

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL Y PSIQUIATRÍA,
FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE GRANADA**

TESIS DOCTORAL

**"UN ESTUDIO SOBRE PERSONALIDAD Y ASPECTOS
SOCIOCULTURALES EN PACIENTES AFECTOS DE
HEROINOMANÍA"**

José Ignacio del Pino Montesinos

GRANADA, 1997

**UN ESTUDIO SOBRE PERSONALIDAD Y ASPECTOS
SOCIOCULTURALES EN PACIENTES AFECTOS DE
HEROINOMANÍA**

Tesis presentada por D. JOSÉ IGNACIO DEL PINO
MONTESINOS para optar al Grado de Doctor en
Medicina por la Universidad de Granada



JUAN ANTONIO GAZQUEZ EVANGELISTA, Profesor Titular de
Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de
Granada,

CERTIFICA:

Que los trabajos e investigaciones que se exponen en la
Memoria sobre "UN ESTUDIO SOBRE ASPECTOS DE
PERSONALIDAD Y VARIABLES SOCIOCULTURALES
EN PACIENTES AFECTOS DE HEROINOMANIA", pre-
sentada por el licenciado Don **JOSE IGNACIO DEL PINO
MONTESINOS**, para aspirar al grado de Doctor en Me-
dicina y Cirugía, han sido realizados, bajo mi dirección, en
todas sus etapas y desde el curso académico 1990-91,
reflejando con toda fidelidad los resultados obtenidos.

Tras haber revisado esta Memoria la encuentro conforme
para ser presentada, defendida en acto público y juzgada
en su momento por la Comisión que al efecto se designe.

Lo que firmo en Granada y a nueve de Junio de mil
novecientos noventa y siete.

A mi padres, Manuel *-in memoriam-* y Gabriela, que con su ejemplo me han sabido transmitir el valor de la verdadera Fe.

A mi mujer, María Ángeles, y a nuestra hija María, porque con ellas día a día lo imposible se hace realidad.

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi agradecimiento y estima al Prof. Dr. D. Juan Antonio Gázquez Evangelista, cuya paciencia y constante buen humor han hecho posible la realización de este trabajo de investigación.

A todos los miembros del Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal de la Universidad de Granada por las facilidades prestadas y el espíritu de cooperación que han demostrado durante la ejecución del mismo.

Al Dr. D. Rafael Larrea Lacaille, Coronel Médico Jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Militar Central "Gómez Ulla", y a todo el personal de dicho servicio por su ayuda desinteresada en la concreción del proyecto y los excelentes recuerdos compartidos que me acompañarán por siempre.

A los doctores D. Matías García Carrillo, D. Jesús Martín Molina, D.^a María Luisa Pedrejón Peinado, D.^a Judith García Frasset y D. Juan Carlos Fernández Rodríguez, quienes con sus consejos y oportuna supervisión han ayudado a superar obstáculos que parecían infranqueables.

A los doctores D.^a Angelina García García, D. Juan Carlos Guerrero Jurado, D. José Manuel Liger Ramos, D. Luis Fernández Rodríguez y a la licenciada en Psicología D.^a María José Palomo Domínguez, que han aportado su valiosa colaboración en distintas etapas de esta tesis.

A mis hermanos, a mis familiares, a los compañeros de la Unidad de Día y del resto del área de Salud Mental "Virgen Macarena" de Sevilla, y a todos los amigos que con su generosidad y aliento me han dado ánimos para el cumplimiento del objetivo marcado.

Finalmente, quiero agradecer de un modo muy especial el tiempo que mi mujer, en perjuicio de su propio descanso y de sus actividades científicas, ha dedicado a nuestra familia, sabiendo disculpar mis inevitables ausencias y proporcionando la tranquilidad y el apoyo necesarios para la realización del presente estudio.

Este trabajo de investigación ha sido financiado por el programa de **"ACCIONES DE FORMACIÓN DE PERSONAL INVESTIGADOR"** (B.O.E. 3/11/87), en la modalidad de **Becas de Formación de Postgrado, Líneas Complementarias**, del Ministerio de Educación y Ciencia, según Resolución de la Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología (30/12/87).

"Un hombre se enferma porque se oculta a sí mismo una historia cuyo significado le es insoportable. Su enfermedad, además, es una respuesta simbólica que procura, inconscientemente, alterar el significado de la historia, o, lo que es lo mismo, su desenlace"

LUIS CHIOZZA

"La libertad es uno de los fenómenos humanos. Pero es un fenómeno demasiado humano. La libertad humana es finita. El hombre no está libre de condiciones; sólo es libre de tomar postura frente a ellas. Pero las condiciones no le determinan sin más. Depende del hombre, en última instancia, someterse o no a las condiciones"

VICTOR FRANKL

Índice

I. INTRODUCCIÓN	1
I.1.- Persona y personalidad	2
I.1.1.- Introducción histórica y concepto de persona	3
I.1.2.- Introducción histórica y concepto de personalidad	9
I.1.3.- Teorías de la personalidad	14
I.2.- Droga y drogodependencia	33
I.3.- El opio y la heroína: introducción histórica	38
I.4.- El consumo de heroína	49
I.4.1.- El consumo de heroína en España	51
I.5.- Metabolismo de la heroína	54
I.5.1.- Origen, química, bioquímica y farmacocinética	54
I.5.2.- Efectos generales en el organismo	58
I.5.3.- Receptores para los opiáceos	60
I.5.4.- Opiáceos endógenos	62
I.6.- Alteraciones relacionadas con la administración de heroína	66
I.6.1.- Trastornos orgánicos	67
I.6.2.- Trastornos psicológicos	76
I.6.3.- Trastornos sociales	78
I.7.- Justificación del presente estudio	82
II. MATERIAL Y MÉTODO	89
II.1.- Población de estudio	90
II.1.1. Grupo de heroinómanos	92
II.1.2. Grupo control	93
II.2.- Método e instrumentos de investigación	95
II.2.1.- Ficha de trabajo	96
II.2.2.- Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler abreviada	102
II.2.3.- Escala de Hassanyeh	104
II.3.- Análisis estadístico de los datos	106

III. RESULTADOS	107
III.1.- Consideraciones generales	108
III.2.- Estudio analítico de la comparación intergrupai	109
III.2.1.- Aspectos socioculturales	109
III.2.2.- Personalidad	121
III.2.2.1.- Área cognitiva	121
III.2.2.2.- Área afectiva	124
III.3.- Estudio descriptivo del grupo de heroinómanos	126
III.3.1.- Aspectos toxicológicos	126
III.3.2.- Aspectos socio-culturales	141
III.3.2.1.- Nivel de estudios	141
III.3.2.2.- Antecedentes judiciales	156
III.3.2.3.- Factores familiares	166
IV. DISCUSIÓN	193
IV.1.- Consideraciones generales	194
IV.2.- Aspectos socio-culturales y heroinomanía	196
IV.2.1.- Edad	196
IV.2.2.- Nivel de estudios	197
IV.2.3.- Edad del primer contacto con tóxicos	203
IV.2.4.- Motivo del primer contacto con tóxicos	207
IV.2.5.- Antecedentes de hepatitis	211
IV.2.6.- Problemas con la justicia	213
IV.2.7.- Posición ordinal que ocupa dentro de la fratría	217
IV.2.8.- Consumo perjudicial de sustancias psicoactivas en la familia	219
IV.2.9.- Trastornos mentales en la familia	225
IV.3.- Historia toxicológica y heroinomanía	229
IV.3.1.- Preferencia en el consumo de heroína	229
IV.3.2.- Gasto diario en tóxicos	233
IV.3.3.- Tiempo de adicción	236
IV.3.4.- Intentos de deshabituación	239
IV.3.- Personalidad y heroinomanía	243
IV.3.1.- Área cognitiva	243
IV.3.2.- Área afectiva	246
V. CONCLUSIONES	254
VI. BIBLIOGRAFÍA	257

I.- Introducción

1.1.- Persona y personalidad

Las nociones de persona y personalidad son ampliamente utilizadas en la actualidad pero en ocasiones de manera confusa. Aunque ambos términos parten de un tronco común, no son equivalentes. Arnold (1968) recuerda que para Schöler: "Lo uno se es y lo otro se hace. A través de sus actos, madura la persona hasta convertirse en personalidad"; y también como Hengstenberg en su "Antropología filosófica" aclara: "La personalidad incluye a la persona, pero no viceversa". El propio Arnold lo resume considerando que la persona es la base de la personalidad.

En el diccionario de la Real Academia Española (1984) encontramos que por persona se entiende "cualquier individuo de la especie humana", mientras que personalidad sería la "diferencia que distingue a una persona de otra" o, en su acepción filosófica, "el conjunto de cualidades que constituyen a la persona o supuesto inteligente".

En palabras de Ibáñez (1989) podemos decir: "...el concepto de Personalidad fue continuamente de la mano de los de Individuo y Persona. La Personalidad fue Individuo y, por tanto, Constitución, Temperamento y Carácter; asimismo, la Personalidad fue Persona y con ello, Carácter, Rasgo e Identidad Personal. Pero también hubo una época en la que la Personalidad simplemente no fue, se trata de la época en la que la hegemonía del conductismo radical alejó del campo de la Psicología conceptos tales como «rasgos», «Self», «conciencia», «pensamiento» y, cómo no, Personalidad".

1.1.1.- Introducción histórica y concepto de persona

Las sociedades primitivas carecían del concepto de individuo, cuya existencia estaba supeditada al clan del que formaba parte. Dicho grupo estaba compuesto por cierto número de entidades o personajes representados mediante máscaras permanentes como en las ceremonias o temporales, en las mascaradas. La máscara encarnaba una entidad e indicaba la pertenencia al conjunto prefigurado del clan. La palabra persona podría derivar del nombre griego de la máscara: *prósopon*, del demonio etrusco *phersu*, o del latín *persona* (máscara), que a su vez proviene de *per/sonare*, máscara a través de la cual (*per*) resuena la voz del actor (*sonare*). Esta última posibilidad parece la más lógica y aceptada (Pichot et al., 1977; Ibáñez, 1989), pero también presenta dificultades para otros autores como el filólogo Rheinfelder (Arnold, 1968).

La ausencia del concepto de persona en la Grecia clásica se debe a su propio intelectualismo. Sus sistemas filosóficos planteaban un principio supremo carente de todo atributo o vida personal ("el Nous" de Anaxágoras, "las Ideas" de Platón, "el motor inmóvil" de Aristóteles, "el Uno" de Plotino...), lo que se correspondía con una imagen no personalista del hombre (Navarro y Calvo, 1980).

Los ciudadanos de la antigua Roma fueron los primeros en distinguir el concepto de persona a partir del vocablo latino *persona*, empleado para designar la máscara y el actor. Con él se tradujo el griego *hypóstasis* en contraposición a su opuesto *physis*, traducido como *natura*, y significó aquello que hace que el hombre sea tal, la verdadera naturaleza del individuo como ser único y mortal. El derecho romano al discernir entre las *personae*, las *res* y las *actiones*, convirtió a la *persona* en un ser objeto y sujeto de las leyes, poseedora de consciencia, autonomía, libertad y responsabilidad. Sin embargo, no tuvo en consideración la vertiente moral de la persona ni su dignidad; sólo los libres tenían un *Nomen* (nombre heredado del padre y los ancestros), mientras que los esclavos carecían de él y, por tanto, de cualquier tipo de derechos (Aguirre, 1994).

El cristianismo, al hacer al hombre hijo de Dios, aportó la base metafísica de la que carecía la noción de persona. Para la antropología cristiana Dios es un ser personal, por lo que el vínculo hombre-Dios es también una relación personal de amor. El hombre, creado a Su imagen, posee un valor absoluto y en la relación con el otro, no es un objeto sino algo valioso en sí. La persona es trascendente, abierta a otras personas y, en último término, al Ser personal supremo.

En contrapartida, introdujo el dogma de la Trinidad cristiana lo que fomentó la polémica sobre la unidad de la persona. Los SS. Padres griegos habían evitado utilizar el término *prósopon*, por sus connotaciones escénicas, recurriendo a distinguir entre *ousía* o lo común a todos los individuos de la misma especie, y su determinación en un ser concreto o *hypóstasis*. La traducción latina del griego *ousía-hypóstasis* fue: "*Una substantia, tres personae*".

San Agustín (354-430), obispo de Hipona, representa la culminación del platonismo cristiano y se constituye en el centro del pensamiento occidental durante diez siglos. En su opinión, alma y cuerpo son dos sustancias distintas que están unidas sólo de forma accidental.

Boecio (470-s. VI), el último de los filósofos romanos, propuso su célebre y clásica definición de la persona: "Sustancia individual de naturaleza racional". Este enunciado debe ser entendido dentro del lenguaje filosófico del Medievo, donde el concepto de "sustancia" connota la autonomía en el ser, y el de "racional" significa voluntad, libertad, sociabilidad y auto-conciencia.

Para Santo Tomás de Aquino (1224-1274), seguidor del hilomorfismo de Aristóteles, el hombre es una única sustancia constituida de alma y cuerpo. En su *Summa Theologica* afirma: "...persona significa lo que es máximamente perfecto en toda naturaleza, a saber, lo subsistente de naturaleza racional". Intenta la síntesis con el platonismo agustiniano aceptando la individualidad personal frente a su disolución en un Entendimiento único e impersonal por parte del aristotelismo averroísta.

En la Edad Moderna avanza la auto-conciencia del individuo y el dilema de si el alma es una sustancia o está soportada por ella. Descartes (1596-1650) partiendo de su duda metódica alcanza la primera verdad: *cogito ergo sum*; y distingue entre sustancia infinita o Dios, sustancia pensante o el yo (el alma) y sustancia extensa o el cuerpo. Partiendo de estas premisas que él instauró, se llegaron a conclusiones muy dispares.

En el monismo panteísta, defendido por Baruch Espinosa (1632-1677), existe una sustancia única, infinita que se identifica con la totalidad de lo real; las partes no son autosuficientes, el todo sí. El pensamiento y la extensión son atributos de una misma sustancia.

John Locke (1632-1704), iniciador del llamado "empirismo inglés", distingue tres zonas de la realidad: el yo, Dios y los cuerpos. De la existencia del yo tenemos una certeza intuitiva, mientras que las otras dos son afirmadas por un razonamiento causal. En su opinión: *"Nihil est in intellectu quod non fuerit in sensu"*. La mente del hombre es por naturaleza una *tabula rasa* cuyos componentes son básicamente discretos, las ideas simples, y que se organiza mediante el asociacionismo, a través de vínculos que sueldan todas esas partes aisladas. El movimiento empirista compartía los ideales de la Ilustración y fue continuado por otros como Berkeley (1685-1710), Hume (1711-1776), Hamilton (1788-1856), Mill (1806-1873)... Esta tendencia hacia la objetividad y el énfasis en el ambiente serán posteriormente desarrollados, dándole un giro funcional, por Darwin (1809-1882) y, ya en este siglo, por los autores representantes del conductismo.

Por otra parte, Godofredo Guillermo Leibniz (1646-1716) tomó de Descartes la idea básica de sustancia como una realidad que es autónoma en su ser y en su comportamiento. Su respuesta a Locke fue la conocida: "...excipe: nisi ipse intellectus". Para el racionalismo, el funcionamiento interno y espontáneo de la mente era tan importante, por lo menos como su contenido o sus producciones. El concepto de la mónada con actividad propia se transformó fácilmente en la "persona" que en su puja por alcanzar su entelequia perseguía un destino único y que posteriormente desembocaría en los distintos "personalismos": Stern, Mounier...

La culminación de la filosofía del siglo XVII viene representada por el idealismo trascendental de Manuel Kant (1724-1804), que supera, sintetizándolas, estas dos corrientes filosóficas anteriores: el racionalismo y el empirismo. Concibe al hombre como un ser paradójico en el que existe una dualidad de dimensiones: la empírico-sensible y la racional o ético-moral, que le hace formar parte de una comunidad de personas. Dejó abierto, en cambio, el dilema de si el yo es o no una categoría. La Declaración de los Derechos del Hombre en 1789 marcó el final del siglo XVIII, y su posterior confirmación ocupa todo el siglo XIX y lo que va del presente, en el que se suceden escuelas, perspectivas, críticas e interpretaciones del concepto de persona.

En el materialismo dialéctico de Hegel (1770-1831) la realidad es la historia en su globalidad y la conciencia individual es una abstracción que sólo puede conocerse situándose en el contexto histórico. Para Comte (1798-1857) y su positivismo, la introspección personal carece de valor, ya que para que una

observación sea científica el sujeto observador y el objeto observado deben ser distintos: el hombre únicamente puede ser estudiado en su aspecto orgánico por la biología y en su devenir histórico por la sociología. Marx (1818-1883) cree también que la conciencia es sólo el reflejo del mundo material, fundamentalmente económico, en el que vive el hombre. Para Nietzsche (1844-1900) la vida es un experimento y el ser del hombre es el devenir, una posibilidad de llegar a ser el "hombre superior" sin las cortapisas de una moral tradicional. Husserl (1858-1939), partiendo de una "egología pura" realiza la búsqueda de la esencia por el método fenomenológico, que en Heidegger (1889-1976) desembocará en el existencialismo y su convicción de la irreductibilidad del individuo. Por su parte, nuestro Ortega y Gasset (1883-1955) criticó tanto las posiciones clásicas realistas como las idealistas, y potenció el nuevo concepto de la "realidad radical" del individuo acuñando su célebre: "Yo soy yo y mi circunstancia".

Finalmente, tras el puente entre el positivismo y la metafísica que significó la aportación de Bergson (1859-1941), llegamos a las corrientes personalistas contemporáneas que consideran a la persona como principio ontológico, haciendo de ella el fundamento para la explicación de la realidad. Encontramos en el continente americano el personalismo absoluto de Calkins o el de Royce (1855-1916), heredero de Hegel. Y en Europa, el personalismo ateo de Mc Taggart (1866-1925) o los personalismos cristianos de Mounier (1905-1950), Stefanini (1891-1956), Lacroix...

I.1.2.- Introducción histórica y concepto de personalidad

El término "personalidad" empleado por los legos en estas materias se refiere a la impresión global que una persona forma sobre otra. Littré en su *"Dictionnaire de la langue française"* (1863-1873) la definía como "lo que pertenece esencialmente a una persona, lo que hace que sea ella misma y no otra".

Desde un punto de vista científico, el concepto de la personalidad nace dentro de la clínica. El psicólogo francés Théodule-Armand Ribot (1839-1916) separó las ideas del yo psicológico y el alma sustancial, lo que le permitió hablar por primera vez de "Las enfermedades de la personalidad" (1884), distinguiendo tres tipos principales: la alienación, la alternancia y la substitución. Fue, por tanto, el creador de la acepción psicológica del término, y entendía como tal: "La función psicológica por la cual el individuo se considera como un yo, uno y permanente".

Lalande en su *"Vocabulaire technique et critique de la philosophie"* (1902-1912) acepta esta definición, sin embargo a la mayoría de los autores les resultó insatisfactoria, por lo que prefirieron concebirla de un modo diferente. Ya en 1935 Allers señalaba la confusión en el uso de este vocablo y, dos años más tarde, cuando Gordon W. Allport se acercó a estas cuestiones en su "Psicología de la personalidad", encontró más de cincuenta definiciones diferentes de la misma. En un esfuerzo de síntesis, las agrupó en cuatro categorías: aditivas o de suma de rasgos, integrativas o centradas en la organización de los atributos personales, jerárquicas o de niveles (biológicos, psíquicos, etc.), y distintivas o referentes a las características propias de cada sujeto.

El mismo Allport consideraba que la personalidad "es algo y hace algo" y al aportar su propia definición, influido por el modelo dinámico de William James (1842-1910), introdujo la importante novedad de la noción de adaptación: "Es la organización dinámica en un individuo de los sistemas psico-físicos que determinan los ajustes singulares a su ambiente" (Allport, 1963).

En la tablas I, II y III se recogen algunas definiciones de distintos autores expresadas a lo largo de más de un siglo.

En general, cualquier definición de personalidad debe señalar la idea de la individualidad psicológica, incluyendo su calidad de ser única frente a otros semejantes, abarcar la totalidad de la persona y poseer pautas estables o duraderas en el tiempo, que posibiliten una razonable predicción de conducta.

Tabla I.

Definiciones de personalidad (I)	
Ribot, T.A. (1884) ¹	Función psicológica por la cual el individuo se considera como un yo, uno y permanente
Regis, E. (1911)	Es el individuo mismo en su totalidad, en su continuidad y en su unidad psicoorgánica
Watson, J.B. (1919) ²	Haz de hábitos
Stem, W. (1923) ³	Unidad dinámica multiforme
Prince, M. (1924) ⁴	La suma de todas las disposiciones biológicas, impulsos, tendencias, instintos individuales, así como de las aptitudes y hábitos adquiridos por la experiencia y el aprendizaje
Menninger, K. (1930) ⁴	El hombre en su totalidad-magnitud: talla, peso, apetencias, aprensiones, tensión arterial, reflejos, risas, esperanzas, hasta sus piernas torcidas y sus amígdalas hipertrofiadas
Warren, A. (1934) ⁵	La organización integrada de todas las características cognoscitivas, afectivas, conativas y físicas de un individuo tal como se manifiesta en distinción focal de otros individuos
Allers, R. (1935) ⁴	Cualidad de ser persona
Klages, L. (1936) ⁴	Lo abstracto que corresponde a lo concreto, representado por la persona
Allport, G.W. (1937) ³	La organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos
Sheldon W.H. y Evans, (1942) ⁶	La organización dinámica de los aspectos cognitivos, afectivos, conativos, fisiológicos y morfológicos del individuo
Linton, R. (1945) ³	El agregado organizado de procesos y estados psicológicos del individuo
Sullivan, H.S. (1947) ⁷	La pauta relativamente duradera de situaciones interpersonales recurrentes que caracterizan a la vida humana
Schüler, A. (1948) ⁴	El contenido axiológico de valor ("persona" es el contenido ontológico)
Murray, H.A. y Kluckhohn, C. (1948) ⁸	La completa sucesión de los procesos directivos organizados que se dan en el cerebro desde el nacimiento hasta la muerte

Citado por: ¹ Pichot (1977); ² Caparrós (1979); ³ Allport (1963); ⁴ Arnold (1968); ⁵ Whitaker (1970); ⁶ Alonso-Fernández (1982); ⁷ Allport (1957); ⁸ Geiwitz (1969).

Tabla II.

Definiciones de personalidad (II)	
Blondel, Ch. (1949) ¹	Estado de cosas supraordenado del que dependen cuatro fenómenos que se le subordinan: lo mío, el cuerpo, el mí y el yo
Schneider, K. (1950)	Conjunto de los sentimientos y valoraciones, de las tendencias y voliciones de un hombre
Newcomb, T. (1950) ¹	La organización individual de las predisposiciones del comportamiento
McClelland, D. (1951) ²	La conceptualización más adecuada de la conducta de una persona en todo el detalle que puede dar un científico en un momento determinado
Sears, R.R. (1951) ²	Potencial para la actividad
Haymann ³	Substrato biopsíquico, constituido por un conjunto de disposiciones y aptitudes recibidas hereditariamente, de fuerzas somáticas y psíquicas que se desarrollan y enriquecen a expensas de la experiencia adquirida, que se metamorfosean y dirigen por nuestros propios pensamientos, sentimientos e instintos; todos estos factores relacionados reciprocamente, recibiendo un sello peculiar que denominamos idiosincrasia individual, aquello que separa nuestro yo del mundo circundante
Eysenck, H.J. (1953) ⁴	La totalidad compuesta de carácter, temperamento, intelecto y constitución corporal
Jaspers, K. (1956) ⁵	La totalidad de las conexiones comprensibles o relaciones de sentido existentes en la vida psíquica individual
Thomae, H. (1956) ¹	Compendio de todos los acontecimientos que se juntan para formar una biografía individual
Gilbert, A.R. (1957)	Integración vertical de las intenciones de interacción, vegetativas, oréticas (conativas y afectivas), cognoscitivas-volitivas y super-conscientes
Piéron, H. ⁶	Unidad integradora de un hombre con todo el conjunto de sus características diferenciales permanentes (inteligencia, carácter, temperamento, constitución) y sus singulares modalidades de comportamiento
Guilford, J.P. (1959) ⁴	La estructura peculiar de rasgos de un individuo
Vetter, A. (1960) ¹	La totalidad de la estructura y el rango alcanzado, por la propia valía, en el seno de la masa
Filloux, J.C. (1967) ⁷	Configuración única que toma en el transcurso de la existencia de un individuo, el conjunto de sistemas responsables de su conducta

Citado por: ¹ Arnold (1968); ² Allport (1963); ³ Vallejo Nágera (1952); ⁴ Fisseni (1984); ⁵ Alonso-Fernández (1982); ⁶ Baca Baldomero (1980); ⁷ Ruiz Ogara (1976).

Tabla III.

Definiciones de personalidad (y III)	
Arnold, W. (1968)	Modo determinado, único, indivisible, orgánico, que se caracteriza por un modelado del carácter, a cargo de las disposiciones y del medio ambiente, que se manifiesta, a través de una actividad y una pasividad ordenadas a lo material y a lo socio-personal
Delay, J. y Pichot, P. (1969)	La organización psicofísica de los aspectos cognitivos, afectivos, conativos –conductuales e instintivos– y morfológicos del sujeto
Lindgren, H.C. (1969) ¹	La conducta total del individuo y particularmente aquellos aspectos duraderos y coherentes que hacen que nos parezcamos a unos y seamos diferentes de otros
Levi-Strauss, C. (1970) ²	El signifiante de su ser significado
Whittaker, J.O. (1970)	La organización única de características que determinan la norma típica o recurrente de conducta de un individuo
Herrmann, Th. (1972) ³	Conducta peculiar de los individuos relativamente estable en las distintas situaciones y períodos.
Cattell, R.B. (1973) ²	Conjunto de los determinantes supersituativos de la conducta en el individuo [...] La suma de aquello que permite predecir la conducta de una persona en una determinada situación
Córdova Castro, A. y Villa Landa, F. (1974)	El conjunto de características heredadas y adquiridas, físicas y no físicas que hacen a un individuo diferente de los demás
Ey, H.; Bernard, P. y Brisset, Ch. (1978)	Estructura diacrónica del ser consciente [...] una "autoconstrucción" que, aún dependiendo en su base de nuestro cuerpo y tomando sus fuentes en sus datos empíricos, añade a nuestro organismo la organización del yo
Baca Baldomero, E. (1980)	Una totalidad estructurada coherentemente con rasgos propios en cada individuo, capaz de autoconocerse y en la medida que se conoce autodirigirse, abierta a las influencias ambientales que la configuran y a las que, a su vez, configura en una relación que siempre es dialéctica, y fundamentada sobre el hecho básico de la naturaleza corporal del hombre
Llaveró, F. (1982)	La totalidad individual y humana más abarcativa en cuanto unidad sustancial, pero constitutivamente bidimensional –psíquica y biosomática– en permanente evolución en el individuo sano y en regresión en el enfermo, sobre todo en cuanto a la capacidad vivencial individual y social
González, J.L. (1987)	Autoesquema del individuo que comprende sus características psico-físicas y se manifiesta en el comportamiento y estilo cognoscitivo peculiar ante las diversas situaciones del medio ambiente

Citado por: ¹ Baca Baldomero (1980); ² Palomera (1985); ³ Fisseni (1984).

1.1.3.- Teorías de la personalidad

Si es difícil llegar a un acuerdo en lo referente al concepto de personalidad, aún lo es más el lograrlo con respecto a su funcionamiento. Cualquier autor que intente comprender el comportamiento humano necesita un modelo teórico sobre el que basar sus observaciones, lo que supone que ha desarrollado, explícita o implícitamente, su propia teoría de la personalidad (Baca, 1980). Cada teoría subraya determinadas características en detrimento de otras, ninguna puede arrogarse la posesión de la verdad absoluta, pero todas participan en parte de ella.

Podemos separarlas en las clásicas teorías estratiformes y, de acuerdo con el modelo bio-psico-social de George Engel –el más aceptado en Psiquiatría (Pérez y Romero, 1995)–, en teorías fundamentalmente biológicas, psicológicas y sociales.

1.1.3.1. Teorías estratiformes

Las teorías estratiformes florecieron en la Alemania de los años treinta pero, siguiendo a Gilbert (1957), tienen sus antecedentes en la creencia panpsiquista de que todos los cuerpos tienen almas que habitan dentro de ellos. Este modelo de la personalidad, que puede considerarse como el primero, implica una interacción entre los estratos del cuerpo y la mente.

La interpretación triádica vertical proviene de la Grecia clásica. Platón hablaba de la *epitimia* (deseos), la *timia* (valor y voluntad) y *λογιστικῶν* (razón), que

se localizaban en el vientre, pecho y cabeza respectivamente. Aristóteles propuso un primer nivel o *soma*, de existencia orgánica, del cual emerge la *psiqué*, de existencia anímica, y del que a su vez surge el *nous*, de existencia intelectual, superpuesto a los dos primeros, a quienes controla.

Ya en este siglo, filósofos como Morgan o Hartmann, consideraban al mundo como una jerarquía de estratos de existencia (inorgánico, orgánico y mental), cada uno superpuesto al otro en el orden enunciado. Estos niveles se relacionan siguiendo tres leyes fundamentales: la ley de la jurisdicción, por la que los inferiores están controlados por los superiores; la ley de la unidad, que les permite funcionar de modo ordenado; y la ley de la libertad, que les permite actuar con relativa independencia (Barcia, 1982). Cada nuevo estrato desempeña una misión particular mientras los más antiguos continúan funcionando, y el superior controla a los inferiores, a pesar de estar en parte determinado por ellos.

También el psicoanálisis, al que nos referiremos luego con más detalle, perfeccionó su modelo topográfico y concibió la vida psíquica, en la segunda tópica, como función de un "aparato al cual suponemos espacialmente extenso y compuesto de varias partes" (Freud, 1938). Estas "provincias o instancias psíquicas" son tres: el ello, el yo y el super-yo. El ello es el polo pulsional inconsciente, fuente de energía psíquica, depósito de los elementos adquiridos que han sido rechazados, y opera con el principio del placer que busca la gratificación inmediata. Del anterior surge el yo, mediador entre los otros dos, encargado de la percepción, los procesos intelectuales y la autoconservación, funciona según el

principio de realidad, adaptando la gratificación de las pulsiones al mundo exterior. Y finalmente el super-yo, inconsciente en su mayor parte, formado a partir del yo por la interiorización de las exigencias y prohibiciones parentales.

Sobre la base de las anteriores tesis, Hoffmann (1935) distingue en el hombre la existencia de tres capas. En la de los impulsos, se encuentran los instintos, dependientes de las necesidades primarias físicas, y las impulsiones, fuerza ciega primordial de la vida psíquica. En la segunda capa o de los sentimientos se halla la base del carácter. Y finalmente la superior o racional, es la sede de la abstracción, el pensamiento lógico causal, la responsabilidad...

Entre otros autores que también consideran tres estratos podemos recordar a Klages (1872-1956) con su soma, ánima o psique y, espíritu. A diferencia del anterior, considera que las dos primeras están más unidas y son opuestas al espíritu. Braun en 1928, distingue entre somatopsique o inferior, la tiflopsique o capa intermedia de interconexión y la sofropsique o capa superior, que hacia el exterior produce el carácter y hacia el interior el temperamento. Kahn señala la capa de los impulsos animales, la anímica y la de las tendencias abstractas. En su opinión, los sentimientos son el resultado de la interacción de las tres. Thiele, en 1940, considera las capas de la biopsique o vital, timopsique o emocional, y noopsique o capa de la responsabilidad. Para él, la instancia psíquica fundamental, por encima de la razón, es la voluntad, que se halla en la poiopsique, centro de la vida activa. En cambio la patopsique, constituida por la biopsique y la tiflopsique, sólo se vive de forma pasiva (Barcia, 1982).

Hay otro grupo de doctrinas estratiformes en las que la personalidad se concibe de un modo más dinámico. Entre ellas encontramos la de Philip Lersch (1898-1972) basada en el enfoque fenomenológico, desarrollado a partir de la psicología del acto o "intencionalismo" del filósofo alemán Franz Brentano (1838-1917), y que postula una "jerarquía de estratos" en las relaciones existentes entre los distintos actos o intenciones. Para Lersch, existe una base anatomo-fisiológica que precede y posibilita la vivencia: el fondo vital. Por encima un nuevo estrato que es el fondo endotímico, donde se hallan tres tipos de vivencias: el existir, el ser individual o ser yo y el "ser por encima de sí mismo". Estos tres ámbitos vivenciales se manifiestan respectivamente por los estados de ánimo, los sentimientos y las vivencias de impulso. Finalmente, se halla un estrato superior o supraestructura personal, compuesto del hábito noético o modalidad individual de pensamiento, y la voluntad consciente, o actividad volitiva del sujeto. Estos estratos verticales se articulan, con el esquema espacial de este modelo, en dos funciones "horizontales" responsables de nuestra conciencia del mundo y de nuestra conducta operante en él.

También podemos citar a otros autores que, sobre la base de investigaciones neurofisiológicas, mantienen una estratificación triádica de la personalidad. Por ejemplo, la de Jaensch (1883-1940) a partir de sus estudios sobre la percepción, o la de Kleist, en 1934, asimilando las aportaciones de Sherrington (1857-1952) y de su maestro Wernicke (1848-1905).

Schmidt, en cambio, distingue cuatro capas: teleopsique, dinamopsique,

timopsique y noopsique. La primera comprende todo lo que encierra algún fin como los instintos o las tendencias. La dinamopsique es la capa energética, donde residen las impulsiones. En la timopsique hallamos los afectos, el nivel de relación. Y la noopsique que es la capa racional, de la inteligencia. A diferencia de modelos anteriores, en este se postula la existencia de cuatro direcciones fundamentales en vez de oscilar sólo entre dos extremos.

Pero la teoría estratigráfica más elaborada se debe a Rothacker (1898-1965), quien distingue hasta cinco capas explícitas de la personalidad: la vital o la "vida en nosotros", la vegetativa o el "crecimiento en nosotros", la animal o el "animal o el niño en nosotros", la emocional o el "género en nosotros", y la capa personal o más exactamente el "punto y centro del yo". Los cuatro primeros niveles poseen una autonomía relativa y constituyen la persona profunda o ello, de la que fluye el pensamiento hacia el estrato superpuesto o función del yo, quien ejercerá funciones de control cuando sea necesario, "como un jinete y su cabalgadura" (Gilbert, 1957).

I.1.3.2.- Teorías biológicas o de tipos constitucionales

Los antecedentes de estas teorías también se remontan a la Antigüedad, concretamente a los cuatro humores de Hipócrates de Cos (460-377 a.C.) y su posterior re-elaboración por Galeno (129-199). La sangre, la flema, la bilis y la bilis negra poseerían cuatro cualidades fundamentales, correspondientes a las cualidades elementales del hombre. La salud completa sólo se conseguiría por su

correcta distribución, y cuando predominase alguno de ellos se provocaría un tipo particular de temperamento, respectivamente: sanguíneo, flemático, colérico o melancólico.

Nuevos intentos de conocer la personalidad a través de las formas corporales pueden hallarse durante el siglo XVIII en la teoría fisiognómica de Kaspar Lavater (1741-1801) o la frenología de Franz Joseph Gall (1758-1828) y durante el siglo XIX y principios del XX en autores franceses (Rostan y Sigaud), alemanes (Carus, y Krestchmer), italianos (Di Giovanni, Viola y Pende) o, más recientemente, suecos (Lindegard y Nyman).

A modo de ejemplo podemos citar el modelo de Pende quien, a partir de los tipos puramente morfológicos de Viola, combinó la ciencia médica con la filosofía cristiana en su "*Trattato di Biotipologia Umana*" de 1941, para estudiar a la persona "en sus aspectos concretos, biotipológicos" (Rosser, 1957). Considera al hombre como un conjunto de procesos vitales, en el que las diferencias individuales se justifican por la herencia, el ambiente y el libre albedrío. La base fundamental de cualquier tipo es el predominio de una glándula de secreción interna. Describe cuatro aspectos del sujeto que sintetizan sus capacidades y crean la unidad fenotípica individual: el *habitus* o aspecto morfológico, el funcional o dinámico-humoral, el moral y el intelectual.

Sin embargo, la tipología morfofisiopsicológica más conocida es la debida a Ernst Kretschmer (1888-1964), quien planteó la hipótesis de que existe una correspondencia entre determinados tipos de constitución corporal y ciertas formas

de enfermedad psíquica. Relacionó la esquizofrenia, la "locura circular" y la epilepsia con los tipos leptosómico, atlético y pícnico, respectivamente. Más adelante amplió su teoría desde los pacientes a los casos límite (esquizoides, epileptoides y cicloides), hasta llegar a las personas normales (esquizotímicos, viscosos y ciclotímicos).

