

ADQUISICION Y MANTENIMIENTO DE LA CONDUCTA DE DROGODEPENDENCIA

ENRIQUE ECHEBURUA ODRIOZOLA

Departamento de Psicología Experimental de la Facultad de Filosofía y Ciencias
de la Educación de la Universidad del País Vasco (San Sebastián)

Introducción

El uso de sustancias que conducen a una excesiva dependencia psicológica y/o física, plantea tanto un peligro para el individuo como la difusión de problemas para la sociedad. Hasta una época muy reciente el abuso de drogas (en especial narcóticos) ha incidido con mucha frecuencia entre los varones de las clases bajas urbanas que viven en las áreas suburbanas de las ciudades. Dentro de este contexto, la adicción se ha percibido como una función de las privaciones sociales y económicas. La adicción entre individuos más opulentos se consideraba como resultado de un desajuste de la personalidad; o sea, el adicto se caracterizaba como sociópata o personalidad antisocial que tenía poco control de sus impulsos (Monroe, Ross y Berzins, 1971). El alcohol, por otra parte, que es con mucho la droga de la cual se abusa más en nuestra sociedad, es una droga aceptable utilizada por la mayoría de las personas de este país. Es interesante observar que la sociedad no se ha mostrado particularmente preocupada por el problema de la adicción a las drogas hasta que se ha difundido desde los suburbios hasta las áreas residenciales de la clase media. Un patrón similar de apatía pública ha existido —existe, en gran medida, todavía— respecto al abuso de alcohol, puesto que sólo se consideran verdaderos alcohólicos a los vagos y alborotadores.

Factores fisiológicos

No hay investigaciones concluyentes sobre la influencia de factores fisiológicos en la etiología del abuso de drogas. Se han establecido varias teorías fisiológicas para explicar las causas del abuso de alcohol. R. J. Williams (1946) postuló que, debido a un defecto genético, los alcohólicos tienen una marcada deficiencia nutritiva. Su hipótesis consistía en que el consumo de alcohol de un individuo aumentaba en función de la carencia de ciertas vitaminas

esenciales. Sin embargo, las investigaciones experimentales no han apoyado esta teoría.

Otra teoría popular sobre el abuso del alcohol dice que es hereditario. Goodwin (1971) ha reexaminado recientemente la literatura de investigación que muestra que el alcoholismo pasa a través de las familias. Si un individuo tiene un progenitor o pariente sanguíneo que es alcohólico, es más probable que abuse del alcohol. Este hecho, sin embargo, no implica necesariamente factores genéticos. Los estudios sobre el modelado del papel social (Bandura, 1969) indican que estar expuesto a un modelo que exhibe patrones de bebida inapropiados puede enseñar a un niño a responder de una manera similar cuando se le presente la oportunidad. Por otra parte, los niños criados en familias abstinentes tienden más, probablemente, si beben, a hacer abuso del alcohol. Estos niños no están provistos de modelos adultos que limiten el uso de la bebida a las ocasiones sociales. No aprenden en su vida temprana razones apropiadas de cómo, cuándo, dónde y por qué beber (Miller y Eisler, 1981).

Puede ser que más que lazos genéticos directos existan predisposiciones fisiológicas que afectan al abuso de una sustancia. Por ejemplo, un individuo con poca tolerancia gastrointestinal para el alcohol es menos probable que abuse del mismo. Después de uno o dos tragos puede experimentar malestar o náusea y así dejar de beber. La persona que se convierte en un alcohólico puede ser capaz de tolerar más y, en consecuencia, obtener menos realimentación fisiológica negativa. Aún cuando pueda sentirse con resaca al día siguiente, el "castigo" se produce mucho tiempo después de beber como para que tenga mucho efecto. En forma similar, debido a diferencias bioquímicas, algunos individuos pueden sentir efectos más placenteros (altos) provenientes de determinada droga, que otros, de modo que es más probable que la usen repetidamente.

