evitar la confusión semántica que actualmente desfigura el significado médico estricto de la palabra adicción, hasta el absurdo de hablar de “adicción al amor”, “al trabajo” (y en Estados Unidos de “adicción a la cadena de cafés Starbucks”!...)²; 2) ayudar a poner en evidencia la actitud antipsiquiátrica que hasta el día de hoy mira con prevención el tratamiento del psiquismo enfermo por medios físicos (refiriéndose a su acción como: “dominio de las personas”, “lavado de cerebro”, “control de la mente”, etc.); 3) pero, sobre todo, es marcar la diferencia que hay entre hablar de “adicción” o de “fármaco-dependencia”. Aunque desde una perspectiva farmacológica las drogas, igual que los psicofármacos, son sustancias que pueden generar “fármaco-dependencia”, existe una diferencia sustancial entre “el que se droga” y “el que usa psicofármacos” por padecer una enfermedad mental. Cuando se comprende lo anteriormente señalado, se hace evidente que hay que evitar hablar de los psicofármacos como sustancias que generan fármaco-dependencia. Aunque eso puede ser una posibilidad (por otra parte, poco frecuente), en los hechos referirse a los psicofármacos de ese modo es hacerlo con una mirada parcializante y generalmente inquisitorial de su uso. Aunque se sabe que

*Por “psiquiatra práctico” se entiende al psiquiatra que se responsabiliza por la totalidad de la asistencia de sus pacientes, no limitándose a ser únicamente un proveedor de medicamentos o de psicoterapia. Lo que los franceses llaman “la prise en charge”, es decir, “tomar a cargo”.

algunos psicofármacos pueden ser usados abusivamente, la experiencia muestra que no es correcto hablar de “epidemias” de uso de psicofármacos, porque al ser la enfermedad mental una patología médica muy frecuente, también lo va a ser el uso de los psicofármacos, y además porque ¿qué valor tiene hablar de “epidemia” cuando la población encuestada responde SÍ, por ejemplo, a la siguiente pregunta?: “¿Usó usted alguna vez una benzodiazepina en los últimos seis meses?”. Este tipo de instrumentos epidemiológicos y las falsas epidemias que generan, difundidas por los medios de comunicación de masa, facilitan el trabajo de quienes “luchan contra las drogas”. En realidad lo facilitan porque en el fondo es más fácil hacer el control del uso de los psicofármacos (que los pacientes requieren) que controlar realmente el uso de las drogas ilícitas, y sobre todo que responder a los efectos dañinos que provoca el uso de drogas.

Pero actuar de ese modo no es operativo, porque, con el rótulo de “sustancias fármaco-dependientes”, no se destacan los efectos anti-enfermedad mental de los psicofármacos, y porque entender a los psicofármacos igual que las drogas, facilita el pensar anti-psiquiátrico. Los “psicofármacos” no son una especie del género “droga”, ya que los primeros tienen como objetivo la reorganización positiva del sistema nervioso alterado en las enfermedades mentales, mientras que las drogas apuntan al placer que provocan realmente o al placer solamente imaginado por la persona, y que con el tiempo genera una adicción, como proceso dañino del sistema nervioso.

En suma: en la actividad clínica es necesario trabajar con una clasificación de las sustancias con efectos sobre el sistema nervioso donde el criterio utilizado no sea farmacológico, como lo es cuando se parte de la idea de que son sustancias que pueden provocar adicción. Hay que trabajar con una ordenación que sea psiquiátrica, es decir, que sirva del punto de vista práctico, distinguiendo las sustancias psicoactivas en dos grupos: las que reorganizan el sistema nervioso (psicofármacos) y las que, por la adicción que crean, dañan al sistema nervioso (drogas).

Ese “poner” a los psicofármacos dentro de las “sustancias adictivas” determina en

la práctica la siguiente situación de riesgo. Como los psicofármacos son un tratamiento exigido por la realidad de la enfermedad mental y como esta enfermedad, más allá de las posturas anti-psiquiátricas, existe, y siendo los psicofármacos efectivos y seguros, no solo no dejan de ser utilizados, sino que terminan siendo usados de modo banalizado (riesgoso) en manos de técnicos que desconocen las reglas de su uso seguro, e incluso “indicados” por no técnicos.