Conrad en 1941 intentó explicar esta tipología por la dimensión fundamental de la rapidez del crecimiento. Éste factor, que influye en la edad de madurez y la formación de la personalidad, está determinado por la actividad hormonal, condicionada a su vez por la constitución genética. Los pícnicos están más cercanos a los niños por su crecimiento lento y escaso, mientras los leptosómicos crecen mucho y rápido, presentando una psicología más de adulto. Los atléticos serían de crecimiento medio y esténicos, polo de una dimensión accesorio (astenia-estenia) basada también en factores hormonales (Delay y Pichot, 1969).

Otra mejora de la tipología kretschmeriana fue la realizada por Sheldon que a diferencia de Kretschmer, partió de personas sanas para desarrollar sus tres tipos constitucionales: endomorfia, mesomorfia y ectomorfia. Dichos nombres señalan la predominancia de órganos derivados de una de las hojas germinativas blastodérmicas. Más adelante, amplió su campo de observación a la conducta, para la que describió nuevas dimensiones a las que agrupó en otros tres categorías que se correlacionaban positivamente con los somatotipos: viscerotonía, somatotonía y cerebrotonía.

I.1.3.3. Teorías psicológicas

Anteriormente hemos citado el psicoanálisis, la obra que fue desarrollando Sigmund Freud (1856-1939) a lo largo de su vida. Inicialmente había ofrecido una visión topográfica, primera tópica, en la que el aparato psíquico estaba compuesto por el inconsciente (pulsiones primarias y deseos reprimidos) y el preconscious-consciente. Ambos se hallaban separados por la censura encargada de la represión, con la que el sujeto trataba de rechazar y mantener en el inconsciente las representaciones mentales intolerables. En 1920 describió el modelo estructural o segunda tópica con las tres instancias psíquicas del ello, el yo y el superyó.

Como postulado teórico, Freud partió de la existencia de un conflicto básico entre nuestras pulsiones primarias –representantes psíquicos del instinto cuyos fundamentos biológicos son el hambre, la sed, el sueño y la sexualidad– y las limitaciones sociales que se oponen a ellos. Este proceso dinámico sigue un modelo económico ya que las pulsiones, al estar cargadas de energía buscadora de placer o libido, rompen el equilibrio fisiológico del organismo y crean un estado de tensión o displacer. En la dinámica normal, el yo se adapta al mundo exterior y controla al ello y al superyó, tomando la energía del primero. Concibió una lucha entre las pulsiones de autoconservación (del yo) y las sexuales (del ello), pero más adelante las englobó en el *Eros* (principio de vida), oponiéndolas al *Tánatos* (principio de muerte). El resultado de este conflicto es la angustia ante la cual el yo se protege, distorsionando de modo inconsciente la realidad. El medio por el que el yo logra esa distorsión no consciente es a través de los mecanismos de defensa. Es decir, el

organismo busca la meta de la pulsión (el objeto) para descargar la energía acumulada y restablecer el equilibrio, a lo que se oponen las defensas y los límites del mundo externo, provocando frustraciones y conflictos.

La personalidad se origina en el intento de cada individuo por resolver el conflicto psíquico inconsciente de expresar las pulsiones de manera que gratifiquen sin provocar culpa o castigo. El niño, durante su desarrollo, atraviesa unos estadios en los cuales la libido se centra en distintas zonas erógenas o áreas del cuerpo sensibles al placer. Son, en orden cronológico, las fases oral, anal, fálica, de latencia y genital. Los síntomas son, siguiendo este aspecto genético del psicoanálisis, conflictos sin resolver originados en la infancia y que pueden detener o fijar al niño en alguna de estas etapas.

El psicoanálisis sobrevivió a su autor, a través de sus seguidores tanto ortodoxos como heterodoxos, y ha sido fuente de nuevas aproximaciones al problema de la personalidad. Algunos mantuvieron sobre este tema una opinión radicalmente opuesta, como Jacques Lacan (1901-1981), quien en 1966 llega a afirmar: "La idea de una unidad unificadora de la condición humana, la idea de una «personalidad total», me ha producido siempre el efecto de una mentira escandalosa" (Palomera, 1985).

Otros, aunque también discrepantes, aceptan su existencia y aportan nuevas perspectivas, conocidas como teorías psicodinámicas de la personalidad, que intentan explicar el comportamiento del sujeto.

Alfred Adler (1880-1937) cree que todos poseemos: "...un sentimiento de inferioridad (de minusvalía) que nos impele de continuo hacia su superación"; esta superación es "la ley fundamental de la vida" y cristalizará en un "estilo vital" propio de cada individuo (Adler, 1933).

Carl Gustav Jung (1875-1961) más que una teoría coherente de la personalidad relaciona materiales de diversas culturas y épocas, dando una interpretación de la vida humana. En su concepción, la psique se compone de "moléculas" o complejos, que suelen existir por parejas en una relación complementaria. Cada complejo es el conjunto de ideas relacionadas con una experiencia concreta, poseedores de una imagen que es su "elemento nuclear" y con un tono afectivo que proporciona energía para provocar una conducta. La psique se divide en dos partes: la conciencia y el inconsciente. Este último, puede subdividirse en una parte personal, adquirida por el propio individuo, y otra colectiva, reserva de la masa genética espiritual de la Humanidad, compuesta de imágenes y símbolos arcaicos denominados arquetipos. Por su parte, la conciencia se manifiesta mediante cuatro funciones básicas independientes entre sí: la sensación, el pensamiento, el sentimiento y la intuición. En cada sujeto predomina una u otra, distinguiéndose cuatro posibles tipos: sensitivo, intelectual, sentimental e intuitivo; cada uno puede ser considerado a su vez como extravertido, según presente ante el objeto una actitud prevalentemente positiva, o introvertido, si predomina la actitud abstractiva. En el primer caso enfatizan el objeto mientras que en el segundo el acento recae sobre el sujeto.

La personalidad del individuo tiene como centro el complejo del yo, que es consciente, con alto grado de continuidad e identidad aunque pequeño y personal. A este se le contrapone el *self* o sí mismo, "elemento nuclear" o arquetipo central, que es global, inconsciente e impersonal y, a diferencia de Freud, incluye al primero. Las personas se encuentran en continuo devenir, luchando por lograr la autorrealización, el encuentro del sí mismo. En un primer momento debemos descubrir la realidad exterior con la formación del yo y el desarrollo de la persona. Luego, hay que profundizar en la realidad interna, y en el diálogo entre los contenidos del inconsciente y la conciencia, para alcanzar la totalidad (Fisseni, 1984; Groesbeck, 1990).

Otros autores, manteniendo el núcleo de la teoría psicoanalítica sobre la personalidad enfatizan algunos aspectos. Así, Melanie Klein (1882-1960) subraya el papel del ello y la tendencia innata a la agresión como reflejo del instinto de muerte, los procesos de introyección y proyección o las funciones de integración y síntesis del yo, la aparición precoz del super yo y del complejo de Edipo. Aportaciones suyas fundamentales fueron las nociones de la posición esquizo-paranoide y la posición depresiva. Además, también hace hincapié en conceptos tales como las relaciones objetales, la fantasía, la envidia o la reparación (Segal, 1984; Kernberg, 1990).

Erik H. Erikson acentuó la importancia de las funciones del yo, entre las cuales destacó la identidad, y aunque aceptó la visión freudiana de la sexualidad infantil la amplió a toda la vida, más allá del período de latencia y de la

adolescencia, señalando la influencia de los factores socio-culturales (Pichot *et al.*, 1977; Fisseni, 1984).

Más adelante hablaremos de las teorías sociales pero el grupo de los llamados neofreudianos o culturalistas, enlazando con este último autor, parten desde una concepción psicoanalítica del desarrollo de la personalidad para destacar la influencia de la "carga cultural". Señalan dos necesidades básicas, la satisfacción y la seguridad, y discrepan de Freud en que la angustia no proviene de un conflicto pulsional sino que, como la agresividad, es secundaria a las frustraciones surgidas de las presiones sociales, un conflicto entre el yo y la sociedad. Entre otros autores, podemos citar a Karen Horney (1885-1952) y sus tres tipos de personalidad: sumiso, agresivo y desprendido. Erich Fromm (1900-1980) distingue hasta cinco: receptivo, explotador, ahorrativo, mercantilista y productivo. O Harry Stack Sullivan (1892-1949), para quien la personalidad aparece en la interacción con otros por lo que la unidad de análisis para su estudio no es el individuo sino la situación interpersonal (Whitaker, 1970). Todos ellos, en general, subrayan la importancia de las experiencias interpersonales y las pautas culturales para el desarrollo de la personalidad.

Una orientación objetivista, radicalmente opuesta a las teorías freudianas, se entronca con la reflexología de Paulov (1884-1936), el conductismo de Watson (1878-1958), la teoría del aprendizaje de Thorndike (1874-1949) y su desarrollo por el refuerzo de Hull (1884-1952). La conducta debe estudiarse de forma científica sin recurrir a la actividad mental, que no es susceptible de ser observada. El conocido

binomio estímulo-respuesta no dejaba lugar a la existencia de la personalidad. El condicionamiento operante de Skinner (1904-1990) acentúa sólo aquellas variables observables de la conducta que puedan estudiarse en situaciones experimentales.

Dollard y Miller en 1950 intentaron integrar las visiones a menudo contrapuestas de la teoría del aprendizaje con las teorías de la personalidad. Para ellos la personalidad es un sistema que reacciona ante el ambiente y se compone de hábitos (elemento esencial permanente, consistente en la asociación entre estímulo y respuesta), pulsiones (tanto primarias como secundarias y derivadas) y jerarquías innatas de respuestas. Es el antecedente de lo que más adelante se llamarían teorías del aprendizaje social de la personalidad.

Las teorías factorialistas, al contrario que las tipologías, consideran la existencia de los rasgos de personalidad como dimensiones continuas sobre las que pueden disponerse cuantitativamente las diferencias individuales (García Mérita, 1989). Estas dimensiones pueden obtenerse utilizando el análisis factorial, método estadístico que reduce el número de variables que describen una misma estructura.

Cattell (n.1905), influido por Allport, considera que la conducta está en función de la situación estimular y de la estructura de la personalidad. Describe ésta última por dos clases de dimensiones: rasgos estables (capacidades, clases de temperamentos y rasgos dinámicos) y características que varían según la situación (roles, estados, disposiciones de ánimo). La personalidad es una supraestructura formada por la suma de aquello que permite predecir la conducta de alguien en una determinada situación. Su orientación puede resumirse en el test "16 P.F."

Eysenck (n. 1916), atravesó distintas etapas, en la que influyeron autores como Galeno, Kretschmer, Pavlov, Hull o Jung. Inicialmente partió de un método hipotético-deductivo y utilizando el análisis factorial consideró que la personalidad es una estructura jerárquica de cuatro niveles: reacciones específicas, hábitos, rasgos de personalidad y tipos generales. En este último nivel, mediante unos cuestionarios diseñados por él mismo, distingue tres áreas: estabilidad emocional-neuroticismo, extraversión-intraversión y realismo-psicoticismo, con las que pretende abarcar todas las formas de conducta y tipos de personalidad. Otro representante de esta orientación es Guilford (n. 1897), quien además de un modelo analítico-factorial de las características de la personalidad, aporta otras dos posibilidades: la enumeración descriptiva de las siete áreas que cubren los rasgos, esquematizadas en una figura de estrella, y el modelo jerárquico, más idiográfico e intuitivo. Las diversas disposiciones de la personalidad pueden resumirse en cuatro clases: dimensiones somáticas, capacidades y aptitudes, temperamento y dimensiones motivacionales.

Más allá de las teorías psicoanalíticas y las derivadas del conductismo, encontramos un tercer grupo de autores que mantienen, aunque pueda parecer redundante, una orientación humanística de la personalidad y una concepción optimista de sus potencialidades, más limitadas en los enfoques científicos tradicionales (Thetford y Walsh, 1990).

La personalidad, según Murray (1893-1988), es un proceso de cambio continuo con una estructura relativamente estable. Piensa, como Freud, que la

infancia es fundamental para su desarrollo, pero se aleja de él al considerar que está notablemente influido por el grupo social y la cultura, no sólo por la autoridad parental. En su investigación de la personalidad individual o "personología", identifica, entre otros, dos conceptos importantes: necesidad y presión. Una necesidad es todo aquello que el individuo quiere y desea espontáneamente, mientras que presión es todo aquello que siente sobrevenirle del medio ambiente. Distingue la causa objetiva, que ejerce presión (alfa), de la representación subjetiva de la misma (beta), que es la más decisiva.

Goldstein (1878-1965) parte de postulados gestálticos, fenomenológicos y existencialistas. Sostiene una teoría holística u organísmica de la personalidad, ya que los estudios parciales proporcionan datos que sólo pueden entenderse en términos de organismo total. Toda conducta humana y las aparentes necesidades diferentes son expresiones diversas de la única fuente de motivación, la necesidad de autorrealización.

Su pensamiento influyó en Maslow (1908-1970), quien identificó una jerarquía de necesidades : D o instintivas y B o metanecesidades. Las primeras son básicas: motivación regresiva, orientada a la supervivencia y con base fisiológica: hambre, sed... Una vez que han sido satisfechas, las segundas o superiores se convierten en la principal meta: motivación progresiva, necesidad de cobijo, afecto y autoestima, y los impulsos hacia la libertad, la belleza, la unidad, la bondad y la justicia. La necesidad máxima es la autorrealización, matizada más adelante como el deseo de trascenderse a uno mismo.

Para finalizar este apartado nos referiremos a las teorías derivadas del estudio filosófico-fenomenológico de la personalidad, aquellas que, según Sader, parten de un modo filosófico de pensar y "se alimentan fundamentalmente de auto y heteroobservación" (Fisseni, 1984). Entre otras podemos citar el personalismo de Stern (1871-1938), en el que la personalidad es una estructura ontológicamente homogénea pero concebida como una "hegemonía de elementos, acontecimientos, fases, estratos... integrales con respecto a la totalidad" (Gilbert, 1957). Ello quiere decir que es algo más que la suma de sus partes, una "unidad en la pluralidad" (*unitas multiplex*) que tiende hacia un fin (Fisseni, 1984). El mismo punto de vista mantiene Spranger (1882-1963) que, siguiendo a su maestro Dilthey (1833-1911), también plantea un acercamiento al problema más "comprensivo" que "explicativo". Considera seis tipos personales o formas de vida, según sus valores o metas esenciales, cada uno con sus características asociadas: teórico, económico, estético, social, religioso y político (Barcia, 1982).

Estos dos autores influyeron en Allport (1897-1967), quien mantiene el concepto de sistema unitario formado por componentes parciales. Subrayó la importancia de la adaptación al ambiente, recogida en su definición de la personalidad, como medio de desarrollo de la misma, e intentó armonizar las concepciones de la personalidad europeas y norteamericanas (Allport, 1957). Su noción de autonomía funcional apareció en 1937 pero se ha mantenido hasta nuestros días (High y Woodward, 1980). En ella se afirma la persistencia de sistemas autocontenidos, procedentes de anteriores sistemas, pero funcionalmente independiente de ellos (Allport, 1963).

I.1.3.4. Teorías sociales

Anteriormente hemos citado como algunos autores, formados en la teoría psicoanalítica, fueron señalando la intervención del ambiente en el desarrollo de la personalidad: Adler, Murray, Erikson, Dollard y Miller, los llamados culturalistas... El propio Freud admite esta influencia y la considera positiva, afirmando en "El malestar en la cultura" (1929) que las pulsiones primarias individuales son peligrosas, y que la sociedad es la solución para ayudar al individuo a neutralizar las pulsiones agresivas del ello. En cambio otros como Wilhelm Reich (1897-1957), todavía dentro del psicoanálisis, consideran que la sociedad influye negativamente en el desarrollo de la personalidad. La agresividad es una reacción del organismo ante la falta de satisfacción, impuesta por el medio social, de una necesidad vital, una "estasis sexual".

El enfoque conductista, más radical en sus comienzos, propugnó el abandono del concepto de la personalidad en favor de las variables dependientes de la situación. Gardner Murphy acuñó en 1947 el término de "situacionalismo" (también conocido como "situacionismo"), para referirse a las teorías en las que se postula: "Los seres humanos responden como las situaciones exigen que respondan" (Geiwitz, 1969).

Kurt Lewin (1890-1947) asumió una postura intermedia entre ambas escuelas y aportó un formato teórico a la relación entre la personalidad y el entorno. En su teoría del campo interpreta la conducta del individuo como resultante de la situación global en que se encuentra, es decir, está en función no sólo de la propia persona

sino también del ambiente, formando ambos el llamado espacio vital. La conducta depende de la representación cognitiva que el sujeto tiene de la situación, es la resultante de intercambios entre el medio y la persona: valoraciones subjetivas, necesidades, autoimágenes... No es una mera reacción, como considera el conductismo, ni está determinada sólo por el entorno físico, según postula el situacionismo (Fisseni, 1984).

La visión cognitivo-social de la personalidad fue desarrollada en las teorías del aprendizaje social de Julian B. Rotter o la de Albert Bandura (n. 1927). Éste último y Walters, consideran que la personalidad es un sistema basado en el aprendizaje por observación, por imitación al interactuar con otros individuos (Geiwitz, 1969). El sujeto es algo más que la respuesta a un estímulo, posee procesos cognitivos que regulan la información recibida y, por tanto, el aprendizaje.

Algunos autores, basándose en cuál sea el estilo cognitivo predominante del individuo, se limitan a clasificar su personalidad en: dependiente o independiente del campo (Witkin), "nivelador" o "agudizador" de diferencias (Gardner), impulsivo o reflexivo (Kagan), resistente o receptivo ante el estímulo (Byrne)... Otros van más allá de una mera clasificación y proponen una teoría cognitiva completa de la personalidad: los constructos personales de George A. Kelly (1909-1966), la biografía psicológica de Hans Thomae (n.1915) o la teoría de la autorrealización de Carl. R. Rogers (1902-1987).

El situacionismo radical también ha tenido partidarios aunque, en general, con menor éxito. Walter Mischel (n.1930) en sus inicios acentuó el ambiente como

factor determinante de la conducta, pero posteriormente tuvo que admitir la influencia de las variables cognitivas sobre la percepción de la situación. Según Hampson, la teoría del aprendizaje social-cognitivo de Mischel es la vuelta al concepto tradicional de personalidad sustituyendo los clásicos rasgos de la personalidad por procesos cognitivos transituacionales (García Mérita, 1989).

Este énfasis de la interacción del sujeto y la situación, como ya propuso Lewin, puede encontrarse en el interaccionismo de Endler y Magnusson de 1976, o en la teoría de la interacción conductual de Staats, ya en 1980 (García Mérita, 1989). Sin embargo, más recientemente autores como Gergen o Sweder y Miller sostienen en 1985 que los rasgos o disposiciones de la personalidad no son características internas del individuo sino construcciones sociales, resultados del juicio de la sociedad (González, 1987).

I.2.- Droga y drogodependencia

La palabra droga puede provenir del sánscrito *Druckhs*, palabra que designa al demonio representante de todo lo malo, tanto en los textos Vedas como en el "Vendidad-Sadé" de los sectarios de Zoroastro. Fuentes más fiables la hacen derivar del céltico *drwg*, también con el significado general de "todo lo que es malo" (Lizondo, 1989). Para otros autores (Piga y Jiménez-Figueroa, 1996), su origen es más reciente y proviene del holandés *droog*, que significa "producto desecado, seco", que era el estado en el que llegaban a Europa las plantas medicinales traídas desde América.

El diccionario de la Real Academia Española (1984) da dos definiciones, la primera de las cuales hace referencia a: "Nombre genérico de ciertas sustancias minerales, vegetales o animales, que se emplean en la medicina, la industria o en las bellas artes". En la segunda se dice que es una "sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno", empleándose, por tanto, como sinónimo de medicamento. En sentido figurado, puede entenderse como "embuste, mentira disfrazada con artificio", "trampa, ardid perjudicial", o también "cosa que desagrade o molesta", acepciones todas ellas muy apropiadas y cercanas al tema que nos ocupa.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) hace hincapié en su relación con el ser viviente que la consume: "Sustancia que introducida en un organismo vivo puede modificar una o más de las funciones de éste". Aclara también que "...es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central del individuo hasta provocar en

él una alteración física o intelectual, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de su estado físico" (Sánchez Orantos, 1996).

En 1952 y 1957 los informes técnicos del Comité de Expertos de la O.M.S. distinguían la "habituación" o "acostumbramiento", producida por mecanismos psicológicos y perjudicial sólo para el individuo, de la "toxicomanía", en la que intervienen mecanismos farmacológicos y produce además efectos perjudiciales para la sociedad (González Infantes *et al.*, 1985). Otros términos empleados fueron "embriaguez" o "drogadicción", a partir de "adicción", del latín *addice*: propender, apegarse... Este último ya había sido utilizado en el siglo XVII por Feijoo con el significado de "unido" o "asociado" (Repetto *et al.*, 1985).

El Comité de Expertos de la O.M.S. comprendió los límites y la ambigüedad de estas definiciones, por lo que recomendó en 1963, en su 13.º Informe, cambiarlas por el término "dependencia"; aunque ésta no se definió claramente hasta 1969 en su "16.º Informe Técnico del Comité de Expertos". El término de "drogo-dependencia", traducido en ocasiones como "farmacodependencia", hace referencia al "estado de dependencia física o psíquica, o de ambas a la vez, respecto de un producto, y que se origina en una persona como consecuencia de su utilización periódica o continua". También se establecía una distinción entre el "uso" o consumo de la sustancia sin carácter de continuidad, frente al "abuso" o consumo excesivo de dicha sustancia (Estado Mayor del Ejército, 1983).

En este mismo informe se puntualizaba además que el fenómeno de la dependencia a una droga se caracteriza por: "un conjunto de respuestas del

comportamiento que incluyen la compulsión a consumir la sustancia de forma continuada con el fin de experimentar sus efectos psíquicos o, en ocasiones, de evitar la sensación desagradable que su falta origina". En el primer caso, existe una necesidad de buscar y tomar de forma iterativa una droga sin una alteración somática de base por lo que hablamos de una dependencia psíquica. En el segundo, se producen síntomas somáticos ante la privación de la sustancia (síndrome de abstinencia) y nos referimos a la dependencia física. Esta última suele acompañarse del fenómeno de la tolerancia: necesidad de aumentar la cantidad de la sustancia para conseguir los mismos efectos que inicialmente se alcanzaban con dosis menores.

Nahas (1992) para superar la dicotomía entre el espíritu y el cuerpo ofreció una definición de la dependencia basada en sus propiedades neuropsicofarmacológicas y epidemiológicas. La drogodependencia sería un estado alterado de la neurotransmisión cerebral, reversible y pasajero, pero que puede conducir a un desorden crónico e incluso irreversible de esta neurotransmisión.

La O.M.S. en su última revisión del tema, la "Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades" (O.M.S., 1992), agrupa todos los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas en el segundo apartado del capítulo V (F10-F19). Por sustancia psicotropa la O.M.S. entiende aquellas sustancias químicas, naturales o sintéticas con tropismo preferente sobre la actividad mental y que pueden ser utilizadas en la clínica o en la experimentación (Cabrera y Cabrera, 1994). En una escala

creciente de gravedad distingue entre el estado transitorio de la "intoxicación aguda", el inicio del deterioro que aparece en el "consumo perjudicial" y el "síndrome de dependencia" propiamente dicho. Además pueden diagnosticarse otros cuadros específicos tales como "síndrome de abstinencia", con o sin delirium, "síndrome amnésico" y "trastorno psicótico", que pueden acompañar al consumo del tóxico o ser de aparición tardía.

Por "síndrome de dependencia" la O.M.S. entiende el conjunto de manifestaciones fisiológicas, del comportamiento y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga adquiere la máxima prioridad para el sujeto. Se caracteriza por el deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir la sustancia, una merma en la capacidad de controlar su consumo, la aparición de un síndrome de abstinencia cuando se reduce la cantidad consumida, el fenómeno de tolerancia, el abandono de otras fuentes de placer o diversión al centrarse en la sustancia y la persistencia en su consumo, a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

La *American Psychiatric Association* (A.P.A.) en su "DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" (A.P.A., 1994), agrupa estos cuadros en el apartado "Trastornos relacionados con sustancias" y define como característica esencial de la dependencia este último aspecto. El individuo continúa consumiendo la sustancia a pesar de la aparición de un grupo de síntomas cognoscitivos, del comportamiento y fisiológicos relacionados con su utilización. La aparición de signos de tolerancia o abstinencia implica la dependencia fisiológica, y en caso contrario, lo que predomina en la clínica es el patrón de uso compulsivo.

Actualmente, se considera la conducta de búsqueda como fenómeno común y primordial en todas los tipos de drogodependencia (Álamo y López-Muñoz, 1996). Las drogas mantienen esta conducta a través del refuerzo positivo o bienestar que produce en el individuo, lo que conlleva un incremento en su frecuencia de administración y una aumento de la dosis consumida. Cuando se ha instaurado la dependencia física, el intento de evitar o reducir el síndrome de abstinencia actúa a su vez como un refuerzo negativo (Casas *et al.*, 1993).

I.3.- El opio y la heroína: Introducción histórica

Opio procede etimológicamente del latín *opium*, y éste del nombre de la adormidera en la antigua Grecia *opion*, derivado a su vez del griego *opós* que significa "jugo" (Escohotado, 1992a).

Hay seis géneros en la familia de las *Papaveraceae* y seis especies distintas dentro del género *Papaver*. El opio es el jugo extraído de la *Papaver somniferum* de Asia Menor, la adormidera comúnmente cultivada, que parece derivar de la silvestre *Papaver setigerum*, también conocida como *Papaver iberos* por ser autóctona de nuestra zona mediterránea. Es la sustancia psicoactiva utilizada por la humanidad desde hace más tiempo, a excepción quizás del alcohol (Snyder, 1986; Escohotado, 1992a). Compuesto por más de veinte alcaloides, sólo unos pocos tienen actividad farmacológica, siendo el principal la morfina. La heroína o diacetilmorfina es un derivado semisintético obtenido en 1875 a partir de esta última.

El opio es la primera droga de la que se guarda registro escrito. Se han encontrado escritos del 4.000 a. C. en la antigua Sumeria y el Oriente Medio que ya hacen referencia a sus efectos. En tablillas cuneiformes descubiertas en Uruk (actual Erech, en Irak) se representa a la adormidera por dos signos, el segundo de los cuales significa entre otras cosas: "júbilo", "gozar". Un bajorrelieve asirio (siglo XXI a.C.) representa a un sacerdote con una rama de adormidera en la mano. En el siglo XXV a.C. e incluso anteriormente hay restos de cultivo de la adormidera en poblados lacustres del norte de Italia y de Suiza.

En el antiguo Egipto era conocida como "planta *spen*" y el nombre de Imhotep, "el que trae la paz", se relaciona con su capacidad de alivio del dolor. Un papiro fechado en el siglo XII a.C., adquirido en Tebas por G.M. Ebers en 1873, recomienda su utilización para múltiples trastornos, y hasta para "impedir que los niños griten fuerte".

En la Grecia clásica encontramos la leyenda de Asclepio, dios de la medicina, fulminado por Zeus por cobrar honorarios o, según otras versiones, dar a los mortales privilegios exclusivos de los dioses del Olimpo: les reveló el secreto de la adormidera. Homero en "La Odisea" (siglo XI a.C.) habla del *Nepenthés*, extracto de una planta que inicialmente produce sensación de placidez seguida de somnolencia y sueño. El descubrimiento de la adormidera era atribuido a Hermes, dios de los viajes. Se empleaba para alargar la duración del coito, porque retrasa la eyaculación del varón, y como símbolo de fecundidad femenina, bien porque una sola cabeza de adormidera puede contener más de treinta mil semillas o por su parecido con los órganos genitales femeninos. Hipócrates de Cos (siglo V a.C) en su tratado "Sobre la enfermedad de las mujeres (histeria)" recomienda la variedad negra (*Hypnotikón mekonion*) para toda clase de sofocaciones uterinas. Erasítrato lo emplea con fines eutanásicos y a partir del siglo III a.C., con Heráclides de Tarento (médico de Filipo II) y su secta de los "empíricos", es empleado como analgésico e hipnótico. Nicandro de Colofón alerta que si se ingiere el opio tebaico —procedente de Egipto— por alguien no familiarizado con él puede ser letal a partir de los 7 gramos, y con más de 11 gramos lo será con certeza.

El opio es el prototipo de los *alexi pharmaka* o "medicinas protectoras", que "refrigeran" el organismo superando cualquier forma de exceso de "calor". Desde el siglo II a.C. es el único ingrediente común de todas las *thêriaka* o triaca -antídoto capaz de inmunizar contra cualquier tóxico- como el *mithridaticum* del monarca Mitrídates el Grande (120-63 a.C.).

Ya en tiempos de Roma es mencionado por multitud de autores: Virgilio, Ovidio, Juvenal, Petronio, Celso, Lucano, Teócrito, Livio, Plinio "el Viejo"... La diosa Ceres, representada llevando un haz de adormideras, utilizaba opio para olvidar los pesares y a veces lo administraba a otros a través de Somnus y su "cuerno del opio". Eneas le dio opio a Atlas para sobrellevar su destino. Entre los emperadores fue consumido por César, Tiberio, Nerón, Tito y la dinastía de los Antoninos, tanto en forma independiente (Marco Aurelio desayunaba un trozo de opio "grande como una haba de Egipto y desleída en vino") como incluido en las triacas. Podemos citar la triaca de Filonio -médico de Augusto- utilizada para el cólico o la disentería, el *antidotus tranquillans* de Andrómaco de Creta -médico de Nerón- con un 30% de opio, la triaca de Criton consumida a diario por Trajano, la triaca magna de Claudio Galeno (129-199) con el 40% de opio (más del doble que en el *mithridacum*) utilizada en los envenenamientos y además para cefaleas, sordera, epilepsia, visión borrosa, ictericia, fiebres o lepra. La masa de cinoglosa (opio, mirra y polvo de cinoglosa) creada por Alejandro de Tralles -médico de Justiniano- ha seguido siendo utilizada en medios rurales hasta el siglo pasado. Autores como Dioscórides señalan su efecto analgésico, antitusígeno y antidiarreico, mientras otros como Diágoras, Erasítrato o Andreas se oponen al mismo por considerarlo demasiado

tóxico. El propio Galeno señala el jugo de adormidera como el paradigma vegetal del *pharmakon*: algo activo y mágico que es a la vez veneno y remedio. A pesar de este peligro potencial, en la Roma del año 312 se contabilizaban 793 tiendas dedicadas a la venta del producto, con la particularidad de que no podía ser objeto de especulación por ser mercancía de precio controlado por el Estado.

Con el fin del imperio de Occidente (año 476) se estigmatiza oficialmente el uso de las llamadas "hierbas maléficas", superponiéndolo con los delitos religiosos y nigromantes. La Ley Sállica (424), el Concilio de Adge (506), el Concilio de Orleans (511), el Concilio de Narbona (589) o el Fuero Juzgo de Recesvinto (reinado 649-672) condenan en alguno de sus apartados la hechicería y los "preparadores de filtros", borrando así la distinción entre cualquier tipo de droga. Carlomagno (742-814) en una capitular (800) prohíbe el opio, la "porquería del Diablo", y especifica que "quien lo toque incurre en el crimen del brujo y envenenador".

Con la llegada de los árabes, que asimilaron la cultura clásica sobre todo a través del imperio de Bizancio, volvió a Occidente el uso del jugo de la adormidera. Teodoto de Esmirna relata como en el año 750 el opio era consumido en Constantinopla como medicina por los ciudadanos honrados y ricos, y por los pobres como alimento perfecto o panacea "para aliviar su inferioridad". Siguiendo la tradición de las triacas, el médico persa Rhazes (865-923) o Ibn Sinna, más conocido como Avicena (980-1037), devuelven al opio tebaico su lugar preeminente en la farmacopea, labor que continuaron los médicos hispanoárabes como el

zaragozano Avempace (1095-1138) y el cordobés Averroes (1126-1198). Además introducen un nuevo uso del "presente de Alá" –en ocasiones las pastillas estaban selladas con este lema– al ingerirlo de manera cotidiana a partir de los cincuenta años como euforizante.

Mientras, la persecución de las "plantas diabólicas" continúa de forma paralela a la caza de brujas, que corre desde la Alta Edad Media hasta la última ejecución, el conocido episodio de Salem (1688-1693) ya en el Nuevo Mundo. En los llamados *Sabbats* se empleaban "brebajes perjudiciales" o "untos diabólicos", compuestos de opio junto con cáñamo, plantas solanáceas psicoactivas y otros preparados más sofisticados como la piel de sapo, hongos, setas o la harina contaminada por cornezuelo. La simple administración del producto era considerado un acto mágico y su castigo, la hoguera. Sin embargo el progresivo contacto con la farmacopea árabe, a través de las Cruzadas en Tierra Santa o en la propia península Ibérica, favorece que desde el siglo XI el opio, el cáñamo y las solanáceas se empleen por algunos médicos para diversos trastornos. Miguel Escoto, representante de la Escuela de Salerno, fue el primero en publicar la receta de la "*spongia soporífera*" para su uso como anestésico: partes iguales de opio, beleño y mandrágora molidos y macerados en agua. Así, a finales del siglo XIV el uso del jugo de la adormidera se difunde nuevamente hasta el punto de que la muerte de Amadeo VII de Saboya (1391) se atribuye a una sobredosis.

Desde el año 1442 llegan barcos procedentes de Alejandría con opio tebaico a Génova y Venecia, y ésta última exporta la triaca galénica a toda la cuenca

mediterránea. Los miembros del primer Colegio Oficial de Médicos, creado en Londres (1518), son partidarios decididos del exudado de la amapola frente al alcohol y las drogas, sean las antiguas célticas o las americanas modernas como el café o el tabaco. Paracelso (1493-1541) defiende el uso de los "remedios heroicos" que apoyan a la unidad total del organismo frente a la concepción de la dolencia como algo independiente de una parte del mismo. Considera que el opio, componente destacado de sus preparaciones, es el más prodigioso de todos los remedios, "la piedra de la inmortalidad". Fue el creador del "calmante específico" o anodino, y del célebre láudano (del latín *laudanum*: algo para ser alabado). En las más antiguas farmacopeas de Europa, Nüremberg (1546) y Basilea (1561), ya aparece en combinación con las solanáceas. Autores como el portugués García de Horta y el sevillano Nicolás Monardes conocen su uso por los asiáticos para combatir "enfermedades nerviosas".

Puede decirse que desde el Mediterráneo Oriental hasta la China se consumía de modo similar al empleo del alcohol en Europa. Cristóbal da Costa en su "Tratado de las drogas y las medicinas de las Indias Orientales" (1578) realiza una de las primeras descripciones del desarrollo del hábito.

Sin embargo, todavía en el siglo XVI, se mantenía el consumo de narcóticos durante reuniones nocturnas en el bosque, hasta el punto que el rey Carlos I hizo incoar en Calahorra un proceso contra doscientas mujeres que asistían a estos aquelarres. En este mismo siglo el *diascordium*, un nuevo preparado opiáceo, fue formulado como medio de prevenir la peste. En los Países Bajos, van Helmont

(1580-1644), inspirador de la corriente iatroquímica, fue un fervoroso defensor del opio, sentimiento que mantendrían sus seguidores entre los que destaca Boerhaave (1668-1738) que consideraba el zumo de la adormidera como "un inmenso don de la Providencia para mitigar los sufrimientos del hijo del hombre". Le Mort, ayudante suyo, fue el creador para la farmacología de otro nuevo compuesto opiado: el elixir paregórico. En Inglaterra Sydenham (1624-1689) actualizó el láudano con su *vinum opii* (opio, vino de Málaga, azafrán, canela y clavo). Suya es la conocida frase: "No puedo dejar de mencionar con gratitud la bondad del Ser Supremo, que ha proporcionado a la humanidad doliente el alivio de los opiáceos; ningún otro remedio es tan poderoso para superar el gran número de enfermedades o para erradicarlas totalmente". Discípulo suyo fue Dover (1660-1772), creador de los polvos "diaforéticos" o de Dover para la gota y otros múltiples trastornos. En Francia, el abate Rousseau, diplomático con Colbert, crea el láudano de su nombre que contiene un 40% de opio (el doble que en los polvos de Dover y el cuádruple del láudano de Sydenham) y recibe como reconocimiento del rey Luis XIV el doctorado honorífico de la Sorbona.

En toda Europa desde finales del siglo XVII y durante todo el XVIII, el opio se relacionó con los miembros de la realeza de Francia, Suecia, Rusia, Dinamarca, Prusia o Inglaterra, quienes lo consumían con la única preocupación de una adecuada dosificación. También en esta época es cuando se citan con más frecuencia casos de suicidios y sobredosis. Proliferan nuevas tinturas, polvos, pastillas y ungüentos opiáceos como el *orvietan*, comentado por Molière en el "L'Amour médecin".

