

Antagonistas opiáceos - Psicoterapia Analítica. Una combinación posible

Szerman Nestor

Doctor Médico Psiquiatra

ICARO. Atención de Drogodependencias

RESUMEN

La utilización estos últimos años en forma creciente de los antagonistas opiáceos y en especial de la naltrexona en el tratamiento de esta adicción, se ha asociado de forma casi causal a las definiciones y terapias conductuales.

El artículo propone un modelo terapéutico alternativo, al combinar la naltrexona con psicoterapia de orientación analítica. Al experimentarlo, desarrolla técnicas de desintoxicación domiciliaria con una inducción más rápida a la naltrexona, lo cual revierte no sólo en mejores tasas de retención, sino también en evitar una desmedida manipulación de las tendencias sado-masoquistas implicadas. Por último se valoran otros resultados como son la seguridad y la falta de reacciones adversas importantes de la naltrexona, durante su utilización en períodos de tiempo prolongados con retirada gradual mientras continúa la psicoterapia.

Palabras clave: *Naltrexona, Terapia Analítica, Desintoxicación domiciliaria.*

SUMMARY

In recent years, the increased use of antagonists in Opioid-Dependence treatment has been considered in association with behavioral definitions and therapys. This article describes an alternative therapeutic model, using Naltrexone in combination with an Analytic Psychotherapy. The clinic work has developed technics of home-detoxification (outpatients), with a faster induction onto Naltrexone, playin an important role in patient retention and in non manipulation of sado-masochistic tendencies emphasising the possibilities of Naltrexone long term use, and the gradual stop of Naltrexone treatment, while Psychotherapy treatment continues.

Key words: *Naltrexone, Analytic Therapy, Home detoxification.*

Correspondencia:

Nestor Szerman, General Gallegos, 1, 2.º-F. 28036 Madrid. Teléfono: 259 34 11.

1. INTRODUCCION

En años pasados la Academia Nacional de Ciencias de EE.UU. (National Academy of Sciences) definía la adicción a la heroína como una enfermedad crónica y recidivante, con un pronóstico generalmente desfavorable.

Sin embargo, estos últimos años nos han deparado a la par que un aumento espectacular en su incidencia, un extraordinario incremento en la comprensión de sus aspectos biológicos y psicológicos, permitiendo así desarrollar nuevos tratamientos aproximativos y más prometedores al problema en cuestión.

Aproximaciones y promesas que, pese a todo, aún no nos permiten salir de ese campo pre-paradigmático (Gambino y Shaffer, 1979) en que se encuentran las teorías y prácticas que intentan abordar el tema de la adicción, impidiendo por ahora contar con un único paradigma operativo.

El desarrollo de los antagonistas opiáceos y en especial de la naltrexona, es uno de los importantes avances que pone a disposición de los técnicos un formidable instrumento operativo para el tratamiento de esta adicción.

Por otra parte, se ha hecho una relación casi causal en la mayoría de las experiencias terapéuticas, hasta el presente, entre la utilización de naltrexona y la definición de la drogodependencia en términos de condicionamiento operante (Winkler, A., 1965-1968), lo que ha llevado a combinar su utilización con terapias de modificación de conducta.

Sin entrar en polémicas que pertenecen más al terreno ideológico que al científico, es posible acordar con diversos investigadores en que no hay un modelo animal de la adicción; aunque sí de la dependencia y tolerancia (Dole, V., 1981; Simón, E., 1984).

Desde este marco conceptual se desarrolló un Programa Terapéutico que asoció la utilización del antagonista opiáceo naltrexona con psicoterapia de orientación analítica y tiempo limitado a doce meses.

Los planteamientos iniciales se centraron

en comprobar la validez del tratamiento ambulatorio en medio urbano de los adictos a la heroína, al mismo tiempo que desarrollar técnicas de desintoxicación domiciliaria, y verificar la posibilidad de inducción a la naltrexona en períodos de tiempo más cortos que los referidos por la bibliografía sobre la experiencia en EE.UU.; lo cual revertiría a su vez en mayores éxitos en el conflictivo período de desintoxicación.

Al mismo tiempo se buscó reafirmar la seguridad y la falta de reacciones adversas importantes de la naltrexona, al desarrollar un modelo que contempla su utilización por períodos de tiempo prolongados, cercanos al año.

Por último, el programa contempla al mismo tiempo que la continuidad de la terapia analítica, y como propuesta innovadora, la retirada gradual de la naltrexona.