(b) Otro aspecto que respecto al uso de sustancias se plantea actualmente, es la posibilidad de utilizar psicoactivos con dos objetivos: por puro placer y para incrementar la calidad funcional. El alcohol constituye el ejemplo de una sustancia que cumple el primer objetivo, y todas las experiencias restrictivas en relación con su uso social (especialmente, la “ley seca” en Estados Unidos) solo han servido para mostrar que ese tipo de uso existe desde el origen del hombre y que es connatural a su existencia (a la que, por otra parte, acompaña en sus ritos religiosos, celebraciones colectivas, etc.). En cuanto al “incremento funcional”, aunque aún no se disponga de sustancias eficaces y sin riesgos que logren ese objetivo, el concepto de “salud mental” positiva³, como un estado de bienestar más allá del no padecer enfermedad, parece acompañar esta posición. Por supuesto que esta utilización de una sustancia para “incrementar una función” guarda relación con la evolución de las costumbres y la construcción social de los valores, por lo cual su discusión deja de ser un problema técnico para pasar a ser un problema que exige debates filosóficos, éticos, sociales, socio-políticos, etc. El día que se disponga de psicoactivos eficaces y seguros se deberá responder, por ejemplo, a preguntas de esta índole: Si se permite el uso del sildenafil para incrementar la erección, ¿por qué no el de un psicoactivo para mejorar la “atención”?, y en ese caso ¿cómo decidir la utilización de esas sustancias?, etcétera.

B. ¿Qué tipo de trastorno mental es la adicción?

Al reflexionar sobre el uso de “drogas” lícitas (alcohol) e ilícitas (marihuana, cocaína, opiáceos, etc.) como paso previo a analizar los problemas médico-legales que se plantean al psiquiatra, el práctico debe saber⁴: 1) que en países como Estados Unidos los estudios epidemiológicos muestran que una de cada cinco personas utiliza alcohol o drogas y que esa utilización afecta la fisiología del sistema nervioso y, por consiguiente, el modo como la persona siente, piensa y se comporta; 2) que es frecuente la comorbilidad de adicción y patología mental, aun cuando muchas veces los datos que se presentan requieran mayor precisión diagnóstica; y 3) que más allá del problema psiquiátrico que implica la adicción (por lo general al final del proceso y cuando el que abusa de la droga se vuelve adicto), esta implica significados sociales, políticos y morales que reflejan los modos sociales del consumo de drogas, los límites de la conducta normativa y normatizada y, en consecuencia, el proceso por el cual se construyen las “conductas desviadas”.

Los diferentes modelos que se han aplicado para “explicar” el proceso adictivo a drogas, han privilegiado interpretaciones que escotomizan la cuestión, es decir, solo ven un aspecto de esta problemática. Por ejemplo: 1) por reconocer el hecho de que algunas personas empiezan a utilizar drogas por ser pacientes psiquiátricos, se plantea entonces que la droga es el modo que la persona utiliza para regular un estado interno disfuncionante (modelo psicológico / psicopatológico); 2) por percibir el carácter de confrontación que con frecuencia implica la utilización de drogas, especialmente en los jóvenes, se concluye entonces en que el uso de sustancias es una forma de adaptación comportamental relacionada con el medio cultural (modelo constructivista); hipótesis que en su forma extrema afirma que ese modo de encarar el caos económico y político, es en realidad una compensación hedónica, pero funcional; 3) por percibir que la fase de adicción del proceso adictivo constituye una enfermedad mental, extrapolando esa fase a todo el proceso, se concluye que la adicción

es una “enfermedad del cerebro”, como lo es, por ejemplo, la epilepsia.

Cada una de esas interpretaciones puede ser aplicada solamente a una parte de la problemática del uso de drogas, o solamente a una fase del proceso adictivo. Por lo tanto, para poder trabajar en los diferentes aspectos que plantea el proceso de adicción a sustancias, es conveniente hacerlo desde una perspectiva que permita encarar de modo más global todos esos diferentes aspectos objetivos.

C. Aspectos diagnósticos, psicopatológicos, terapéuticos y preventivos

Respecto al consumo, interesa destacar, por un lado, dentro de los modos sociales del consumo, la importancia del “medio” (*setting*) por el cual y en el cual, habitualmente, se desarrolla la adicción; y por otro, respecto a la persona, qué expectativas tiene y qué resultados espera de la utilización de una droga. Este último punto es importante, porque, como se verá más adelante, el ingreso al mundo de la droga está con frecuencia motivado por lo que la droga promete de bienestar y de placer, y porque orienta hacia la perspectiva psiquiátrica, desde la cual debe ser encarada la adicción.

- Lo primero es considerar al proceso de adicción a drogas como un proceso que se desarrolla “en el tiempo” a través de varias fases. Fases que siendo conceptualmente diferentes, son, sin embargo, difíciles de delimitar en cada caso concreto, dado que habitualmente se superponen en el tiempo. La fase inicial es aquella durante la cual se comienza a utilizar la sustancia adictiva y donde adecuadamente se puede hablar de “usuario” (la denominación de usuario solo debería aplicarse a esta fase inicial, ya que cuando la persona se ha vuelto un adicto “que usa drogas”, lo que entonces lo define es el hecho de ser un dependiente). Durante la fase inicial, el usuario presenta movimientos de “avance” en el sentido de la adicción, y de “retroceso” cuando pasa por períodos de abstinencia. Posteriormente,

el usuario se perfila como alguien que ha ingresado en un uso abusivo (fase de abuso, donde la droga ya ha repercutido en la vida del paciente, física, psicológica, social y laboralmente). Aunque aún presenta “avances” y “retrocesos”, cada vez más su conducta apunta en el sentido de la dependencia. Y en tiempos variables el usuario abusivo ingresa finalmente en la fase de dependencia, es decir, se vuelve un adicto. Cuando ha llegado a esta fase, la persona que se ha convertido en un adicto presenta una afección crónica, centrada por la dependencia definida actualmente como el deseo de consumir la sustancia, y caracterizada evolutivamente por etapas de mejoría (períodos de abstinencia) y etapas de recaída (o de empujes, a veces con intoxicaciones).