Sin embargo, en América y Asia se consume en su forma natural por los empleados de los empresarios occidentales. El intento de resistencia de China a que le impongan este consumo, junto con las condiciones sociales del país y los intereses económicos del mercado internacional, motivan un cambio en la tradición milenaria de consumo y propician las llamadas "guerras del opio" (1839-43 y 1857-58) de tan buen resultado para el imperio británico (Guerra, 1974; Inglis, 1975).

Ya en el siglo XIX, Thomas de Quincey escribe sus "Confesiones de un opiómano inglés" (1821), advirtiéndolo de los peligros de la opiomanía pero de tal forma que arrastra multitud de seguidores. Sólo en Inglaterra citaremos a Coleridge, Wordsworth, Barret Browning, Crabbe, Thompson, Scott... En París, donde hay fumaderos de opio desde el año 1840, el médico Moreau de Tours y el escritor Tèophile Gautier (1811-1872) fundan el "Club de los *Haschischiens*", rememorando el creado por Hassan Ibn Al-Sabbah, enemigo de los cruzados, en el siglo XI. Reunidos en el hotel Pimodan de la Isla de San Luis consumen el *dawamesk* (cáñamo, café y opio). A ellos se les unirán personajes tan conocidos como Dumas, Baudelaire, de Nerval, Delacroix, Balzac y Hugo entre otros (Escotado, 1992b).

Mientras, y en otro orden de cosas, Boyle en 1804 comenzó el análisis químico del opio. Un año más tarde, Sertürner obtuvo un alcaloide natural que inicialmente denominó *principium somniferum opii* y posteriormente *morphium*, en honor de Morfeo, dios romano del sueño. No será hasta mediados de siglo cuando con la jeringuilla graduada de Pravaz y la aguja hipodérmica de Wood (1853) se descubra su excepcional potencial analgésico.

La guerra civil estadounidense (1861-1865) y la guerra franco-prusiana (1870-71) propiciaron el desarrollo del llamado "mal militar" o "enfermedad del soldado" al ser administrada, además, como fuente de coraje. La prodigalidad en su uso motivó en 1872 la primera descripción de una "necesidad artificial" en un paciente, y el "morfinismo" fue creciendo entre la profesión sanitaria de tal modo que en 1880 el 50% de los casos conocidos eran médicos, boticarios o sus esposas. El resto lo constituían miembros de la alta sociedad y entre otros personajes conocidos podemos citar a Margarita Gautier, el canciller Bismarck, el emperador Maximiliano o el compositor Wagner.

En el año 1875 el farmacólogo Dreser, descubridor de la aspirina, obtuvo una nueva sustancia de la familia, por acetilación de los grupos hidroxilos fenólico y alcohólico de la morfina base. Estudiada por la compañía Bayer para el tratamiento de la disnea y la tos en pacientes con asma y tuberculosis, los resultados fueron considerados tan satisfactorios que se presentó al público en 1898 con el nombre de "heroína". Considerada no adictiva, en su propaganda se afirmaba que hacía perder a los morfinómanos su interés por la morfina.

A semejanza del opio, comenzó en forma de pastillas su administración oral, siendo el ingrediente principal de la "píldora antiopio" distribuida oficialmente como cura de la opiomanía (Escohotado, 1992b; Karch, 1996).

La facilidad con la que el polvo de heroína podía ingerirse desplazó al uso de la cocaína, sujeta al uso de la jeringuilla y la receta. Posteriormente reemplazó a las bolitas del opio en la pipa del fumador pobre. Recordemos que tan sólo en la

ciudad de París en 1924 se contabilizaban unos 1.200 fumaderos clandestinos (Porot y Porot, 1971).

En estos primeros tiempos, sus virtudes analgésicas y tranquilizantes ocultaron sus inconvenientes. En 1924, Louis Lewis afirmaba: "Sus efectos adictivos se establecen más lentamente que los de la morfina". Ese mismo año, cesó la producción legal de heroína en los Estados Unidos, que desde 1920 tenían prohibidas su importación, manufactura y venta. En el Convenio de Ginebra (1925) se incorporó junto con el cáñamo a la lista de narcóticos (opio, morfina y cocaína).

En la actualidad está vigente la Convención Única -Nueva York, 1961- sobre estupefacientes, firmada por 74 países y ratificada por España en 1966. Entre otras novedades proponía la distinción entre "consumo" (*use*) y "uso indebido" (*abuse*), la creación de una Junta Internacional de Fiscalización de los Estupefacientes y el sistema de listas de sustancias con distinto tratamiento fiscal.

La heroína se encuentra en la cuarta y última lista, sometida a un control extraordinario. Es considerada, junto al cáñamo y otros dos opiáceos sintéticos, como "estupefaciente particularmente peligroso", cuya fabricación, importación, exportación, comercio y uso están prohibidos.

El Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas firmado en Viena (1971) completó el sistema internacional de fiscalización extendiendo el concepto de sustancia psicotrópica a los alucinógenos, estimulantes y sedantes-hipnóticos. El Protocolo de 1972 vino a reafirmar lo tratado en la Convención Única, subrayando

el papel de la Junta, la necesidad de luchar contra el tráfico ilícito de estupefacientes y la importancia de una cooperación internacional para tratar los problemas asociados a su uso indebido, tales como tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y readaptación social del toxicómano (Ejército, Estado Mayor, 1983).

I.4.- El consumo de heroína

El hecho de que distintas sustancias psicoactivas, entre las que se incluye el opio, hayan sido utilizadas a través de la historia con fines lúdicos, religiosos o médicos no debe interpretarse como una justificación del abuso de las mismas en nuestro contexto, propio de una sociedad occidental a las puertas del siglo XXI.

Biggam en 1929, fue el primero en describir las típicas marcas de pinchazos en un paciente heroinómano, aunque durante los años 30 todavía predominó el adicto blanco por causa iatrogénica, mayor de cuarenta años y con buen nivel social. Dai describe cómo a partir de los años treinta se desarrolla el "tipo moderno", de edad cercana a los veinticinco años y que vive en las zonas pobres de las grandes ciudades (Jonnes, 1995).

En los Estados Unidos el número total de heroinómanos al acabar la Segunda Guerra Mundial no alcanzaba el millar, de los cuales el 42% eran negros, mexicanos o puertorriqueños (Laurie, 1969). En la década de los cincuenta, los decomisos de heroína no llegaron a cuarenta en todo el país. El interés por la sustancia creció en los años sesenta debido a factores como la Guerra de Vietnam o a escritores como William S. Burroughs (1914-1997), heroinómano durante quince años y creador del mito "*junkie*" (Encyclopædia Britannica, 1994). Se calcula que en la década de los setenta, durante el período de máximo auge –entre los años 1970 y 1973–, la cifra de individuos adictos a la heroína en los EE.UU. superaba el medio millón (Jaffe, 1982).

Hagget (1974) señala que aunque la proporción del uso de las drogas se hubiera mantenido constante, el aumento absoluto en la población joven (once millones más de jóvenes entre los 15 y 24 años de 1960 a 1970), habría implicado un importante crecimiento en el número de consumidores. Este autor recuerda también que la facilidad en la prescripción de heroína por parte de algunos médicos –el caso de Gran Bretaña– propició un aumento epidémico de su consumo.

En Europa, el Departamento Central de Narcóticos de Viena dependiente de la O.N.U. calculó en 600 kg. de heroína pura el consumo global durante 1979 (De Vicente, 1981). El número de heroinómanos fue en continuo aumento hasta que a comienzos de los años 90 la población europea adicta, estimada entre las quinientas mil y el millón de personas, pareció estabilizarse (Nieves *et al.*, 1996). Mientras, en los Estados Unidos, el 0,7% de la población adulta en 1985 era dependiente de opiáceos y seis años más tarde, el 1,3% de una muestra norteamericana reconocía haber consumido heroína (A.P.A., 1994).

Hartnoll (1994) señala que tras esta aparente pausa, las tasas de prevalencia que arrojan las estadísticas de algunos países europeos en los años 90 se van aproximando a las de los Estados Unidos, cuando antes apenas alcanzaban a la mitad. Otro dato significativo es que este aumento de prevalencia no puede explicarse en función de problemas de carencias socio-económicas, lo que obliga a buscar otros factores influyentes.

I.4.1 El consumo de heroína en España

El problema de la droga en nuestro país, hasta finales de los 60, sólo se conocía a través de las publicaciones extranjeras. En el conjunto de los hospitales psiquiátricos españoles ingresaron unos 1.080 enfermos con diagnóstico de toxicomanía durante el año 1967. Todos ellos consumían opiáceos, eran mayoritariamente mujeres y predominaban las edades superiores a 50 años (Valbuena, 1993).

Los primeros casos de heroínomanía en jóvenes menores de 25 años se detectaron a partir de 1968, y en un corto período de tiempo se comunicaron casos de esta drogodependencia en grandes ciudades como Madrid, Barcelona y Valencia (Freixá, 1992).

La primera aprehensión de heroína en el puerto de Algeciras, principal punto de tránsito entre Europa y África, se realizó en el año 1972. Durante el período de 1972 a 1973 se decomisaron 0,502 Kg. de heroína frente a 2.132,8 Kg. de cannabis (De Vicente, 1974).

En ese mismo año de 1972, Martínez-Vázquez y Guardia, aún reconociendo la incidencia mínima en España de los problemas relacionados con la drogodependencia, vaticinaron con acierto que en breve nos enfrentaríamos frecuentemente con ellos (Miró y Gatell, 1993).

Durante el intervalo comprendido entre 1975 y 1979, la heroína incrementó su porcentaje en la cantidad global de droga consumida en nuestro país del 12% al

30%. Considerando que las aprehensiones policiales constituyen aproximadamente el 10% de la droga en circulación y que en 1979 se aprehendieron más de 12 Kg. de heroína, es evidente el aumento del consumo y tráfico de este opiáceo (Grupo de Orientación, B.C.E., 1981).

En 1981 se calculaban en 60.000 personas los consumidores habituales de heroína en España. Reflexionaba entonces Pedro de Vicente: "Sabemos que se elabora en España, que se consume en cantidades importantes, pero las organizaciones internacionales saben burlar a sus perseguidores; de ahí que en ningún país las aprehensiones de heroína sean llamativas" (de Vicente, 1981). Sin embargo, en 1982 se decomisaron ya 67 Kg. y en 1992, sólo diez años más tarde, se incautaron 562 Kg. por el Cuerpo Nacional de Policía más 110,07 Kg. por la Guardia Civil (Secretaría de Estado para la Seguridad, 1996).

Los estudios nacionales del Equipo de Investigaciones Sociológicas en 1981 y 1985 constataron, aún calculando el riesgo de subdetección hasta en un 0,8%, un consumo de heroína de la población del 2,0% y el 1,1%, respectivamente, en los últimos 6 meses. En otro estudio nacional realizado en una muestra compuesta exclusivamente por trabajadores se constató un uso habitual en el 0,3%, cifra que justifican porque la dependencia a heroína es frecuentemente incompatible con el ejercicio de un trabajo regular (E.D.I.S., 1987).

En el Plan Nacional Sobre Drogas de 1985 se estimaba un número de heroinómanos en nuestro país entre 80.000 y 125.000 –otros autores se inclinaban directamente por esta última cifra (Martínez *et al.*, 1987)– y se señalaba "el papel

de la heroína como un mito", el cual luego es reproducido por contagio social, y actúa como estereotipo de gran impacto (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986).

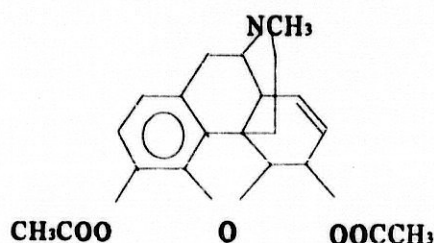
A finales de los 80 y concretamente en Andalucía, alrededor de un 1,5% de la población mayor de 16 años la había usado en los últimos seis meses, y un 1,1% en los últimos treinta días, la mayoría de modo ocasional o esporádico. El consumo habitual descendió ligeramente a un 0,2%, situándose entre 8.000 a 10.000 personas, correspondiendo a un aumento de la edad de los consumidores de heroína en 1989 respecto a 1987 (Andalucía, Junta, 1990a; 1990b).

En 1993, según los datos del INJUVE, había 40.000 jóvenes entre 15 y 29 años dependientes de la heroína; y en la Encuesta Escolar del Plan Nacional Sobre Drogadicción para adolescentes entre 14 y 18 años, el 0,5% habían probado la heroína alguna vez, el 0,3% la había utilizado en el último año y el 0,2% en el último mes (Sánchez Orantos, 1996).

España no ha notado aún el rebrote en el consumo de heroína, experimentado por otros países europeos como Gran Bretaña o Dinamarca. En el año 1995 la cantidad de heroína decomisada por el Cuerpo Nacional de Policía (379 Kg.) y la Guardia Civil (167 Kg.) fueron las cifras más bajas desde 1985 y 1992 respectivamente (Secretaría de Estado para la Seguridad, 1996). Pero Gonzalo Robles, Delegado del Gobierno para la Droga, recomienda "no bajar la guardia" porque en el primer semestre de 1996 ya se han decomisado 318 Kg., al menos 100.000 heroinómanos persisten en su hábito y tras la moda de la cocaína "la heroína se ha convertido, de alguna manera, en una novedad" (Nieves *et al.*, 1996).

I.5.- Metabolismo de la heroína

Figura 1. Fórmula de la heroína (diacetilmorfina)



I.5.1.- Origen, química, bioquímica y farmacocinética

La amapola o adormidera (*Papaver somniferum*) es una planta anual que alcanza los dos metros de altura. Se desarrolla en casi cualquier tipo de clima excepto en aquellos que sufren heladas, más fácilmente en las zonas templadas y cálidas. El tallo es hueco y de su base arrancan unas hojas grandes, lobuladas y dentadas en los bordes, de color verde claro, que carecen de peciolo. Sus flores son hermafroditas, de gran tamaño, con la base negruzca, dos sépalos y cuatro pétalos, blancos, rosados o violáceos. La planta germina en dos o tres semanas y se desarrolla totalmente en dos meses. Cuando la planta florece y se caen los pétalos, produce el fruto en otras dos semanas. El ovario, dividido por tabiques incompletos, tiene forma de odre y al madurar se transforma en una cápsula esférica u ovoide que contiene hasta treinta y dos mil semillas. Todo el ciclo se completa en menos de tres meses.

La cosecha se realiza en dos pasos preferentemente en la primavera o en el verano. Se practica una incisión en las cápsulas inmaduras para que salga el exudado lechoso o látex que tras 8-14 horas, una vez cuajado y deshidratado, será recogido en forma de panes de opio. Esta operación suele practicarse al atardecer no tanto para que la adormidera "llore su jugo" bajo la luna, como dice la leyenda, sino para evitar que el calor del día coagule precozmente el látex, lo que disminuiría la cantidad recogida.

En su composición se detectan caucho, sales minerales, ácidos, ceras, pectinas, dextrina y más de veinte alcaloides. Entre ellos encontramos la papaverina (1%), la codeína (0.5%), la tebaína (0.2%) y la morfina, cuyo contenido oscila del 8 al 17% (de media alrededor del 10%) dependiendo del clima, la variedad de planta o la región donde se cultive: *glabrum* (Asia menor), *nigrum* (Europa meridional y Egipto), *album* (India) y *setigerum* (España, Argelia, Córcega, Sicilia y Chipre) (Repetto *et al.*, 1985; Aguar, 1989).

En 1994 se estima que la producción mundial de opio fue de 3.400 toneladas métricas, de las cuales más del 50% procede del sureste asiático (Karch, 1996).

La heroína, diacetilmorfina, diamorfina o acetomorfina es el 3,6-Diacetoxi-7,8-dehidro-4,5-epoxi-N-metilmorfinano y se obtiene por acetilación de los grupos hidroxilos fenólico y alcohólico a partir de la morfina, siendo de cinco a ocho veces más activa y tóxica que ésta. En forma de base libre se compone de cristales blancos solubles en agua (1/1.700) y etanol (1/1,5), cuyo punto de fusión son los 170°C y que se hidrolizan con rapidez por la acción de los álcalis. En forma de

clorhidrato, la sal más hidrosoluble, es un polvo cristalino blanco soluble en agua (1/1,6), etanol (1/12) y cloroformo (1/1,6), pero no en éter, y con un punto de fusión de 229-233°C.

Las variedades que más se utilizan son, de menor a mayor pureza, la negra, la marrón y la blanca. La heroína negra, de aspecto parecido a la brea y origen americano, suele presentar un contenido en heroína menor del 20%. La heroína n.º3 o "*Brown Sugar*", de color pardo claro y aspecto terroso, procede de Extremo Oriente y se encuentra combinada con otras sustancias tales como azúcares, cafeína o esticnina. Su concentración de heroína suele oscilar alrededor del 25%. La última presentación es la heroína n.º4 que tiene aspecto blanquecino y procede del Oriente Próximo. Su grado de pureza puede llegar hasta el 95%.

La diacetilmorfina es absorbida con facilidad a través del sistema digestivo (incluido el recto), la mucosa nasal y el pulmón, y por vía parenteral en inyección subcutánea, intramuscular o intravenosa. La administración oral reduce el efecto debido al metabolismo hepático, y en la actualidad apenas se emplea, siendo las vías intravenosa y pulmonar las más utilizadas.

En el organismo pasa por desacetilación a 6-acetilmorfina en 10-15 minutos, y ésta a su vez es hidrolizada a morfina en cuestión de pocas horas. La conversión total es tan rápida que la probabilidad de detectar heroína en sangre u orina es mínima, por lo que la acción farmacológica de la heroína es responsabilidad de la monoacetilmorfina y la morfina. Ésta se encuentra en su mayoría libre en el plasma y aproximadamente en un tercio unida a las proteínas, el resto se acumula

rápidamente en los tejidos parenquimatosos del riñón, pulmón, hígado y bazo. La fracción mayor se localiza en el músculo esquelético ya que aunque su nivel relativo es menor, la cantidad total de masa muscular lo compensa con creces.

La heroína afecta al cerebro antes que la morfina, porque ella misma y la monoacetilmorfina atraviesan más fácilmente la barrera hemato-encefálica debido a la mayor liposolubilidad que le confieren los grupos acetilo. Una vez hidrolizada a morfina, con una vida media de 2,5-3,0 horas, es conjugada con ácido glucurónico y se excreta principalmente en la orina por filtración glomerular, como morfina-6-glucurónido y en una pequeña proporción en forma libre.

El 90% de la excreción total se produce en las primeras 24 horas, aunque sigue siendo detectable en orina más de 48 horas debido a la circulación enterohepática (Jaffe y Martin, 1982; Repetto *et al.*, 1985).

El 10% restante puede aparecer en las heces como morfina conjugada proveniente de la bilis y el jugo gástrico, e incluso una mínima fracción de heroína y 6-acetilmorfina es detectada en el sudor (Cone *et al.*, 1994).

Recientemente se ha comprobado que la 6-acetilmorfina y la 6-glucurónido-morfina se depositan en la matriz capilar, donde permanecen estables durante meses, por lo que se propugna su uso como test de consumo (Rothe y Pragst, 1995). Aunque ya es posible detectar las concentraciones de heroína y sus metabolitos simultáneamente, las investigaciones toxicológicas continúan midiendo la morfina libre en sangre, hígado, orina y bilis. Así, la media del porcentaje de morfina

detectado en la orina, según la heroína sea inyectada o fumada, es de un 68% y un 14% respectivamente (Karch, 1996).

1.5.2.- Efectos generales en el organismo

Los opiáceos, en general, producen euforia y tranquilidad en personas fatigadas o deprimidas, ya que suprimen las sensaciones que les incomodan: hambre, angustia, preocupaciones... En cambio, en individuos libres de tales circunstancias no producen dicho efecto (Aguar, 1989).

En el sistema nervioso central la heroína produce analgesia selectiva sin pérdida de conciencia ni alteración de la sensopercepción. Alivia el dolor agudo intermitente, pero es más eficaz en el dolor crónico, sordo y continuo. Impide la liberación del péptido neuroquinina en la médula espinal (vía del dolor) y en el cerebro cambia la respuesta afectiva: se mantiene la sensación pero sin el correlato psíquico del mismo. La desaparición de esta angustia, miedo o sufrimiento explica el porqué en algunos casos se presentan un estado de tranquilidad o incluso de euforia -efecto de rebote- y en otros, cuando no existía este estado previo, puede notarse cierta disforia. A dosis mayores produce rigidez muscular que puede llegar a la inmovilidad total o catalepsia (Jaffe y Martin, 1982).

En el hipotálamo actúa descendiendo la temperatura corporal y en la hipófisis suprime la liberación de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), por lo que no se libera la hormona sexual gonadotropina o luteinizante (LH) quedando anulada

la función sexual en los hombres -por reducción de la testosterona- y el ciclo menstrual en las mujeres. Suprime la tirotrófina (TRH), aumenta la liberación de prolactina y, en algunos casos, también de somatotrofina (hormona del crecimiento).

Produce depresión de todas las fases de la actividad respiratoria por efecto directo sobre los centros respiratorios del tronco cerebral: disminuye la frecuencia, el volumen minuto y el intercambio ventilatorio pulmonar. También provoca náuseas y vómitos y deprime el reflejo tusígeno por estimulación directa en el bulbo raquídeo del área postrema y el centro de la tos respectivamente. Un efecto típico que carece de fenómeno de tolerancia es la miosis pupilar, por acción directa sobre el segmento autonómico del núcleo del nervio oculomotor. En el electroencefalograma, una dosis única produce aumento de voltaje y disminución de frecuencia, como ocurre en el sueño natural

En el sistema cardiovascular origina una dilatación periférica arteriolar y venosa debida a la liberación de histamina, la supresión central del tono adrenérgico y la disminución de la vasoconstricción refleja causada por el aumento de P_{CO_2} , pero mantiene la presión arterial que sólo desciende cuando existe hipoxia. La depresión respiratoria también es responsable de la vasodilatación cerebral y aumento de la presión del líquido cefalorraquídeo. Sobre el miocardio no interviene de modo significativo.

En el estómago produce disminución de la motilidad y de la secreción del jugo gástrico, y aumento del tono en el antro y primera parte del duodeno, responsable de la mitad de la demora gastrointestinal total. En el intestino delgado

se retrasa una cuarta parte del total: disminuyen las ondas peristálticas propulsivas y las secreciones tanto biliar –puede producirse espasmo del esfínter de Oddi con aumento de la presión intraductal– como pancreáticas, aumentando el tono de reposo y de la válvula ileocecal. Se absorbe más agua y se retrasa la digestión. En el colon persiste la falta de contracciones propulsivas, aumenta la desecación de las heces y el tono del esfínter anal lo que contribuye a la cuarta parte restante del estreñimiento total.

En el sistema urinario la respuesta es variable. Aunque aumenta el tono y la amplitud de las contracciones del uréter y también el tono del músculo detrusor de la vejiga, la hipertonía del esfínter vesical junto con el efecto central de inatención a los estímulos vesicales dan como resultante la retención urinaria.

En cuanto a otros sistemas, contrae la musculatura bronquial y en la piel produce prurito y sudor, por la vasodilatación cutánea debida a la histamina liberada. En la mujer embarazada alarga el parto y puede provocar depresión respiratoria en el feto.

1.5.3.- Receptores para los opiáceos

El hecho indiscutible de la actuación de los opiáceos en el organismo motivó la cuestión de cómo ejercían esta acción. Martin en 1967 introdujo el concepto de receptor basándose en el doble efecto de la nalorfina: antagoniza la acción de la morfina e induce *per se* analgesia. Ello indicaba que este segundo efecto debiera

producirse mediante un mecanismo o en un lugar (receptor) distinto del primero. Pert y Snyder demostraron en 1973 por primera vez, a través de medios radioquímicos, la existencia de dichos receptores para los opiáceos. Actualmente se conocen cuatro tipos que han sido denominados mu (μ), kappa (κ), sigma (σ) y delta (δ) (Fratta y Gessa, 1993).

Su distribución es heterogénea en el Sistema Nervioso Central (S.N.C.) y Periférico (S.N.P.). En el primero se concentran sobre todo en las zonas pertenecientes al sistema límbico, el tálamo medio y la materia gris periacueductal del mesencéfalo, áreas que regulan el comportamiento emocional e intervienen en la percepción del dolor. El predominio corresponde a los receptores μ , responsables de los signos del síndrome de abstinencia y de los típicos efectos del opio: miosis, depresión respiratoria, bradicardia, hipotermia y analgesia supraespinal. El receptor δ presenta efectos indiferenciables a los mediados por el receptor μ , pero se postula que no es un receptor para los opiáceos *sensu strictu* ya que no es antagonizado por el antagonista opiáceo naloxona. El receptor κ provoca miosis y analgesia espinal, y es responsable de la sedación típica. Los efectos del receptor σ son midriasis, taquipnea, taquicardia y cierta euforia.

En el S.N.P. los órganos más estudiados a este respecto y donde pueden encontrarse receptores μ , κ y δ son el íleon y el *vas deferens*. El receptor μ predomina en la retina y aparece junto al tipo δ en la médula suprarrenal. No se ha confirmado la presencia del receptor κ en estos órganos pero donde sí aparece es en la placenta humana, lo que no ocurre en ninguna otra especie animal. El

desconocimiento de la localización del receptor σ se debe a la falta de ligandos específicos que permitan su estudio.

Investigaciones más recientes distinguen ya entre subtipos de receptores para opiáceos, como los κ_1 y κ_2 , o el μ_1 del centro respiratorio del troncoencéfalo, responsable de la analgesia supraespinal, y el μ_2 causante de los clásicos efectos del opio: euforia, miosis, estreñimiento, retención urinaria, bradicardia, sedación y depresión respiratoria (Pasternak, 1993).

Las características físico-químicas de un receptor opiáceo fueron postuladas en 1986: una superficie plana donde se aloja el anillo bencénico, una zona aniónica –un cuadrado de $7,5-8,5 \times >65$ angstroms– para el nitrógeno cargado positivamente y entre ambos una cavidad para las partes más salientes de la droga. En 1992 y 1993, se comprobó empíricamente su estructura heptahelicoidal: una cadena proteínica de casi 450 aminoácidos que atraviesa en siete ocasiones la membrana celular, como un cilindro cuya abertura externa forma la cavidad para los ligandos opiáceos. Cuando se une con este ligando, las siete hélices del receptor se alteran y configuran en el interior celular la denominada proteína G, que regula la apertura de algunos canales iónicos y, por tanto, la actividad de la célula (Goldstein, 1994).

1.5.4.- Opiáceos endógenos

La existencia indiscutible de receptores para sustancias exógenas, condujo a la búsqueda de las sustancias endógenas morfinoides –de ahí el nombre genérico

de "endorfinas" (Lawson, 1989)– para las cuales hubieran sido desarrollados.

Kosterlitz y Hughes aislaron en 1975 dos pentapéptidos de actividad similar a la morfina, que denominaron encefalinas. Se comprobó su acción como neurotransmisores y se distinguieron cuatro tipos: la Met-encefalina (Tyr-Gly-Gly-Phe-Met), la Leu-encefalina (Tyr-Gly-Gly-Phe-Leu), un octapéptido (Met-encefalina Arg-Gly-Leu) y un heptapéptido (Met-encefalina Arg-Phe). Tienen su origen en la escisión proteolítica de un polipéptido de 256 aminoácidos denominado Proencefalina. Se localizan a lo largo de todo el S.N.C. (sobre todo en el *globus pallidus*, ganglios de la base, amígdalas e hipotálamo) y S.N.P. (hipófisis posterior, diversos ganglios, glándulas salivares, tracto gastrointestinal y fundamentalmente en la médula suprarrenal). También aparecen en la sangre y en el líquido cefalorraquídeo. Poseen escasa actividad biológica debido a que son rápidamente degradadas por enzimas aminopeptidasas, entre los que se encuentra la conocida Enzima Convertidora de la Angiotensina (ECA). Los cambios estructurales que favorecen una mayor resistencia a la degradación aumentan su potencia analgésica hasta 30 veces más que la de la morfina.

Una segunda familia está constituida por las denominadas endorfinas propiamente dichas. Derivan de un polipéptido de 239 aminoácidos conocido actualmente como la Pro-opio-melano-cortina, origen de la hormona adrenocorticotropa (ACTH) y de la β -lipoproteína, que consta de 91 aminoácidos y a partir de la cual se forman una γ -lipoproteína y la β -endorfina, compuesta de 30 aminoácidos. Ésta, a su vez, será escindida para formar la α -endorfina o la γ -endorfina, péptidos

de 16 y 17 aminoácidos respectivamente cuya única diferencia estriba en la leucina terminal de la segunda. Sólo la β -endorfina, la α -endorfina y la γ -endorfina poseen actividad opioide, el resto de péptidos derivados (ACTH, CLIP, β -lipoproteína y las hormonas melanofooroestimulantes α -, β -, y γ -MHS) carecen de ella, aunque quizás puedan interactuar con las endorfinas modulando su acción. La β -endorfina se une a los receptores δ por la secuencia inicial similar a la Leu-encefalina, que también poseen la α - y γ -endorfina. Además puede unirse a los receptores μ e inducir analgesia, pero para ello es necesario la integridad de la cadena aminopeptídica completa.

En el S.N.C. las endorfinas actúan como neurotransmisores, concentrándose en las neuronas del núcleo arcuato del hipotálamo medio basal y desde allí se proyectan al septo anterior, materia gris periacueductal, núcleo periventricular, núcleo paraventricular del tálamo, etc. Sin embargo, la β -endorfina alcanza una mayor concentración en la hipófisis anterior e intermedia, donde actúa como una hormona.

Los mecanismos que regulan la liberación de endorfinas a nivel hipofisario son los mismos que liberan la hormona ACTH, pero a nivel central se realiza de modo independiente y por mecanismo aún desconocido.

La tercera y última familia fue descubierta por Goldstein en 1979, son las dinorfinas. Derivan de la Prodinorfina, precursor polipéptido que también contiene la secuencia de la Leu-encefalina –responsable de su actividad opioide– en sus tres péptidos principales: Neoendorfina, Dinorfina-A y Dinorfina-B.

A nivel central, entre los sistemas que contienen dinorfinas y que son de especial importancia funcional, destacan la vía nigroestriatal y los núcleos magnocelular y supraóptico del hipotálamo. Son las mismas neuronas que contienen la hormona antidiurética (ADH) y proyectan sus terminaciones al lóbulo posterior hipofisario. En orden de concentración decreciente pueden detectarse en el núcleo estriado, mesencéfalo, hipocampo, puente, médula espinal, corteza y cerebelo. Pero donde predomina la dinorfina, en una concentración hasta cincuenta veces mayor a la del hipotálamo, es en el lóbulo posterior de la hipófisis. Además puede ser localizada en multitud de tejidos periféricos: la totalidad del tracto gastrointestinal, páncreas, pulmones, corazón, musculatura esquelética, hígado, riñones, testículos y ovarios.

En investigaciones separadas, Spector y Weitz han demostrado que la morfina y dos moléculas cortas similares a ella están presentes en el cerebro de los animales. Su origen es desconocido y se valoran distintas posibilidades como que sea de producción endógena, incorporada por la dieta o incluso producida por las bacterias intestinales, pero no se ha llegado todavía a una conclusión válida (Goldstein, 1994).

I.6.- Alteraciones relacionadas con la administración de heroína

Es conocido que el tipo de droga y la ruta de administración influyen en el daño físico, psicológico y social derivado de su utilización. Para los consumidores de más de una droga, la heroína produce más adicción que la cocaína u otros estimulantes, pero si además es inyectada en vez de fumada, se aumenta la gravedad de la dependencia (Gossop *et al.*, 1992).

En los Estados Unidos desde los años cincuenta predominaba la vía intravenosa y minoritariamente se empleaban otras como la subcutánea (*"skin-popping"*). La aparición del Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida (SIDA) en 1981 fue el detonante que potenció otros vías de administración: fumada, esnifada o inhalada tras ser calentada en una lámina de metal, lo que se conoce como "fumar chinos" o, en países anglosajones, *"chasing the dragon"* (cazar el dragón).

En Gran Bretaña, Griffiths (1994) comprueba que la inyección y la inhalación, por este orden, son las vías más utilizadas de administración, y que el paso de la primera a la segunda es mucho más común que el contrario.

En España, De la Fuente (1994), basándose en datos suministrados por el Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) en 1991, encuentra una prevalencia de administración intravenosa del 64,4%. En ese año, la proporción de toxicómanos tratados por primera vez cuya vía de administración más frecuente fue la parenteral era de un 50,3% en 1991. En 1993 descendió hasta un 37,8% (Sánchez Orantos, 1996).

Actualmente continúa aumentando la frecuencia de la administración a través del sistema respiratorio en detrimento de la vía parenteral. En una muestra de heroinómanos seguida durante cinco años por Torres Tortosa (1995), ésta última pasó de ser la habitual en el 85,7% de los casos a sólo el 34,3%.

1.6.1.- Trastornos orgánicos

La esperanza de vida de la población adicta a la heroína y otras sustancias psicoactivas es muy inferior a la de la población general. En el grupo de edad menor de 30 años la mortalidad global puede alcanzar hasta el 15%. Ello se debe, como ya señalaba Becker en 1979, al desarrollo de graves enfermedades orgánicas junto con una mayor incidencia de accidentes, homicidios y suicidios (Ruiz *et al.*, 1993).

En los EE.UU., la heroína ha pasado de ser la responsable en un tercio de los fallecimientos en 1990, a causar cerca de la mitad de los mismos. Según datos de la "*Substance Abuse & Mental Health Services Administration*" entre 1990 y 1993 las muertes relacionadas con opiáceos se incrementaron en un 65%, de 3.403 a 5.876 (Karch, 1996).

La tasa de mortalidad anual, según Oppenheimer (1994), es del 1,84%. Ese mismo año, el "*Drug Abuse Warning Network (DAWN)*" contabilizó 3.522 (17,4%) fallecimientos debidos a heroína de un total de 20.156 muertes relacionadas con las drogas (Karch, 1996).

Brancato (1995) en una cohorte de heroinómanos seguida durante 10 años detecta que a partir de 1992 el SIDA sustituye a la sobredosis como causa más frecuente de mortalidad.

En España, la mortalidad por reacción adversa a drogas creció en los años ochenta hasta convertirse en una de las principales causas de muerte en edad juvenil (Brugal *et al.*, 1995). Actualmente, a pesar de que las cifras han descendido, sólo entre los meses de enero y junio de 1996 han perecido 239 personas por consumo de estupefacientes (Nieves *et al.*, 1996). En más del 90% de las muestras de fallecidos por reacción aguda a drogas se detectan la morfina u otros productos metabólicos derivados de la heroína; y también más del 90% de las urgencias y admisiones a tratamiento por consumo de drogas registradas por el SEIT, se relacionan con el consumo de heroína (Sánchez Orantos, 1996).

En cuanto a otras repercusiones orgánicas, Muga y Tor (1991) señalan como más del 95% de los pacientes drogodependientes que requieren atención hospitalaria tienen a la heroína como objeto de su adicción.

Según los datos aportados por el Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD), en España en el año 1993 más de la mitad de los consumidores de heroína sin tratamiento, exactamente un 55,3%, presentaron problemas de salud física (Sánchez Orantos, 1996).

Los problemas físicos de la intoxicación aguda se caracterizan por disminución del nivel de conciencia, miosis puntiforme y depresión respiratoria

central que conduce a un cuadro de edema agudo pulmonar con hipoxia, hipotensión arterial, shock y muerte por fallo multiorgánico (Fuster *et al.*, 1993).

Una vez establecido un consumo continuado, cuando éste cesa aparece un cuadro clínico de abstinencia caracterizado por un patrón de signos y síntomas contrarios a los efectos agonistas agudos. Comienza por sensación de ansiedad, inquietud y dolor, sobre todo en espalda y piernas, que se acompañan de un anhelo irresistible de obtener la sustancia ("craving"). Hay una conducta de búsqueda del opiáceo con ánimo disfórico y, entre las 6 y 24 horas posteriores a la última dosis de heroína, aparecen los conocidos signos físicos: náuseas, vómitos, mialgias, lagrimeo, rinorrea, midriasis, piloerección, hiperhidrosis, diarrea, fiebre e insomnio. Los síntomas agudos de la abstinencia alcanzan un pico en las primeras 24-72 horas, para ir remitiendo gradualmente en 5-7 días.

Además, una amplia gama de trastornos orgánicos se derivan de su uso crónico. No todos son debidos a la propia heroína, ya que ciertas complicaciones dependen de la vía de administración utilizada y del uso conjunto con otras sustancias, empleadas por su efecto psicoactivo o como simples adulterantes. A continuación, detallamos las repercusiones de la heroína en los distintos aparatos o sistemas.

En el S.N.C. se ha relacionado el consumo de heroína inhalada con la leucoencefalopatía espongiiforme, quizás relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), y con la encefalopatía postanóxica tras una intoxicación aguda (Ruiz *et al.*, 1993).