2. MATERIAL Y METODO

Han sido objeto de estudio 13 individuos, de edades comprendidas entre los 18 y 32 años (edad media 25 años) que fueron tratados durante los años 1985, 86, 87. Inicialmente se pensó en un número superior de participantes, a lo cual puso límite una circular del Ministerio de Sanidad Español (24-9-86) que impedía el desarrollo de este ensayo, limitándolo a los estudios que él mismo ha diseñado, previo a la comercialización de la Naltrexona en España.

En este grupo, que comenzó el programa en tiempos distintos, según la demanda, se analizaron datos sugerentes del medio del cual provienen, sean éstos físicos, psíquicos y/o actitudinales, así como los aspectos del plan terapéutico aplicado.

Para la recogida de datos, se utilizó la ficha del área médico psiquiátrica de la Asociación Icaro (Szerman, N., 1985).

2.1. Antecedentes físicos, psíquicos y actitudinales

2.1.1. Datos demográficos y socioeconómicos

Del total de la muestra, 10 pacientes (77%) fueron varones y 3 (23%) mujeres,

siendo el grupo de edades más numeroso el localizado entre los 21-28 años, en el que encontramos a 9 (70%) de los mismos. En cuanto al estado civil, los solteros fueron 11 (85%), siendo el 15% restante casados.

Al clasificar la estructura familiar se halló que 12 (92%) vivían en familias que pueden ser consideradas como normativas, al mismo tiempo que igual número residían en Madrid y pueblos de la Comunidad Autónoma.

El nivel socio-económico que obtuvo de la declaración subjetiva del paciente y su familia, que posteriormente fue contrastado con datos más objetivos, permitió clasificar a 10 sujetos (77%) como de la clase social media-baja.

Por último, y de la máxima importancia, se encontró que 9 pacientes (70%) de la muestra, tenían trabajos remunerados, sean éstos fijos o eventuales, al momento de comenzar el tratamiento.

2.1.2. Antecedentes somáticos

Se comenzó por interrogar sobre la presencia de enfermedades señaladas en las familias de los pacientes y 12 de ellos (92%) respondieron de forma afirmativa a alguna de la lista. Así se registraron 3 casos de úlcera duodenal, 3 de H.T.A. esencial, 1 de asma bronquial, obesidad exógena y epilepsia no filiada, respectivamente; enfermedades todas ellas que hacen presumir un componente psicossomático. Las restantes fueron catalogadas como «otras cardiovasculares», con 4 casos, y hepatías, 1 caso. Los antecedentes personales somáticos previos a la utilización de heroína muestran que 12 (92%) tuvieron un parto normal, 10 (77%) recibieron lactancia materna y en 11 individuos (85%) el desarrollo psicomotor se dio sin ningún tipo de alteraciones.

Sin embargo, al interrogar sobre enfermedades que en la ficha de recogida se han denominado como psicossomáticas, 10 pacientes (77%) responden afirmativamente con una o más de ellas, que se distribuyen de la siguiente forma:

— Trastornos digestivos frecuentes - Ulceras)	4	....	(28,5%)
— Rinitis alérgica - F. del Heno	3	....	(21,4%)
— Catarros y resfriados recurrentes	3	....	(21,4%)
— Asma bronquial	2	....	(14,2%)
— Psoriasis	1	....	(7,0%)
— Obesidad exógena	1	....	(7,0%)

2.1.3. Antecedentes psíquicos

Se incluyó en este apartado tanto los datos familiares, como personales, así como también algunas cifras sobre el consumo de opiáceos.

Al pasar el cuestionario sobre enfermedades psíquicas familiares, se halló que hubo 11 respuestas afirmativas (85%) con la siguiente distribución:

— Depresión	4	....	(36,0%)
— Otras drogas- Alcohol	4	....	(36,0%)
— Suicidio	2	....	(18,0%)
— Esquizofrenia	1	....	(10,0%)

En los antecedentes psíquicos personales se comenzó por interrogar sobre síntomas de alteración del comportamiento, dando alguna respuesta positiva los 11 casos (85%) de la muestra.

— Onicofagia	4	....	(24,0%)
— Fugas del hogar	3	....	(18,0%)
— Berrinches	3	....	(18,0%)
— Enuresis	3	....	(18,0%)
— Terrores nocturnos	2	....	(12,0%)
— Fobias infantiles - miedos	2	....	(12,0%)

Los sentimientos hacia la escolaridad fueron respondidos como negativos en 8 casos (61,5%) y positivos en los 5 casos restantes (38,5%).