¿Cómo ubicar el proceso de adicción a drogas entre los problemas psiquiátricos? La mirada psiquiátrica del proceso adictivo se inició históricamente centrada en la fase de adicción, pero al ampliar su campo de acción fue progresivamente teniendo que ver también con personas en fase de uso. Y, aunque la fase de uso no sea propiamente psiquiátrica, la psiquiatría, en los hechos, “psiquiatrizó” esa fase, es decir, la consideró lo que no era, una conducta patológica.

La psiquiatría y los psiquiatras lograron liberarse de esa hipótesis que considera a todo el proceso adictivo como una forma de enfermedad mental, cuando se pudo comprender con P. McHugh y P. Slavney que, para poder entender y manejar los problemas de la adicción a drogas, hay que hacerlo conceptuándolos desde la “perspectiva de la conducta”⁵.

McHugh y Slavney afirman que los diferentes tipos de patología mental, en tanto “patología del cerebro”, deben ser encarados teórica y prácticamente según cuatro “perspectivas”: 1) la de la “enfermedad” en el sentido más tradicional (demencia, esquizofrenia, trastorno bipolar); 2) la de la “dimensión” (retardo mental); 3) la de la “conducta” (adicción a drogas, anorexia); y 4) la de la “narración de vida”. Algunos motivos de consulta psiquiátrica, considerados desde la perspectiva de la

“conducta” apuntan a destacar que el paciente toma la decisión de implicarse en una conducta determinada, por ejemplo, la conducta adictiva. Entre la vulnerabilidad y los determinantes inmediatos, lo central es la decisión que el sujeto toma de consumir. Operar con el concepto clínico de conducta permite valorar los márgenes variables de libertad que el paciente tiene para implicarse o para controlar dicha conducta. Esta insistencia en la presencia activa del sujeto, aún en la fase de adicción propiamente dicha, lleva a acentuar su responsabilidad en la recuperación. Por otro lado, desde esta perspectiva de la “conducta” se hace posible hablar de la drogadicción como “enfermedad del cerebro”, lo que ofrece un acceso legítimo al “rol de enfermo”, lo cual, reduciendo el estigma social, posibilita el tratamiento.

En adicción a drogas lo habitual es: 1) que los pacientes no consulten por sí mismos; 2) que los psiquiatras no estén muy interesados por este tipo de pacientes; 3) que por lo general comiencen a asistirse en los servicios de urgencia (por problemas médicos, intoxicaciones o síndromes de abstinencia); 4) que a veces consulten a psicoterapeutas, por dificultades laborales, familiares, etc.; y 5) que con frecuencia consulten cuando se ven enfrentados a un problema legal (muchas veces buscando una forma de excusar su conducta).

- En el uso de drogas hay un aspecto psicopatológico que es necesario tener claro: ¿cómo es que se generan las experiencias subjetivas que resultan de su uso?, es decir, ¿cuál es la patogenia de estas experiencias? Este punto es de central importancia cuando se considera tanto el proceso de adicionarse a una sustancia, como los esfuerzos de rehabilitación que el paciente intente⁶. Los estudios de los efectos de los alucinógenos y en general de toda droga que genera experiencias subjetivas, evidencian que esa experiencia es siempre el resultado de un estado de intoxicación. O sea, que la sustancia obra sobre el sujeto disminuyendo sus poderes normales, hasta hacerlo desaparecer como sujeto. De ahí que la hiperlucidez y la omnipotencia que

el sujeto siente son realmente la expresión de la incapacidad que el paciente presenta de percibir el trastorno que genera ese estado. La sustancia constituye un “algo” (algo en “tercera” persona) que intoxica al sujeto, alterando su capacidad de “primera” persona. La experiencia subjetiva que tiene, vivida como un incremento de su capacidad personal, “llevada al máximo” por la droga, en realidad es siempre secundaria al trastorno que produce la sustancia. “Por eso es que toda intoxicación por una droga es una experiencia esencialmente psicopatológica”. “Por efecto de la droga desaparece la realidad de la acción del tóxico, y lo que aparece como real es la irrealidad de las imágenes”. H. Ey insiste en que sucede lo mismo que con el estado de “dormir”. Cuando el dormir genera el soñar, el dormir como fenómeno deficitario (es decir, el no estar vigil) desaparece. “Entonces el dormir, sólo deja lugar, únicamente, a los objetos del deseo”. En otras palabras, sigue diciendo Ey, la droga cuando hace su efecto, intoxica, engaña, porque hace creer que lo que aparece como real, es efecto de la droga, cuando en realidad lo que percibe son las imágenes de su propio deseo, son las fuerzas pulsionales, son lo que la persona desea ser... o lo que cree ser. Solo así se entiende, por ejemplo, el interés de “padecer” la experiencia psicoto-mimética que produce el LSD, buscada a pesar de lo displacentero que resulta ser.