Las crisis convulsivas en heroinómanos suelen deberse a sobredosis o intoxicaciones mixtas. En cambio, los accidentes vásculo-cerebrales isquémicos y el síndrome de Claude-Bernard-Horner se relacionan directamente con la vía de administración parenteral. Los primeros pueden ser secundarios a un daño vascular producido por embolismo de material extraño, endocarditis, vasculitis... En cambio, el síndrome de Claude-Bernard-Horner puede ser causado directamente por la inyección en la región cervical. Además, se han encontrado complicaciones medulares como una tetraparesia espástica por necrosis fibrinoide centromedular de mecanismo desconocido.

En el S.N.P. aparecen con frecuencia mononeuropatías, sobre todo del nervio radial por compresión extrínseca durante períodos de inconsciencia, y plexopatías o polirradiculopatías, más raras, que suelen asociarse con la infección por VIH.

A nivel endocrinológico provoca impotencia, pérdida de la libido y eyaculación retardada en los varones y trastornos menstruales y amenorrea en las mujeres. Otras complicaciones como la insuficiencia suprarrenal se creen relacionadas con el VIH.

En el sistema cardiovascular la heroína puede provocar un edema pulmonar cardiogénico, consecuencia de una miocardiopatía aguda (Ruiz *et al.*, 1993). Complicaciones cardiológicas como el infarto de miocardio o las arritmias se relacionan con el uso conjunto de cocaína.

Las complicaciones digestivas se derivan directamente del efecto farmacológico opiáceo. La disminución de la motilidad intestinal y la hipertonia de los esfínteres provocan estreñimiento crónico y mayor incidencia de patología anorrectal. La pancreatitis aguda se debe al aumento del tono en el esfínter de Oddi y puede agravarse por el consumo conjunto de alcohol. Además, los procesos periodontales se relacionan con factores higiénico-dietéticos.

En el riñón, la heroína puede provocar secundariamente una insuficiencia renal a través de una rabdomiolisis, una infección o incluso por una amiloidosis secundaria. En el glomérulo produce todo tipo de lesiones, principalmente una glomerulonefritis focal y segmentaria cuya frecuencia, recientemente y por motivos aún no aclarados, parece haber disminuido (Friedman y Tao, 1995).

A nivel pulmonar, en las vías aéreas aparece una hiperreactividad bronquial, que puede llegar al broncoespasmo, por la acción vagal, o a la crisis asmática (Iglesias *et al.*, 1994). También hay fenómenos de bronquiectasias secundarios a episodios previos de edema agudo de pulmón o, más raramente, aspiración del contenido gástrico. También, en la administración parenteral pueden encontrarse casos de enfisema debido a las bullas producidas por necrosis alveolares o granulomas derivados de la inyección de sustancias inertes. En la vía inhalatoria, puede producirse inflamación y perforación del septo nasal hasta en un 5% (Ruiz *et al.*, 1993).

En la patología parenquimatosa del heroínómano destaca el edema agudo, anteriormente citado, pero si la administración es parenteral puede causar

granulomatosis y complicaciones vasculares, al emplear como adulterantes talco, algodón, metilfenidato, celulosa... (Ferrari *et al.*, 1995). También pueden producirse producen casos de neumotórax y neumomediastino.

Entre las complicaciones musculares, la más típica es la rabdomiolisis aguda que puede deberse al efecto directo de la heroína o, de forma indirecta, por la compresión en periodos de inconsciencia o tras sufrir convulsiones (Surbled *et al.*, 1995; Yang *et al.*, 1995). En relación con la vía intravenosa, si la administración es repetida aparece una miopatía fibrosa secundaria. Pastan en 1977 describió una miopatía aguda febril secundaria al consumo de "heroína marrón", lo que sugirió el posible papel etiológico de los adulterantes (Ruiz *et al.*, 1993).

Se han descrito complicaciones hematológicas relacionadas con el VIH como la trombopenia, y trastornos reumatológicos como la crioglobulinemia mixta derivada del uso de heroína y metadona por vía parenteral. También cuadros derivados del estilo de vida -malnutrición, infecciones...- como la anemia normocítica o la agranulocitosis (Leung *et al.*, 1995).

La amplitud de las complicaciones infecciosas de los heroinómanos exigen un acercamiento necesariamente esquemático de las mismas. Afectan a todos los sistemas del organismo y constituyen la causa principal de hospitalización, originando una mortalidad entre el 5-15% (Domingo *et al.*, 1993).

El estilo de vida del heroinómano clásico aumenta la frecuencia de estas complicaciones. Por citar un ejemplo, en poblaciones no drogodependientes la

hepatitis B suele ser una enfermedad leve con menos de un 2% de mortalidad, en cambio la mayor incidencia de prostitución heterosexual y homosexual, favorece las enfermedades de transmisión sexual y los virus de la hepatitis y el VIH-1 (Gossop, 1994; Ribera, 1992). La falta de adecuados hábitos higiénico-dietéticos junto con la aparición del SIDA ha reactivado la tuberculosis (Lee *et al.*, 1994; Mastro *et al.*, 1994) y los episodios de pérdida de conciencia facilitan las infecciones neumológicas por anaerobios (Miró y Gatell, 1993).

Los síntomas o síndromes que pueden aparecer en relación con el sistema inmunitario, el SIDA aparte, son múltiples: hipergammaglobulinemia, aumento absoluto de la inmonoglobulina M y relativo de la G, disminución de la respuesta linfocitaria a mitógenos, linfopenia, disminución de la hormona tímica... (Cabrera y Cabrera, 1994). Investigaciones recientes en animales apuntan a que los opiáceos tienen un efecto inmunotóxico directo que secundariamente disminuye la resistencia del sistema inmune (Van Der Laan *et al.*, 1995).

Pero la gran mayoría de las infecciones se relacionan con la vía de administración parenteral debido a la contaminación previa de la sustancia o en el propio acto –por la mayor tasa de colonización de *Staphylococcus aureus* en la piel del adicto a drogas por vía parenteral–, el uso compartido del material de inyección con restos biológicos o el empleo de disolventes no estériles. Aunque también han sido descritas fascitis, piomiositis, foliculitis, linfangitis, tromboflebitis..., las más frecuentes infecciones bacterianas son los abscesos o celulitis en el lugar de la punción (Bergstein *et al.*, 1995).

Además, siguen detectándose las clásicas endocarditis, bacteriemias, infecciones osteo-articulares, pleuro-pulmonares, del S.N.C., de transmisión sexual, oculares... (Hoffman y Goldfrank, 1990; Torres *et al*, 1992; Ris, 1993; Santos *et al*, 1994; Coll y Lewis, 1994). Y también, las complicaciones debidas a las toxinas, como ocurre en el caso del shock tóxico, del botulismo (*Massachusetts Medical Society*, 1995) o del tétanos (Sun, 1994).

Otros microorganismos causantes de infecciones son los hongos, en especial los géneros *Candida* y *Aspergillus*, los protozoos, como es el caso del paludismo, y sobre todo los agentes virales responsables de hepatitis, leucemias (como los retrovirus HTLV 1 y 2) y especialmente el VIH, generador del SIDA.

La O.M.S. estimaba en 1993 que casi diez millones de personas estaban infectadas por VIH. La ciudad de San Francisco de los EE.UU., según Moss (1994), posee una tasa de seroconversión similar para los homosexuales y los drogadictos por vía parenteral: 1,9 y 1,4 por persona y año de seguimiento respectivamente. En Europa los sistemas de recogidas de datos no permiten comparaciones internacionales (*European Centre for the Epidemiological Monitoring of Aids*, 1993).

En España la práctica de riesgo responsable de más contagios está constituida por el grupo de los toxicodependientes, en el que predominan los heroinómanos. A finales de 1994, según la Memoria del PNSD de 1995, nuestro país presentaba el mayor número y tasa acumulada por cien mil habitantes de casos de SIDA relacionados con el consumo de drogas en Europa, el 64,4% de todos los diagnosticados hasta entonces (Sánchez Orantos, 1996).

Actualmente, según el Ministerio de Sanidad y Consumo (1996), el porcentaje se mantiene o incluso aumenta. De los 2.802 nuevos casos declarados de enero a septiembre de 1996, el 65,0% se debe a drogas por vía parenteral.

El incremento de mujeres en edad fértil consumidoras de opiáceos ha provocado una nueva situación de riesgo. De los 20 hombres por cada mujer entre los pacientes asistidos en los años setenta, se ha pasado a una proporción de 5 a 1 (Duro *et al.*, 1993) o, incluso, 3-4 a 1 (Valleur *et al.*, 1986; Comas, 1988; Sánchez Payá *et al.*, 1990). Aproximadamente la mitad de las mujeres adictas a drogas por vía parenteral durante el embarazo presentan complicaciones médicas. Se calcula que en los EE.UU. nacen anualmente 10.000 niños de madres dependientes a opiáceos (Hoffman y Goldfrank, 1990). En el caso de la heroína, el síndrome de abstinencia en el recién nacido aparece en las primeras 24 horas tras el parto. En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo ya cifraba hace una década en un 2 por 1.000 la incidencia de estas "adicciones pasivas".

Otras complicaciones obstétricas coinciden con aquellas presentadas por las mujeres gestantes que no reciben asistencia prenatal: abortos, desprendimiento precoz de placenta, amnionitis, muerte intrauterina... (Cabrera y Cabrera, 1994). En una revisión sobre el tema, Bongain (1992) encuentra una casuística del 14,3-29,8% de abortos, entre un 15 y un 35% de partos prematuros, hasta un 45% de crecimiento intrauterino retardado... La conjunción de estos dos últimos factores produce dos de los problemas más frecuentes: el nacimiento de niños de bajo peso para su edad de gestación y la presentación de nalgas. El retraso del crecimiento

es un efecto directo de la heroína, mientras que el parto se ve adelantado de manera indirecta, ya que las infecciones estimulan la liberación de cortisol adrenal. Diversos estudios apuntan a que el desarrollo posterior de los neonatos también se ve afectado, especialmente en el aspecto cognitivo (Van Baar *et al.*, 1994; Soepatmi, 1994).

1.6.2.- Trastornos psicológicos

El consumo de una sustancia con efectos psicoactivos puede causar los síntomas de cualquier trastorno mental (First *et al.*, 1996). Valbuena (1996) señala que en distintos trabajos efectuados en pacientes psiquiátricos hospitalizados, cuando se realizan análisis de orina sistemáticos buscando sustancias psicotropas hasta un 40% dan resultado positivo.

La intoxicación por heroína se caracteriza, desde el punto de vista psicológico, por la aparición de una euforia inicial que dura alrededor de unos 45 minutos. Se sigue durante unas cuatro horas de apatía, disforia, deterioro en la capacidad de juicio o de la actividad socio-laboral, déficit de memoria, disminución del nivel de conciencia e hipoprosexia. Se acompaña típicamente de agitación o inhibición psicomotoras, disartria y miosis, y en algunos casos aparecen trastornos perceptivos como ilusiones o alucinosis.

El estado de dependencia se caracteriza por un patrón compulsivo de consumo junto a la necesidad de aumentar la cantidad administrada -por la

tolerancia fisiológica- y la progresiva reducción de las actividades habituales. En las horas y días siguientes a la abstinencia, ya hemos citado anteriormente que predominan la ansiedad, la inquietud, el deseo prevalente de obtener heroína (*craving*) y la disforia. Estos síntomas, junto a los más crónicos como, anhedonia o el insomnio, pueden persistir durante meses.

Además de estos trastornos, causados por el patrón de uso conflictivo, la heroína puede provocar la aparición de otros cuadros por sus efectos directos sobre el sistema nervioso. La presencia de síntomas cognoscitivos, tanto en la intoxicación como en la abstinencia, con una entidad tal que merezcan una atención clínica independiente constituyen un episodio de "delirium". Si aparece una distimia importante y duradera se denomina "trastorno de ánimo inducido por opiáceos". En el caso de que predominen las alucinaciones o las ideas delirantes hablamos de un "trastorno psicótico inducido por opiáceos". Cuando lo fundamental es la disminución del apetito y de la excitación sexuales decimos que es un "trastorno sexual inducido por opiáceos". Y si encontramos el típico fenómeno de insomnio tras el consumo crónico, o de hipersomnia en las abstinencias prolongadas se diagnostica como un "trastorno de sueño inducido por opiáceos".

En el conocido estudio de Rounsaville (1982) de la Universidad de Yale, de un total de 533 pacientes dependientes a opiáceos el 86,9%, simultánea o previamente, presentaba al menos otro trastorno mental; y en el 52% había hasta dos o más diagnósticos psiquiátricos. Aunque la muestra no era representativa de la población general, ya que se trataba de toxicómanos que habían solicitado

tratamiento o lo estaban realizando, estudios posteriores han confirmado esta comorbilidad, encontrando que los trastornos más frecuentes son: personalidad antisocial, depresión, dependencia de alcohol y trastornos de ansiedad (Pérez y Casas, 1993).

La A.P.A. (1994) subraya que los individuos dependientes a opiáceos están predispuestos a manifestar síntomas depresivos de duración breve y episodios depresivos leves o moderados, además de presentar en una frecuencia superior a la media los trastornos antisocial de la personalidad y por estrés postraumático. Tejero (1993) incide en el nexo entre adicción a opiáceos y la personalidad antisocial. Darke (1994) en una muestra de pacientes en tratamiento con metadona confirmó que la mayoría presentaba este trastorno antisocial de la personalidad (60,8%), siendo los síntomas más comunes las conductas ilegales, la agresividad y la temeridad. Además un 68,5% habían sido diagnosticados en la infancia de un trastorno de conducta. Otros cuadros asociados son los relacionados con el control de la impulsividad y la dependencia. Feigelman (1995) halló hasta un 7% de ludópatas en una muestra de heroinómanos en tratamiento con metadona.

1.6.3.- Trastornos sociales

Las consecuencias sociales del fenómeno de la drogodependencia son comentadas, desde distintas ópticas, en nuestro país por Sáenz de Pipaón (1974), Arana (1981), López (1981), E.D.I.S. (1987), Junta de Andalucía (1990b), Seguí y

de Pablo (1992), Comas (1990, 1997)...; y fuera de él, entre otros, por Facy (1987), Hammersley (1989), Hoffman y Goldfrank (1990), Senay (1991), Hall (1993)...

El coste económico para la sociedad es elevado. El escritor Frederick Forsyth en un estudio sobre el tráfico de heroína en 1973 señalaba como ésta se convirtió en "el artículo de importación más importante de los Estados Unidos", con una cifra aproximada de cuatro mil millones de dólares (Inglis, 1975). Más recientemente, Coleman (1993) calcula que en este mismo país el consumo de tóxicos causa unas 75.000 muertes por año, y que supone un gasto neto de hasta 152.000 millones de dólares. En España, se gastan más de 10.000 millones de pesetas anuales en la atención global al problema del uso indebido de drogas (Sánchez Payá *et al.*, 1991).

Una vez se instaure el estado de dependencia del tóxico, el individuo se centra en su búsqueda, a la espera del momento para la próxima dosis. Además de este importante cambio en la conducta del sujeto, que por sí mismo ya explica muchos de sus conflictos, la imposibilidad económica para hacer frente a los gastos ocasionados propicia la realización de actos delictivos. Esto aclara la elevada frecuencia de problemas judiciales y la presencia habitual de un significativo número de heroinómanos en los centros penitenciarios (Sánchez Orantos, 1996).

Seguí y de Pablo (1992) afirman que la delincuencia constituye el problema de mayor repercusión social asociado a las toxicomanías y constatan -citando los trabajos de Leraña en 1982 y de Navarro en 1985- una relación directa entre las cantidades de opiáceos intervenidos por la policía y el número de delitos denunciados. Otero López (1994) hace la salvedad de que es imposible definir la

relación entre droga y delincuencia de una manera universal, pero sí sostiene que el consumo habitual de heroína u otros narcóticos genera delincuencia.

Podría pensarse, por tanto, que los problemas sociales de los drogo-dependientes sólo aparecen cuando finalmente acuden en búsqueda de terapia, pero no es así. En estudios realizados en España con consumidores de heroína que aún no están en tratamiento, se comprueba que casi tres de cada cuatro presentan problemas laborales, familiares y de integración social. Los porcentajes exactos son respectivamente 58,4%, 84,1% y 77,2%, y aumentan hasta 61,6%, 87,8% y 79,5%, cuando se consume simultáneamente con cocaína (Sánchez Orantos, 1996).

Por la influencia del consumo de tóxicos se deja sentir incluso antes. Downs y Rose (1991) investigaron la relación entre las pandillas de adolescentes, con edades de 13 a 17 años, y la incidencia de problemas psicosociales. El resultado fue que el grupo valorado más negativamente por sus iguales, se caracterizaba por menor implicación en las actividades escolares, actitud más positiva hacia el alcohol y las drogas y mayor consumo de dichas sustancias.

Si nos referimos al caso particular de las mujeres, Kuhns (1992) concluye que el abandono de la escolaridad junto al uso precoz de alcohol o drogas aumentan su vulnerabilidad y el riesgo de que se relacionen con la prostitución. En otro estudio con prostitutas adolescentes embarazadas, Deisher (1991) comprueba que más de la cuarta parte (28%) de los recién nacidos dieron positivo en la detección de tóxicos. Rosenbaum (1985) afirma que el comienzo de la toxicomanía es similar en ambos sexos, pero las diferencias aparecen con las dificultades de la mujer para

asumir el papel de "heroinómano". En su opinión, la heroína posee un "patrón de inversión" en la mujer: alimenta sus ilusiones para luego transformar su vida en un caos. El estigma de la adicción les limita, a nivel objetivo y subjetivo, la posibilidad de conseguir pareja y trabajo estables, en cambio pone a su alcance ocupaciones tales como la ya citada prostitución, el robo en tiendas o la falsificación.

En general, uebemos señalar que el problema social de la droga no se circunscribe sólo al daño relacional que sufre un individuo en su conflicto con una sustancia, sino que abarca el cómo ven y viven ese conflicto los restantes miembros de la sociedad (Andalucía, Junta, 1990b). Casi la mitad de los españoles (46%) han visto alguna persona drogada tirada en la calle, más de la mitad (53,7%) considera que las drogas constituyen uno de los tres problemas más importantes de la sociedad española y hasta el 62,7% de los mayores de 16 años están bastante o muy preocupados por la posibilidad de que algún miembro de su familia llegue a consumir drogas (Sánchez Orantos, 1996).

Para Santacreu (1992), las redes de tráfico de sustancias psicoactivas y su oferta ilegal son en realidad un efecto social del fenómeno de la droga y no su causa. Para otros autores como Charles-Nicolas (1988), el fenómeno de la droga juega un papel en la sociedad como desencadenante de un componente proyectivo que nos permite sentirnos mejor separándonos del "infierno" de la droga. A cambio, debemos rechazar y satanizar tanto a las poderosas sustancias como a los malvados traficantes, a los que hacemos responsables del problema.

1.7.- Justificación del presente estudio

Una vez revisada la literatura y bibliografía existente sobre temas tan amplios como la personalidad, las drogodependencias o la heroína, podemos acercarnos a la polémica personalidad del heroinómano. Olievenstein, en su conocida definición del problema de la droga, considera que es el resultado de la confluencia del producto con una personalidad en un momento socio-cultural concreto.

Empezando por este último factor, Julián Marías aseveraba certeramente cómo el desprestigio de la razón en nuestra sociedad, la tendencia actual al "juvenilismo" y la vigencia o presión social favorecedora del consumo, son responsables del aumento de la drogodependencia en la juventud (Marías, 1981).

Murphy (1988) resume el papel etiológico de la cultura con la siguiente frase: "La droga procura la satisfacción ilusoria, o al menos el alivio, de una necesidad de la que la cultura favorece el desarrollo sin satisfacerla suficientemente".

Dentro del medio socio-cultural, destaca la importancia de la familia y, aunque más adelante nos extenderemos sobre este tema, podemos citar un autor clásico como Künkel (1940) para quien las toxicomanías: "...nacen frecuentemente [...] como reacción de un niño especialmente delicado y dotado, frente a un medio especialmente «sano»"; entendiendo el término de "sano" en el sentido de robustez, de rigidez en el medio familiar.

La importancia de la sustancia en la drogodependencia es acentuada por autores como Goldstein (1994), quien en su interesante libro sobre la adicción

afirma: "Hablar de «el problema de la droga» es no entender nada. Las drogas adictivas se distribuyen en siete familias [...] cada una afecta a la química del cerebro de un modo diferente". En su opinión éstas son las responsables de "...una enfermedad a la que nosotros llamamos adicción".

En cuanto a la personalidad, ya Freud en "Tres ensayos para una teoría sexual" (1905) estimaba: "...en algunos casos debe haber una disposición constitucional uniendo la adicción con formas de perversión oral...". Además señaló la existencia de perturbaciones narcisistas, opinión que ha sido compartida posteriormente por Rado, Glover, Fenichel, Merloo, Kernberg, Kohut, Wurmser...

Estos y otros psicoanalistas, encontraron como características de la personalidad toxicómana sentimiento de culpa, mecanismos maníaco-depresivos, dependencia afectiva, angustia de separación, aislamiento, dificultades de interrelación, intolerancia a las frustraciones, infantilismo, falta de confianza en sí mismo, timidez, precariedad psíquica, debilidad del yo, fragilidad del *self*, alteraciones de la identidad, creación de un "falso *self*", desorganización psicótica-límite, erotización del cuerpo, tendencia evasiva a una regresión nirvánica... (Ramón Calero, 1981; Ruiz Ogara, 1982; Morgenstern y Leeds, 1993; Rodríguez Piedrabuena, 1996).

Jaspers (1946) nos hablaba de una "predisposición psíquica originaria" que impide al individuo verse libre de la "manía" -del alemán *sucht*, en el sentido de pasión morbosa-, ya que considera que "...no es posible suprimir el fundamento de la morbosidad".

El propio Olievenstein (1988) postuló que el niño futuro toxicómano ha debido sufrir un trauma precoz que le impedirá el desarrollo psicológico normal de su personalidad provocándole la llamada "fase del espejo roto".

Abundando en esta perspectiva, De Casarino y De Leoneti (1992) destacan como la adicción no es causa de los conflictos psíquicos sino consecuencia de fallas existentes en la estructura básica de la psique.

Sin embargo, se admite que cada uno de estos tres factores por separado es incapaz de explicar completamente este complejo fenómeno. En palabras del desaparecido profesor Sánchez Blanque: "Las drogodependencias constituyen el grupo de enfermedades psíquicas donde más claramente puede observarse una etiología multifactorial, en la que los factores biológicos, psicológicos y sociales se imbrican en la causalidad y mantenimiento del trastorno" (Delgado Rodríguez, 1992).

Sobre la influencia del ambiente Charles-Nicolas (1988) afirma categórico: "...no basta para hacer de alguien un toxicómano: la oferta de droga se ejerce a menudo con la misma intensidad sobre varios sujetos en contextos similares y algunos de ellos no tocan la droga, y entre los que entran en contacto con ella algunos no se transformarán en toxicómanos".

Con respecto a la sustancia y desde el modelo metabólico de las toxicomanías, Snyder (1986), estudioso de las propiedades bioquímicas de los receptores opiáceos, admite con sinceridad: "...nos fue imposible hallar cualquier

alteración que explique la conducta adictiva"; y apunta que la conducta de búsqueda compulsiva de la droga se considera por algunos científicos como un fenómeno sociológico "peculiarmente humano".

Jervis (1976) comentaba como el concepto de posesión demoníaca en el Occidente cristiano representa el precedente histórico más importante de la actual ideología de la droga. En su opinión no es sólo la sustancia en sí, sino el símbolo, el mito que ella representa, tanto para la sociedad como para el individuo.

Minó (1995), en el caso de la heroína, advierte del peligro de magnificarla hasta límites desmesurados: "La palabra heroína nos lleva hacia imágenes diabólicas, mortales, escenas insostenibles que significan la decadencia y la pérdida absoluta del sentido humano. Apela pues, a una movilización total, fanática, en la que la menor tentativa de reflexión que intente comprender como, a lo largo de la historia reciente, se ha constituido este miedo, o incluso de afirmar que, después de todo, la heroína es un producto analgésico, entre otros tantos y muy próximo a otros (la morfina), desencadena inmediatamente comportamientos únicamente observables cuando se trata de altas traiciones. El término heroína impide pensar, y este hecho es especialmente grave a finales de un siglo, el nuestro, que se ha querido caracterizar como un siglo de ciencia y racionalidad".

Como dato significativo de que hay algo más aparte del propio tóxico, podemos señalar que sólo el 5% de los soldados norteamericanos que eran adictos en Vietnam continuaban siéndolo al año de volver a su país y reincorporarse a su vida habitual (Sopelana, 1996).

Sobre la importancia relativa del tóxico, Glover en los años treinta ya afirmaba: "Si se dan las condiciones psíquicas apropiadas cualquier sustancia puede funcionar como droga... [incluso] sustancias psíquicas pueden funcionar como ideas concretas de sustancias concretas" (Rodríguez Piedrabuena, 1996).

En la década de los cuarenta Von Gebsattel incidía en el hecho de que ni el cambio de estado por sí, ni las cualidades negativas o positivas de las drogas son lo fundamental del complejo mundo de las drogodependencias, ya que lo verdaderamente importante es la "vivencia de cambio de estado" que experimenta el sujeto (González Infantes, 1985).

Esta perspectiva permite a Melzer, a principios de los años ochenta, hablar de la organización típica de una "toxicomanía sin drogas" (Cancrini, 1982).

Y recientemente, Alonso-Fernández (1996) retoma esta opinión hablándonos de "las otras drogas" presentes en la vida cotidiana: el juego, el trabajo, el sexo, la televisión, las compras...

Volviendo finalmente al tercer factor de esta ecuación del problema de la droga, se sabe que la baja autoestima o la autoevaluación negativa son comunes en la psicopatología de los drogodependientes y que a diferencia de otros adictos, los heroinómanos se perciben a sí mismos aún más depresivos y agresivos (Paterson y Hammersley, 1991), con una conciencia del daño autoinfligido superior (E.D.I.S., 1987), e incluso con mayor desviación social y menor nivel educacional o laboral (Fieldman et al., 1995).

Sobre la importancia relativa del tóxico, Glover en los años treinta ya afirmaba: "Si se dan las condiciones psíquicas apropiadas cualquier sustancia puede funcionar como droga... [incluso] sustancias psíquicas pueden funcionar como ideas concretas de sustancias concretas" (Rodríguez Piedrabuena, 1996).

En la década de los cuarenta Von Gebsattel incidía en el hecho de que ni el cambio de estado por sí, ni las cualidades negativas o positivas de las drogas son lo fundamental del complejo mundo de las drogodependencias, ya que lo verdaderamente importante es la "vivencia de cambio de estado" que experimenta el sujeto (González Infantes, 1985).

Esta perspectiva permite a Melzer, a principios de los años ochenta, hablar de la organización típica de una "toxicomanía sin drogas" (Cancrini, 1982).

Y recientemente, Alonso-Fernández (1996) retoma esta opinión hablándonos de "las otras drogas" presentes en la vida cotidiana: el juego, el trabajo, el sexo, la televisión, las compras...

Volviendo finalmente al tercer factor de esta ecuación del problema de la droga, se sabe que la baja autoestima o la autoevaluación negativa son comunes en la psicopatología de los drogodependientes y que a diferencia de otros adictos, los heroinómanos se perciben a sí mismos aún más depresivos y agresivos (Paterson y Hammersley, 1991), con una conciencia del daño autoinfligido superior (E.D.I.S., 1987), e incluso con mayor desviación social y menor nivel educacional o laboral (Fieldman *et al.*, 1995).

Sin embargo, también se admite hoy en día que no existe un tipo de personalidad patognomónico del toxicodependiente (López-Ibor Aliño, 1982; Gurpegui, 1989). Rodríguez Piedrabuena (1996) nos recuerda como Fenichel reconocía en 1945 que: "Es imposible definir un tipo de personalidad específica de la conducta toxicómana"; y que en 1969 Hartmann afirmaba: "Muchos de los factores que tomamos como patognomónicos para el uso de drogas, se pueden encontrar en pacientes neuróticos con o sin uso de drogas y estos factores pueden encontrarse también en la depresión, delincuencias y psicosis...". Así, Vedrinne (1988) prefiere hablar de "las personalidades del toxicómano" y otros como Ramón Calero (1981) aseguran que "...desde un punto de vista estadístico, la «personalidad previa» más abundante entre los toxicómanos son las «personalidades normales»".

Esta pluralidad de la personalidad del drogodependiente, y del heroinómano en particular, queda patente en el trabajo de Cancrini (1982; 1990; Cancrini *et al.*, 1988). Este autor, en una valiente síntesis de la psicología individual y de la perspectiva sistémica, realiza en los años 80 una tipología de las toxicomanías y distingue hasta cuatro tipos: A o traumática, B o del área neurótica, C o de transición y D o sociopática. En su libro "La caja de Pandora" relaciona la emergencia subjetiva o trastorno psiquiátrico del sujeto con la situación relacional y la fase del ciclo vital de la familia. Así, la toxicomanía tipo C o la anorexia mental leves aparecen en las familias en las que la desvinculación del sujeto está sujeta a un compromiso, mientras que se presentarán en su forma grave en aquellas en las que desvinculación sólo se permite aparentemente (Cancrini y La Rosa, 1991).

Por todo lo anteriormente expuesto, centrándonos en los sujetos drogo-dependientes, con el objeto de profundizar en la situación vivencial problemática de dichos jóvenes y la esperanza de ayudarles en esta circunstancia de sus vidas, el presente estudio aborda los elementos cognitivo y afectivo de la personalidad del heroinómano y sus aspectos psico-sociales más relevantes. Ello no significa que consideremos la personalidad como algo susceptible de ser dividida en partes, sino que estimamos necesario hacerlo así dada la dificultad de aprehenderla en su plenitud.

En palabras de Bruno Bettelheim (1975): "A pesar de toda nuestra complejidad [...] la personalidad humana es indivisible. Una experiencia, sea del tipo que sea, afecta siempre a todos los aspectos de la personalidad al mismo tiempo".

Los objetivos esenciales que se han planteado en el presente trabajo de investigación pueden ser resumidos de la siguiente manera:

- 1.- Valorar en nuestra población de estudio las características socio-culturales y los aspectos cognitivo y afectivo de la personalidad del individuo, con relación al hecho de ser heroinómano.
- 2.- Conocer la historia toxicológica del grupo de heroinómanos y la interrelación de sus variables socio-culturales (cultura, justicia, familia...).

II.- Material y método

II.1.- Población de estudio

La población participante de base estaba constituida por los varones que figuran empadronados en las provincias que corresponden a la 1ª Región Militar (Madrid, Toledo, Ciudad Real, Guadalajara, Cuenca, Segovia, Ávila y Badajoz) y que eran susceptibles de realizar el servicio militar.

La recogida de datos se efectuó en el Hospital Militar Central "Gómez-Ulla" de Madrid, durante un período de dieciocho meses, entre los soldados de reemplazo ingresados en el servicio de Psiquiatría por toxicodependencia, y los destinados a la unidad de servicio en dicho hospital.

Para nuestro estudio hemos seleccionado una muestra de 67 hombres jóvenes, todos pertenecientes a la clase tropa. Aproximadamente la mitad (35 pacientes) se reconocen como toxicómanos de más de un año de evolución, y el resto (32 sujetos) se califican por ser no drogodependientes. La muestra está distribuida, por tanto, en dos conjuntos. El primero de ellos lo denominaremos indistintamente "grupo de heroinómanos", "grupo de toxicómanos" o "grupo estudio", y nos referiremos al segundo como "grupo control".

El hecho de escoger el servicio militar obligatorio, situación de estrés ambiental habitual en nuestra juventud, nos impuso dos limitaciones: la edad y el sexo de nuestra muestra. Referente a la primera, el rango de edad corresponde el segmento juvenil, que es el propio de la heroína (Andalucía, Junta, 1997). Y en cuanto a que el estudio se ha realizado exclusivamente en varones no es un obstáculo, ya que el predominio de la heroinomanía en el sexo masculino –más del 93% en algunos estudios (asociación "Proyecto Hombre" Sevilla, 1993)– es algo comúnmente sabido y aceptado.

En la constitución de nuestro material de investigación se descartaron en ambos grupos aquellos individuos en los que en la anamnesis se detectaron antecedentes psiquiátricos, por considerar que este hecho ya condiciona alguna de las variables a estudiar, como por ejemplo la afectividad.

De todos los sujetos se codificaron variables clínicas, socio-culturales y psicopatológicas, en particular de las áreas cognitiva y afectiva.

II.1.1.- Grupo de heroínómanos

Los pacientes incluidos en el grupo de toxicómanos fueron remitidos desde sus correspondientes unidades de destino a la sala de hospitalización psiquiátrica del Hospital Militar Central "Gómez-Ulla" (Madrid) por presentar clínica relacionada con la drogodependencia. Los jóvenes fueron definidos como heroínómanos sobre la base de los criterios de la O.M.S. en su novena revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, aplicándose posteriormente las tablas de conversión para su actualización a la CIE-10 (O.M.S., 1992b).

En la historia y exploración clínicas se enfatizó el aspecto toxicológico, excluyendo del grupo estudio aquellos toxicómanos que no reconocieron a la heroína como la droga principal de su dependencia. El subgrupo de miscelánea se corresponde con la llamada "heroínomanía técnica" (Comas, 1988): consumidores habituales de heroína, también politoxicómanos (casos 10, 11, 14, 16, 17 y 28). Hemos aceptado incluirlos en este subgrupo, aunque en el momento de la entrevista estuvieran circunstancialmente utilizando otras drogas sustitutivas como buprenorfina, benzodiacepinas, L.S.D., anfetaminas, drogas de diseño...¹

Es lícito pensar que dado que la información es aportada por el propio sujeto, tal vez recurrieron a este subterfugio con el fin de evitar un deber impuesto y no deseado. Para confirmar el consumo de tóxicos actual, cuando se estimó

¹ En el caso número 11 de nuestra muestra no se pudo confirmar el consumo de heroína, pero dado que el sujeto se reconocía como politoxicómano y que la variación cuantitativa en los resultados, tras la pertinente comprobación, era mínima decidimos mantenerlo en el grupo de toxicómanos.

conveniente, se emplearon pruebas complementarias tales como análisis hematológicos y bioquímicos (v.g., determinación en orina de opiáceos y otros tóxicos), exploración física más detallada (que pusiese de manifiesto marcas de venopunción, callos venosos ...), etc. Además, frente a este argumento, puede alegarse que existen otras fórmulas legales menos costosas o estigmatizadoras para el individuo y que también evitan el cumplimiento de esta imposición.

En cualquier caso, y sin restar importancia al hecho de evidenciar el consumo de tóxicos, es importante destacar que el sujeto acepta presentarse como "drogodependiente", "heroinómano", "toxicómano"... Por tanto, lo cierto es que, en palabras de C. Winnick: "...ha elegido este modo de enfrentarse con sus problemas por razones diversas que normalmente ignora" (Laurie, 1969). Y siguiendo el aforismo del sociólogo W.I. Thomas: "Si los hombres definen ciertas situaciones como reales, se vuelven reales en sus consecuencias" (Gamella, 1990).

II.1.2.- Grupo control

Compuesto también por soldados de reemplazo destinados a prestar servicio en la unidad adscrita al Hospital Militar Central. Hemos evitado la selección de voluntarios cuya mejor adaptación al medio podría eliminar el factor estresante y distorsionar los resultados. En este grupo fueron admitidos aquellos que, aunque hubiesen tenido contacto ocasional con algún tóxico (cannabis, cocaína e incluso heroína), no presentasen historia ni clínica actual de drogodependencia.

A pesar de la dificultad que entraña siempre el asegurar que pertenecen a la misma población de la que proceden los casos, cumplen la regla básica de que si hubieran desarrollado el efecto (la heroínomanía en nuestra investigación), hubieran aparecido en el grupo estudio (Perea-Milla, 1994).

II.2.- Método e instrumentos de investigación

El tipo de estudio elegido fue un análisis observacional comparativo entre ambos grupos, y un análisis descriptivo del grupo de heroinómanos. El estudio de casos-contróles, aunque más difícil de validar, permite estudiar simultáneamente múltiples causas potenciales de enfermedad, tanto como factores independientes como en interacción (Doreste, 1993).

En cuanto al método empleado en el estudio, tras la confirmación de los criterios de inclusión, los sujetos fueron citados a solas para la realización del protocolo de investigación, que fue ejecutado durante la tarde y siempre por la misma persona. Con ello se evita el sesgo inherente al cambio de entrevistador o el encomendar esta tarea a personal con menor nivel de entrenamiento y especialización, y que, en general, está menos comprometido con el proyecto (Vázquez-Barquero, 1993).

El protocolo fue desarrollado en el curso una entrevista semi-estructurada con objeto de aumentar la fiabilidad de la misma. Así, el entrevistador se asegura de que el sujeto entrevistado comprende el sentido de lo que se le pregunta e igualmente favorece la recogida de información espontánea, que de otro modo se malograría. Además, se exploraron dos aspectos primordiales de la personalidad de los individuos: el área cognitiva, a través de la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (W.A.I.S.), en la forma abreviada de Britton y Savage (1966), y el área afectiva mediante la Escala de Ansiedad-Depresión y Vulnerabilidad de Hassanyeh (1981).