También fue significativo que a pesar de la extracción social, en 4 casos (31%) hubo consultas psiquiátricas o psicológicas anteriores al abuso patológico de sustancias.

2.1.4. Datos sobre comienzo y vía de administración de los opiáceos

La edad de comienzo más frecuente en el abuso de sustancias se ha centrado para la muestra empleada entre los 15-16 años, y 21-22 años con el 31% y 23%, respectivamente.

La duración de la dependencia va desde 1 a 3 años en el 38% de los casos, y de 3 a 5 años o más en el 31% y el 23%, respectivamente, siendo la vía de administración inicial más común la vía parenteral en el 77% de los individuos.

2.1.5. Actitud frente al tratamiento

Pese a la subjetividad de este apartado, se trató de ver algunos parámetros como son los tratamientos anteriores y la actitud frente al tratamiento actual.

— **Tratamientos anteriores:** Se halló que 9 pacientes (69%) habían hecho uno o más intentos de tratamientos anteriores, que fracasaron antes o después, siendo éstos de las siguientes modalidades:

— C.T. (Comunidad Terapéutica)	5	(28%)
— Htal. o clínica psiquiátrica	4	(22%)
— Metadona sin apoyo psicoterapéutico	3	(17%)
— Psicoterapia	3	(17%)
— Consultas psiquiátricas	2	(11%)
— Programas libres de drogas	1	(5%)

Como aclaratorio, señalar que de los 3 casos (17%) que siguieron tratamiento psicoterapéutico, en dos casos fue de apoyo y en el restante de grupo.

— **Actitud frente al tratamiento actual:** La demanda fue efectuada en todos los casos por el paciente y su familia, siendo muy difícil objetivar la intencionalidad. Sin embargo, dado el alto número de pacientes que trabajan (69%), en la mayoría de los casos, parte al menos del coste económico les fue repercutido, y pagar es motivación admitida. También en 3 casos (23%) la empresa donde trabajan asumió el 70% del coste económico del tratamiento.

2.2. Programa terapéutico

2.2.1. Información - Diagnóstico - Selección - Encuadre

Comenzó con una entrevista al paciente y su núcleo familiar, donde se explicitó el modelo asistencial. A continuación se efectuó una valoración somática-psicopatológica, que valoró como diagnósticos excluyentes:

- Enfermedad orgánica grave.
- Enfermedad psiquiátrica grave
- Pacientes sin una adecuada estructura de contención psico-socio-familiar.

Mientras que por el diagnóstico somático no se excluyó a nadie, sí se hizo por el segundo, en dos casos de psicosis incorrectamente derivados y algunos casos más por el tercero de los items citados.

Estos datos de exclusión inicial no forman parte de la muestra analizada.

2.2.2. Desintoxicación

Se planteó siguiendo un modelo que se denominó de «internamiento domiciliario» (I.D.), contando con la familia en función, sea o no nuclear, como contención.

Con este objetivo, se hicieron sesiones familiares en las que se plantearon las normas, que en líneas generales son:

- Subordinación a uno o más responsables familiares determinados en cada momento, que se hicieron cargo del control y la administración regular de la medicación.
- Recomendación de suavizar tensiones y contener impulsos transgresores, que surgen inevitablemente, dando a conocer los casos más estereotipados de éstos.

El tiempo de duración varió de 4 a 5 días, según los casos, teniendo en cuenta que se determinó previamente y en todos ellos, que el consumo de estupefacientes se limitó en la última semana, a los de vida media más corta: heroína, no existiendo casos de consumo de metadona o dextropropoxifeno.

La medicación se utilizó según la siguiente pauta estándar:

- Acetil salicilato de lisina-A.S.L. - 10.800 mg./día.
- Citidin difosfato de colina, C.D.P.-Colina - 1.200 mg./día.
- Diazepan - 15-20 mg./día.
- Sulpiride 150-200 mg./día.

Respecto al A.S.L., tendría al parecer un posible efecto estimulador o liberador de Beta endorfinas, ya que su corta vida media, hace impensable su actividad o afinidad por los receptores opiáceos (Valdayo Moreno, 1983; Vescovi et al, 1983).

También la C.D.P.-Colina, actuaría facilitando o aumentando la producción de opiáceos endógenos (Tornos, M.E., 1983).