Esto debe ser comprendido claramente por dos razones. Primero, porque en el efecto de la droga el sujeto aporta tanto, e incluso más que la droga; puede decirse que, en su deseo, “se adelanta a la droga”. Algo que los sistemas de diagnóstico actuales reconocen de hecho cuando dicen que el criterio de la dependencia es “el deseo” intenso de consumir⁷. Segundo, porque el psicoterapeuta no debe creer que bajo el efecto de la droga, aparece “la verdad” de su paciente, ya que lo que aparece son sus “objetos” internos, o sea, aquello que él no puede ni debe ser, para poder ser la persona que quiere ser. Si el terapeuta piensa, igual que su paciente, o sea, que la droga libera una realidad más profunda... entonces ambos ingresan en un camino,

donde al final lo único que van a encontrar es lo que pusieron inicialmente: sus propios deseos.

- Desde el punto de vista del tratamiento la pregunta central hoy es: ¿cuál es la mejor perspectiva para generar estrategias de tratamiento eficaces y seguras? En esta área de patología mental hay que distinguir dos tipos de problemas. 1) Los que tienen que ver con el encare de los episodios agudos (por intoxicación o abstinencia) a los cuales hoy es posible responder con muy buenos resultados mediante hospitalización y tratamiento medicamentoso; pasada esa etapa lo más importante es decidir a dónde y a quién se refiere a la persona, ya que de esa referencia depende la continuidad de la atención posterior, y de esta continuidad, según N. S. Miller⁸, depende directamente el mantenimiento de la abstinencia. 2) Los que tienen que ver con el proceso adictivo, dependen de la fase en que el proceso es encarado y naturalmente son de resolución muy compleja cuando la persona ya está en fase de adicción. Actualmente, se proponen estrategias específicas para “lograr estilos de vida en abstinencia”⁹, para prevenir las recaídas y para tratar los síntomas psiquiátricos comórbidos, sin proponerse objetivos inadecuados, como solía ser el pretender cambiar el estilo de personalidad del adicto. Si bien, el logro de estos programas específicos ha estado relacionado con la integración de técnicas psicológicas, medicamentosas, grupales, etc., resulta complejo “asignar” a los adictos a una u otra forma de tratamiento. En los hechos, quienes más experiencia han adquirido en el área de la conducta adictiva, siguen siendo en su mayoría quienes no son médicos, en la forma de los grupos de auto-ayuda (por ejemplo, Alcohólicos Anónimos).
- En la adicción a drogas, dadas las dificultades de rehabilitación de los adictos, resulta fundamental la prevención. Respecto a la prevención¹⁰, como medidas poblacionales, después de encarar el nivel de prevención “secundaria” (diagnóstico precoz y tratamiento inmediato), y el nivel de prevención

“terciaria” (rehabilitación), se ha ingresado a la prevención “primaria”. Plantear este nivel de prevención primaria exige distinguir las medidas que son realmente de prevención (que no se ingrese en la carrera adictiva), de las medidas que son de “promoción de salud” o de “salud positiva” (entendida esta “salud” por la OMS, como un “estado de bienestar”, lo que está en relación directa con su grado de cohesión y con la calidad de su organización social, económica, política, religiosa, etc.).

En ambos tipos de prevención primaria, las medidas a tomar no son médicas, sino que tienen que ver con el grado de estructuración del grupo social y especialmente con sus valores. Estas medidas pueden encararse de modo objetivo cuando se parte de la idea de que el “problema de la droga” es el resultado de una ecuación de tres parámetros¹¹: la posibilidad de encuentro con la sustancia; la persona con sus ideales y su vivencia del placer; y el contexto de valores socioculturales. Aquí se señala la importancia del primero diciendo que es necesario restringir el poder tomar contacto con las drogas. Los otros dos aspectos serán encarados más adelante.

D. Responsabilidad del psiquiatra y del paciente en el uso abusivo de sustancias (drogas y psicofármacos)

Cuando el psiquiatra diagnostica que una persona padece un trastorno mental, necesariamente está estableciendo que eso significa cierto grado de disminución en la autonomía personal, lo que Blankenburg¹² ha llamado “el otro diagnóstico”*. Padece una enfermedad mental es vivir una forma de vida mental regresiva, afirmación que no significa desvalorizar a la persona o los valores del paciente. En los hechos, ese “otro diagnóstico” es el factor que determina en la práctica el espacio de atención en que los cuidados deben ser realizados (consultorio, en medio familiar, urgencia y hospitalización breve, internación, etc.)**.