De manera sistemática durante la entrevista se intercalaron la ficha de trabajo -con especial atención en la vertiente toxicológica y los factores socio-culturales- y ambas escalas -W.A.I.S. y Hassanyeh-, por este orden.

II.2.1.-Ficha de trabajo

La entrevista se estandarizó mediante preguntas controladas, las cuales recabaron información sobre: 1) Edad; 2) Nivel de estudios; 3) Edad del primer contacto con tóxicos; 4) Motivo de iniciación en los mismos; 5) Preferencia en el consumo de la heroína; 6) Gasto diario; 7) Tiempo de adicción; 8) Intentos de deshabitación previos; 9) Antecedentes de hepatitis; 10) Problemas con la justicia; 11) Posición ordinal que ocupa dentro de la fratría; 12) Consumo perjudicial de otros tóxicos en la familia; y 13) Trastornos mentales familiares.

Hay cuatro apartados (del 5 al 8) que sólo son contestados por los representantes del grupo de toxicómanos, quedando excluidos de responder los sujetos del grupo control.

II.2.1.1.- Edad

Dado que por definición de las condiciones de la prueba los sujetos se encuentran en edad militar, el rango de amplitud en la muestra oscila entre los 18 y los 29 años, ambos inclusive.

II.2.1.2.- Nivel de estudios

El nivel de escolarización o cultural se recoge en cuatro categorías:

- 1) Sin estudios o cultura elemental: nociones básicas de lectura y escritura, analfabetos funcionales, estudios de E.G.B. incompletos...
- 2) Estudios primarios: graduado escolar, B.U.P. incompleto...
- 3) Estudios medios o equivalentes: B.U.P., F.P...
- 4) Estudios superiores o universitarios.

II.2.1.3.- Edad del primer contacto

Hemos decidido considerar primer contacto con la droga el encuentro del sujeto con cualquier droga que no fuese tabaco ni alcohol. Ello se ha debido a que los aspectos legales vigentes en nuestra sociedad y las características culturales propias de nuestro medio, presentan una mayor permisividad social frente a ambos tóxicos.

II.2.1.4.- Motivo de inicio

Recogemos los motivos que se aducen para entrar en contacto con el tóxico en cuatro categorías:

1) Problemas o dificultades, mediante las que el sujeto achaca a una situación conflictiva la causa de su inicio en el consumo de tóxicos.

2) Curiosidad u otra respuesta que denota un interés o una asunción implícita de que el primer contacto partió de una iniciativa propia.

3) Imitación o mimetismo con el ambiente, moda, "amigos"... Cuando, sin que se haga referencia a conflictos previos, se descarga en otros la responsabilidad del inicio.

4) No procede, lo que sólo es válido para algunos componentes del grupo control.

II.2.1.5.- Preferencia en el consumo de heroína

Este apartado y los tres siguientes son para el grupo de heroinómanos. Nos referimos a si la droga de preferencia es la heroína sola o mezclada con otros tóxicos. Desglosamos las posibles respuestas en tres categorías:

1) Heroína sola, independientemente de la vía de administración.

2) Heroína y cocaína, de manera conjunta y habitual (v.g., "speed")

3) Miscelánea, que incluye a la heroína más cannabis, anfetaminas, benzodiacepinas, alucinógenos, drogas de diseño...

II.2.1.6.- Gasto diario

Lo hemos agrupado en cuatro categorías de mayor a menor gasto:

- 1) Gasto superior a 25.000 ptas.
- 2) Gasto igual o superior a 15.000 e inferior a 25.000 ptas.
- 3) Gasto igual o superior a 5.000 e inferior 15.000 ptas.
- 4) Gasto menor de 5.000 ptas.

II.2.1.7.- Tiempo de adicción

Es el tiempo transcurrido, expresado en años, desde que el sujeto se reconoce como drogodependiente.

II.2.1.8.- Intentos de deshabitación previos

Recogidos en dos posibilidades excluyentes:

- 1) Sí.
- 2) No.

II.2.1.9.- Antecedentes de hepatitis

Este dato es recogido como posible indicador de la repercusión somática de la drogodependencia y sólo admite dos posibilidades:

1) Si

2) No

II.2.1.10.- Problemas con la justicia

Clasificamos las respuestas en cuatro categorías según la gravedad de los conflictos judiciales:

1) Prisión, por sentencia judicial firme o como preventivo.

2) Juicio sin prisión, por quedar absuelto o estar en espera del mismo.

3) Detención, sin que haya existido una complicación legal mayor.

4) Ningún problema con la justicia (exceptuamos aquellos como multas de tráfico o similares).

II.2.1.11.- Posición ordinal que ocupa dentro de la fratría

También computado en cuatro categorías:

- 1) Hermano mayor o primogénito de la fratría.
- 2) Hermano mediano u ocupante de una posición intermedia en la fratría.
- 3) Hermano menor o benjamín de la fratría.
- 4) Hijo único o unigénito en la familia.

II.2.1.12.- Consumo perjudicial de sustancias psicoactivas en la familia

Entendemos por consumo perjudicial, en el significado dado por la C.I.E.-10 de la O.M.S. en el apartado F10-F19 del capítulo V, en los familiares de los sujetos estudiados. Entre los tóxicos, se incluyó el alcohol pero no el tabaco, ya que el daño provocado por este último tiene menor repercusión relacional y por tanto es más difícil de detectar en el medio familiar. Las respuestas se clasifican en:

- 1) Existe consumo perjudicial en progenitores y hermanos.
- 2) Existe consumo perjudicial en al menos un hermano.
- 3) Existe consumo perjudicial en uno o en ambos progenitores.
- 4) No existe consumo perjudicial en ningún otro miembro familiar.

II.1.2.13.- Trastornos mentales familiares

A partir de la clínica o antecedentes expuestos por el sujeto, han sido clasificados en grandes categorías de síndromes (O.M.S. 1992a, 1992b), según se expone a continuación:

- 1) Trastornos mentales orgánicos, que se corresponderían con los incluidos en los apartados F00-F09 del capítulo V de la C.I.E.-10 de la O.M.S.
- 2) Trastornos mentales psicóticos, equivalentes a los de los apartados F20-F29 del capítulo V de la C.I.E.-10 de la O.M.S.
- 3) Trastornos mentales del humor y neuróticos, incluidos en los apartados F30-F39 y F40-F49 respectivamente, del capítulo V de la C.I.E.-10 de la O.M.S.
- 4) No refieren trastornos mentales en la familia.

II.2.2.- Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (W.A.I.S.) abreviada

En la investigación del área cognitiva hemos utilizado la adaptación española de la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler o W.A.I.S., llevada a cabo por el departamento de psicología de Técnicos Especialistas Asociados S.A., bajo la dirección de Mariano Yela y Agustín Cordero (Wechsler, adaptación española sexta edición, 1986). Esta escala nos permite la obtención de un cociente intelectual (C.I.) verbal, otro C.I. manipulativo y del C.I. total.

Las medias de los tests verbales, manipulativos y del total de la escala en los dos grupos de edad entre los que se incluyen los sujetos de nuestro estudio son respectivamente 61,19; 51,88 y 113,10 para el intervalo de 15 a 19 años, y de 62,05; 51,38 y 113,43 para los de 20-24 años (Wechsler - adaptación española sexta edición-, 1986).

Para su aplicación hemos empleado la fórmula reducida propuesta por Britton y Savage (1966), justificada en nuestro medio por Robles Sánchez (1988). Estos autores utilizan cuatro tests del total de once: comprensión, vocabulario, cubos y rompecabezas. Para la escala verbal, se multiplica por tres la suma de las puntuaciones típicas de comprensión y vocabulario, y a partir de la puntuación típica así conseguida se obtiene el C.I. verbal. Para el C.I. manipulativo se multiplica por cinco la suma de las puntuaciones típicas de los tests cubos y rompecabezas y se divide por dos. El C.I. total se obtiene del modo habitual a partir de los dos anteriores.

Hemos preferido una forma abreviada de aplicación para evitar alargar una entrevista con un sujeto que suele tener problemas de concentración y que no siempre es colaborador. Consideramos que el utilizar una combinación de cuatro pruebas mantiene el valor de la escala, ya que la correlación es del 0,94 o superior con el C.I. total de la prueba completa (Zimmerman y Woo-Sam, 1973).

II.2.3.- Escala de ansiedad-depresión y vulnerabilidad de Hassanyeh

Para la valoración del estado afectivo hemos empleado la "*Anxiety and Depression Scale (A.D.S.)*" creada Hassanyeh (1981), cuya validez y fiabilidad están ampliamente reconocidas (Conde y Franch, 1984; Valdemoro, 1988).

Consta de 68 apartados a los que el paciente debe contestar "sí" o "no", y que puntúan en tres subescalas distintas: ansiedad (17 apartados), depresión (47 apartados) y vulnerabilidad o de predisposición a sufrir un trastorno emocional (16 apartados). Cada una de las respuestas puede contabilizarse como un punto, por lo que la puntuación máxima en cada una de las subescalas coincide con el número de apartados.

Los autores al baremar la escala obtuvieron unos rangos cuantitativos de depresión, diferenciando la población no psiquiátrica de la que padece depresión reactiva, depresión endógena o un estado de ansiedad (Conde y Franch, 1984).

Ante unos pacientes como los heroinómanos, con tendencia a sobrevalorar sus quejas corporales, esta escala cuenta con una ventaja, en palabras del profesor Ruiz Ogara (1988): "...sólo posee 13 ítems somáticos para un total de 68, lo que es muy importante ya que gran parte de las escalas para la detección de la depresión y la ansiedad pueden reflejar alteraciones somáticas comunes tanto a enfermos depresivos y ansiosos como a enfermos con trastornos somáticos diversos; de igual modo diferencia bastante bien a los pacientes con neurosis de angustia de los depresivos".

Además, hemos obtenido un apartado suplementario al sumar los resultados de las tres subescalas anteriores, que hemos denominado puntuación total de la escala, y nos permite aumentar el valor discriminativo de la prueba.

Debido a las limitaciones educacionales que algunos sujetos podrían presentar decidimos emplearla de forma heteroaplicada, a pesar de ser una escala originariamente pensada para la autoaplicación y del posible sesgo que pueda conllevar. En realidad, como Conde ha subrayado en diversas ocasiones, sería necesaria la aplicación conjunta de "formas paralelas" -auto y heteroaplicadas- de la misma escala para minimizar los efectos de distorsión por parte del observador y/o del observado.

II.3.- Análisis de los datos

Los datos se han procesado con la hoja de cálculo del programa estadístico "Stat View II" (Feldman y Gagnon, 1986).

Para la comparación de los resultados de los diferentes parámetros estudiados se utilizó el estadístico χ^2 en el caso de las variables cualitativas, y el análisis de la varianza y la T-Student con las variables cuantitativas.

III.- Resultados

III.1.- Consideraciones generales

Tras el tratamiento estadístico de los datos aportados por nuestro trabajo, se agrupan los resultados conseguidos, objeto del análisis crítico correspondiente, en una serie de tablas y gráficos que facilitan su comprensión y en los que se detalla el estadístico utilizado en la prueba de significación.

Para la exposición de los resultados procederemos del siguiente modo:

- En primer lugar, realizamos una comparación intergrupar entre heroinómanos y controles en lo referente a características socioculturales y las áreas de personalidad cognitiva y afectiva.
- A continuación, ofrecemos un estudio más detenido de las principales variables toxicológicas y socioculturales en el grupo de heroinómanos.

III.2.- Estudio analítico de la comparación intergrupai

La información correspondiente ha sido ordenada en dos apartados que corresponden a los aspectos socioculturales de los sujetos, valorados a través de la ficha de trabajo, y las características cognitivas y afectivas de su personalidad, con los datos obtenidos en el W.A.I.S abreviado y la Escala de Ansiedad-Depresión y Vulnerabilidad de Hassanyeh.

En el desarrollo de los resultados, nos referiremos a los obtenidos en el grupo de heroinómanos y en el grupo control, por este orden; y en segundo lugar al resultado de la comparación estadística entre ambos grupos.

III.2.1.- Aspectos socioculturales

En ella se incluyen los trece puntos ya señalados, excluyendo los pertinentes sólo en los heroinómanos que se valorarán más adelante. Los resultados obtenidos del estudio de la ficha de trabajo se recogen en las tablas IV a XII y el gráfico 1.

La media (\bar{x}) de edad del grupo de toxicómanos es de 19,60 años, con una desviación estándar (σ) de 1,46, frente a la edad del grupo control ($\bar{x} = 22,91$ años; $\sigma = 3,08$), que es significativamente más elevada (tabla IV y gráfico 1).

En el nivel de estudios (tabla V) se evidencia una diferencia ($\chi^2 = 37,541$; $p=0,0001$), la mayoría de heroinómanos posee un nivel elemental (77,1%) o primario (20%), mientras los controles llegan al medio (34,4%) y superior (31,2%).

Tabla IV. Edad actual de ambos grupos.

Unpaired t-Test X ₁ : GRUPO Y ₁ : EDAD				
DF:		Unpaired t Value:		Prob. (2-tail):
65		-5,688		,0001
Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
TOXIC	35	19,6	1,459	,247
CONTROL	32	22,906	3,083	,545

Gráfico 1. Histograma con la media de las edades de ambos grupos

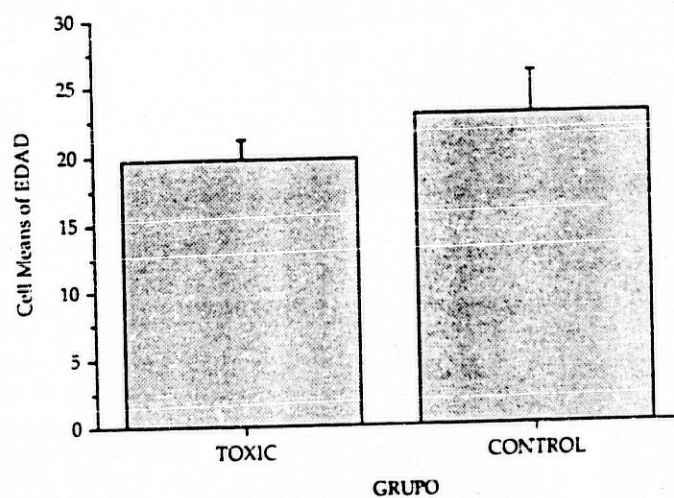


Tabla V. Nivel de estudios (CULTURA).

Coded Chi-Square X ₃ : CULTURA Y ₃ : GRUPO		
Summary Statistics		
DF:	3	
Total Chi-Square:	37,541	p = .0001
G Statistic:	.	
Contingency Coefficient:	.599	
Cramer's V:	.749	

Observed Frequency Table					
	ELEMEN	PRIM	MEDIA	SUPER	Totals:
TOXIC	27	7	1	0	35
CONTROL	3	8	11	10	32
Totals:	30	15	12	10	67

Percents of Row Totals					
	ELEMEN	PRIM	MEDIA	SUPER	Totals:
TOXIC	77,14%	20%	2,86%	0%	100%
CONTROL	9,38%	25%	34,38%	31,25%	100%
Totals:	44,78%	22,39%	17,91%	14,93%	100%

Tabla VI. Edad del primer contacto con tóxicos (INICIO).

Unpaired t-Test X ₁ : GRUPO Y ₁ : INICIO				
DF:	Unpaired t Value:		Prob. (2-tail):	
50	-8,585		,0001	
Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
TOXIC	35	12,714	2,334	,394
CONTROL	17	18,176	1,704	,413

La edad media del primer contacto con tóxicos (tabla VI) en el grupo de heroinómanos, excluyendo el alcohol y el tabaco, es menor ($12,7 \pm 2,3$ años) que en el grupo control ($18,2 \pm 1,7$), donde hasta 17 sujetos (53,13%) reconocían haberlos consumido en alguna ocasión.

Hay una asociación significativa ($p \leq 0,0001$) entre la edad del primer contacto con las sustancias tóxicas ilegales y el riesgo de ser heroinómano.

El motivo que los sujetos aducen como causa de la iniciación en las drogas (tabla VII), en más de la mitad de los drogodependientes (54,27%) es la imitación o la presión social, más de la cuarta parte (28,57%) lo achaca a la curiosidad y el resto (17,14%) señala los problemas previos como causa de inicio. De los diecisiete integrantes del grupo control que estaban capacitados para responder a esta pregunta (53,13% del total del grupo) ninguno consideró los problemas como causa de inicio. De los que respondieron afirmativamente, la mayoría lo achacó al ambiente (52,94%) y el resto citó la curiosidad como motivo del contacto (47,06%).

En relación a los motivos del inicio con la droga, referida por los sujetos de ambos grupos, los resultados obtenidos no han mostrado evidencia de que la circunstancia aducida para el primer contacto esté asociada con el riesgo para ser heroinómano.

En cambio, los antecedentes de hepatitis (tabla VIII) evidencian una asociación significativa con la heroinomanía ($\chi^2 = 10,868$; $p = 0,001$); más de la mitad del grupo de toxicómanos (54,29%) frente a un sexto del grupo control (15,62%).

Tabla VII. Motivo explícito de inicio en el consumo de tóxicos (MOTIVO).

Coded Chi-Square X ₁ : MOTIVO Y ₁ : GRUPO			
Summary Statistics			
DF:	2		
Total Chi-Square:	4,048	p = ,1321	
G Statistic:	*		
Contingency Coefficient:	,269		
Cramer's V:	,279		

Observed Frequency Table				
	PROBL	CURIOS	MIMET	Totals:
TOXIC	6	10	19	35
CONTROL	0	8	9	17
Totals:	6	18	28	52

Percents of Row Totals				
	PROBL	CURIOS	MIMET	Totals:
TOXIC	17,14%	28,57%	54,29%	100%
CONTROL	0%	47,06%	52,94%	100%
Totals:	11,54%	34,62%	53,85%	100%

Tabla VIII. Antecedentes de hepatitis (HEPATI).

Coded Chi-Square X ₂ : HEPATI Y ₁ : GRUPO		
Summary Statistics		
DF:	1	
Total Chi-Square:	10,868	p = ,001
G Statistic:	11,419	
Contingency Coefficient:	,374	
Phi:	,403	
Chi-Square with continuity correction:	9,251	p = ,0024

Observed Frequency Table			
	SI	NO	Totals:
TOXIC	19	16	35
CONTROL	5	27	32
Totals:	24	43	67

Percents of Row Totals			
	SI	NO	Totals:
TOXIC	54,29%	45,71%	100%
CONTROL	15,62%	84,38%	100%
Totals:	35,82%	64,18%	100%

En nuestra muestra de heroinómanos los problemas con la justicia (tabla IX) son mayoritarios: más de dos tercios conocen la cárcel (42,86%) o están pendientes de juicio (25,71%) y una quinta parte (22,86%) ya ha estado detenido. En el grupo control uno de cada diez (9,38%) ha sido detenido en alguna ocasión pero ninguno ha estado en prisión o se encuentra pendiente de juicio.

Al examinar la posesión de antecedentes judiciales y el hecho de ser heroinómano hemos hallado una asociación positiva ($\chi^2 = 47,358$; $p = 0,0001$).

Con respecto a la posición ordinal que el sujeto ocupa dentro de la fratria (tabla X), observamos que casi la mitad de heroinómanos son hermanos medianos (45,71%). Los subgrupos de menores (31,43%) y primogénitos (22,86%) se reparten el resto. Entre los controles también predominan los que ocupan un lugar intermedio en la fratria (40,62%), seguidos en orden decreciente por los primogénitos (31,25%), los menores (18,75%) y los unigénitos (9,38%).

En relación a la posición en la fratria, los resultados obtenidos no han mostrado evidencia de riesgo de ser heroinómano ($\chi^2 = 4,879$; $p = 0,1809$).

Tabla IX. Problemas con la justicia (JUSTICIA).

Coded Chi-Square X _j JUSTICIA Y _i : GRUPO		
Summary Statistics		
DF:	3	
Total Chi-Square:	47,358	p = ,0001
G Statistic:	.	
Contingency Coefficient:	,644	
Cramer's V:	,841	

Observed Frequency Table					
	CARCEL	JUICIO	DETENC	NO	Totals:
TOXIC	15	9	8	3	35
CONTROL	0	0	3	29	32
Totals:	15	9	11	32	67

Percents of Row Totals					
	CARCEL	JUICIO	DETENC	NO	Totals:
TOXIC	42,86%	25,71%	22,86%	8,57%	100%
CONTROL	0%	0%	9,38%	90,62%	100%
Totals:	22,39%	13,43%	16,12%	47,76%	100%

Tabla X. Posición ordinal en la fratría (FRATRIA).

Coded Chi-Square X ₆ FRATRIA Y ₁ GRUPO		
Summary Statistics		
DF:	3	
Total Chi-Square:	4,879	p = ,1809
G Statistic:	*	
Contingency Coefficient:	,261	
Cramer's V:	,27	

Observed Frequency Table					
	MAYOR	MEDIO	MENOR	UNICO	Totals:
TOXIC	8	16	11	0	35
CONTROL	10	13	6	3	32
Totals:	18	29	17	3	67

Percents of Row Totals					
	MAYOR	MEDIO	MENOR	UNICO	Totals:
TOXIC	22,86%	45,71%	31,43%	0%	100%
CONTROL	31,25%	40,62%	18,75%	9,38%	100%
Totals:	26,87%	43,28%	25,37%	4,48%	100%

En cuanto a las variables familiares estudiadas, en la mayoría de los sujetos toxicodependientes (57,14%) no se recoge el consumo perjudicial de sustancias psicoactivas en la familia (tabla XI), aunque más de un tercio si tiene algún hermano (22,86%), progenitor (11,43%) o ambos simultáneamente (8,57%), con este problema. La gran mayoría de los integrantes del grupo control también niega que en su familia se consuman sustancias psicoactivas de forma perjudicial (93,75%). Sólo una minoría admite dicho consumo en un hermano (3,12%) y en uno o en ambos progenitores (3,12%).

En el análisis de estos datos hemos encontrado una asociación significativa ($\chi^2 = 12,134$; $p = 0,0069$) entre la historia de consumo de tóxicos en la familia del sujeto y el hecho de ser heroinómano.

Y en referencia a los trastornos mentales familiares (tabla XII), aunque más de la mitad de los heroinómanos (57,14%) no refiere ningún trastorno mental familiar, una cuarta parte (25,71%) reconoce trastornos afectivos y/o neuróticos en otros familiares y, en menor proporción, trastornos psicóticos (8,57%) y mentales de causa orgánica conocida (8,57%). Entre los representantes del grupo control, también la mayoría (90,62%) niega algún trastorno mental en la familia, pero uno de cada diez admiten la existencia de trastornos afectivos y/o neuróticos (6,25%) o psicóticos (3,12%) en otros miembros familiares.

Hemos encontrado una tendencia positiva ($\chi^2 = 9,993$; $p = 0,0186$) en la asociación entre la existencia de trastornos mentales en la familia y el hecho de que el sujeto sea heroinómano.

Tabla XI. Consumo perjudicial de sustancias psicoactivas en familiares (TOXIFAM).

Coded Chi-Square X ₁ : TOXIFAM Y ₁ : GRUPO		
Summary Statistics		
DF:	3	
Total Chi-Square:	12,134	p = ,0069
G Statistic:	.	
Contingency Coefficient:	,392	
Cramer's V:	,426	

Observed Frequency Table					
	PADHER	HER	PADRE	NO	Totals:
TOXIC	3	8	4	20	35
CONTROL	0	1	1	30	32
Totals:	3	9	5	50	67

Percents of Row Totals					
	PADHER	HER	PADRE	NO	Totals:
TOXIC	8,57%	22,86%	11,43%	57,14%	100%
CONTROL	0%	3,12%	3,12%	93,75%	100%
Totals:	4,48%	13,43%	7,46%	74,63%	100%

Tabla XII. Trastornos mentales en familiares (ENFMFAM).

Coded Chi-Square X ₂ : ENFMFAM Y ₁ : GRUPO		
Summary Statistics		
DF:	3	
Total Chi-Square:	9,993	p = .0186
G Statistic:	*	
Contingency Coefficient:	.36	
Cramer's V:	.386	

Observed Frequency Table					
	ORGAN	PSICOSIS	DEPNEUR	NO	Totals:
TOXIC	3	3	9	20	35
CONTROL	0	1	2	29	32
Totals:	3	4	11	49	67

Percents of Row Totals					
	ORGAN	PSICOSIS	DEPNEUR	NO	Totals:
TOXIC	8,57%	8,57%	25,71%	57,14%	100%
CONTROL	0%	3,12%	6,25%	90,62%	100%
Totals:	4,48%	5,97%	16,42%	73,13%	100%

III.2.2.- Personalidad

Nos centramos en los aspectos cognitivos y la vertiente afectiva de la personalidad.

III.2.2.1.- Área cognitiva

Para la valoración del aspecto cognitivo-intelectual de la personalidad en los sujetos, hemos utilizado el W.A.I.S. en la fórmula abreviada propuesta por Britton y Savage, cuyos resultados se resumen en la tabla XIII y el gráfico 2.

Hemos encontrado que la media del cociente intelectual verbal de los sujetos drogodependientes es menor ($91,657 \pm 12,939$), que la correspondiente del grupo control ($116,750 \pm 13,179$). Igual sucede con respecto al C.I. manipulativo ($94,143 \pm 15,351$ frente a $112,844 \pm 17,152$) y el C.I. total ($91,943 \pm 13,383$ frente a $116,906 \pm 14,065$).

Cuando se examinó esta relación, observamos una asociación significativa ($p < 0,0001$) en los tres casos.

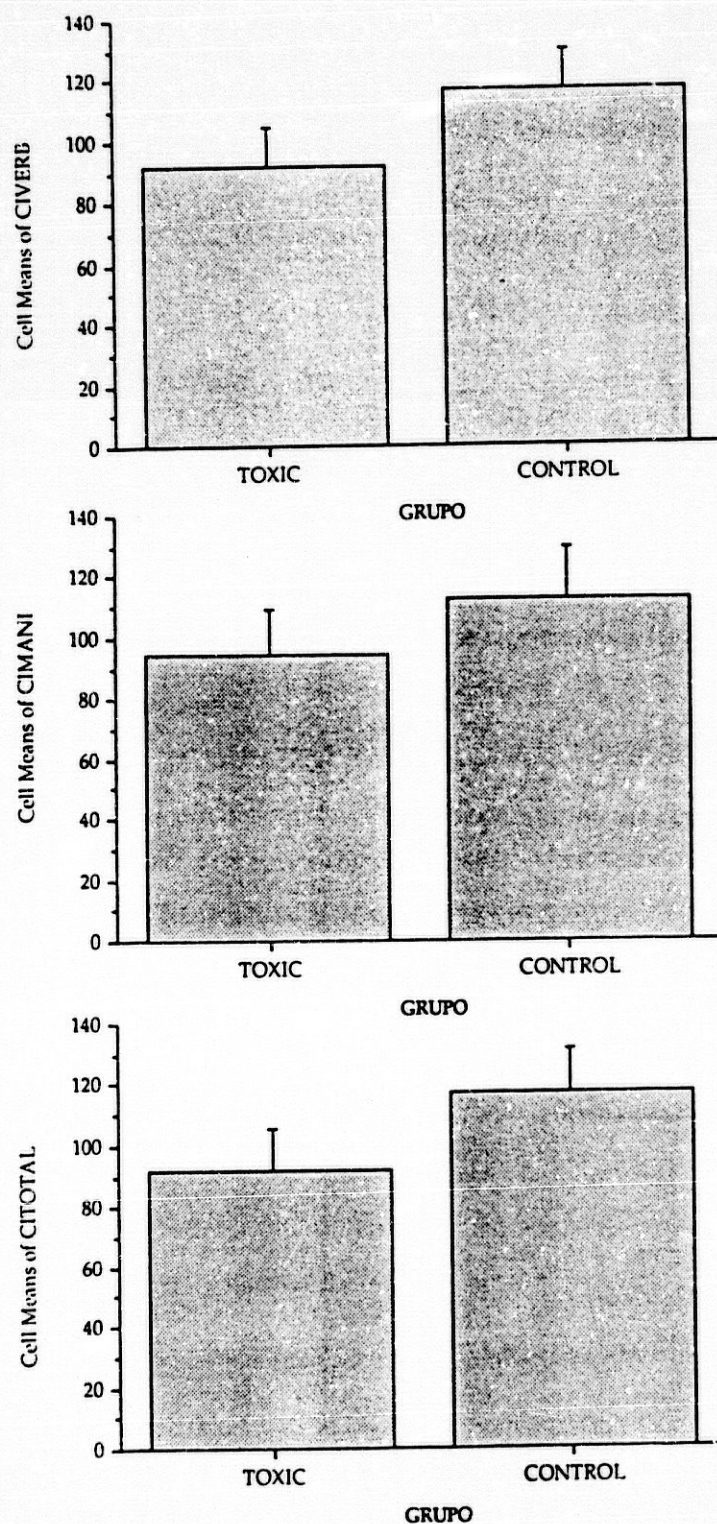
Tabla XIII. Resultados del W.A.I.S abreviado: cociente intelectual verbal (CIVERB), cociente intelectual manipulativo (CIMANI) y cociente intelectual total (CITOTAL).

Unpaired t-Test X ₁ : GRUPO Y ₂ : CIVERB				
DF:		Unpaired t Value:		Prob. (2-tail):
65		-7,859		,0001
Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
TOXIC	35	91,637	12,939	2,187
CONTROL	32	116,75	13,179	2,33

Unpaired t-Test X ₁ : GRUPO Y ₃ : CIMANI				
DF:		Unpaired t Value:		Prob. (2-tail):
65		-4,71		,0001
Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
TOXIC	35	94,143	15,351	2,595
CONTROL	32	112,844	17,152	3,032

Unpaired t-Test X ₁ : GRUPO Y ₄ : CITOTAL				
DF:		Unpaired t Value:		Prob. (2-tail):
65		-7,443		,0001
Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
TOXIC	35	91,943	13,383	2,262
CONTROL	32	116,906	14,065	2,486

Gráfico 2. Histograma con los resultados del W.A.I.S. abreviado: cociente intelectual verbal (CIVERB), cociente intelectual manipulativo (CIMANI) y cociente intelectual total (CITOTAL).



III.2.2.2.- Área afectiva

En la tabla XIV y el gráfico 3-5 se resumen los datos correspondientes a la afectividad de los pacientes heroinómanos y los sujetos del grupo control, valorada a través de la Escala de Ansiedad, Depresión y Vulnerabilidad de Hassanyeh.

El grupo estudio presenta una puntuación media mayor que los controles en ansiedad ($11,343 \pm 2,869$ frente a $2,375 \pm 2,624$), depresión ($25,429 \pm 8,208$ frente a $5,344 \pm 3,857$), vulnerabilidad ($12,171 \pm 2,770$ frente a $6,281 \pm 3,726$) y total ($48,943 \pm 11,879$ frente a $13,938 \pm 8,951$).

Como ocurría en la prueba de Wechsler, al comparar cada una de las subescalas de Hassanyeh hay una diferencia significativa ($p < 0,0001$) entre ambos grupos objeto de estudio.

Gráfico 3-5. Histograma comparativo de las distorsiones afectivas de ambos grupos.

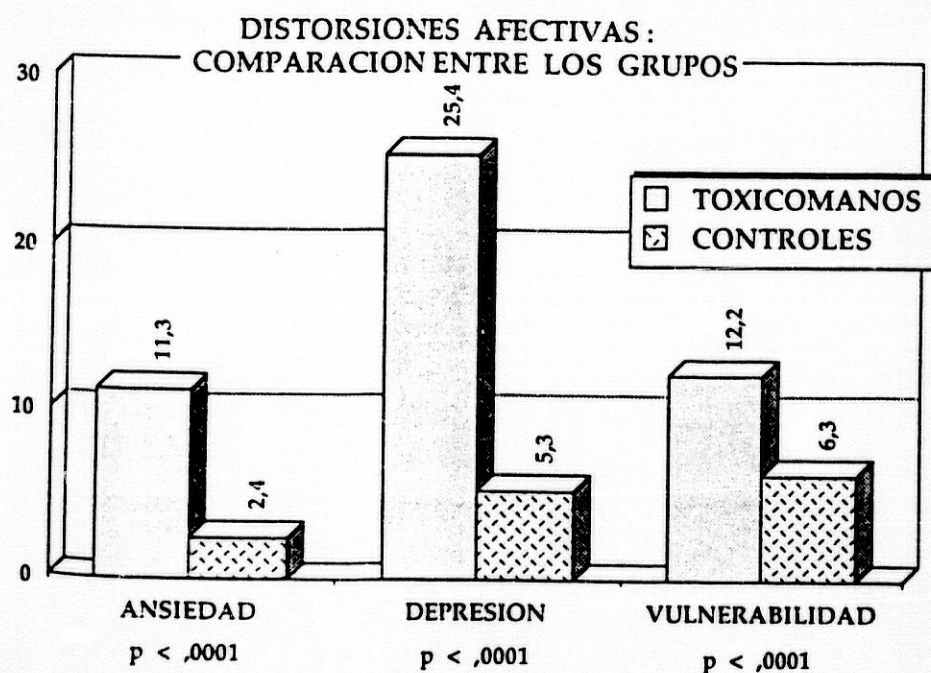


Tabla XIV. Escala de Hassanyeh: puntuación de ansiedad (ANSIEDAD), depresión (DEPRES), vulnerabilidad (VULNE) y total (HTOTAL).

Unpaired t-Test X ₁ : GRUPO Y ₅ : ANSIEDAD				
DF:	Unpaired t Value:		Prob. (2-tail):	
65	13,308		,0001	
Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
TOXIC	35	11,343	2,869	,485
CONTROL	32	2,375	2,624	,464

Unpaired t-Test X ₁ : GRUPO Y ₆ : DEPRES				
DF:	Unpaired t Value:		Prob. (2-tail):	
65	12,621		,0001	
Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
TOXIC	35	25,429	8,208	1,387
CONTROL	32	5,344	3,857	,682

Unpaired t-Test X ₁ : GRUPO Y ₇ : VULNE				
DF:	Unpaired t Value:		Prob. (2-tail):	
65	7,384		,0001	
Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
TOXIC	35	12,171	2,77	,468
CONTROL	32	6,281	3,726	,659

Unpaired t-Test X ₁ : GRUPO Y ₈ : HTOTAL				
DF:	Unpaired t Value:		Prob. (2-tail):	
65	13,522		,0001	
Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
TOXIC	35	48,943	11,879	2,008
CONTROL	32	13,938	8,951	1,582

III.3.- Análisis descriptivo del grupo de heroínómanos

En este apartado mostramos aquellos resultados referentes a la historia toxicológica, sólo pertinente entre los drogodependientes, y los obtenidos a partir de la interrelación de las principales variables socioculturales.

III.3.1.- Aspectos toxicológicos

La tabla XV muestra la preferencia en el consumo de heroína, dentro del grupo de toxicodependientes. La mayoría la consume sola (40%) o con cocaína (40%), y una quinta parte (20%) la prefiere junto con otros tóxicos.

Tabla XV. Preferencia en el consumo de heroína de los heroínómanos.

PREFERENCIA EN EL CONSUMO DE HEROÍNA	
1. Heroína sola	14 (40,00%)
2. Heroína y cocaína	14 (40,00%)
3. Miscelánea	7 (20,00%)

La gran mayoría de nuestra muestra afirma no gastar en tóxicos más de quince mil pesetas por día (tabla XVI), y en más de la mitad (51,43%) el gasto es inferior a 5.000 ptas. Un 8,57% emplea más de 25.000 ptas. por día en drogas.

Tabla XVI. Gasto diario en tóxicos de los heroinómanos.

GASTO DIARIO EN TÓXICOS	
1. Superior a 25.000 ptas.	3 (8,57%)
2. Entre 15.000 y 25.000 ptas.	1 (2,86%)
3. Entre 5.000 y 14.000 ptas.	13 (37,14%)
4. Menor de 5.000 ptas.	18 (51,43%)

Los heroinómanos de nuestra muestra (gráfico 6) presentan una adicción cuya duración media es de $3,4 \pm 1,3$ años.

Gráfico 6. Histograma representativo con la edad de inicio (EDAD) y el tiempo de adicción (VETERANÍA) de los heroinómanos.