Por último, la asociación Diazepan-Sulpiride deparó buenos resultados subjetivos permitiendo la utilización de dosis medias bastante inferiores al uso habitual de B.Z. en estos casos.

Este régimen denominado de internamiento domiciliario, se utilizó en 12 casos (93%) ya que el restante (7%) llega al tratamiento habiendo superado el síndrome de abstinencia. Con él se consiguen plenos resultados en 10 pacientes (83%), facilitando el pase a la etapa posterior, con la inmediata inducción del antagonista opiáceo.

En los 2 sujetos restantes (17%) fracasa, y es necesario recurrir a un internamiento hospitalario durante tres días, en los cuales se utiliza Clonidina (Kleber, H.D., 1984) para comenzar la inducción al finalizar la tercera jornada.

2.2.3. Inducción a la Naltrexona

Se efectuó utilizando un protocolo de inducción (Szerman, N., 1985).

Para comenzar, decir que en ninguno de los pacientes de la muestra se utilizó el «Test de Narcan» o Desafío con Naloxona (Resnick, R.B., 1976). Por otra parte, la inducción comenzó en todos los casos con una dosis inicial de 25 mg., que se administró al cuarto día en los desintoxicados en régimen domiciliario-ambulatorio, y un día antes en los dos casos en los que hubo que recurrir al ingreso hospitalario. La respuesta a esta dosis, tanto en forma inmediata como a las 24 horas fue desta-

cada en todos los casos como «ausencia de síntomas» y sin registro de «respuestas equívocas» (bostezos, sensación de calor, molestias epigástricas).

Se previó que en caso de presentarse, se trataran con Atropínicos y B.Z., que obviamente no llegaron a utilizarse.

Al día siguiente de esta «dosis de desafío» y coincidiendo con la finalización del régimen de internamiento domiciliario, se administraron 50 mg. de Naltrexona que se repitieron los 3 ó 4 días siguientes para a continuación pasar a lo que ya se consideró mantenimiento con el Antagonista Opiáceo.

2.2.4. Mantenimiento con Naltrexona

Se hizo según el siguiente Plan Terapéutico de Administración:

Primeros 5-6 meses de tratamiento:

Lunes	100 mg.
Miércoles	100 mg.
Viernes	150 mg.

5.º a 8.º mes de tratamiento:

Lunes	150 mg.
Viernes	150 mg.

8.º a 9.º mes de tratamiento:

Martes	50 mg.
Viernes	100 mg.

9.º a 10-11.º mes de tratamiento:

Viernes	100 mg.
---------------	---------

Este programa se efectuó bajo las siguientes condiciones: La administración se hizo en la consulta bajo la observación directa de un miembro del equipo (O'Brien Charles, 1984). Cuando alguna causa de fuerza mayor (enfermedad, asunto familiar, etc.) lo impidió, se entregó al responsable familiar objeto del contrato, la dosis necesaria para que éste se responsabilizara de su administración el día señalado.

Cuando a partir del 4.º ó 5.º mes se plantearon en algunos casos vacaciones de fin de semana (puentes) de cuatro o más días, quedando «ventanas» que no aseguraban un bloqueo efectivo, se respetaron éstas y al regreso se continuó con el plan previsto, sin que hubiera incidentes que reseñar.

2.2.5. Datos analíticos

Las exploraciones complementarias se hicieron según una sistemática inicial, en la cual es de destacar que en ningún caso de los estudiados, se encontraron hepatitis agudas virales en período de estado o convalecencia inmediata, demostradas por los marcadores serológicos para hepatitis A y B. Por otra parte y como dato de especial interés se hallaron 11 casos (85%) de hipertransaminemia, siendo en la totalidad de las muestras, más elevada al G.P.T.

Una sistemática más reducida se repitió bi-mensualmente, encontrándose entre el 4.º y 6.º mes de tratamiento los siguientes parámetros:

— hipertransaminemia inicial, entre el 4.º y 6.º mes (con n = 11):

- Aumentanninguno
- Se normalizan3 casos (27%)
- Disminuye signif.5 casos (45%)
- No se repiten por abandono3 casos (27%)

Datos que no varían al finalizar el período de tratamiento establecido.

En los 2 pacientes en los que la determinación de transaminasas se reveló desde el primer momento como normal, continuaron siéndolo sin cambios hasta finalizar.

En el hemograma hay que reseñar 3 casos (23%) que presentaron un aumento moderado de linfocitos (linfocitosis), que no fue posible relacionar con otros trastornos inmunológicos y que tendieron a normalizarse al finalizar el tratamiento.