Por consiguiente, el grado de involuntariedad, cuyo reflejo es “el otro diagnóstico”, va a hacer que el trabajo del psiquiatra, y de quienes trabajen con él, en el campo de la patología mental, siempre tenga implicancias médico-legales. Y estas cuestiones médico-legales, de “responsabilidad profesional” en el área del proceso de adicción, se presentan tanto en relación con el psiquiatra y quienes trabajan con adictos, como con la persona que consulta.

(a) El psiquiatra que tiene que cumplir con las diferentes responsabilidades profesionales médicas (deberes de cuidado, consentimiento informado, secreto profesional, etc.) se encuentra en una situación más compleja por la disminución de autonomía de sus pacientes. Esta complejidad se incrementa más aun en la atención de personas que abusan de sustancias, con relación, especialmente: al consentimiento informado, a la confidencialidad, a los riesgos de autoagresión y de heteroagresión***. En el área de atención de personas que abusan de sustancias se plantea con frecuencia la posibilidad de tratamiento involuntario. El responder “responsablemente” a esta exigencia sólo es posible hacerlo con criterios psiquiátricos, es decir, con un conocimiento preciso de la fase del proceso adictivo que cursa la persona y con un juicio terapéutico donde la hospitalización compulsiva sea una opción.

Las situaciones de responsabilidad profesional en relación con abuso de sustancias que con mayor frecuencia se presentan, además de las ya señaladas, son: el no diagnosticar correctamente la fase del proceso; el no tratar la adicción a drogas de pacientes que consultan por otro motivo, diversas formas de abuso por no respetar los límites de la relación médico-paciente; y el prescribir sustancias sin control del riesgo de provocar una adicción que, aunque remoto, existe.

Un aspecto de responsabilidad profesional frecuentemente minimizado o ignorado por parte de los psiquiatras, es la obligación que la ley establece de tener que responder a las preguntas que los magistrados les hacen respecto a problemas de imputabilidad penal y de capacidad civil. Preguntas que a veces se originan en el pedido expreso de un informe, o

* Este “otro diagnóstico” siempre está presente en todo caso de patología mental. No corresponde, en cambio, a los casos de personas, como dice el DSM IV, que “consultan” por “otros motivos no propiamente enfermedad mental”.

** Para referirse a los períodos breves de “internación”, es conveniente y práctico hablar de “hospitalización”, limitando el uso del término “internación”, de acuerdo con su origen, para la necesidad de asilo o de “institucionalización”. El hablar de “internación”, aplicando este término a dos espacios de atención radicalmente diferentes, lo hace un término equívoco.

*** Aún no es posible establecer claramente las relaciones causales entre drogas y violencia. El psiquiatra que asiste a personas que abusan de sustancias debe saber que: en Estados Unidos, por ejemplo, el 80% de las personas detenidas por violencia, tiene que ver con alcohol o drogas; que eso es así especialmente en hombres jóvenes; que esa violencia es altamente frecuente en el medio familiar; y que la frecuencia de este tipo de violencia se incrementa cuando existe comorbilidad con otra patología mental.

que derivan del simple hecho de haber realizado previamente un certificado cualquiera.

(b) Respecto a las personas que abusan de sustancias, ¿cómo hay que plantearse su responsabilidad en los diferentes momentos de su proceso adictivo? Hay que hacerlo tomando en cuenta lo que ya fue señalado, en el sentido de que el proceso de adicción a drogas es una enfermedad crónica con empujes y períodos de abstinencia, y entendiendo que el sujeto está implicado en ese proceso, afirmando con P. Ricoeur¹³ que la “responsabilidad es algo que se construye, entre la fragilidad y la decisión”*. Si bien los conocimientos neurobiológicos de la psiquiatría han incidido en el concepto de responsabilidad personal, no han eliminado la idea tradicional del hombre como ser responsable. Al saber hoy, por ejemplo, que ciertos circuitos neuronales son activados por las drogas y que estas respuestas dependen de la disponibilidad de receptores, de la expresión génica, etc., se origina la siguiente pregunta: ¿es la adicción una enfermedad del cerebro? De acuerdo con los planteos de R. J. Bonnie¹⁴ los psiquiatras deberían responder a esto claramente, pero tomando en cuenta a quién dirigen la respuesta. Deberían responder que NO a los magistrados, si por enfermedad del cerebro estos entendiesen la adicción como una enfermedad del sistema nervioso, semejante, por ejemplo, a la epilepsia. Hablar de la adicción como una enfermedad como la epilepsia sería una afirmación incompleta por no abarcar precisamente todos los aspectos de la conducta, y también sería apresurado, porque aún no se conoce la realidad del sistema nervioso como para poder establecer las relaciones que hay entre los cambios cerebrales y la conducta. Pero deberían responder que SÍ, cuando esa afirmación se dirige a los administradores de salud, ya que sirve para encarar el problema como “política de salud”, sabiendo que no es una afirmación científica, porque no abarca la complejidad real del problema.