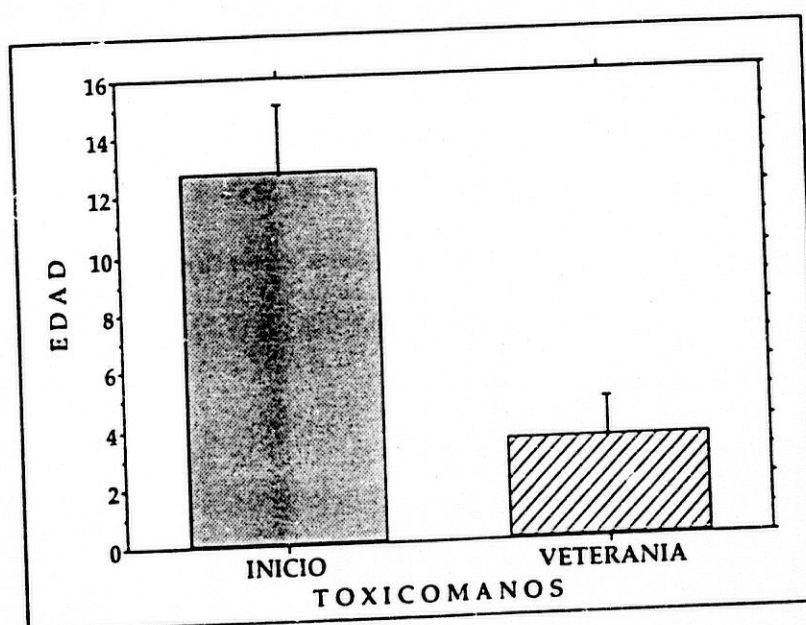


Tabla XVII. Intentos de deshabituación de los heroinómanos.

INTENTOS DE DESHABITUACIÓN	
1. Sí	22 (62,86%)
2. No	13 (37,14%)

Los mayoría de los heroinómanos de nuestra muestra (62,86%) ya ha intentado, sin éxito, la deshabituación.

En lo referente a otras variables, ya comentadas, nuestro grupo de heroinómanos posee en general un bajo nivel cultural (gráfico 7: $p \leq 0,0001$), presenta graves problemas judiciales (gráfico 8: $p \leq 0,01$), achaca mayoritariamente a la presión social la causa de inicio (gráfico 9: $p \leq 0,0001$), reconoce un gasto en tóxicos inferior a las 15.000 ptas. (gráfico 10: $p \leq 0,01$), prefiere la heroína sola o con cocaína (gráfico 11: $p < 0,05$), ya ha intentado deshabituarse sin haberlo conseguido (gráfico 12: $p \leq 0,01$), han padecido hepatitis (gráfico 13: $p \leq 0,05$), suelen ser hermanos medianos (gráfico 14: $p \leq 0,01$), en un tercio de los casos algún familiar directo consume sustancias psicoactivas de forma perjudicial (gráfico 15: $p \leq 0,001$) o tiene un enfermo mental en la familia (gráfico 16: $p < 0,05$).

Gráfico 7. Histograma representativo de la cultura de los heroínómanos.

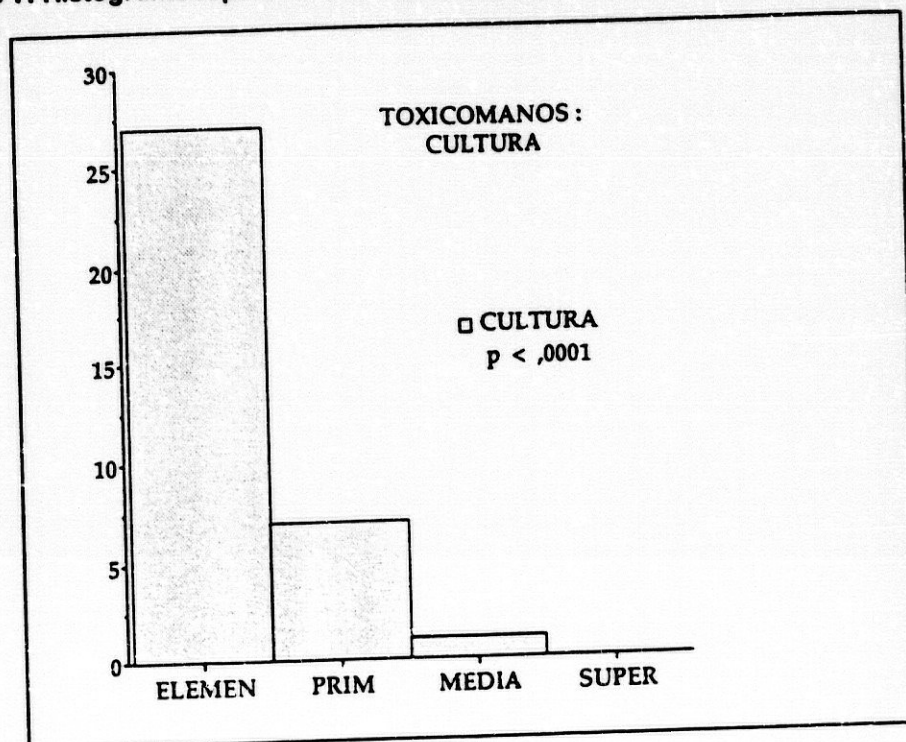


Gráfico 8. Histograma representativo de los problemas con la justicia de los heroínómanos.

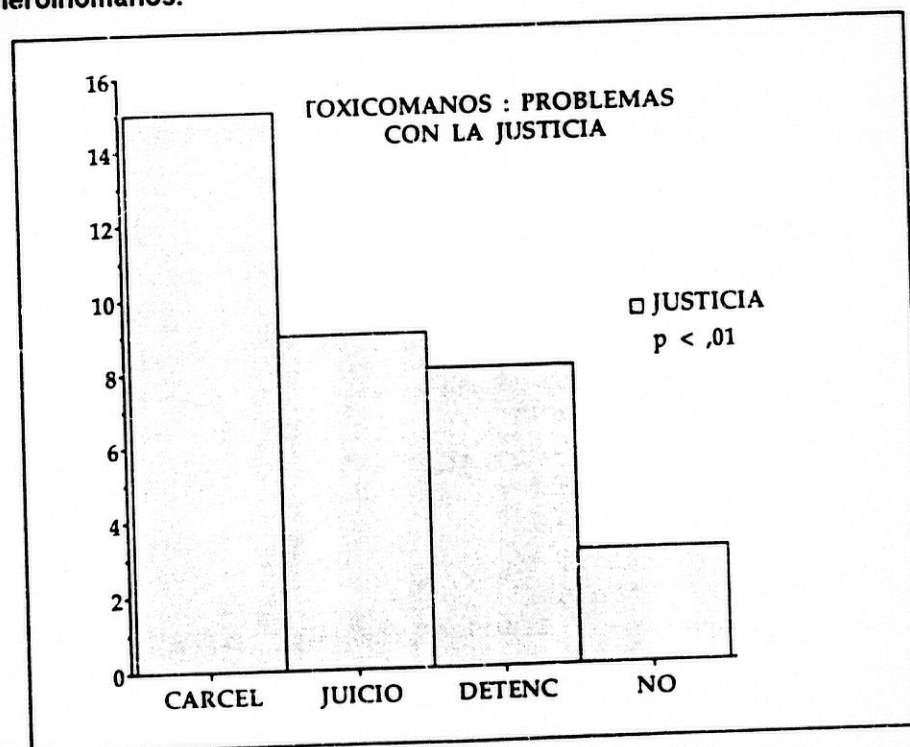


Gráfico 9. Histograma representativo de los motivos de iniciación de los heroinómanos.

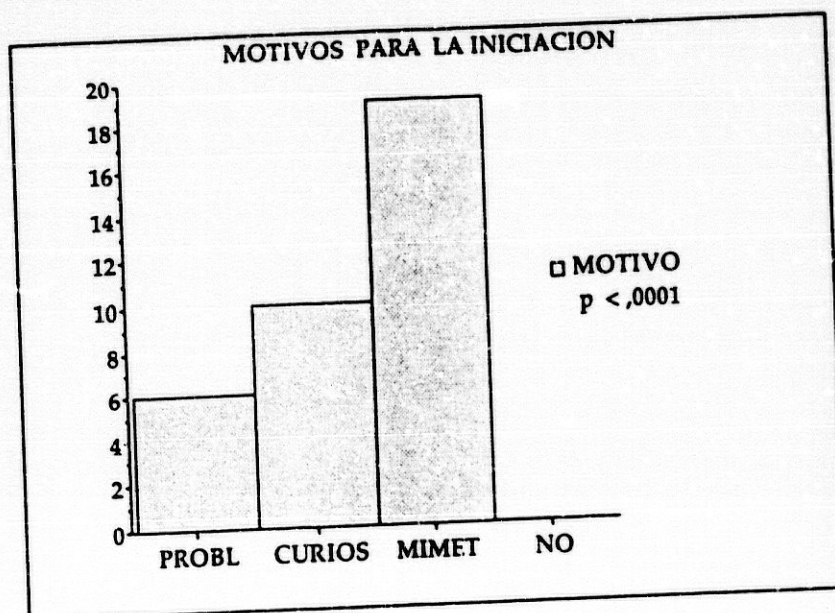


Gráfico 10. Histograma representativo del gasto diario (en tóxicos) de los heroinómanos.

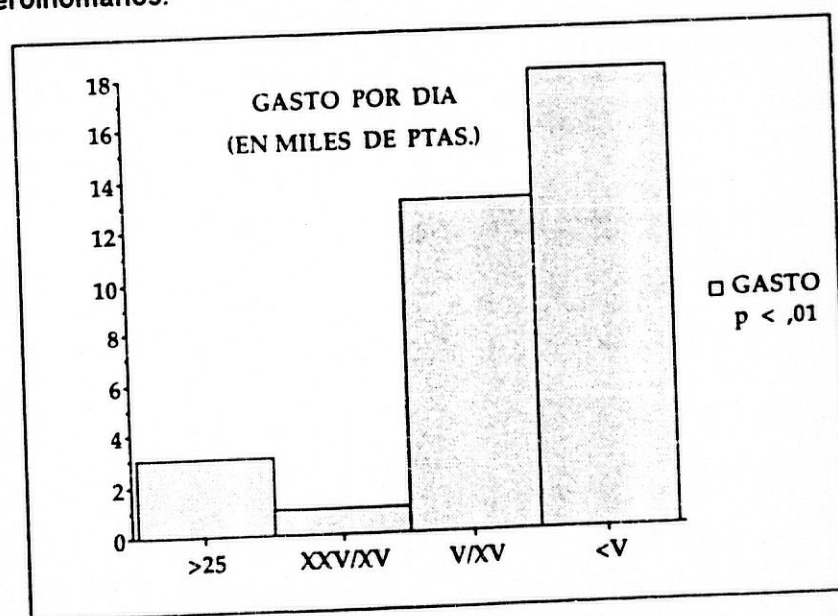


Gráfico 11. Histograma representativo de la preferencia en el consumo de heroína de los heroinómanos.

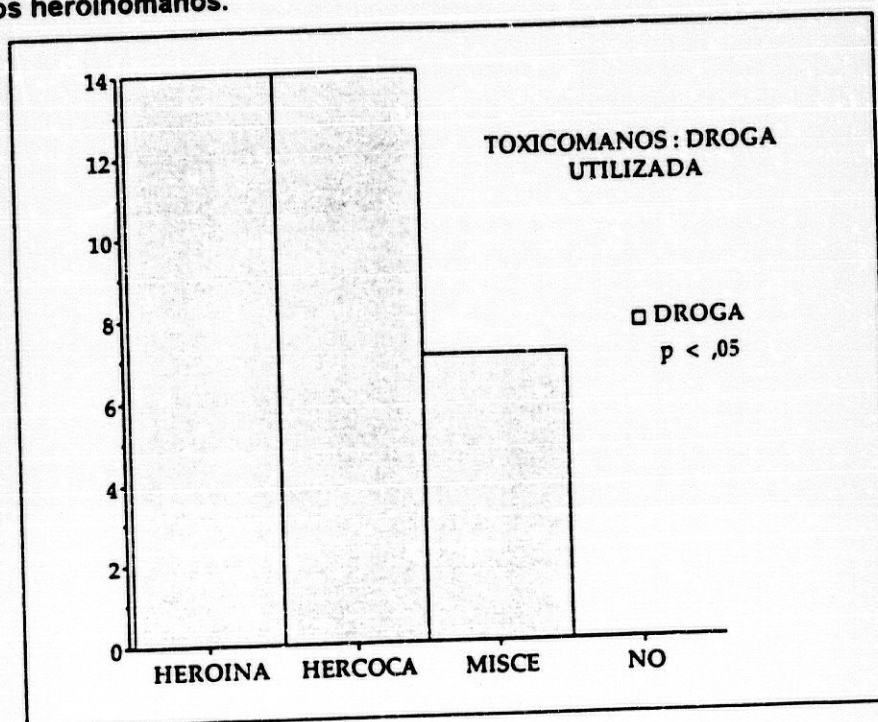


Gráfico 12. Histograma representativo de los intentos de deshabituación de los heroinómanos.

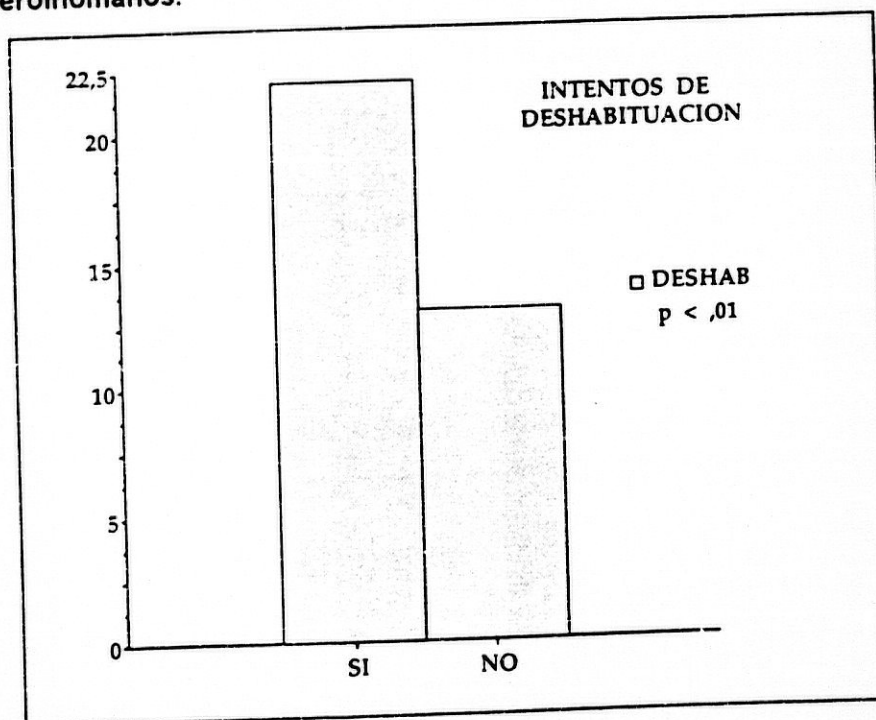


Gráfico 13. Histograma representativo de los antecedentes de hepatitis de los heroinómanos.

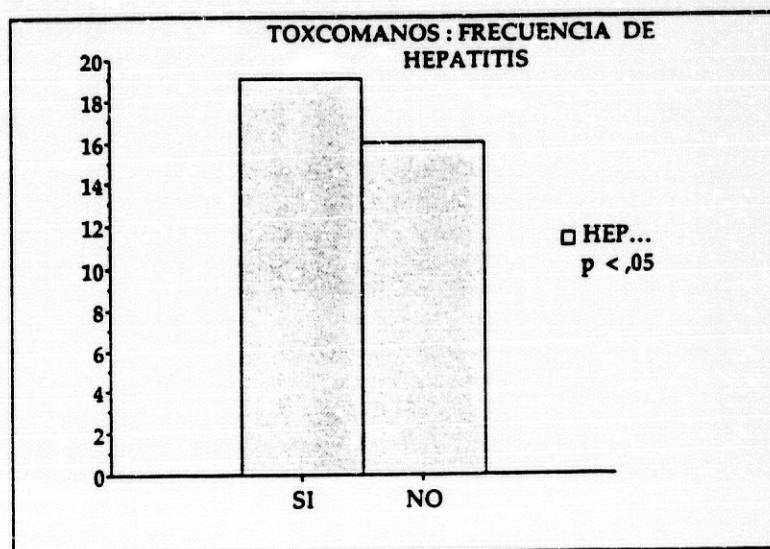


Gráfico 14. Histograma representativo del lugar en la fratria de los heroinómanos.

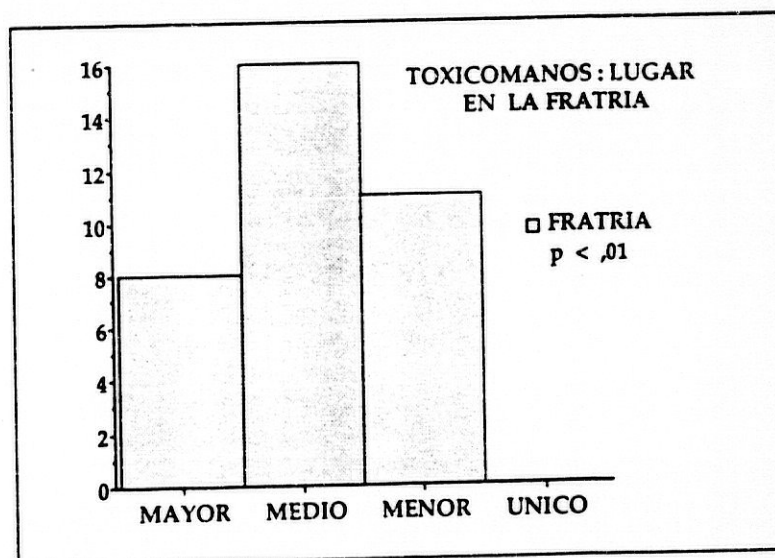


Gráfico 15. Histograma representativo del consumo perjudicial de sustancias psicoactivas en familiares de los heroinómanos.

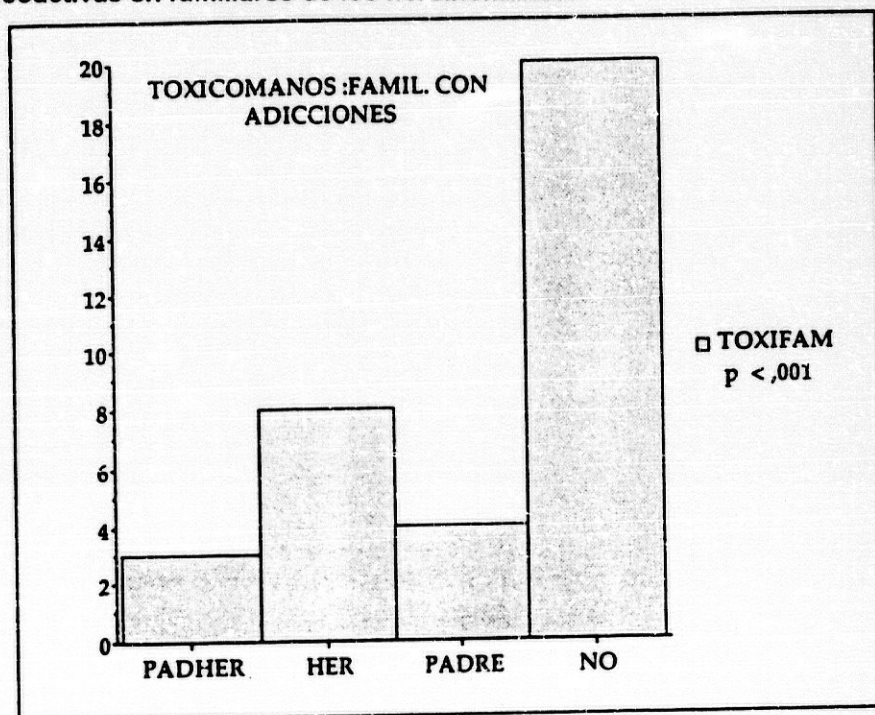
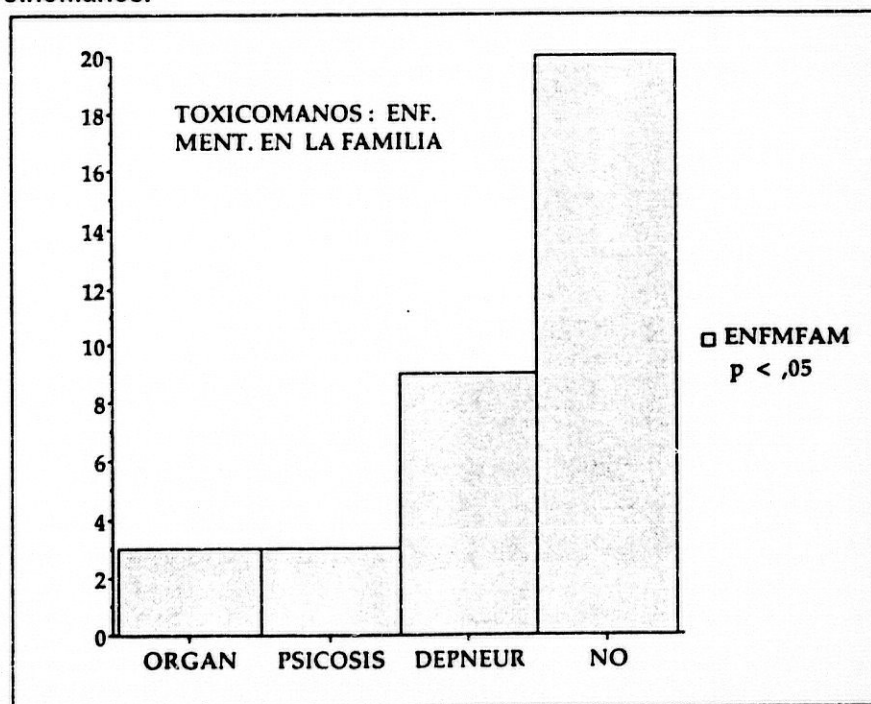


Gráfico 16. Histograma representativo de trastornos mentales en familiares de los heroinómanos.



La tabla XVIII y el gráfico 17 muestran la asociación entre la preferencia en el consumo de heroína y el tiempo de adicción en la muestra estudiada. Hemos hallado una tendencia significativa ($p < 0,0002$) que relaciona el consumo de heroína y cocaína frente a la heroína sola o a su consumo conjunto con otros tóxicos. Aquellos heroinómanos que prefieren consumir heroína simultáneamente con cocaína, llevan más tiempo de adicción que los otros dos subgrupos de heroinómanos.

Gráfico 17. Histograma de la relación entre la preferencia en el consumo de heroína (DROGA) y el tiempo de adicción (VETERANÍA) de los heroinómanos.

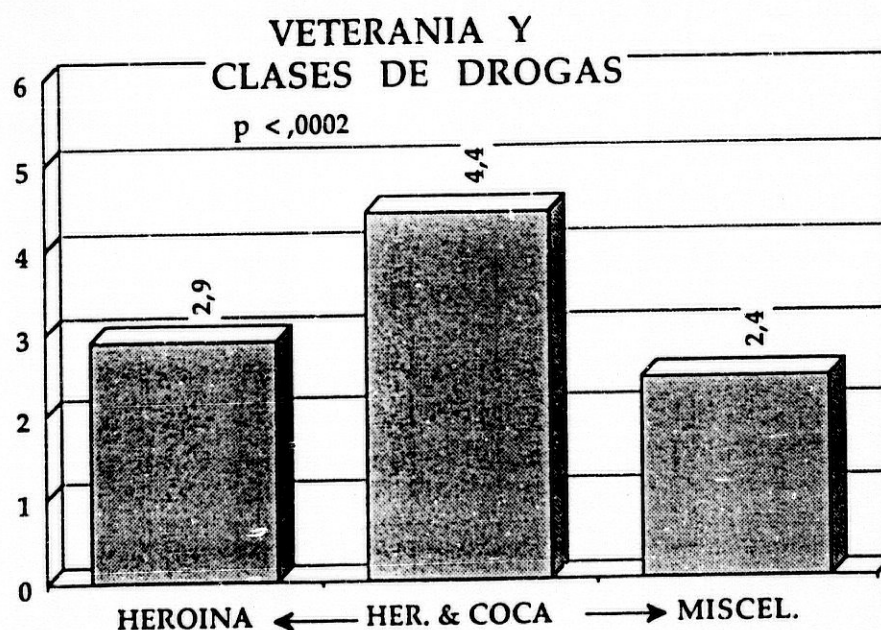


Tabla XVIII. Relación entre la preferencia en el consumo de heroína (DROGA) y el tiempo de adicción (VETERANÍA) de los heroinómanos.

One Factor ANOVA X_j : DROGA Y_j : VETARAN

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	2	25,543	12,771	11,725
Within groups	32	34,857	1,089	p = ,0002
Total	34	60,4		

Model II estimate of between component variance = 1,043

One Factor ANOVA X_j : DROGA Y_j : VETARAN

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
HEROINA	14	2,857	1,027	,275
HERCOCA	14	4,429	1,089	,291
MISCE	7	2,429	,976	,369

One Factor ANOVA X_j : DROGA Y_j : VETARAN

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnnett t:
HEROINA vs. HERCOCA	-1,571	,804*	7,934*	3,984
HEROINA vs. MISCE	,429	,984	,393	,887
HERCOCA vs. MISCE	2	,984*	8,568*	4,14

* Significant at 95%

En relación a los intentos de deshabituación hemos podido comprobar una asociación evidente ($p < 0,0001$) con la edad de iniciación en las drogas (tabla XIX y gráfico 19), pero no así con los motivos aducidos para este primer contacto (tabla XX: $p = 0,0609$) ni tampoco con la puntuación de Hassanyeh (tablas XXI-XXIV), aunque en todas las subescalas obtienen mayor puntuación los que ya han intentado sin éxito deshabituarse, (véase p.ej., la subescala de depresión, gráfico 18).

Nuestros resultados señalan que aquellos heroinómanos que ya intentaron al menos una vez deshabituarse, comenzaron su carrera de drogodependiente significativamente antes (11,6 años frente a 14,5).

Gráfico 18. Histograma representativo de la relación entre los intentos de deshabituación (DESHAB) y la puntuación en depresión (DEPRES) en la escala de Hassanyeh de los heroinómanos.

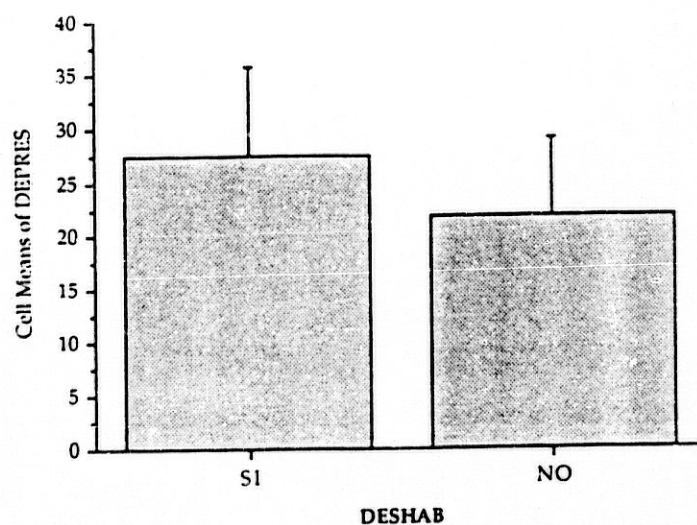


Tabla XIX. Relación entre los intentos de deshabituación (DESHAB) y la edad del primer contacto con tóxicos (INICIO) de los heroinómanos.

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
DESHAB	1	68,821	68,821	19,524	,0001
Residual	33	116,322	3,525		

Dependent: INICIO

Means Table
Effect: DESHAB
Dependent: INICIO

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
SI	22	11,636	1,761	,375
NO	13	14,538	2,066	,573

Fisher's Protected LSD
Effect: DESHAB
Dependent: INICIO
Significance level: ,05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value	
SI	NO	2,902	1,336	,0001	S

S = Significantly different at this level.

Gráfico 19. Histograma de la relación entre los intentos de deshabituación (DESHAB) y la edad del primer contacto (INICIO) de los heroinómanos.

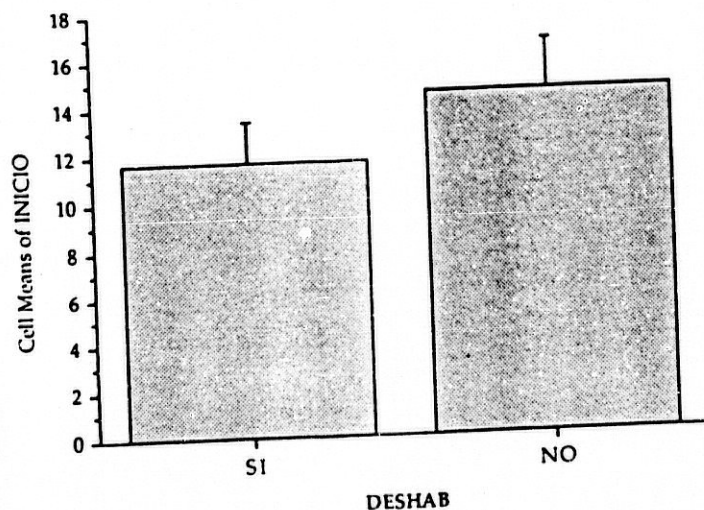


Tabla XX. Relación entre los intentos de deshabituación (DESHAB) y el motivo del primer contacto (MOTIVO) de los heroinómanos.

Coded Chi-Square X ₁ : MOTIVO Y ₁ : DESHAB			
Summary Statistics			
DF:	2		
Total Chi-Square:	5,596	p = ,0609	
G Statistic:	6,176		
Contingency Coefficient:	,371		
Cramer's V:	,4		

Observed Frequency Table				
	PROBL	CURIOS	MIMET	Totals:
SI	2	9	11	22
NO	4	1	8	13
Totals:	6	10	19	35

Percents of Row Totals				
	PROBL	CURIOS	MIMET	Totals:
SI	9,09%	40,91%	50%	100%
NO	30,77%	7,69%	61,54%	100%
Totals:	17,14%	28,57%	54,29%	100%

Tabla XXI. Relación entre los intentos de deshabituación (DESHAB) y la puntuación en ansiedad (ANSIEDAD) en la escala de Hassanyeh de los heroinómanos.

Type III Sums of Squares

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
DESHAB	1	10.945	10.945	1.343	.2548
Residual	33	268.941	8.150		

Dependent: ANSIEDAD

Means Table

Effect: DESHAB

Dependent: ANSIEDAD

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
SI	22	11.773	3.007	.641
NO	13	10.615	2.567	.712

Fisher's Protected LSD

Effect: DESHAB

Dependent: ANSIEDAD

Significance level: .05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value
NO	SI	1.157	2.032	.2548

None were significantly different at this level.

Tabla XXII. Relación entre los intentos de deshabituación (DESHAB) y la puntuación en depresión (DEPRES) en la escala de Hassanyeh de los heroinómanos.

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
DESHAB	1	254.148	254.148	4.118	.0505
Residual	33	2036.423	61.710		

Dependent: DEPRES

Means Table

Effect: DESHAB

Dependent: DEPRES

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
SI	22	27.500	8.227	1.754
NO	13	21.923	7.158	1.985

Fisher's Protected LSD

Effect: DESHAB

Dependent: DEPRES

Significance level: .05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value
NO	SI	5.577	5.591	.0505

None were significantly different at this level.

Tabla XXIII. Relación entre los intentos de deshabituación (DESHAB) y la puntuación en vulnerabilidad (VULNE) en la escala de Hassanyeh de los heroínómanos.

Type III Sums of Squares

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
DESHAB	1	2.188	2.188	.279	.6009
Residual	33	258.783	7.842		

Dependent: VULNE

Means Table

Effect: DESHAB

Dependent: VULNE

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
SI	22	12.364	2.479	.529
NO	13	11.846	3.288	.912

Fisher's Protected LSD

Effect: DESHAB

Dependent: VULNE

Significance level: .05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value
NO	SI	.517	1.993	.6009

None were significantly different at this level.

Tabla XXIV. Relación entre los intentos de deshabituación (DESHAB) y la puntuación total (HTOTAL) en la escala de Hassanyeh de los heroínómanos.

Type III Sums of Squares

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
DESHAB	1	429.718	429.718	3.246	.0807
Residual	33	4368.168	132.369		

Dependent: HTOTAL

Means Table

Effect: DESHAB

Dependent: HTOTAL

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
SI	22	51.636	12.034	2.566
NO	13	44.385	10.516	2.917

Fisher's Protected LSD

Effect: DESHAB

Dependent: HTOTAL

Significance level: .05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value
NO	SI	7.252	8.189	.0807

None were significantly different at this level.

II.3.2.- Aspectos socioculturales

A continuación relacionamos aquellas variables que recogen aspectos culturales, judiciales y familiares, resaltando los resultados que consideramos permiten un mejor acercamiento al problema objeto de estudio.

III.3.2.1.- Nivel de estudios

Una vez llevado a cabo el análisis pertinente, dirigido a estudiar la relación entre el nivel cultural y la heroínomanía, ni la edad de inicio (tabla XXV y gráfico 20) ni el tiempo de adicción (tabla XXVI y gráfico 21) pueden ser significativamente asociados, si bien se observa la tendencia de un comienzo más precoz en los niveles educativos más deficientes.

En cambio, sí hemos hallado una tendencia significativa ($\chi^2 = 12,894$; $p < 0,05$), al relacionar el nivel de estudios con los problemas judiciales (tabla XXVI bis y gráfico 22). Los casos cuya cultura es inferior presentan problemas judiciales más graves: el 73% de los que han estado en la cárcel y el 89% de los que están pendientes de juicio poseen una cultura elemental, es decir, abandonaron el colegio sin conseguir siquiera el graduado escolar o jamás han llegado a ser escolarizados.

Tabla XXV. Relación del nivel de estudios (CULTURA) con la edad del primer contacto con tóxicos (INICIO) de los heroinómanos.

Type III Sums of Squares

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
CULTURA	2	6.688	3.344	.600	.5551
Residual	32	178.455	5.577		

Dependent: INICIO

Means Table

Effect: CULTURA

Dependent: INICIO

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
ELEM...	27	12.481	2.408	.463
PRIM	7	13.429	2.149	.812
MEDIA	1	14.000	0.000	0.000

Fisher's Protected LSD

Effect: CULTURA

Dependent: INICIO

Significance level: .05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value
ELEMEN	PRIM	.947	2.040	.3515
	MEDIA	1.519	4.899	.5322
PRIM	MEDIA	.571	5.142	.8224

None were significantly different at this level.

Gráfico 20. Representación de la relación del nivel de estudios (CULTURA) con la edad del primer contacto con tóxicos (INICIO) de los heroinómanos.

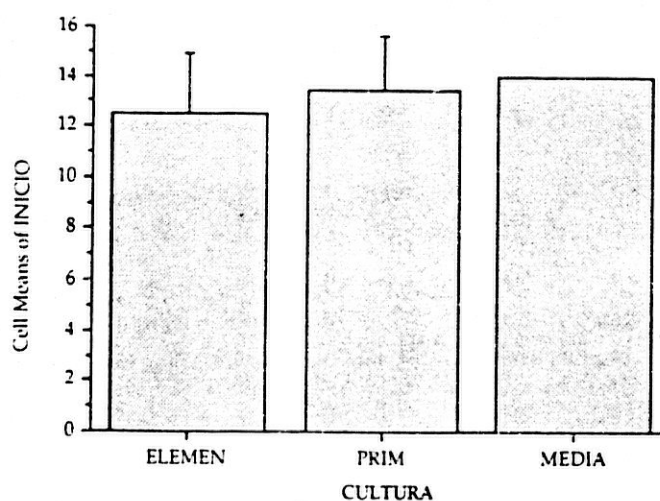


Tabla XXVI. Relación del nivel de estudios (CULTURA) con el tiempo de adicción (VETERANÍA) de los heroinómanos.

Type III Sums of Squares

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-V...
CULTURA	2	.305	.152	.081	.9223
Residual	32	60.095	1.878		

Dependent: VETARAN

Means Table

Effect: CULTURA

Dependent: VETARAN

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
ELEM...	27	3.444	1.281	.247
PRIM	7	3.286	1.704	.644
MEDIA	1	3.000	0.000	0.000

Fisher's Protected LSD

Effect: CULTURA

Dependent: VETARAN

Significance level: .05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value
MEDIA	PRIM	.286	2.984	.8466
	ELEMEN	.444	2.843	.7522
PRIM	ELEMEN	.159	1.184	.7865

None were significantly different at this level.

Gráfico 21. Representación de la relación del nivel de estudios (CULTURA) con el tiempo de adicción (VETERANÍA) de los heroinómanos.