La personalidad del toxicómano

Las investigaciones sobre la personalidad previa del drogodependiente son muy abundantes, entre otras cosas porque, de poderse establecer con la suficiente finura descriptiva un retrato-robot del predrogodependiente y de la población de alto riesgo, se podrían diseñar campañas preventivas de tipo selectivo y con objetivos muy específicos. Con los datos de que hoy disponemos no podemos afirmar que exista una personalidad específica (con arreglo, por ejemplo, al parámetro introversión-extraversión u otro tipo de parámetros) que lleve al consumo de drogas, ni se conocen los elementos más importantes de la estructuración de la personalidad del drogodependiente. El problema de investigar sobre la personalidad de los usuarios de drogas se hace más complejo por la multiplicidad

de drogas que pueden ser consumidas: los adictos a diversas drogas poseen personalidades distintas y los diversos consumidores de una droga no son tampoco un grupo totalmente homogéneo (Varo, 1979). Ni siquiera esta misma tesis (qué drogas específicas atraen a personalidades específicas) no tiene aún suficiente validación experimental. En la actualidad, debido al uso de múltiples drogas entre los consumidores, es muy difícil demostrar una relación entre la preferencia por una droga determinada y los rasgos de personalidad. Personas que usan drogas de forma ilegal, a menudo cambian con facilidad de una sustancia a otra, de acuerdo con la disponibilidad de una droga en particular y con la moda cambiante. El cambio se hace entre drogas de diversa actividad farmacológica. Por ejemplo, un mismo sujeto puede alternar fases de consumo regular de opiáceos con períodos de ingesta de anfetaminas o alucinógenos.

Aún cuando se han postulado una serie de teorías psicológicas basadas en las diferentes formulaciones del desarrollo de la personalidad a fin de explicar el abuso de las drogas (McCord y McCord, 1960), la dificultad en la elaboración práctica de este concepto radica en determinar cuáles de las anomalías emocionales que pueden encontrarse en drogodependientes son preexistentes y cuáles son producto de la ingesta de alcohol y drogas. Quiero citar, a título de ejemplo, dos trabajos que se han realizado con esta metodología. Wells y Stacey (1976) examinaron, mediante cuestionarios y formularios de personalidad, una muestra de consumidores de drogas ilegales, no necesariamente dependientes, y los compararon con otros no consumidores. Los consumidores de drogas eran más neuróticos y ansiosos, habían tenido con frecuencia un hogar más infeliz y una vida escolar más difícil, estaban más relacionados con el tabaco, el alcohol y con relaciones sexuales fuera del matrimonio, y eran más proclives a tener problemas de empleo. D'Orban (1970) investigó a mujeres dependientes de la heroína que habían sido enviadas a una prisión de Londres. Todas menos una usaban varias drogas. Antes del comienzo de la dependencia a la droga, sus vidas mostraban una alta incidencia de hogares destruidos, homosexualidad, delincuencia menor, insuficiencia educacional, incapacidad para conservar el empleo, impulsos inestables, trastornos del carácter y rasgos suicidas.

Más evidencia experimental existe en cuanto a la relevancia de la poca tolerancia a la frustración como factor (uno de los que) empuja a la conducta de drogodependencia. Martin e Inglis (1955) han ofrecido evidencias que indican que la adicción a las drogas puede, en algunos casos, representar una forma de autoterapia para aumentar una tolerancia a los estímulos dolorosos anormalmente baja. Ellos aplicaron la prueba del compresor frío de Hardy (inmersión de la mano en agua a 5 °C durante el mayor tiempo posible)

a mujeres adictas (que no estaban bajo los efectos de la droga en el momento de la prueba) y a no adictas que estaban en prisión, y encontraron que el grupo de adictas era significativamente menos tolerante a la situación dolorosa que el grupo de no adictas. Las adictas lograron mantener la mano en el agua durante un período medio de sólo 1'22 minutos, en contraste con un promedio de 6'74 minutos para las no adictas. Conviene precisar que no hubo evidencia de que la intolerancia al dolor fuera el **resultado** de la adicción y no se hallaron sino correlaciones insignificantes con variables de personalidad.

La posible preexistencia de trastornos de conducta en los alcohólicos y en el resto de los toxicómanos ha sido muy debatida. Un lugar como el País Vasco, que tiene un alto nivel de dependencia al alcohol, debido a que sus factores culturales y económicos determinan una alta ingesta per cápita, tendrá una cantidad de alcohólicos con una personalidad normal o cercana a la normal, mayor que una comunidad donde los niveles de consumo de alcohol y dependencia son tan pequeños que sólo sus miembros más vulnerables llegan a ser alcohólicos. Por otra parte, existe cierta evidencia de que los alcohólicos, como grupo, tienden a parecerse más al resto de la población en su carácter social y mental que aquellas personas que dependen de otras sustancias toxicomanígenas.