Los psiquiatras que trabajan con personas en proceso de adicción se ven enfrentados a hechos que los obligan a revisar el concepto de “acto voluntario” y a hacerse de él una idea más clara¹⁵. El conocimiento que tienen de la patología mental los enfrenta sistemáticamente al hecho de que toda enfermedad

mental (en grados variables) es una forma de “actos intencionales que sin embargo, son involuntarios”. Lo cual significa que el concepto de voluntariedad choca con el del sentido común que identifica voluntariedad con intencionalidad.

Cuando se analiza los actos automáticos, entendiendo por tales a los actos que escapan a la voluntad, o sea, que son actos “involuntarios”, es posible reconocer la existencia de dos tipos de automatismos, dos géneros radicalmente diferentes: 1) los automatismos del hábito, donde el acto realizado lo fue “sin intención”, “por costumbre, etc.” y donde la voluntad se evidencia bajo su aspecto de intención consciente. Estos automatismos del hábito son involuntarios porque no son intencionales, en tanto se piensa en la intención consciente; 2) los automatismos pasionales, afectivos, donde el acto es realizado con una intención que el sujeto reconoce que no “inhibió” como debió hacerlo (esto se evidencia en las expresiones usadas para hablar de estas “liberaciones”: “me irrité”, “perdí el control”, “me dejé llevar”, etc.). En estos casos, la voluntad que aparece como no presente, es la voluntad en tanto es acto de inhibición de una intención que “atrapa” al sujeto. Ese “atrapamiento” son las diferentes formas de “pasiones” que la cultura siempre ha reconocido, distinguiendo en ese reconocimiento los actos por pasiones normales (que cuando determinan delitos, los códigos penales entienden como imputables) y los actos por pasiones patológicas, o sea, por enfermedad mental (que forman parte del contenido de lo que el código penal uruguayo reconoce como inimputables¹⁶). Reiterando lo señalado previamente, tanto psiquiatras como magistrados deben partir de conceptos donde la voluntad no se identifique con el concepto de intención, ya que la patología mental evidencia la existencia de “intenciones involuntarias”.

Sobre la base del encuadre referido es posible plantear técnicamente las respuestas a las siguientes preguntas:

¿Cuál es la responsabilidad de una persona durante la fase preadictiva (de uso y de abuso)?

* K. Jaspers, a propósito de su vida marcada por una severa afección neurológica, decía que la biografía es un desarrollo “entre el destino y la voluntad”.

En este campo es necesario que las respuestas no sean ambiguas. Si bien pueden existir factores predisponentes (factores que generalmente guardan relación con el entorno), cuando la persona no sufre aún un trastorno mental, el uso de una droga, más allá de las condicionantes externas, es voluntario, es decir, corresponde a una decisión del sujeto. Cada persona por su “fiat” es la que transforma su antojo en deseo, y su deseo en acto; no percibir esto con claridad y recurrir insistentemente a los “factores que pueden predisponer”, es poner el acto “fuera del sujeto”, es decir, del único que en realidad es quien decide usar una droga y por lo mismo, es responsable.

¿Qué se está diciendo cuando se afirma que en cierto momento el uso de una droga se vuelve involuntario?

Esto fue considerado antes al afirmar que lo que caracteriza a todo tipo de patología mental (en este caso la fase de dependencia a una sustancia) es una disminución de la capacidad consciente de inhibir intenciones propias, inconscientes. El tipo de “involuntariedad” y de “intencionalidad” que caracteriza a la fase de adicción es analizable con objetividad cuando se reflexiona sobre la responsabilidad del adicto que no mantiene la abstinencia. Es habitual que entonces se diga que el “empuje” es involuntario “porque la persona no pudo controlar las respuestas condicionadas a los estímulos aprendidos durante el proceso”. Aunque es cierto que el adicto está predispuesto, es decir, que es vulnerable, sin embargo el empuje no es inevitable. Por el hecho de que el adicto no es nunca un autómatas que responde de modo reflejo, sino una persona que responde a los estímulos con sentido, el adicto debe ser exigido con relación a que debe disminuir las probabilidades del empuje evitando los desencadenantes.

Lo anterior se refleja en el modo como se responde al adicto en diferentes situaciones: 1) pensando en su asistencia, se procede del mismo modo que para otras conductas impulsivas: tomando en cuenta “lo involuntario” de su conducta se dice que el paciente debe ser atendido; 2) cuando se tiene que equili-

brar el derecho del paciente a mantener su trabajo y el derecho del patrón a que cumpla con su tarea, al adicto se le exige que pruebe objetivamente que mantiene la abstinencia (exámenes de orina, etc.); y 3) frente a la posibilidad de una demanda por haberse vuelto adicto (compensación): tomando en cuenta “lo intencional” de su conducta no caben esas compensaciones, a menos que haya ingresado en la adicción sin saberlo.

¿Qué responsabilidad tiene un adicto durante los trastornos agudos provocados por el uso de drogas?