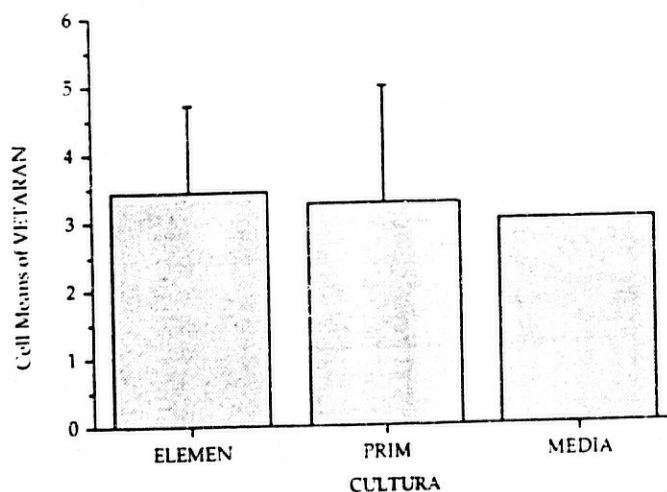


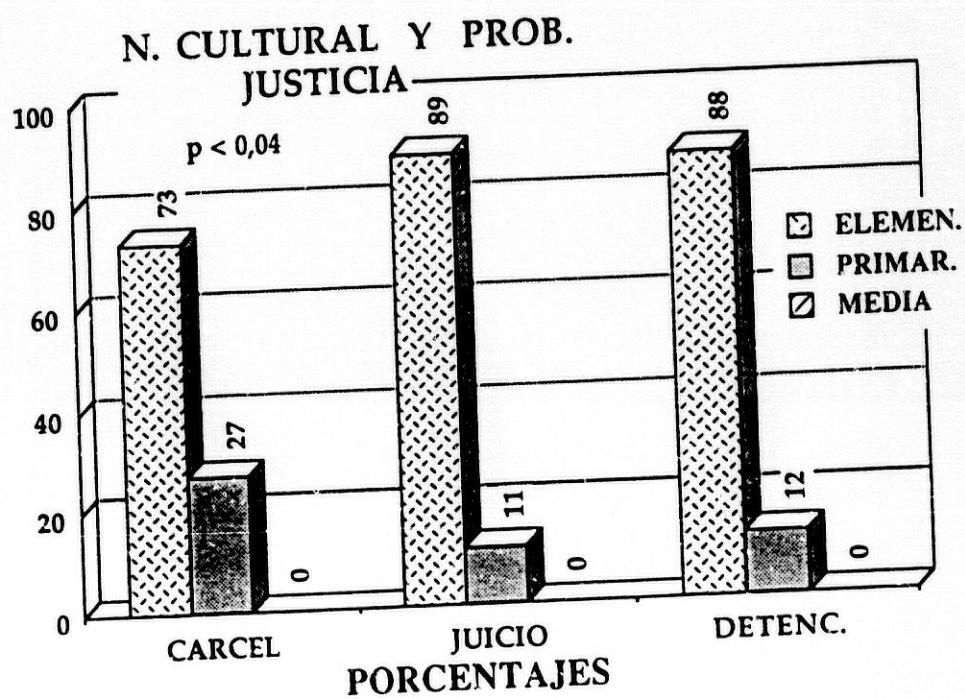
Tabla XXVI bis. Relación del nivel de estudios (CULTURA) con los problemas judiciales (JUSTICIA) de los heroinómanos.

Coded Chi-Square X ₁ : CULTURA Y ₂ : JUSTICIA			
Summary Statistics			
DF:	6		
Total Chi-Square:	12,894	p = ,0447	
G Statistic:	*		
Contingency Coefficient:	,519		
Cramer's V:	,429		

Observed Frequency Table				
	ELEMEN	PRIM	MEDIA	Totals:
CARCEL	11	4	0	15
JUICIO	8	1	0	9
DETENC	7	1	0	8
NO	1	1	1	3
Totals:	27	7	1	35

Percents of Row Totals				
	ELEMEN	PRIM	MEDIA	Totals:
CARCEL	73,33%	26,67%	0%	100%
JUICIO	88,89%	11,11%	0%	100%
DETENC	87,5%	12,5%	0%	100%
NO	33,33%	33,33%	33,33%	100%
Totals:	77,14%	20%	2,86%	100%

Gráfico 22. Representación de la relación del nivel de estudios (CULTURA) con los problemas judiciales (JUSTICIA) de los heroinómanos.



Al examinar la asociación existente entre los estudios realizados por los pacientes heroinómanos de nuestra muestra y las puntuaciones obtenidas en el W.A.I.S. (tablas XXVII-XXIX y gráficos 23-25), observamos que es significativa ($p < 0,05$) en el caso del C.I. verbal, lo que no ocurre con los cocientes manipulativo y total. El aumento en la puntuación obtenida para el cociente verbal, muestra una tendencia significativa a acompañarse de un nivel más elevado de estudios del heroinómano.

Cuando analizamos la relación entre el nivel educacional del sujeto y su estado afectivo, medido a través de la prueba de Hassanyeh (tablas XXX-XXXIII y gráficos 26-29), encontramos una tendencia significativa (límite $p < 0,02$) para todas las subescalas.

Cuando analizamos la puntuación en ansiedad (tabla XXX y gráfico 26) se evidencia una asociación significativa ($p = 0,0016$) en los tres niveles culturales de los heroinómanos. En las subescalas de depresión (tabla XXXI y gráfico 27; $p < 0,02$), vulnerabilidad (tabla XXXII y gráfico 28; $p < 0,02$) y puntuación total (tabla XXXIII y gráfico 29; $p < 0,002$) la significación se alcanza en la comparación del nivel de estudios primario frente al elemental o frente al medio.

Tabla XXVII. Relación del nivel de estudios (CULTURA) con el cociente intelectual verbal (C.I. VERB) de los heroinómanos.

Type III Sums of Squares

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-V...
CULTURA	2	1019.505	509.752	3.491	.0425
Residual	32	4672.381	146.012		

Dependent: CIVERB

Means Table

Effect: CULTURA

Dependent: CIVERB

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
ELEM...	27	88.889	9.693	1.865
PRIM	7	99.571	19.277	7.286
MEDIA	1	111.000	0.000	0.000

Fisher's Protected LSD

Effect: CULTURA

Dependent: CIVERB

Significance level: .05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value	
ELEMEN	PRIM	10.683	10.439	.0452	S
	MEDIA	22.111	25.065	.0818	
PRIM	MEDIA	11.429	26.313	.3829	

S = Significantly different at this level.

Gráfico 23. Representación de la relación del nivel de estudios (CULTURA) con el cociente intelectual verbal (C.I. VERB) de los heroinómanos.

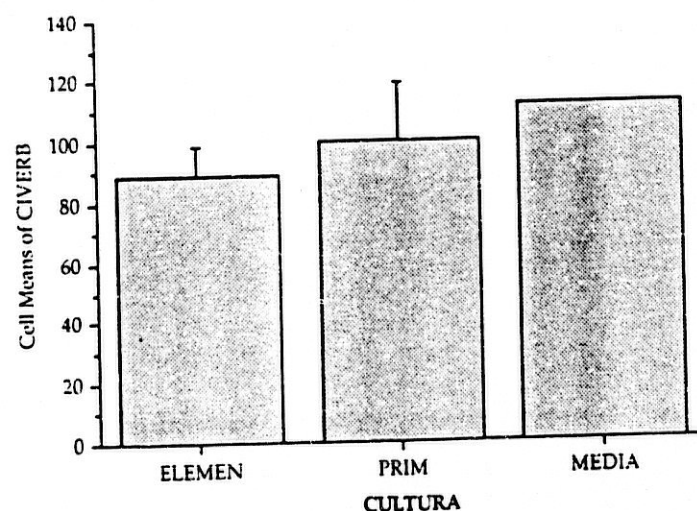


Tabla XXVIII. Relación del nivel de estudios (CULTURA) con el cociente intelectual manipulativo (C.I. MANI) de los heroinómanos.

Type III Sums of Squares

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-V...
CULTURA	2	382.243	191.122	.802	.4572
Residual	32	7630.042	238.439		

Dependent: CIMANI

Means Table

Effect: CULTURA

Dependent: CIMANI

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
ELEM...	27	94.259	16.006	3.080
PRIM	7	91.143	12.707	4.803
MEDIA	1	112.000	0.000	0.000

Fisher's Protected LSD

Effect: CULTURA

Dependent: CIMANI

Significance level: .05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value
PRIM	ELEMEN	3.116	13.341	.6374
	MEDIA	20.857	33.625	.2155
ELEMEN	MEDIA	17.741	32.030	.2676

None were significantly different at this level.

Gráfico 24. Representación de la relación del nivel de estudios (CULTURA) con el cociente intelectual manipulativo (C.I. MANI) de los heroinómanos.

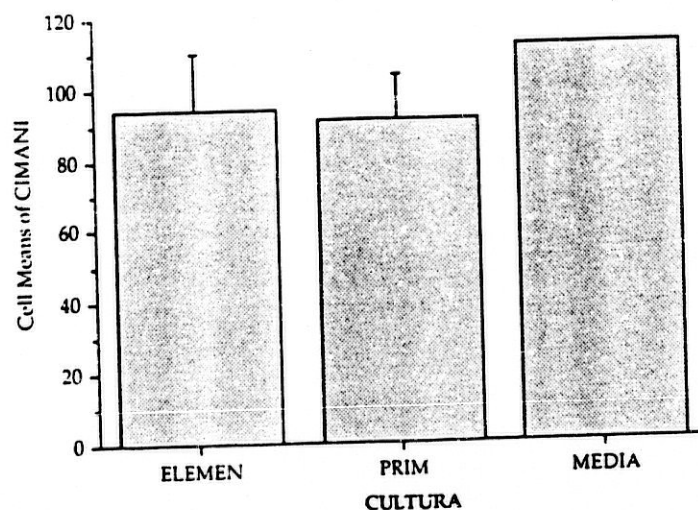


Tabla XXIX. Relación del nivel de estudios (CULTURA) con el cociente intelectual total

(C.I. TOTAL) de los heroinómanos.

Type III Sums of Squares

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
CULTURA	2	560.542	280.271	1.622	.2133
Residual	32	5529.344	172.792		

Dependent: CITOTAL

Means Table

Effect: CULTURA

Dependent: CITOTAL

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
ELEM...	27	90.296	11.980	2.306
PRIM	7	95.429	17.310	6.542
MEDIA	1	112.000	0.000	0.000

Fisher's Protected LSD

Effect: CULTURA

Dependent: CITOTAL

Significance level: .05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value
ELEMEN	PRIM	5.132	11.357	.3642
	MEDIA	21.704	27.267	.1148
PRIM	MEDIA	16.571	28.624	.2470

None were significantly different at this level.

Gráfico 25. Representación de la relación del nivel de estudios (CULTURA) con el cociente intelectual total (C.I.TOTAL) de los heroinómanos.

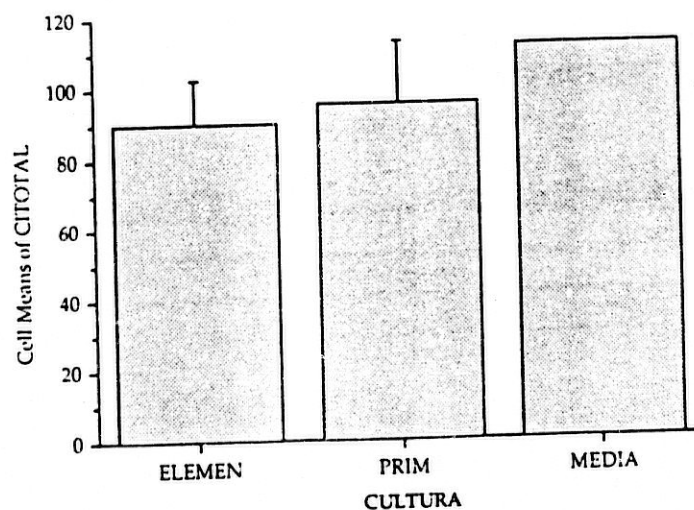


Tabla XXX. Relación del nivel de estudios (CULTURA) con la puntuación de ansiedad en Hassanyeh (ANSIEDAD) de los heroinómanos.

One Factor ANOVA X_1 : CULTURA Y_1 : ANSIEDAD

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	2	92,764	46,382	7,932
Within groups	32	187,122	5,848	$p = .0016$
Total	34	279,886		

Model II estimate of between component variance = 6,362

One Factor ANOVA X_1 : CULTURA Y_1 : ANSIEDAD

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
ELEMEN	27	11,852	1,936	,373
PRIM	7	8,571	3,867	1,462
MEDIA	1	17	*	*

One Factor ANOVA X_1 : CULTURA Y_1 : ANSIEDAD

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
ELEMEN vs. PRIM	3,28	2,089*	5,115*	3,198
ELEMEN vs. MEDIA	-5,148	5,017*	2,185	2,091
PRIM vs. MEDIA	-8,429	5,266*	5,315*	3,26

* Significant at 95%

Tabla XXXI. Relación del nivel de estudios (CULTURA) con la puntuación de depresión en Hassanyeh (DEPRES) de los heroinómanos.

One Factor ANOVA X_1 : CULTURA Y_2 : DEPRES

Analysis of Variance Table

Source	DF	Sum Squares	Mean Square	F-test
Between groups	2	526,751	263,376	4,778
Within groups	32	1763,82	55,119	$p = .0153$
Total	34	2290,571		

Model $\hat{\sigma}^2$ estimate of between component variance = 32,686

One Factor ANOVA X_1 : CULTURA Y_2 : DEPRES

Group	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
ELEMEN	27	26,963	6,613	1,273
PRIM	7	18,143	10,221	3,863
MEDIA	1	35	.	.

One Factor ANOVA X_1 : CULTURA Y_2 : DEPRES

Comparison	Mean Diff.	Fisher PLSD	Scheffe F-test	Dunnnett t
ELEMEN vs. PRIM	8,82	6,415*	3,923*	2,801
ELEMEN vs. MEDIA	-8,037	15,402	,565	1,063
PRIM vs. MEDIA	-16,857	16,169*	2,255	2,124

* Significant at 95%

Gráfico 26. Representación de la relación del nivel de estudios (CULTURA) con la puntuación de ansiedad en Hassanyeh (ANSIEDAD) de los heroinómanos.

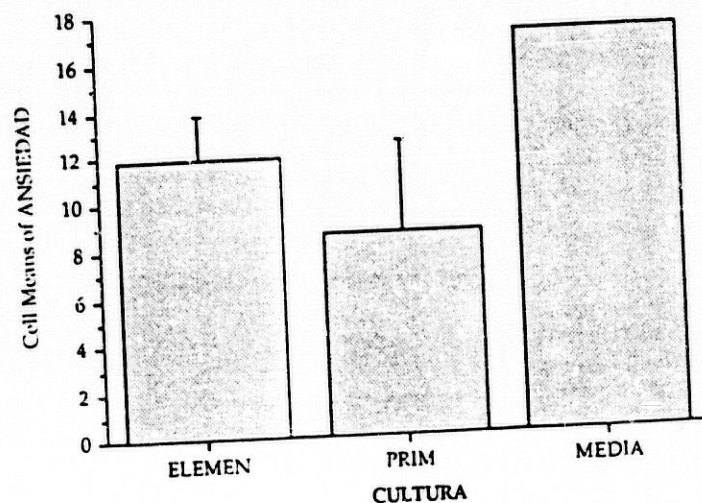


Gráfico 27. Representación de la relación del nivel de estudios (CULTURA) con la puntuación de depresión en Hassanyeh (DEPRES) de los heroinómanos.

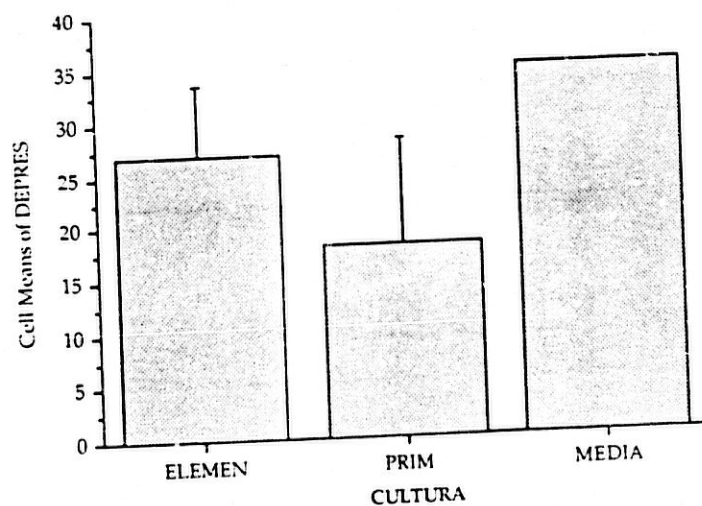


Tabla XXXII. Relación del nivel de estudios (CULTURA) con la puntuación de vulnerabilidad en Hassanyeh (VULNE) de los heroinómanos.

One Factor ANOVA X₁: CULTURA Y₃: VULNE

Analysis of Variance Table

Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	2	57,818	28,909	4,554
Within groups	32	203,153	6,349	p = ,0182
Total	34	260,971		

Model II estimate of between component variance = 3,541

One Factor ANOVA X₁: CULTURA Y₃: VULNE

Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
ELEMEN	27	12,63	2,306	,444
PRIM	7	9,857	3,288	1,243
MEDIA	1	16	.	.

One Factor ANOVA X₁: CULTURA Y₃: VULNE

Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnnett t:
ELEMEN vs. PRIM	2,772	2,177*	3,365*	2,394
ELEMEN vs. MEDIA	-3,37	5,227	,863	1,314
PRIM vs. MEDIA	-6,143	5,487*	2,6	2,281

* Significant at 95%

Tabla XXXIII. Relación del nivel de estudios (CULTURA) con la puntuación total en Hassanyeh (HTOTAL) de los heroinómanos.

One Factor ANOVA X ₁ : CULTURA Y ₄ : HTOTAL				
Analysis of Variance Table				
Source:	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
Between groups	2	1603,505	801,752	8,032
Within groups	32	3194,381	99,824	p = ,0015
Total	34	4797,886		

Model II estimate of between component variance = 110,168

One Factor ANOVA X ₁ : CULTURA Y ₄ : HTOTAL				
Group:	Count:	Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:
ELEMEN	27	51,444	8,469	1,63
PRIM	7	36,571	14,887	5,627
MEDIA	1	68	*	*

One Factor ANOVA X ₁ : CULTURA Y ₄ : HTOTAL				
Comparison:	Mean Diff.:	Fisher PLSD:	Scheffe F-test:	Dunnett t:
ELEMEN vs. PRIM	14,873	8,633*	6,159*	3,51
ELEMEN vs. MEDIA	-16,556	20,727	1,324	1,627
PRIM vs. MEDIA	-31,429	21,759*	4,329*	2,942

* Significant at 95%

Gráfico 28. Representación de la relación del nivel de estudios (CULTURA) con la puntuación de vulnerabilidad en Hassanyeh (VULNE) de los heroinómanos.

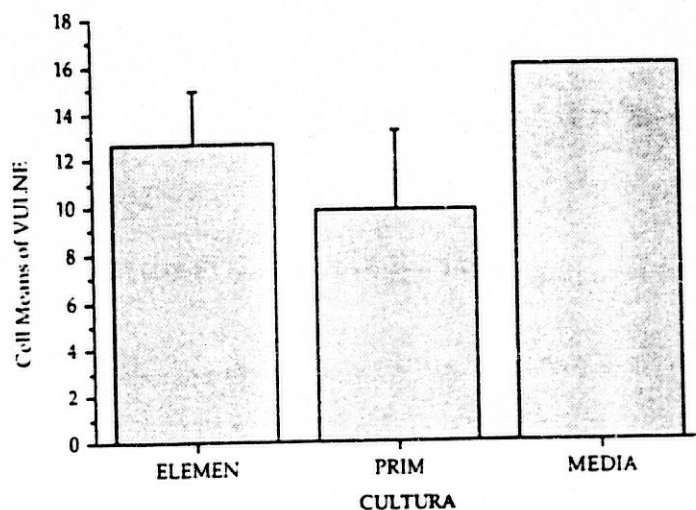
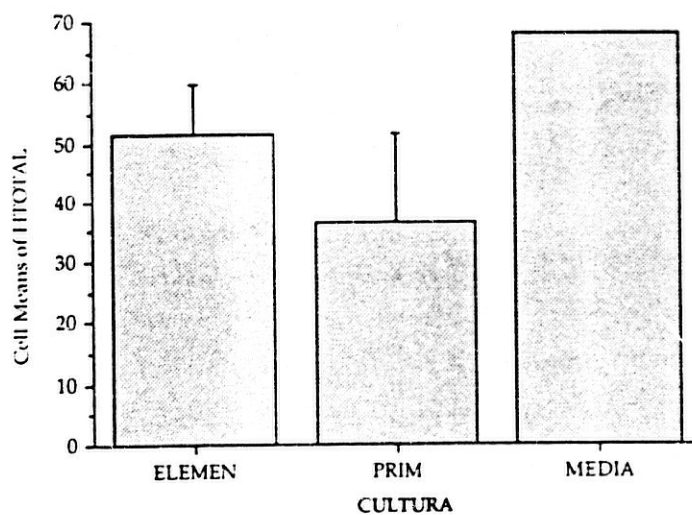


Gráfico 29. Representación de la relación del nivel de estudios (CULTURA) con la puntuación total en Hassanyeh (HTOTAL) de los heroinómanos.



III.3.2.2.- Antecedentes judiciales

No hemos hallado una relación evidente entre los problemas que los heroinómanos han tenido con la justicia y la edad del primer contacto con tóxicos (tabla XXXIV y gráfico 30), así como tampoco en la relación frente al tiempo de adicción del sujeto (tabla XXXV y gráfico 31) y la puntuación del C.I. verbal (tabla XXXVI) o del Hassanyeh (tablas XXXIX-XLII).

Para los cocientes manipulativo (tabla XXXVII) y total (tabla XXXVIII) sí existe una tendencia significativa ($p < 0,03$ y $p < 0,033$ respectivamente). En éste último, en particular, se evidencia un patrón consistente entre aquellos que han estado en prisión o detenidos –menor cociente intelectual total– frente a los que no.

Tabla XXXIV. Relación de los problemas judiciales (JUSTICIA) con la edad del primer contacto con tóxicos (INICIO) de los heroinómanos.

Type III Sums of Squares					
Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-V...
JUSTICIA	3	6.446	2.149	.373	.7732
Residual	31	178.697	5.764		

Dependent: INICIO

Means Table
Effect: JUSTICIA
Dependent: INICIO

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
CARC...	15	13.067	2.685	.693
JUICIO	9	12.444	1.667	.556
DETE...	8	12.125	2.800	.990
NO	3	13.333	.577	.333

Fisher's Protected LSD
Effect: JUSTICIA
Dependent: INICIO
Significance level: .05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value
DETENC	JUICIO	.319	2.379	.7860
	CARCEL	.942	2.144	.3772
	NO	1.208	3.315	.4628
JUICIO	CARCEL	.622	2.065	.5433
	NO	.889	3.264	.5826
CARCEL	NO	.267	3.097	.8617

None were significantly different at this level.

Gráfico 30. Representación de la relación de los problemas judiciales (JUSTICIA) con la edad del primer contacto con tóxicos (INICIO) de los heroinómanos.

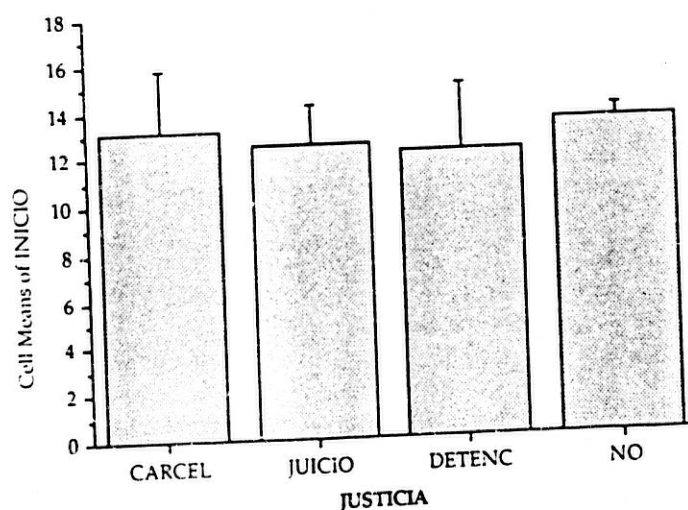


Tabla XXXV. Relación de los problemas judiciales (JUSTICIA) con el tiempo de adicción (VETERANÍA) de los heroinómanos.

Type III Sums of Squares

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
JUSTICIA	3	1.778	.593	.313	.8156
Residual	31	58.622	1.891		

Dependent: VETARAN

Means Table

Effect: JUSTICIA

Dependent: VETARAN

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
CARC...	15	3.467	1.506	.389
JUICIO	9	3.444	1.424	.475
DETE...	8	3.500	1.195	.423
NO	3	2.667	.577	.333

Fisher's Protected LSD

Effect: JUSTICIA

Dependent: VETARAN

Significance level: .05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value
NO	JUICIO	.778	1.870	.4027
	CARCEL	.800	1.774	.3648
	DETE...	.833	1.899	.3776
JUICIO	CARCEL	.022	1.183	.9697
	DETE...	.056	1.363	.9343
CARCEL	DETE...	.033	1.228	.9562

None were significantly different at this level.

Gráfico 31. Representación de la relación de los problemas judiciales (JUSTICIA) con el tiempo de adicción (VETERANÍA) de los heroinómanos.

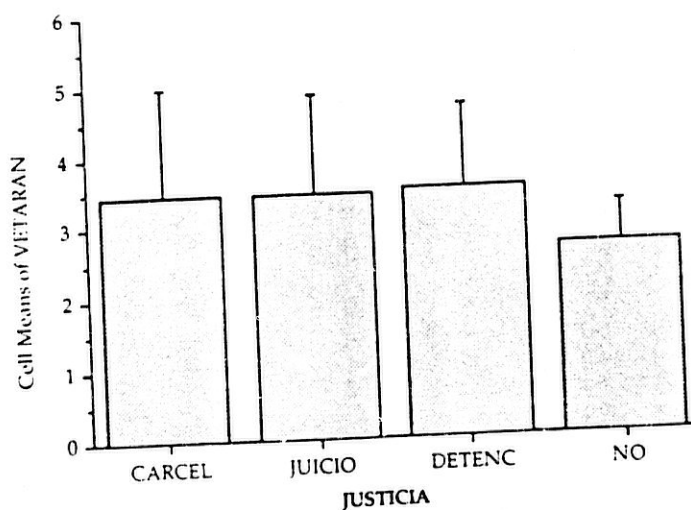


Tabla XXXVI. Relación de los problemas judiciales (JUSTICIA) con el cociente intelectual verbal (C.I.VERB) de los heroinómanos.

Type III Sums of Squares

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
JUSTICIA	3	1045,219	348,406	2,324	,0942
Residual	31	4646,667	149,892		

Dependent: CIVERB

Means Table

Effect: JUSTICIA

Dependent: CIVERB

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
CARCEL	15	89,000	11,784	3,043
JUICIO	9	93,333	10,851	3,617
DETENC	8	88,500	9,243	3,268
NO	3	108,333	24,111	13,920

Fisher's Protected LSD

Effect: JUSTICIA

Dependent: CIVERB

Significance level: ,05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value	
DETENC	CARCEL	,500	10,932	,9263	
	JUICIO	4,833	12,133	,4227	
	NO	19,833	16,905	,0230	S
CARCEL	JUICIO	4,333	10,528	,4076	
	NO	19,333	15,792	,0181	S
JUICIO	NO	15,000	16,647	,0757	

S = Significantly different at this level.

Tabla XXXVII. Relación de los problemas judiciales (JUSTICIA) con el cociente intelectual manipulativo (C.I.MANI) de los heroinómanos.

Type III Sums of Squares

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
JUSTICIA	3	1999,663	666,554	3,437	,0288
Residual	31	6012,622	193,956		

Dependent: CIMANI

Means Table

Effect: JUSTICIA

Dependent: CIMANI

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
CARCEL	15	88,533	11,874	3,066
JUICIO	9	104,111	20,239	6,746
DETENC	8	89,000	10,043	3,551
NO	3	106,000	5,292	3,055

Fisher's Protected LSD

Effect: JUSTICIA

Dependent: CIMANI

Significance level: ,05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value	
CARCEL	DETENC	,467	12,435	,9395	S
	JUICIO	15,578	11,976	,0125	
	NO	17,467	17,964	,0563	
DETENC	JUICIO	15,111	13,807	,0329	S
	NO	17,000	19,230	,0811	
JUICIO	NO	1,889	18,936	,8401	

S = Significantly different at this level.

Tabla XXXVIII. Relación de los problemas judiciales (JUSTICIA) con el cociente intelectual total (C.I.TOTAL) de los heroinómanos.

Type III Sums of Squares

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
JUSTICIA	3	1480,188	493,396	3,318	,0326
Residual	31	4609,697	148,700		

Dependent: CITOTAL

Means Table

Effect: JUSTICIA

Dependent: CITOTAL

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
CARCEL	15	87,600	11,921	3,078
JUICIO	9	97,778	14,078	4,693
DETENC	8	87,625	9,149	3,235
NO	3	107,667	14,978	8,647

Fisher's Protected LSD

Effect: JUSTICIA

Dependent: CITOTAL

Significance level: ,05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value	
CARCEL	DETENC	,025	10,888	,9963	
	JUICIO	10,178	10,486	,0567	
	NO	20,067	15,729	,0141	S
DETENC	JUICIO	10,153	12,085	,0966	
	NO	20,042	16,837	,0212	S
JUICIO	NO	9,889	16,580	,2330	

S = Significantly different at this level.

Tabla XXXIX. Relación de los problemas judiciales (JUSTICIA) con la puntuación en ansiedad de Hassanyeh (ANSIEDAD) de los heroinómanos.

Type III Sums of Squares

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
JUSTICIA	3	16,997	5,666	,668	,5781
Residual	31	262,889	8,480		

Dependent: ANSIEDAD

Means Table

Effect: JUSTICIA

Dependent: ANSIEDAD

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
CARCEL	15	10,667	2,845	,735
JUICIO	9	12,111	2,667	,889
DETENC	8	12,000	1,690	,598
NO	3	10,667	6,028	3,480

Fisher's Protected LSD

Effect: JUSTICIA

Dependent: ANSIEDAD

Significance level: ,05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value
CARCEL	NO	0,000	3,756	1,0000
	DETENC	1,333	2,600	,3037
	JUICIO	1,444	2,504	,2484
NO	DETENC	1,333	4,021	,5039
	JUICIO	1,444	3,960	,4625
DETENC	JUICIO	,111	2,886	,9379

None were significantly different at this level.

Tabla XL. Relación de los problemas judiciales (JUSTICIA) con la puntuación en depresión de Hassanyeh (DEPRES) de los heroinómanos.

Type III Sums of Squares

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
JUSTICIA	3	253,096	84,365	1,284	,2973
Residual	31	2037,475	65,725		

Dependent: DEPRES

Means Table

Effect: JUSTICIA

Dependent: DEPRES

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
CARCEL	15	23,600	8,399	2,169
JUICIO	9	27,667	5,172	1,724
DETENC	8	28,375	7,909	2,796
NO	3	20,000	14,107	8,145

Fisher's Protected LSD

Effect: JUSTICIA

Dependent: DEPRES

Significance level: ,05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value
NO	CARCEL	3,600	10,457	,4878
	JUICIO	7,667	11,023	,1660
	DETENC	8,375	11,194	,1372
CARCEL	JUICIO	4,067	6,972	,2432
	DETENC	4,775	7,239	,1883
JUICIO	DETENC	,708	8,034	,8585

None were significantly different at this level.

Tabla XLL. Relación de los problemas judiciales (JUSTICIA) con la puntuación en vulnerabilidad de Hassanyeh (VULNE) de los heroinómanos.

Type III Sums of Squares

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
JUSTICIA	3	10,971	3,657	,453	,7167
Residual	31	250,000	8,065		

Dependent: VULNE

Means Table

Effect: JUSTICIA

Dependent: VULNE

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
CARCEL	15	11,667	3,478	,898
JUICIO	9	13,000	1,658	,553
DETENC	8	12,000	1,852	,655
NO	3	12,667	4,163	2,404

Fisher's Protected LSD

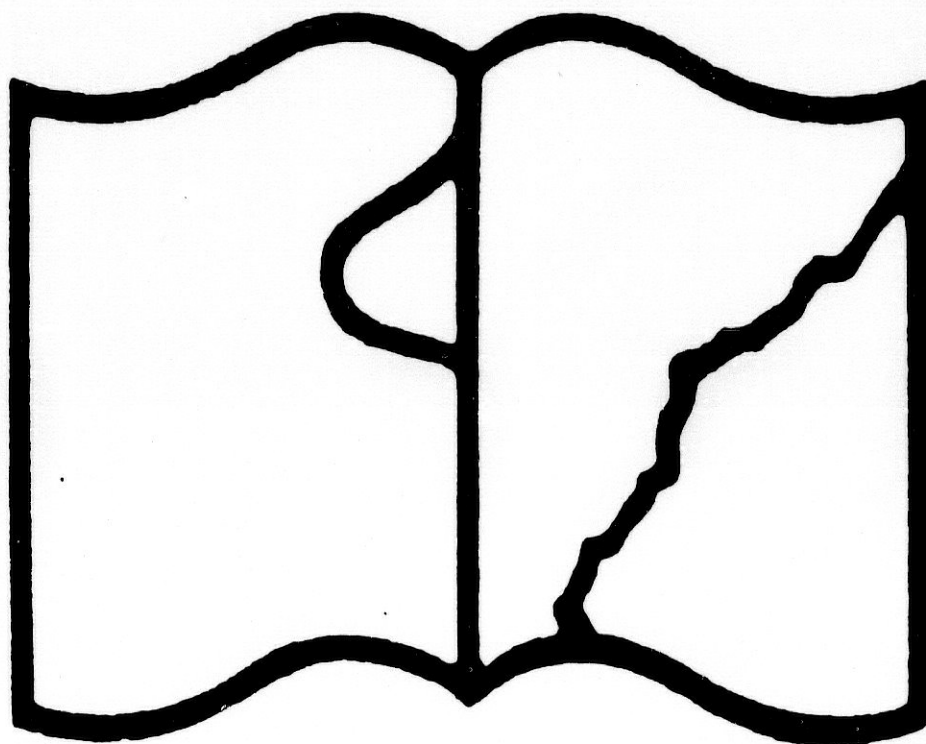
Effect: JUSTICIA

Dependent: VULNE

Significance level: ,05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value
CARCEL	DETENC	,333	2,536	,7904
	NO	1,000	3,663	,5817
	JUICIO	1,333	2,442	,2740
DETENC	NO	,667	3,921	,7311
	JUICIO	1,000	2,814	,4741
	NO	,333	3,861	,8614

None were significantly different at this level.



TEXTO DETERIORADO O ENCUADERNACIÓN DEFECTUOSA

ETD

ESTUDIOS Y TRATAMIENTO DE LA DOCUMENTACIÓN, S.A.

Tabla XII. Relación de los problemas judiciales (JUSTICIA) con la puntuación en vulnerabilidad de Hassanyeh (VULNE) de los heroinómanos.

Type III Sums of Squares

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
JUSTICIA	3	10,971	3,657	,453	,7167
Residual	31	250,000	8,065		

Dependent: VULNE

Means Table

Effect: JUSTICIA

Dependent: VULNE

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
CARCEL	15	11,667	3,478	,898
JUICIO	9	13,000	1,658	,553
DETENC	8	12,000	1,852	,655
NO	3	12,667	4,163	2,404

Fisher's Protected LSD

Effect: JUSTICIA

Dependent: VULNE

Significance level: .05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value
CARCEL	DETENC	,333	2,536	,7904
	NO	1,000	3,663	,5817
JUICIO	DETENC	1,333	2,442	,2740
	NO	,667	3,921	,7311
DETENC	JUICIO	1,000	2,814	,4741
	NO	,333	3,861	,8614

*One was significantly different at this level.

Tabla XLII. Relación de los problemas judiciales (JUSTICIA) con la puntuación total de Hassanyeh (TOTAL) de los heroinómanos.

Type III Sums of Squares

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
JUSTICIA	3	456,855	152,285	1,087	,3689
Residual	31	4341,031	140,033		

Dependent: HTOTAL

Means Table

Effect: JUSTICIA

Dependent: HTOTAL

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
CARCEL	15	45,933	11,529	2,977
JUICIO	9	52,778	8,182	2,727
DETENC	8	52,375	10,623	3,756
NO	3	43,333	24,028	13,872

Fisher's Protected LSD

Effect: JUSTICIA

Dependent: HTOTAL

Significance level: ,05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value
NO	CARCEL	2,600	15,264	,7306
	DETENC	9,042	16,339	,2677
	JUICIO	9,444	16,090	,2403
CARCEL	DETENC	6,442	10,566	,2230
	JUICIO	6,844	10,176	,1800
DETENC	JUICIO	,403	11,727	,9446

None were significantly different at this level.

III.3.2.3.- Factores familiares

Describimos a continuación los datos más sobresalientes obtenidos en esta comparación y que se detallan en los complementos iconográficos correspondientes (tablas XLIII-LXVII).

En el estudio del grupo de heroinómanos, entre las variables más puramente toxicológicas, ni la preferencia en el consumo de heroína (tabla XLIII), la edad del primer contacto (tabla XLIV) ni el motivo de iniciación (tabla XLV) pueden asociarse significativamente con el consumo perjudicial de sustancias psicoactivas en la familia.