Factores de aprendizaje

El consumo de drogas es una conducta aprendida que se adquiere y mantiene en base a los mismos principios del aprendizaje que rigen para otros modos de conducta (Buringer, 1976). Además del fácil acceso y del bajo precio de muchas de las drogas, especialmente de las legales, numerosos hechos sociales promueven el aprendizaje de la ingesta de alcohol o del consumo de drogas. El consumo de alcohol por parte de los padres y sus actitudes al beber, asociado a los ratos agradables, se reflejan en los hijos (O'Connor, 1976), en función de un mecanismo de aprendizaje social. Una conducta imitadora frente al alcohol y a las drogas también se desarrolla por influencia de sus iguales. Las personas que trabajan en oficios que requieren el contacto con el alcohol o las drogas, tienen oportunidad de consumirlos con frecuencia y así pueden aprender a hacerlo. Desde otro punto de vista, un niño puede estar expuesto a un padre que consume regularmente un exceso de medicamentos a la más leve indicación de malestar psicológico. La sociedad también refuerza esta conducta a través de una publicidad que defiende las drogas como respuesta a muchos problemas de la vida. Muchos médicos refuerzan estos patrones prescribiendo medicamentos para dormir, tranquilizantes, antidepresivos y píldoras para dietas alimenticias, sin una evaluación suficiente de los factores psicológicos que subyacen a la solicitud de drogas por parte del paciente.

La respuesta de conducta a reaccionar ante un estímulo emocional desagradable obteniendo alivio mediante un medio químico, se aprende con facilidad, particularmente cuando dicha respuesta recibe la aprobación de la cultura o subcultura en la que el sujeto desea integrarse. No hay que olvidar, además, que, a fin de combatir el abuso de esas sustancias, muchas sociedades han impuesto severas penas legales. A largo plazo, tales métodos de castigo no han afectado significativamente a la incidencia del abuso. Una de las razones es que las sanciones son, con frecuencia, difíciles de aplicar debido a la disponibilidad y difusión del uso de alcohol y drogas. Además, la imposición de una sanción, como la prohibición, aumenta el refuerzo logrado por el abuso del alcohol o de otra droga, en el sentido de que se vuelve una conducta "aventurada" o "peligrosa".

La iniciación en el consumo de drogas está, por tanto, asociada (además de la fácil disponibilidad de ellas) a las conductas de curiosidad e imitación, que se desarrollan en base a las consecuencias positivas observadas o descritas por el medio social (amigos, padres, grupo, mediadores...). La presión de los compañeros, conjuntamente con el reconocimiento y atención de las otras personas significativas, a menudo sirven para precipitar y eventualmente mantener la ingestión abusiva de drogas. Los adolescentes son particularmente susceptibles a los efectos del refuerzo de sus compañeros. En los grupos de compañeros jóvenes el status —y también el status de masculinidad— se alcanza en base a la variedad de drogas ingeridas o a la tolerancia para grandes cantidades de drogas. El refuerzo obtenido por una "nueva experiencia", o por los efectos fisiológicos agradables de algunas drogas, juega un papel importante.

Mantenimiento de la drogodependencia

Una vez iniciada una persona en el consumo de drogas por curiosidad o por aprendizaje imitativo, que son tanto más relevantes cuanto más pobre es el repertorio de conductas del sujeto, los efectos reforzantes de la ingestión mantienen esta conducta y la hacen difícilmente extingible. Los refuerzos pueden ser de tipo positivo (el estado placentero que produce la droga, la convivencia y cohesión entre los compañeros adictos, los nuevos estados de conciencia...) y/o negativos (evitar la ansiedad social, eludir los síntomas negativos que siguen a la abstinencia de ciertas drogas...). Por ejemplo, el refuerzo en los hombres para tomar alcohol (Oxford, 1976) es tanto farmacológico (el efecto eufórico y desinhibidor del alcohol) como social (buscar la relación y unión con otras personas). Es cierto, sin embargo, que el alcohol y las demás drogas producen a medio y largo plazo efectos aversivos (deterioro progresivo, empobrecimiento de conductas, dificultades sociales y labora-

les), pero los efectos **inmediatamente** reforzantes de estas drogas predominan sobre los efectos no reforzantes **más remotos** del castigo social.