En cuanto a la responsabilidad por las conductas sintomáticas durante una intoxicación o en momentos de abstinencia aguda, el Código Penal uruguayo distingue varias situaciones: 1) el artículo 30 que corresponde al de inimputabilidad por “locura” no se aplica a esos estados; 2) para las intoxicaciones llamadas exógenas el codificador toma en cuenta, en relación con el alcohol, el efecto sobre el sujeto y la situación en que tuvo lugar la intoxicación, afirmando (art. 31) la inimputabilidad por embriaguez plena, por fuerza mayor o caso fortuito; 3) el art. 32 afirma la inimputabilidad del ebrio habitual como alcoholista crónico e indica medidas curativas con internación. Lo mismo se aplica (art. 33) a lo que resulta de una sustancia que genera adicción; dice: “bajo la influencia de estupefacientes”; y 4) en el art. 46 el alcohol es reconocido como atenuante en casos de embriaguez voluntaria o culpable, no premeditada para delinquir, cuando es plena, y cuando es semi-plena por fuerza mayor o caso fortuito. Este art. 46 no se aplica como atenuante en el caso de drogas.

En 1976, en relación con la “fármaco-dependencia” se establecieron medidas preventivas y curativas. Dentro de las preventivas se crearon diversas figuras delictivas con relación al tráfico de drogas, con el agravante de ser un atentado contra el bien de la “salud de la comunidad”. Entre las medidas curativas se reconoce el derecho al tratamiento voluntario y la posibilidad de tratamiento involuntario o compulsivo.

II. Necesidad, en un entorno de valores posmodernos, de una hipótesis psiquiátrica que permita trabajar de modo coherente y efectivo

A. La historia devela que respecto al uso de sustancias siempre se reflejaron dos líneas de pensamiento con relación a la “locura”. Algunos, en la línea de la “locura” de Erasmo, entendida como la chispa de la especie, como la “divina locura” de la imaginación, etc., defendiendo la utilización de las drogas con el objetivo de liberación y de creatividad*. Otros, en cambio, en la línea de los alienistas y después de los psiquiatras, percibiendo a la locura como un déficit estructural mental, van a distinguir (como ya fue señalado) las drogas que desorganizan el sistema nervioso, de los psicofármacos que lo reorganizan.

Esta distinción se va a desdibujar durante la segunda mitad del siglo XX. En un contexto de valores llamados posmodernos¹⁷, por un lado, se afirman antropologías del “hombre débil” o frágil¹⁸ y por consiguiente la no responsabilidad o responsabilidad a medias (lo real deja de ser un valor en sí, la existencia no tiene sentido, pérdida del interés por lo teórico, etc.), y por otro, que el criterio de realidad es el placer (el placer sexual o el que promete la droga que sirve para “liberar” de la conciencia opresora). Es este contexto el que fundamenta la no percepción de la diferencia entre drogas y psicofármacos, y muchas veces la inversión del problema, llegándose a sostener que lo importante no es el estado de intoxicación que produce la droga, sino la “represión que significa medicar a una persona con psicofármacos”. Ahí se origina la contradicción que se ve con frecuencia de que, por un lado, se “defiende la venta libre de drogas” y por otro, se levanta la voz “contra los psicofármacos”. De hecho, este “grito” contra los psicofármacos choca con la realidad, ya que la medicación es necesaria en el tratamiento de la patología mental, y además porque es eficaz y segura. Esa necesidad de utilización ha determinado otra contradicción: los psicofármacos que cada vez exigen mayor tecnicidad para su correcta aplicación, terminan por ser indicados en la mayor parte de los casos por médicos no-psiquiatras, e

incluso, como parece ser práctica cotidiana, por quienes no son médicos.

B. Los diferentes puntos desarrollados en este artículo son expresión de la complejidad de los problemas (sociales y médicos) que tienen que ver con el uso de sustancias, y ponen en evidencia la necesidad de trabajar con una hipótesis psiquiátrica que fundamente las acciones técnicas (psiquiátricas) y que permita desarrollar los diferentes aspectos en juego (sociales, políticos, económicos) de modo coherente y eficaz.

El desarrollo de esta presentación se fundamenta en una hipótesis de este tipo, el modelo psiquiátrico construido por H. Ey. Dada la extensión que ya tiene este artículo, esta hipótesis será presentada en un trabajo posterior, limitándose aquí a orientar a algunos de los textos en los que este autor la desarrolla especialmente¹⁹⁻²¹.

Una hipótesis que tenga significado práctico en el uso terapéutico de los psicofármacos y en el manejo del proceso adictivo, desde el punto de vista práctico exige:

- que posibilite generar espacios de atención donde sea posible diagnosticar y asistir diferencialmente a las personas según la fase evolutiva del proceso adictivo, tanto a las personas cuando ya se han hecho dependientes, como a los enfermos mentales que se vuelven adictos;
- que en este dominio “más que psiquiátrico”, los problemas psiquiátricos se encaren desde una perspectiva psiquiátrica. Esta aseveración no es una redundancia, sino la afirmación clara de la necesidad de reconocer que en la imprecisa “área de salud mental”** los problemas psiquiátricos solamente pueden ser resueltos bien por quienes tienen formación psiquiátrica (semiológica, psicopatológica y terapéutica);
- que en los programas de prevención primaria se distinga entre prevención propiamente dicha y promoción de salud, ya que esta última es una cuestión que en su mayor parte está más allá de la ciencia médica; y

* Previamente se señaló la ilusión de esta imagen popular: la de que las drogas incrementan los poderes psíquicos.