Respecto a otras determinaciones, como la tensión arterial sistólica, no se confirmó en este trabajo el aumento descrito por algunos autores (Brahen, L.S., 1977) en la primera semana de Naltrexona.

El peso corporal no fue objeto de un seguimiento sistematizado, lo que se lamentó posteriormente ya que algunos pacientes se quejaron de no aumentar de peso y en algún caso de la falta de correlación de éste y un incremento de apetito (Atkinson, R.L., 1984).

Un último dato a reseñar fue la determinación de anticuerpos Sida, que tuvo implicaciones psicoterapéuticas que escapan

a este trabajo, cuyos resultados fueron:
Ac. anti V.I.H.:

Negativos	5 casos (38%)
Positivos	3 casos (23%)
No determinados	5 casos (38%)

2.2.6. Efectos secundarios

No se registró ninguno de los descritos que obligara siquiera a valorar la posibilidad de interrupción de la administración de la Naltrexona. Los hallados en cortos períodos de tiempo, como fueron depresión, mialgias, caída de cabello, adinamia, astenia, diarreas frecuentes, fue difícil correlacionarlos con el tratamiento, pese al seguimiento controlado de éstos.

2.2.7. Psicoterapia

En todos los casos el contrato terapéutico incluyó psicoterapia individual de orientación analítica, de tiempo limitado a doce meses en un primer acuerdo contractual, cuya frecuencia fue de tres sesiones en 10 casos (77%) y dos sesiones en 3 casos (23%).

En el encuadre global se señaló que no se administraría ningún tipo de información a la familia, sobre ningún evento, incluyendo la utilización de drogas ilegales o no; excepto el cumplimiento estricto de las actividades programadas: Control de protocolos de ingesta de medicación antagonista y psicoterapia. Este «encuentro» entre paciente y psicoterapeuta fue decisivo para el éxito del programa, aunque no se tengan en este estudio datos con grupos de control como los citados por algunos autores (Resnick, R.B. et al, 1980). También lo fue para la seguridad del tratamiento, impidiendo accidentes como son más frecuentes en programas que sólo utilizan antagonistas opiáceos (Schechter et al, 1974).

3. RESULTADOS - DISCUSION

Terminado el contrato inicial de 12 meses, aunque en algunos casos se renovó para continuar el tratamiento psicoterapéutico, se encontraron los siguientes resultados:

- Finalizaron el contrato: 9 (69%)
- Abandonos 4 (31%)

Distribuidos por meses, los abandonos se contabilizaron en: 3 (75% en el segundo mes y 1 (25%) en el séptimo mes de tratamiento.

Aunque es difícil dar cuenta de los verdaderos motivos de los abandonos, si se pueden señalar en cada caso lo manifiesto:

— Por paso a programa público gratuito, libre de drogas.

— Por coincidir con despido de trabajo eventual.

— Por dificultad de desplazamiento frecuente como requiere el programa, al vivir en ciudad distante a 25 Km. del centro de Madrid.

— El último abandono se produjo al 7.º mes y coincide con fuerte crisis del paciente por separación matrimonial.

Estos datos señalan alguna dificultad en los criterios de selección, que no restan importancia a las elevadas tasas de retención obtenidas.

Dado el método expuesto vamos a contrastar los resultados en el mismo orden.

3.1. Datos demográficos y socio-económicos

Quizás los más sugerentes se refieren al alto porcentaje (92%) que pertenecen a familias normativas, y que mantienen una actividad laboral remunerada y continua (70%). El programa terapéutico les garantizó volver a su trabajo a la mayoría en la 2.ª semana, o pasada la desintoxicación de pocos días, con las enormes ventajas que esto deparó, tanto a quienes se trataron con el apoyo de su empresa (4 casos, 44%), como a quienes lo ocultaron tratando de preservarlo (5 casos, 56%), datos que nos indican un alto grado de motivación, tanto en uno como en otro ejemplo.

3.2. Antecedentes

Tanto los familiares como los personales, de tipo orgánico, destacan como muy significativos con cualquier otro control,

las enfermedades psicosomáticas; que quizás no podrían sugerir una estructura de personalidad con escasa capacidad de simbolización.