En las drogas susceptibles de crear una dependencia física (alcohol, barbitúricos y opiáceos), una vez establecida ésta, la ingestión continuada de drogas para evitar el síndrome de abstinencia es el reforzador más poderoso de la conducta. La conducta de obtención de la droga llega a condicionarse, en función de la contigüidad espaciotemporal expuesta a las leyes del condicionamiento clásico, con refuerzos secundarios, como son los estímulos que habitualmente se asocian a la administración de la droga (personas, lugares y situaciones) (Wikler, 1965): la actividad instrumental de la ingestión de droga en presencia de estas incitaciones se refuerza por un escape o evitación del síndrome de abstinencia. Además, alguno de los síntomas de abstinencia vienen condicionados a presentarse en respuesta a situaciones en que es posible disponer de la droga, como puede ser la observación del consumo por compañeros. Este mecanismo ayuda a explicar cómo el proceso condicionante puede provocar una recaída en antiguos drogadictos.

Las drogas y el alcohol también pueden servir para reducir estados emocionales y cognoscitivos aversivos y reemplazarlos por otros más positivos. En este aspecto, ciertas circunstancias ambientales relacionadas con aburrimiento, depresión, ansiedad, falta de asertividad o pensamientos autodepreciativos, pueden inducir al abuso de drogas. Teasdale y Hinkson (1971) encontraron que los usuarios de combinaciones de Anfetamina y barbitúrico informaban subjetivamente menos ansiedad social, autoestima aumentada, y sentimientos de euforia después del uso de la droga. En ausencia de drogas, estos usuarios informaban que estaban muy ansiosos, carentes de autoconfianza, con mala imagen de sí mismos y con indecisión para intentar nuevos patrones de conducta. Así, los cambios cognitivos inducidos por las drogas pueden servir como reforzadores para seguir usándolas. En algunas personas, el abuso de drogas permite la expresión de un repertorio de conductas ampliado. Una persona tímida, inhibida, puede encontrar que es capaz de responder más espontáneamente, o volverse más asertiva bajo la influencia de las drogas. Con frecuencia, sin embargo, la conducta más espontánea es llevada a tal extremo que el individuo se vuelve más que asertivo, hostil o socialmente inadecuado. La intoxicación o el estar "alto" permite a veces a un individuo emprender conductas sociales inaceptables sin censura: el individuo tiene una "excusa" para los patrones desviados de conducta.

Causas precipitantes y causas de mantenimiento

A menudo es necesario diferenciar entre causas precipitantes y causas de mantenimiento, con vistas a formular una determinada

estrategia terapéutica. Supongamos que una esposa de mediana edad tiene dificultades matrimoniales y comienza a beber en exceso a fin de aliviar la tensión y preocupación respecto a su matrimonio. Eventualmente se divorcia de su esposo y su ingestión de bebida aumenta. Ha establecido un patrón según el cual la bebida excesiva se vuelve contingente respecto a cualquier suceso emocionalmente angustiante. El intoxicarse alivia su ansiedad y le permite escapar temporalmente a las circunstancias angustiantes. Una vez que la bebida ha alcanzado una frecuencia cotidiana encuentra que beber por la mañana temprano es reforzante, puesto que alivia la agitación y el malestar provenientes de la bebida de la noche anterior. A través de contactos hechos en los bares, puede relacionarse con otros que beben en exceso. A esta altura, el factor precipitante ya no está presente. Su afición a la bebida continúa por otras razones de mantenimiento, como aprobación de los compañeros, aliento, reconocimiento y/o evitación del síndrome de abstinencia. El tratamiento debe dirigirse a los factores de mantenimiento actualmente más poderosos, puesto que las causas iniciales pueden tener poca relevancia en sus patrones de bebida presentes. Una vez que la bebida se controla a través del tratamiento, los esfuerzos de intervención encaminados a enseñarles cómo tratar más apropiadamente los sucesos angustiantes, disminuiría, razonablemente, la posibilidad de que el paciente sufriera una recaída.