** El concepto que subyace a la denominación de “salud mental”, usado reiteradamente en nuestro medio, nunca ha sido explicitado, ni en su comprensión ni en su extensión.

- que se aporte a los magistrados una explicación técnica sobre el grado de “involuntariedad de las intenciones” que presentan los pacientes; un aspecto que aunque es de difícil comprensión, debe ser entendido para que puedan ejercer una “sana crítica” de los peritajes psiquiátricos, como modo de producir sentencias objetivas²².

Referencias bibliográficas

1. **Ghaemi SN.** The concepts of psychiatry. A pluralistic approach to the mind and mental illness. Baltimore: The Johns Hopkins Univ Press; 2003.
2. **Beckson M, Bartzokis G, Weinstock R.** Substance abuse and addiction. In: Rosner R (ed). Principles and practice of Forensic Psychiatry. 2nd ed. London: Arnold; 1998, t II, pp. 672-684.
3. **Jahoda M.** Current concepts of positive Mental Health. New York: Basic Books; 1958.
4. **Beckson M, Bartzokis G, Weinstock R.** Substance abuse and addiction. In: Rosner R (ed). Principles and practice of forensic psychiatry. London: Arnold; 2002, pp. 672-684.
5. **McHugh PR, Slavney PR.** The perspectives of Psychiatry. 2nded. Baltimore: The Johns Hopkins Univ Press; 1998.
6. **Ey H.** Valeur des expériences subjectives provoquées par les hallucinogènes (Axologie de l'expérience psychédélique). In: Traité des hallucinations, 2 tomes, Paris: Masson; 1973; I: 659-681.
7. OMS. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento (descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (CIE-10), Madrid: Forma; 1992.
8. **Miller NS, Fine J.** Current epidemiology of comorbidity of psychiatric and addictive disorders. Psychiatr Clin North Am 1993; 16(1):1-10.
9. **Galanter M, Kleber HD (eds).** Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias. Barcelona: Masson; 1997.
10. **Casarotti H.** Formación del trabajador en salud mental. Rev Psiquiatr Urug 1977; 42:215-228.
11. **Olievenstein Cl.** Aspects psychodynamiques du développement et du devenir d'un toxicomane. In: Tissot R (ed). Les toxicomanies. Confrontations psychiatriques. Paris: Specia; 1987, pp. 93-102.
12. **Blankenburg W.** La psicopatología como ciencia básica de la psiquiatría. Rev Chil Neuropsiquiatría 1983; 21:177-188.
13. **Ricoeur P.** Les paradoxes de l'identité. Information Psychiatrique 1996; 3: 201-206.
14. **Bonnie RJ.** Responsibility for addiction. J Am Acad Psychiatry Law 2002; 30:405-413.
15. **Ey H.** Impulsiones. En: Estudios Psiquiátricos (Vol. I: Estudio No. 11). Buenos Aires: Polemos; 2008, pp. 169-220.
16. **García Austt E.** Delitos pasionales y delitos delirantes: su delimitación. Rev Psiquiatr Urug 1937; 11:3-47.
17. **Roa A.** Modernidad, posmodernidad y angustia. En: II Congreso Mundial de Estados Depresivos. Fac. Ciencias Médicas, Mendoza, Cuyo;1994, pp. 339-367.
18. **Vattimo G.** Il pensiero debole, Milano: Feltrinelli; 1983.
19. **Ey H.** Principios de una concepción órgano-dinamista de la psiquiatría. En: Estudios Psiquiátricos (Vol. I: Estudio No. 7). Buenos Aires: Polemos; 2008, pp. 161-191.
20. **Ey H.** Esquisse d'une conception organo-dynamique de la structure, de la nosographie et de l'étiopathogénie des maladies mentales. In: Psychiatrie der Gegenwart, Berlin: Springer-Verlag; 1963: pp. 720-762; Outline of an Organo-

dynamic Conception of the Structure, Nosography, and Pathogenesis of Mental Diseases. In: Natanson M (ed). *Psychiatry and Philosophy*. Berlin: Springer-Verlag; 1969, pp. 111-161.

21. Ey H. Le modèle organo-dynamique (7^{ème} partie). In: *Traité des hallucinations*, 2 tomes, Paris: Masson; 1973; II, pp. 1069-1342.

22. Casarotti H. El peritaje psiquiátrico y su “sana crítica” por parte de los magistrados. *Rev Psiquiatr Urug* 1977; 42:215-228.

Conferencia