Los antecedentes psíquicos reflejan también datos positivos muy altos, destacando en los personales las alteraciones del comportamiento y los sentimientos escolares negativos, algunos de los cuales podría relacionarse con cuadros psicopáticos infantiles, a pesar de tratarse, como hemos visto, de familias normativamente estructuradas en su mayoría.

Encontramos además en los datos actitudinales, que un 69% habían efectuado tratamientos anteriores, y que fueron considerados por los pacientes como un episodio más de los muchos fallidos, de su vida, lo que acrecentaba los sentimientos de culpa.

3.3. Desintoxicación

Sobre aspectos del tratamiento proponíamos destacar la desintoxicación, que al ser planteada en forma ambulatoria, proporciona evidentes ventajas, no sólo las obvias económicas, sino también desde la perspectiva psicoterapéutica dinámica.

Pese a la importante cifra de resultados positivos (83%) obtenida, la mayoría de los pacientes y sus familias demandaban inicialmente un ingreso para este período.

Desde la perspectiva individual, este dato fue leído en lo manifiesto como sugerente de nula autoconfianza en conseguir un objetivo auto propuesto, junto a un exagerado temor al sufrimiento físico producido por el S.A.O. (Síndrome Abstinencia Opiáceos). Conductas estas, que podríamos señalar como emergentes de una patología de la estructura narcisista, donde los tratamientos que contienen implícitos un absoluto control, que pone de relieve aspectos de humillación y/o castigo, trabajos o pasividad forzosa, se basarían en una efectiva manipulación de las tendencias sado-masoquistas, que aunque producen cambios temporarios, podrían llevar como peligro el que el tratamiento pueda sostener o incluso devenir en un síntoma del

problema. Sabemos por experiencia, que estos éxitos son muy etéreos, debido a que las mejoras son el resultado de la conformidad o la sumisión antes que un cambio.

3.4. Inducción

Respecto a la inducción a la naltrexona, se efectuó al tercer día en los pacientes hospitalizados y al 4.º día en los ambulatorios, tiempo sensiblemente menor al descrito en la mayoría de las publicaciones, y sin precipitar abstinencia como se refiere que seguramente ocurrirá si el tiempo es menor que 5 días (Greenstein, R., 1984; Lucio, M.J., 1985).

La explicación dada a tales efectos o la falta de ellos, fue que seguramente la dosis de narcótico que se administran los toxicómanos en España es sensiblemente menor en su pureza, como muestran las comparaciones de las drogas incautadas por la policía, a las utilizadas por los adictos en EE.UU.

Este acortamiento del tiempo libre de opiáceos para la inducción a la naltrexona produce un aumento importante en los éxitos de retención, en éste como vimos, por muchos motivos, delicado período de desintoxicación.

Los pacientes comunicaron desde los primeros días, en general al cabo de 3 ó 4, una sensible disminución del «craving». El sentirse bien y sin ansia de droga, aumentó su autoconfianza, llevando en algunos casos a un sentimiento de euforia, que como es lógico, fue muy pasajero, y atribuyendo a la naltrexona efectos mágicos.

El interés heurístico que despierta la comprobación de este hecho puede ser resumido en esta frase (Pierre F. Renault, 1980): «Un excitante área de investigación pueden ser los efectos del naltrexone sobre el sistema endorfinico. El hecho que en la Fase II, de estudio doble ciego, naltrexone apareció como disminuyendo el craving, sugiere que podría tener un efecto "curativo" sobre el sistema endorfinico.» Este sistema podría haberse visto atrofiado por la utilización crónica de heroína, que la naltrexona ayudaría a revertir. Estaríamos así pasando de una concepción inicial, que

concebía su utilización como instrumento operativo, que otorgaría protección contra los repetidos impulsos de utilización de heroína, a estar actuando sobre bases patológicas, por la posible modulación del sistema de endorfinas.

3.5. Estabilización y mantenimiento

Se siguió el modelo antes citado, protocolizando la administración, los efectos secundarios, la analítica y los incidentes ocurridos. Como resultado, quizás emerge el hecho de que el tiempo de administración debe ser individualizado para cada paciente atendiendo el equipo terapéutico a la evolución del programa y del «insight». Los efectos secundarios fueron reseñados y en todos los casos cedieron en pocos días, sin interrumpir, salvo en forma muy transitoria (una toma), la administración programada.

Los datos analíticos no confirmaron la hipertransaminemia, que disminuyó en todos los casos comprobados. Sí en cambio, encontramos un 23% de linfocitosis moderada, que tendió a normalizarse al finalizar el tratamiento.