La escalada de las drogas

Un tema muy controvertido es el problema de la escalada en la dependencia de drogas. Es un hecho que el consumo de cualquier droga puede preceder al abuso de sustancias más potentes y peligrosas. Este tema se ha planteado con especial significación en el caso de la cannabis. Es cierto que la mayoría de dependientes a opiáceos afirma haber consumido también cannabis, pero desde un punto de vista epidemiológico se ha constatado que la mayoría de consumidores de cannabis no escala al uso de otras drogas. En este sentido cabe resaltar que, en nuestro medio, la historia natural de la dependencia de drogas se inicia con el uso del tabaco y del alcohol y no con el uso de la cannabis.

El síndrome amotivacional es una conducta atribuida al uso de cannabis y que se caracteriza (Camí, 1981) por el desarrollo de fenómenos de apatía, regresión, fantasías, pérdida de interés por los estudios y el trabajo; es decir, pérdida de las motivaciones convencionales. Si bien no hay evidencia de que la cannabis cause este síndrome, lo cierto es que el uso reiterado de esta droga es prevalente en las personas con esta actitud, como si el síndrome amotivacional fuera la expresión de un síndrome depresivo latente y el uso de la cannabis (y otras drogas como el alcohol) fuera una tentativa de automedicación.

En nuestro medio, el consumo de cannabis aparece fundamentalmente en edades jóvenes, edades en las que se inicia también el abuso de alcohol. No es rara su utilización conjunta, lo que conduce a una potenciación de los efectos psicológicos (como depresores del sistema nervioso central), a embriagueces más profundas u otros posibles cuadros de sinergismo; en estas circunstancias la capacidad de concentración es nula y el grado de sugestionabilidad es máximo.

BIBLIOGRAFIA

1. BANDURA, A.: *Principles of behavior modification*, New York: Holt, Rinehart and Winston, 1969.
2. BÜRINGER, G.: "Terapia de conducta en la adición a drogas", *Análisis y modificación de conducta*, vol. 2., núm. 2, 1976, págs. 57-69.
3. CAMI, J.: "Cannabis: aspectos sanitarios", *Cuadernos de Pedagogía*, núm. 73, 1981, págs. 14-17.
4. D'ORBAN, P. T.: "Heroin dependence and delinquency in women —a study of heroin addicts in Holloway prison", *British Journal of Addiction* (1970), 65, págs. 67-78.
5. GOODWIN, D. W.: "Is alcoholism hereditary? A review and critique", *Archives of General Psychiatry* (1971), 25, págs. 545-549.
6. MARTIN, J. E., e INGLIS, J.: "Pain tolerance and narcotic addiction", *British Journal of Social and Clinical Psychology* (1965), 4, pág. 224.
7. McCORD, W., and McCORD, J.: *Origins of alcoholism*, Stanford: Stanford Press, 1960.
8. MILLER, P. M., y EISLER, R. M.: "Abuso de alcohol y de drogas", en Craighead, W. E., y otros: *Modificación de conducta*, Barcelona: Omega, 1981, págs. 403-420.
9. MONROE, J. J.; ROSS, W. F., and BERZINS, J. I.: "The decline of the addict as 'psychopath': Implications for community care", *International Journal of the Addictions* (1971), 6, págs. 601-608.
10. O'CONNOR J.: «Social and cultural factors influencing drinking», en Davies D. L. (ed.): *Aspects of Alcoholism*, London: Alcohol Education Centre, 1976.
11. ORFORD, J.: "Psychological considerations", en Davies, D. L. (ed.): *Aspects of Alcoholism*, London: Alcohol Education Centre.
12. TEASDALE, J. D., and HINKSON, J.: "Stimulant drugs: Perceived effect on the interpersonal behavior of dependent patients", *International Journal of the Addictions* (1971), 6, págs. 407-417.
13. VARO, J.: "Personalidad y abuso de drogas", Pamplona (mimeo): Escuela de ATS de la Residencia Sanitaria Virgen del Camino, 1978.
14. WELLS, W. P., and STACEY, B. G.: "Social and psychological features of young drug misusers", *British Journal of Addiction*, 71, págs. 243-251 (1976).
15. WIKLER, A.: "Conditioning factors in opiate addiction and relapse", en Wilner, D. M., and Kassebaum, G. C.: *Narcotics*, New York: McGraw-Hill, 1965, págs. 85-100.
16. WILLIAMS, R. J.: "The etiology of alcoholism: A working hypothesis involving the interplay of hereditary and environmental factors", *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* (1946), 7, págs. 567-587.