Respecto al desafío del bloqueo con naltrexona, se registraron 4 casos (31%) que pusieron a prueba los efectos opiáceo-bloqueantes durante una o más veces, generalmente en el primer mes. Esta cifra es algo menor que la mencionada por algunos autores (Greenstein, R., 1984), en la que un 44% de los pacientes tuvieron la misma actitud. En todos los casos el bloqueo fue satisfactorio, no reseñándose ninguna sobredosis potencial, que aunque teóricamente posible, debería ser muy rara, dadas las bajas concentraciones de heroína pura que contienen generalmente las «papelinas» en España.

No hubo incidencias notables en la asistencia, incluso en los casos que después terminaron en abandonos, en cuyo caso no siempre se practicó un test de orina, sino que, de acuerdo con el programa, se continuó el tratamiento.

En cuanto a consumos sustitutorios, los más llamativos fueron:

— Cocaína parenteral, en 4 casos (31%), tres de los cuales abandonaron en las 2 ó 3 semanas, persistiendo en un caso su utilización «recreativa» los fines de semana, hasta completar el tratamiento.

— Alcohol. Fue también en las primeras semanas en 5 casos (38,5%), siendo en algunos, añadidos a la cocaína, persistiendo y aumentando su consumo sustitutorio en un caso (8%) hasta abandonar el 7.º mes.

— Cannábicos. Su consumo no fue seguido regularmente, dada la extensión del fenómeno en España, y en muchos casos lo siguen utilizando en «forma recreativa».

Como dato novedoso se incluyó un modelo de retirada progresiva de naltrexona, provocando «ventanas» libres de bloqueo, que se incrementaron progresivamente, antes de la retirada final, que fue muy bien aceptada por los pacientes, aunque esta finalización fue continuada en todos los casos por el tratamiento psicoterapéutico, que se prolongó en algunos sujetos después de un año.

3.6. Psicoterapia

Con la notable excepción de las teorías de estudio-condicionamiento aplicadas al problema del abuso de sustancias (Callahan, E., 1980; Meyer, R., 1981), existen pocos informes que relacionen teorías psicodinámicas y práctica terapéutica (Kantizian, 1981).

Debido a estas dificultades, las aproximaciones nosológicas a una definición psicopatológica, son siempre arriesgadas. Si aceptamos que un sector importante de estos pacientes se caracteriza por una «tendencia permanente a resolver todo conflicto intra-psíquico mediante el paso al acto auto o heteroagresivo, en detrimento de cualquier elaboración mental» (Diatkine, G., 1986), nos encontramos con la biografía de sujetos marcados por la repetición de un ciclo de agresiones contra sí mismos y el entorno, hasta que éste, rechaza al sujeto y le expulsa a un nuevo medio cada vez más anónimo y represivo. Lejos del op-

timismo de ciertos autores que hacían de la Psicoterapia el tratamiento de elección siempre que se encontrara en cada caso la técnica y el terapeuta adecuado (Glover, 1949), es posible acordar que el cese de ciertas conductas, la ruptura de este círculo vicioso anterior: transgresión-droga-culpa-abstinencia (Szerman, N. 1985) supone el hecho de que el sujeto ha encontrado un medio de vida que se ha «hecho cargo» de él, y lo que podría hacerlo posible es el encuentro con un psicoterapeuta.

La experiencia de tratamientos en grupo no ha sido satisfactoria, a pesar del esfuerzo y de sus notables ventajas económicas. Estos grupos de individuos que comparten una serie de códigos y hasta una misma superestructura ideológica a pesar de las heterogeneidades sociales, corren el riesgo de constituirse en organizaciones cerradas, que expulsan al terapeuta que, sin darse cuenta, puede servirles de fachada y no de agente de cambio (Dupetit, S., 1983).

La naltrexona ha permitido más que un «espacio de respiro» (O'Brien, C., 1984), habilitar y esclarecer un campo de trabajo donde es posible el intento terapéutico.

Los resultados están ahí, y el futuro es excitante.

BIBLIOGRAFIA

- ATKINSON, R.L. «Endocrine and metabolic effects of opiate antagonists». *The Journal of Clinical Psychiatry* (sept. 1984), vol. 45, number 9, section 2, pp. 20-24.
- BRAHEN, L.S.; CAPONE, T.; HELLER, R.C. et al. (1978). «Controlled clinical study of Naltrexone side effects comparing first-day doses and maintenance regimen». *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 5, pp. 235-245.
- CALLAHAN, E.J. et al. (1980). «The treatment of heroin addiction: Naltrexone alone and with behavior therapy». *The International Journal of Addiction*, 15 (6), pp. 795-807.
- DIATKINE, G. (1986). *Las transformaciones de la psicopatía*. Tecnipublicaciones, S.A. Madrid.

- VINCENT DOLE. «La conducta adictiva». *Revista Investigación y Ciencia*, n.º 53, pp. 68-75 (feb. 1981).
- DUPETIT, S. (1983). *La adicción y las drogas*. Salto Editora. Buenos Aires, Argentina.
- GAMBINO, B., and SHAFFER, H. (1979). *The concept of paradigm and the treatment of addiction*, *Prof. Psychol.*, 10, p. 207.
- GLOVER. (1949). *The roots of crime*. London Imago Pub. Co.
- GREENSTEIN, R.A. et al. (1984). «Naltrexone: A clinical perspective». *The Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 45, number 9, sect. 2, pp. 25-28.
- KHANTZIAN, E.; SHAFFER, A. (1981). *A contemporary psychoanalytic view of addiction, theory and treatment; Substance abuse*. Edited by Joyce Lowinson - Pedro Ruiz, chapter 37. Baltimore, London.
- KLEBER, H.D.; KOSTEN, T.R. (1984). «Naltrexone inductions: Psychologic and pharmacologic strategies». *The Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 45, section 2, number 9, pp. 29-38.
- LUCIO LOPEZ, M.J. (1985). *Naltrexona en el tratamiento de la drogodependencia a opiáceos*, 13 Jornadas de Sociodrogalcohol, p. 453. Palma de Mallorca.
- MEYER, R.E.; MIRIN, S.M. (1981). *A psychology of craving: Implications of behavioral research, substance abuse*. Edited by Joyce Lowinson - Pedro Ruiz, chapter 6. Baltimore, London.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. (1986). Circular 8/86. Asunto: Tratamientos con Naltrexona.
- O'BRIEN, CH. P. (1985). *Trexan, in opioid addiction*. E.I. Du Pont de Nemours and Co. (inc.).
- O'BRIEN, CH. P. (1984). «A new approach to the management of opioid dependence: Naltrexone and oral antagonist». *The Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 45, number 9, section 2.
- RENAULT, P.F. (1980). «Treatment of heroin —dependent persons with antagonists: current status, Naltrexone— research monograph 28. *N.I.D.A.*, pp. 11-22.
- RESNICK, R.B. et al. (1977). *Naloxone, precipitated withdrawal: A method for rapid induction onto naltrexone*, *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, vol. 21, n.º 4.
- RESNICK, R.B. et al. (1980). «Psychotherapy and Naltrexone in opioid dependence». *N.I.D.A., Research Monograph 34*, pp. 109-115. U.S. Dept. of Health and Human Services.
- SCHECTER, A.J.; FRIEDMAN, J.G.; GROSSMAN, D.J. (1974). «Clinical use of Naltrexone, part I: Safety and efficacy in pilot studies». *Am. J. Drug Abuse*, 1, pp. 253-269.
- SIMON, E.J. (1981). *Recent developments in the biology of opiates: Possible relevance to addiction, substance abuse, chapter 5*. Edited by Joyce Lowinson - Pedro Ruiz. Baltimore, London.
- SZERMAN, N. (1985). *Informe área Médico-Psiquiátrica Asociación Icaro*, pp. 26-110.
- SZERMAN, N. *Uso instrumental y situacional de la Metadona*, 13 Jornadas de Sociodrogalcohol, pp. 453 (nov. 1985). Palma de Mallorca.
- SZERMAN, N. (1985). «Protocolo de inducción a la Naltrexona». Madrid.
- TORNOS, M.E. et al. (1983). «Efectos de CDP-Colina oral en el Síndrome de Abstinencia Experimental». *Arzneimittel Forschung*, 33, n.º 7, pp. 1.018-1.021.
- VALDAYO, MORENO, M. (1983). «Tratamiento de las toxicomanías con CDP-Colina». *Phronesis*, n.º 5, p. 313.
- VESCOVI, P.P. et al. (1983). *Successful treatment of opiate... Current therapeutic research*, vol. 33, n.º 5.
- WIKLER, A. (1965). *Conditioning factors in opiate addiction and relapse in Narcotics*. D.N. Wilner and G.G. Kassenbaum Editors, New York.