En cambio, sí hemos hallado una asociación significativa ($\chi^2 = 28,202$; $p=0,0009$) en cuanto al gasto diario en tóxicos de los heroinómanos (tabla XLVI). Los que menos gastan (78% de los que no superan las 5.000 ptas. y 46% de los que consumen entre 5.000 y 15.000 ptas.) son aquellos que no tienen otros familiares que también consuman tóxicos.

Con referencia a otras variables de la ficha de trabajo, se examinaron las relaciones entre el consumo de tóxicos en el medio familiar y el nivel cultural del heroinómano (tabla XLVII), sus problemas judiciales (tabla XLVIII) y los trastornos mentales en su familia (tabla XLIX) sin que encontráramos evidencia alguna de asociación positiva.

Tabla XLIII. Relación del consumo perjudicial de sustancias psicoactivas en familiares (TOXIFAM) con la preferencia en el consumo de heroína (DROGA) de los heroinómanos.

Coded Chi-Square X ₁ : DROGA Y ₁ : TOXIFAM			
Summary Statistics			
DF:	6		
Total Chi-Square:	10,167	p = .1178	
G Statistic:	.		
Contingency Coefficient:	.474		
Cramer's V:	.381		

Observed Frequency Table				
	HEROINA	HERCOCA	MISCE	Totals:
PADHER	1	2	0	3
HER	3	5	0	8
PADRE	0	3	1	4
NO	10	4	6	20
Totals:	14	14	7	35

Percents of Row Totals				
	HEROINA	HERCOCA	MISCE	Totals:
PADHER	33,33%	66,67%	0%	100%
HER	37,5%	62,5%	0%	100%
PADRE	0%	75%	25%	100%
NO	50%	20%	30%	100%
Totals:	40%	40%	20%	100%

Tabla XLIV. Relación del consumo perjudicial de sustancias psicoactivas en familiares (TOXIFAM) con edad del primer contacto (INICIO) de los heroinómanos.

Type III Sums of Squares

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
TOXIFAM	3	6,401	2,134	,370	,7751
Residual	31	178,742	5,766		

Dependent: INICIO

Means Table

Effect: TOXIFAM

Dependent: INICIO

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
PADHER	3	13,333	3,512	2,028
HER	8	12,125	2,642	,934
PADRE	4	13,500	3,000	1,500
NO	20	12,700	2,029	,454

Fisher's Protected LSD

Effect: TOXIFAM

Dependent: INICIO

Significance level: .05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value
HER	NO	,575	2,049	,5712
	PADHER	1,208	3,316	,4629
	PADRE	1,375	2,999	,3570
NO	PADHER	,633	3,032	,6730
	PADRE	,800	2,682	,5474
PADHER	PADRE	,167	3,740	,9282

None were significantly different at this level.

Tabla XLV. Relación del consumo perjudicial de sustancias psicoactivas en familiares (TOXIFAM) con motivo del primer contacto (MOTIVO) de los heroinómanos.

Coded Chi-Square X^2 : MOTIVO Y_1 : TOXIFAM		
Summary Statistics		
DF:	6	
Total Chi-Square:	8,429	p = ,2084
G Statistic:	*	
Contingency Coefficient:	,441	
Cramer's V:	,347	

Observed Frequency Table				
	PROBL	CURIOS	MIMET	Totals:
PADHER	1	1	1	3
HER	1	3	4	8
PADRE	2	2	0	4
NO	2	4	14	20
Totals:	6	10	19	35

Percents of Row Totals				
	PROBL	CURIOS	MIMET	Totals:
PADHER	33,33%	33,33%	33,33%	100%
HER	12,5%	37,5%	50%	100%
PADRE	50%	50%	0%	100%
NO	10%	20%	70%	100%
Totals:	17,14%	28,57%	54,29%	100%

Tabla XLVI. Relación del consumo perjudicial de sustancias psicoactivas en familiares (TOXIFAM) con gasto diario en tóxicos (GASTO) de los heroinómanos.

Coded Chi-Square X ₁ : TOXIFAM Y ₁ : GASTO		
Summary Statistics		
DF:	9	
Total Chi-Square:	28,202	p = ,0009
G Statistic:	.	
Contingency Coefficient:	,668	
Cramer's V:	,518	

Observed Frequency Table					
	PADHER	HER	PADRE	NO	Totals:
>25	0	3	0	0	3
XXV/XV	0	0	1	0	1
V/XV	0	5	2	6	13
<V	3	0	1	14	18
Totals:	3	8	4	20	35

Percents of Row Totals					
	PADHER	HER	PADRE	NO	Totals:
>25	0%	100%	0%	0%	100%
XXV/XV	0%	0%	100%	0%	100%
V/XV	0%	38,46%	15,38%	46,15%	100%
<V	16,67%	0%	5,56%	77,78%	100%
Totals:	8,57%	22,86%	11,43%	57,14%	100%

Tabla XLVII. Relación del consumo perjudicial de sustancias psicoactivas en familiares (TOXIFAM) con nivel de estudios (CULTURA) de los heroinómanos.

Coded Chi-Square X_1 : CULTURA Y_1 : TOXIFAM		
Summary Statistics		
DF:	6	
Total Chi-Square:	5,423	$p = ,4908$
G Statistic:	*	
Contingency Coefficient:	,366	
Cramer's V:	,278	

Observed Frequency Table				
	ELEMEN	PRIM	MEDIA	Totals:
PADHER	1	2	0	3
HER	7	1	0	8
PADRE	3	1	0	4
NO	16	3	1	20
Totals:	27	7	1	35

Percents of Row Totals				
	ELEMEN	PRIM	MEDIA	Totals:
PADHER	33,33%	66,67%	0%	100%
HER	87,5%	12,5%	0%	100%
PADRE	75%	25%	0%	100%
NO	80%	15%	5%	100%
Totals:	77,14%	20%	2,86%	100%

Tabla XLVIII. Relación del consumo perjudicial de sustancias psicoactivas en familiares (TOXIFAM) con problemas judiciales (JUSTICIA) de los heroinómanos.

Coded Chi-Square X^2 : JUSTICIA Y_1 : TOXIFAM

Summary Statistics

DF:	9
Total Chi-Square:	9,64 $p = ,3804$
G Statistic:	*
Contingency Coefficient:	,465
Cramer's V:	,303

Observed Frequency Table

	CARCEL	JUICIO	DETENC	NO	Totals:
PADHER	1	1	1	0	3
HER	4	3	1	0	8
PADRE	4	0	0	0	4
NO	6	5	6	3	20
Totals:	15	9	8	3	35

Percents of Row Totals

	CARCEL	JUICIO	DETENC	NO	Totals:
PADHER	33,33%	33,33%	33,33%	0%	100%
HER	50%	37,5%	12,5%	0%	100%
PADRE	100%	0%	0%	0%	100%
NO	30%	25%	30%	15%	100%
Totals:	42,86%	25,71%	22,86%	8,57%	100%

Tabla XLIX. Relación del consumo perjudicial de sustancias psicoactivas en familiares (TOXIFAM) con trastornos mentales familiares (ENFMFAM) de los heroinómanos

Coded Chi-Square X^2_1 : ENFMFAM Y_1 : TOXIFAM

Summary Statistics

DF:	9
Total Chi-Square:	12,9 $p = ,1672$
G Statistic:	.
Contingency Coefficient:	,519
Cramer's V:	,351

Observed Frequency Table

	ORGAN	PSICOSIS	DEPNEUR	NO	Totals:
PADHER	1	1	1	0	3
HER	0	0	1	7	8
PADRE	0	1	2	1	4
NO	2	1	5	12	20
Totals:	3	3	9	20	35

Percents of Row Totals

	ORGAN	PSICOSIS	DEPNEUR	NO	Totals:
PADHER	33,33%	33,33%	33,33%	0%	100%
HER	0%	0%	12,5%	87,5%	100%
PADRE	0%	25%	50%	25%	100%
NO	10%	5%	25%	60%	100%
Totals:	8,57%	8,57%	25,71%	57,14%	100%

En el análisis de la relación del consumo perjudicial de sustancias psicotóxicas en el medio familiar con otras variables socioculturales, hemos hallado una tendencia significativa ($\chi^2 = 13,205$, $p < 0,5$) con la posición ordinal en la fratría (tabla L).

Más de la mitad de heroinómanos hermanos pequeños tienen algún familiar que consume sustancias psicoactivas de manera perjudicial (el 36% al menos un hermano y un 27% un hermano y uno de los progenitores), mientras que en los heroinómanos hermanos mayores son un cuarto (25%) los que reconocen consumo de tóxicos en su familia, y siempre en algún progenitor.

En la comparación del consumo de tóxicos en la familia y el aspecto cognitivo del heroinómano, no hemos encontrado una tendencia significativa en los cocientes verbal (tabla LI), manipulativo (tabla LII) ni total (tabla LIII) del W.A.I.S.

Cuando hemos considerado la relación del ambiente tóxico familiar con el estado afectivo del heroinómano, medido a través de los resultados de la prueba de Hassanyeh, tampoco se ha evidenciado una asociación significativa en ninguna de las subescalas (tablas LIV-LVII).

La comparación de los trastornos mentales familiares del heroinómano con las variables que revelan su historia toxicológica (tablas LVIII-LX), entorno sociocultural, esfera cognitiva (tablas LXI-LXIII) y afectividad (tablas LXIV-LXVII) no llegó a mostrar una asociación evidente.

Tabla L. Relación del consumo perjudicial de sustancias psicoactivas en familiares (TOXIFAM) con la posición ordinal en la fratría (FRATRIA) de los heroinómanos.

Coded Chi-Square X ₁ : TOXIFAM Y ₂ : FRATRIA		
Summary Statistics		
DF:	6	
Total Chi-Square:	13,205	p = ,0399
G Statistic:	*	
Contingency Coefficient:	,523	
Cramer's V:	,434	

Observed Frequency Table					
	PADHER	HER	PADRE	NO	Totals:
MAYOR	0	0	2	6	8
MEDIO	0	4	2	10	16
MENOR	3	4	0	4	11
Totals:	3	8	4	20	35

Percents of Row Totals					
	PADHER	HER	PADRE	NO	Totals:
MAYOR	0%	0%	25%	75%	100%
MEDIO	0%	25%	12,5%	62,5%	100%
MENOR	27,27%	36,36%	0%	36,36%	100%
Totals:	8,57%	22,86%	11,43%	57,14%	100%

Tabla LI. Relación del consumo perjudicial de sustancias psicoactivas en familiares (TOXIFAM) con el C.I. verbal (CIVERB) de los heroinómanos.

Type III Sums of Squares

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
TOXIFAM	3	518,219	172,740	1,035	,3907
Residual	31	5173,667	166,892		

Dependent: CIVERB

Means Table

Effect: TOXIFAM

Dependent: CIVERB

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
PADHER	3	103,333	4,726	2,728
HER	8	88,000	8,018	2,835
PADRE	4	91,000	17,455	8,727
NO	20	91,500	14,077	3,148

Fisher's Protected LSD

Effect: TOXIFAM

Dependent: CIVERB

Significance level: ,05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value
HER	PADRE	3,000	16,135	,7071
	NO	3,500	11,022	,5220
PADRE	PADHER	15,333	17,838	,0895
	NO	,500	14,431	,9441
NO	PADHER	12,333	20,123	,2207
	PADHER	11,833	16,313	,1491

None were significantly different at this level.

Tabla LII. Relación del consumo perjudicial de sustancias psicoactivas en familiares (TOXIFAM) con el C.I. manipulativo (CIMANI) de los heroinómanos.

Type III Sums of Squares		df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
Source						
TOXIFAM		3	46,369	15,456		
Residual		31	7965,917	256,965		
Dependent: CIMANI						
					,060	,9803

Means Table
Effect: TOXIFAM
Dependent: CIMANI

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
PADHER	3	97,333	8,505	4,910
HER	8	92,750	23,542	8,323
PADRE	4	94,000	16,872	8,436
NO	20	94,250	12,748	2,851

Fisher's Protected LSD
Effect: TOXIFAM
Dependent: CIMANI
Significance level: ,05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value
HER	PADRE	1,250	20,021	,8995
	NO	1,500	13,677	,8245
PADRE	PADHER	4,583	22,134	,6757
	NO	,250	17,907	,9775
NO	PADHER	3,333	24,970	,7872
	PADHER	3,083	20,242	,7581

None were significantly different at this level.

Tabla LIII. Relación del consumo perjudicial de sustancias psicoactivas en familiares (TOXIFAM) con el C.I. total (CITOTAL) de los heroinómanos.

Type III Sums of Squares

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
TOXIFAM	3	305,594	101,865	,546	,6546
Residual	31	5784,292	186,590		

Dependent: CITOTAL

Means Table

Effect: TOXIFAM

Dependent: CITOTAL

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
PADHER	3	100,667	5,033	2,906
HER	8	88,875	15,245	5,390
PADRE	4	91,250	17,308	8,654
NO	20	92,000	12,994	2,906

Fisher's Protected LSD

Effect: TOXIFAM

Dependent: CITOTAL

Significance level: ,05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value
HER	PADRE	2,375	17,060	,7784
	NO	3,125	11,654	,5884
	PADHER	11,792	18,861	,2118
PADRE	NO	,750	15,259	,9208
	PADHER	9,417	21,278	,3737
NO	PADHER	8,667	17,249	,3134

None were significantly different at this level.

Tabla LIV. Relación del consumo perjudicial de sustancias psicoactivas en familiares (TOXIFAM) con la puntuación en ansiedad de Hassanyeh (ANSIEDAD) de los heroinómanos.

Type III Sums of Squares

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
TOXIFAM	3	6,669	2,223	,252	,8591
Residual	31	273,217	8,813		

Dependent: ANSIEDAD

Means Table

Effect: TOXIFAM

Dependent: ANSIEDAD

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
PADHER	3	12,667	2,309	1,333
HER	8	11,500	3,586	1,268
PADRE	4	11,000	3,367	1,683
NO	20	11,150	2,700	,604

Fisher's Protected LSD

Effect: TOXIFAM

Dependent: ANSIEDAD

Significance level: ,05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value
PADRE	NO	,150	3,316	,9271
	HER	,500	3,708	,7851
NO	PADHER	1,667	4,624	,4678
	HER	,350	2,533	,7800
HER	PADHER	1,517	3,749	,4156
	PADHER	1,167	4,099	,5658

None were significantly different at this level.

Tabla LV. Relación del consumo perjudicial de sustancias psicoactivas en familiares (TOXIFAM) con la puntuación en depresión de Hassanyeh (DEPRES) de los heroínómanos.

Type III Sums of Squares

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
TOXIFAM	3	117,696	39,232	,560	,6456
Residual	31	2172,875	70,093		

Dependent: DEPRES

Means Table

Effect: TOXIFAM

Dependent: DEPRES

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
PADHER	3	29,000	9,165	5,292
HER	8	27,625	7,999	2,828
PADRE	4	23,000	9,018	4,509
NO	20	24,500	8,313	1,859

Fisher's Protected LSD

Effect: TOXIFAM

Dependent: DEPRES

Significance level: ,05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value
PADRE	NO	1,500	9,352	,7458
	HER	4,625	10,456	,3740
	PADHER	6,000	13,041	,3553
N.O	HER	3,125	7,143	,3791
	PADHER	4,500	10,572	,3920
HER	PADHER	1,375	11,560	,8099

None were significantly different at this level.



MICROCOPY RESOLUTION TEST CHART
NATIONAL BUREAU OF STANDARDS
STANDARD REFERENCE MATERIAL 1010a
(ANSI and ISO TEST CHART No. 2)

Tabla LV. Relación del consumo perjudicial de sustancias psicoactivas en familiares (TOXIFAM) con la puntuación en depresión de Hassanyeh (DEPRES) de los heroinómanos.

Type III Sums of Squares

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
TOXIFAM	3	117,696	39,232	,560	,6456
Residual	31	2172,875	70,093		

Dependent: DEPRES

Means Table

Effect: TOXIFAM

Dependent: DEPRES

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
PADHER	3	29,000	9,165	5,292
HER	8	27,625	7,999	2,828
PADRE	4	23,000	9,018	4,509
NO	20	24,500	8,313	1,859

Fisher's Protected LSD

Effect: TOXIFAM

Dependent: DEPRES

Significance level: ,05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value
PADRE	NO	1,500	9,352	,7458
	HER	4,625	10,456	,3740
	PADHER	6,000	13,041	,3553
NO	HER	3,125	7,143	,3791
	PADHER	4,500	10,572	,3920
HER	PADHER	1,375	11,560	,8099

None were significantly different at this level.

Tabla LVI. Relación del consumo perjudicial de sustancias psicoactivas en familiares (TOXIFAM) con la puntuación en vulnerabilidad de Hassanyeh (VULNE) de los heroinómanos.

Type III Sums of Squares					
Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
TOXIFAM	3	7,096	2,365	,289	,8331
Residual	31	253,875	8,190		

Dependent: VULNE

Means Table
Effect: TOXIFAM
Dependent: VULNE

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
PADHER	3	11,000	4,359	2,517
HER	8	11,875	2,642	,934
PADRE	4	12,000	1,633	,816
NO	20	12,500	2,893	,647

Fisher's Protected LSD
Effect: TOXIFAM
Dependent: VULNE
Significance level: ,05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value
PADHER	HER	,875	3,951	,6547
	PADRE	1,000	4,458	,6505
	NO	1,500	3,614	,4037
HER	PADRE	,125	3,574	,9436
	NO	,625	2,442	,6053
PADRE	NO	,500	3,197	,7519

None were significantly different at this level.

Tabla LVII. Relación del consumo perjudicial de sustancias psicoactivas en familiares (TOXIFAM) con la puntuación total de Hassanyeh (HTOTAL) de los heroinómanos.

Type III Sums of Squares

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
TOXIFAM	3	122,669	40,890	,271	,8457
Residual	31	4675,217	150,813		

Dependent: HTOTAL.

Means Table

Effect: TOXIFAM

Dependent: HTOTAL

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
PADHER	3	52,667	14,640	8,452
HER	8	51,000	12,750	4,508
PADRE	4	46,000	12,832	6,416
NO	20	48,150	11,731	2,623

Fisher's Protected LSD

Effect: TOXIFAM

Dependent: HTOTAL

Significance level: ,05

	Vs.	Diff.	Cnt. diff.	P-Value
PADRE	NO	2,150	13,719	,7514
	HER	5,000	15,338	,5111
	PADHER	6,667	19,130	,4825
NO	HER	2,850	10,478	,5830
	PADHER	4,517	15,507	,5568
HER	PADHER	1,667	16,957	,8424

None were significantly different at this level.

Tabla LVIII. Relación de los trastornos mentales en familiares (ENFMFAM) con la preferencia en el consumo de heroína (DROGA) de los heroinómanos.

Coded Chi-Square X^2_1 : ENFMFAM Y_1 : DROGA

Summary Statistics

DF:	6	
Total Chi-Square:	7,319	p = ,2923
G Statistic:	*	
Contingency Coefficient:	,416	
Cramer's V:	,323	

Observed Frequency Table

	ORGAN	PSICOSIS	DEPNEUR	NO	Totals:
HEROINA	1	1	4	8	14
HERCOCA	2	2	1	9	14
MISCE	0	0	4	3	7
Totals:	3	3	9	20	35

Percents of Row Totals

	ORGAN	PSICOSIS	DEPNEUR	NO	Totals:
HEROINA	7,14%	7,14%	28,57%	57,14%	100%
HERCOCA	14,29%	14,29%	7,14%	64,29%	100%
MISCE	0%	0%	57,14%	42,86%	100%
Totals:	8,57%	8,57%	25,71%	57,14%	100%

Tabla LIX. Relación de los trastornos mentales en familiares (ENFMFAM) con la edad del primer contacto con tóxicos (INICIO) de los heroinómanos.

Type III Sums of Squares

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
ENFMFAM	3	33.837	11.279	2.311	.0956
Residual	31	151.306	4.881		

Dependent Variable: INICIO

Means Table

Effect: ENFMFAM
Dependent: INICIO

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
ORGAN	3	10.667	2.082	1.202
PSYCOSES	3	15.333	2.887	1.667
DEPREUR	9	12.444	1.236	.412
NO	20	12.750	2.447	.547

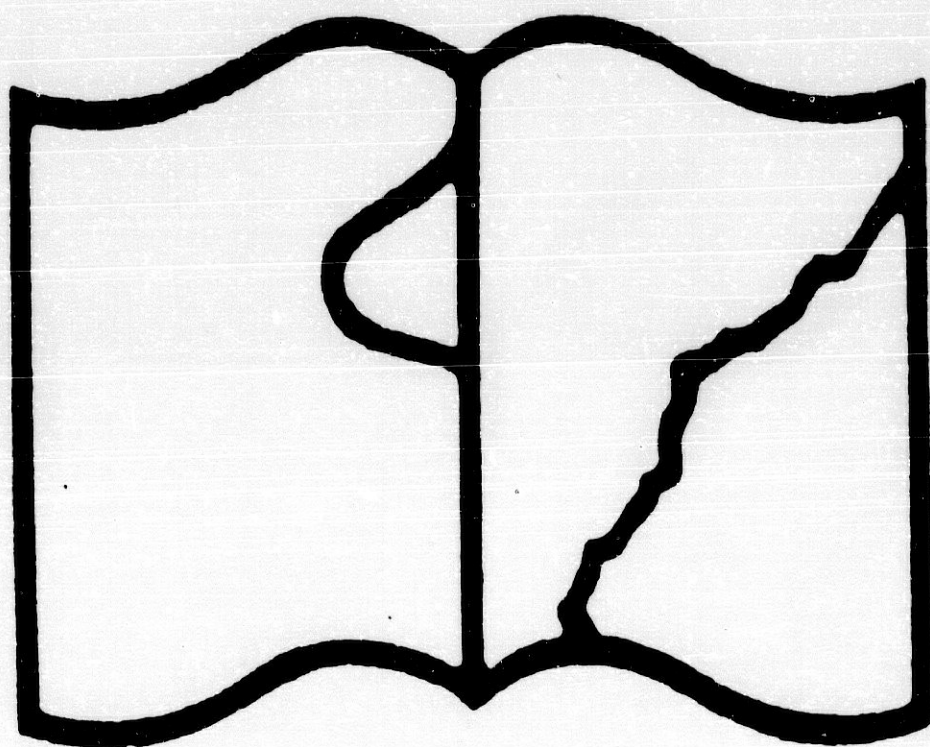
Fisher's Protected LSD

Effect: ENFMFAM
Dependent: INICIO

Significance level: .05

		Diff.	Crit. diff.	P-Value
ORGAN	DEPREUR	1.778	3.004	.2365
	NO	2.083	2.790	.1379
	PSYCOSES	4.667	3.679	.0146
DEPREUR	NO	.306	1.809	.7327
	PSYCOSES	2.889	3.004	.0589
NO	PSYCOSES	2.583	2.790	.0683

1 = Significantly different at this level.



**TEXTO DETERIORADO O
ENCUADERNACIÓN DEFECTUOSA**

ETD

ESTUDIOS Y TRATAMIENTO DE LA DOCUMENTACIÓN, S.A.

Tabla LIX. Relación de los trastornos mentales en familiares (ENFMFAM) con la edad del primer contacto con tóxicos (INICIO) de los heroinómanos.

Type III Sums of Squares

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
ENFMFAM	3	33.837	11.279	2.311	.0956
Residual	31	151.306	4.881		

Dependent Variable: INICIO

Means Table

Effect: ENFMFAM

Dependent Variable: INICIO

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
ORGAN	3	10.667	2.082	1.202
PSICOSIS	3	15.333	2.887	1.667
DEPNEUR	9	12.444	1.236	.412
NO	20	12.750	2.447	.547

Fisher's Protected LSD

Effect: ENFMFAM

Dependent Variable: INICIO

Significance level: .05

	Pair	Diff.	Crit. diff.	P-Value
ORGAN	DEPNEUR	1.778	3.004	.2365
	NO	2.083	2.790	.1379
	PSICOSIS	4.667	3.679	.0146
DEPNEUR	NO	.306	1.809	.7327
	PSICOSIS	2.889	3.004	.0589
NO	PSICOSIS	2.583	2.790	.0683

* = Significantly different at this level.

Tabla LX. Relación de los trastornos mentales en familiares (ENFMFAM) con el motivo del primer contacto con tóxicos (MOTIVO) de los heroinómanos.

Coded Chi-Square X ₁ : ENFMFAM Y ₁ : MOTIVO		
Summary Statistics		
DF:	6	
Total Chi-Square:	10,067	p = ,1218
G Statistic:	.	
Contingency Coefficient:	,473	
Cramer's V:	,379	

Observed Frequency Table					
	ORGAN	PSICOSIS	DEPNEUR	NO	Totals:
PROBL	1	0	2	3	6
CURIOS	0	2	5	3	10
MIMET	2	1	2	14	19
Totals:	3	3	9	20	35

Percents of Row Totals					
	ORGAN	PSICOSIS	DEPNEUR	NO	Totals:
PROBL	16,67%	0%	33,33%	50%	100%
CURIOS	0%	20%	50%	30%	100%
MIMET	10,53%	5,26%	10,53%	73,68%	100%
Totals:	8,57%	8,57%	25,71%	57,14%	100%

Tabla LXI. Relación de los trastornos mentales en familiares (ENFMFAM) con el C.I. verbal (CIVERB) de los heroinómanos.

Type III Sums of Squares

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
ENFMFAM	3	174.463	58.154	.327	.8060
Residual	31	5517.422	177.981		

Dependent: CIVERB

Means Table

Effect: ENFMFAM

Dependent: CIVERB

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
ORGAN	3	93.333	6.429	3.712
PSICOSIS	3	92.667	14.012	8.090
DEPNEUR	9	94.889	13.706	4.569
NO	20	89.800	13.648	3.052

Fisher's Protected LSD

Effect: ENFMFAM

Dependent: CIVERB

Significance level: .05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value
NO	PSICOSIS	2.867	16.846	.7309
	ORGAN	3.533	16.846	.6718
	DEPNEUR	5.089	10.921	.3493
PSICOSIS	ORGAN	.667	22.216	.9516
	DEPNEUR	2.222	18.139	.8043
ORGAN	DEPNEUR	1.556	18.139	.8623

None were significantly different at this level.

Tabla LXII. Relación de los trastornos mentales en familiares (ENFMFAM) con el C.I. manipulativo (CIMANI) de los heroinómanos.

Type III Sums of Squares

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
ENFMFAM	3	71.513	23.838	.093	.9633
Residual	31	7940.772	256.154		

Dependent: CIMANI

Means Table

Effect: ENFMFAM

Dependent: CIMANI

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
ORGAN	3	95.333	1.528	.882
PSICOSIS	3	92.333	9.074	5.239
DEPNEUR	9	92.111	17.843	5.948
NO	20	95.150	16.582	3.708

Fisher's Protected LSD

Effect: ENFMFAM

Dependent: CIMANI

Significance level: .05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value
DEPNEUR	PSICOSIS	.222	21.761	.9835
	NO	3.039	13.102	.6395
	ORGAN	3.222	21.761	.7647
PSICOSIS	NO	2.817	20.210	.7781
	ORGAN	3.000	26.652	.8199
NO	ORGAN	.183	20.210	.9854

None were significantly different at this level.

Tabla LXIII. Relación de los trastornos mentales en familiares (ENFMFAM) con el C.I. total (CITOTAL) de los heroinómanos.

Type III Sums of Squares

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
ENFMFAM	3	26.580	8.860	.045	.9869
Residual	31	6063.306	195.591		

Dependent: CITOTAL

Means Table

Effect: ENFMFAM

Dependent: CITOTAL

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
ORGAN	3	93.667	4.041	2.333
PSICOSIS	3	92.000	6.928	4.000
DEPNEUR	9	92.889	16.789	5.596
NO	20	91.250	13.917	3.112

Fisher's Protected LSD

Effect: ENFMFAM

Dependent: CITOTAL

Significance level: .05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value
NO	PSICOSIS	.750	17.660	.9315
	DEPNEUR	1.639	11.449	.7723
	ORGAN	2.417	17.660	.7820
PSICOSIS	DEPNEUR	.889	19.016	.9247
	ORGAN	1.667	23.289	.8849
DEPNEUR	ORGAN	.778	19.016	.9341

None were significantly different at this level.

Tabla LXIV. Relación de los trastornos mentales en familiares (ENFMFAM) con la puntuación en ansiedad de Hassanyeh (ANSIEDAD) de los heroinómanos.

Type III Sums of Squares

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
ENFMFAM	3	29,113	9,704	1,200	,3262
Residual	31	250,772	8,089		

Dependent: ANSIEDAD

Means Table

Effect: ENFMFAM

Dependent: ANSIEDAD

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
ORGAN	3	13,000	1,732	1,000
PSICOSIS	3	11,000	3,606	2,082
DEPNEUR	9	12,444	2,506	,835
NO	20	10,650	2,978	,666

Fisher's Protected LSD

Effect: ENFMFAM

Dependent: ANSIEDAD

Significance level: ,05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value
NO	PSICOSIS	,350	3,591	,8438
	DEPNEUR	1,794	2,328	,1261
	ORGAN	2,350	3,591	,1918
PSICOSIS	DEPNEUR	1,444	3,867	,4519
	ORGAN	2,000	4,736	,3957
DEPNEUR	ORGAN	,556	3,867	,7715

None were significantly different at this level.

Tabla LXV. Relación de los trastornos mentales en familiares (ENFMFAM) con la puntuación en depresión de Hassanyeh (DEPRES) de los heroinómanos.

Type III Sums of Squares

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
ENFMFAM	3	260,683	86,894	1,327	,2834
Residual	31	2029,889	65,480		

Dependent: DEPRES

Means Table

Effect: ENFMFAM
Dependent: DEPRES

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
ORGAN	3	28,667	10,017	5,783
PSICOSIS	3	19,000	4,359	2,517
DEPNEUR	9	28,556	6,876	2,292
NO	20	24,500	8,624	1,928

Fisher's Protected LSD

Effect: ENFMFAM
Dependent: DEPRES

Significance level: ,05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value
PSICOSIS	NO	5,500	10,218	,2808
	DEPNEUR	9,556	11,002	,0863
	ORGAN	9,667	13,475	,1535
NO	DEPNEUR	4,056	6,624	,2211
	ORGAN	4,167	10,218	,4120
	DEPNEUR	,111	11,002	,9837

None were significantly different at this level.

Tabla LXVI. Relación de los trastornos mentales en familiares (ENFMFAM) con la puntuación en vulnerabilidad de Hassanyeh (VULNE) de los heroinómanos.

Type III Sums of Squares

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
ENFMFAM	3	9,133	3,044	,375	,7718
Residual	31	251,839	8,124		

Dependent: VULNE

Means Table

Effect: ENFMFAM

Dependent: VULNE

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
ORGAN	3	13,333	,577	,333
PSICOSIS	3	11,000	4,583	2,646
DEPNEUR	9	12,444	3,206	1,069
NO	20	12,050	2,585	,578

Fisher's Protected LSD

Effect: ENFMFAM

Dependent: VULNE

Significance level: .05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value
PSICOSIS	NO	1,050	3,599	,5562
	DEPNEUR	1,444	3,875	,4529
	ORGAN	2,333	4,746	,3238
NO	DEPNEUR	,394	2,333	,7326
	ORGAN	1,283	3,599	,4725
DEPNEUR	ORGAN	,889	3,875	,6432

None were significantly different at this level.

Tabla LXVII. Relación de los trastornos mentales en familiares (ENFMFAM) con la puntuación total de Hassanyeh (HTOTAL) de los heroinómanos.

Type III Sums of Squares

Source	df	Sum of Squares	Mean Square	F-Value	P-Value
ENFMFAM	3	542,463	180,821	1,317	,2865
Residual	31	4255,422	137,272		

Dependent: HTOTAL

Means Table

Effect: ENFMFAM

Dependent: HTOTAL

	Count	Mean	Std. Dev.	Std. Error
ORGAN	3	55,000	11,000	6,351
PSICOSIS	3	41,000	6,928	4,000
DEPNEUR	9	53,444	10,690	3,563
NO	20	47,200	12,572	2,811

Fisher's Protected LSD

Effect: ENFMFAM

Dependent: HTOTAL

Significance level: ,05

	Vs.	Diff.	Crit. diff.	P-Value
PSICOSIS	NO	6,200	14,795	,3993
	DEPNEUR	12,444	15,930	,1213
	ORGAN	14,000	19,511	,1534
NO	DEPNEUR	6,244	9,591	,1939
	ORGAN	7,800	14,795	,2906
DEPNEUR	ORGAN	1,556	15,930	,8434

None were significantly different at this level.

IV.- Discusión

IV.1.- Consideraciones generales

Podemos resumir las características del grupo de heroinómanos de nuestra muestra diciendo que tienen alrededor de 20 años ($19,6 \pm 1,5$) y suelen poseer un bajo nivel cultural (77% elemental y 20% primaria). Entran en contacto con tóxicos antes de los 13 años ($12,7 \pm 2,3$), más de la mitad por los amigos (54%) pero hasta casi una quinta parte aduce como causa problemas personales (17%). La mayoría ya ha padecido hepatitis (54%) y casi todos algún problema judicial (91%). Con frecuencia son hermanos medianos (45%) y más de un tercio de los casos con algún familiar que consume tóxicos (43%) o es portador de un trastorno mental (43%).

El grupo control, en cambio, presenta una media de edad más elevada ($22,9 \pm 3,1$) y un mayor nivel de estudios (34% medios y 31,25% superiores). Más de la mitad de los sujetos han entrado en contacto con tóxicos (53%) pero a una edad más tardía ($18,2 \pm 1,7$), por mimetismo con el ambiente y no debido a problemas propios (0%). La mayoría no ha sufrido ningún cuadro de hepatitis (84%) ni ha tenido problemas judiciales (91%). Suelen ser hermanos medianos (40%) que niegan mayoritariamente consumo perjudicial de tóxicos en su familia (94%) y que tan sólo reconocen trastornos mentales familiares sobre el diez por ciento de los casos (9,37%).

Podemos observar, por tanto, diferencias significativas con respecto a la edad, nivel de estudios, edad del primer contacto, antecedentes de hepatitis, problemas judiciales, consumo de tóxicos en otros miembros de la familia y la existencia de trastornos mentales en los familiares.

En lo que se refiere a las variables motivo del primer contacto con tóxicos y número de orden que ocupa dentro de la fratria, no evidenciamos tendencias significativamente diferentes.

A continuación procederemos a la discusión pormenorizada de dichos resultados y su relación con la heroínomanía, para lo que los desglosaremos en tres grandes apartados: aspectos socio-culturales, historia toxicológica y áreas cognitiva y afectiva de la personalidad del heroínómano.

IV.2.- Aspectos socio-culturales y heroínomanía

Desarrollamos este apartado en nueve puntos.

IV.2.1.- Edad (tabla IV y gráfico 1)

Los heroínómanos de nuestra muestra constituyen un grupo relativamente joven ($19,6 \pm 1,5$ años) si lo comparamos con los de otros trabajos (Cancrini *et al.*, 1988; Cabal *et al.*, 1990; Gázquez y Piñero, 1992; Asociación "Proyecto Hombre" de Sevilla, 1993; De la Fuente *et al.*, 1994; Altimir *et al.*, 1994; Gerra *et al.*, 1995; Asociación "Proyecto Hombre", 1996).

Estimamos que la juventud de dichos heroínómanos es debida al método seguido para la toma de la muestra. En otros trabajos se espera que soliciten ayuda para la deshabituación, lo que requiere un tiempo de evolución mayor de la heroínomanía –la edad media de inicio de tratamiento en 1990 eran los 26,1 años (Sánchez Payá *et al.*, 1991)–. En el nuestro han sido reclutados mientras se encontraba en la fase de "luna de miel" con la droga, si bien es cierto que la mayoría había intentado sin éxito deshabituarse.

Aunque existe una significación ($p= 0,0001$) con respecto a la edad de los controles ($22,9 \pm 3,1$ años), ambos grupos están constituidos por adultos jóvenes que han superado la adolescencia propiamente dicha y que comparten, desde el punto de vista sociológico intereses, problemas y otras características comunes.

IV.2.2.- Nivel de estudios (tabla V)

Hemos hallado que la mayoría de los heroinómanos de nuestro grupo muestra significativamente ($\chi^2 = 37,541$; $p \leq 0,0001$) un nivel cultural bajo, que no supera el grado medio: el 77% presenta una cultura elemental, sin obtener siquiera el graduado escolar, y sólo un 20% consiguió finalizar los estudios primarios. Por otra parte, más de un tercio de sujetos controles presenta un nivel medio de estudios, y el elemental aparece en menos de un diez por ciento (9%).

Una vez llevado a cabo el análisis pertinente dirigido a estudiar la relación entre el nivel cultural y la heroinomanía, ni la edad de inicio (tabla XXV y gráfico 20) ni el tiempo de adicción (tabla XXVI y gráfico 21) pudieron asociarse de forma significativa a este factor.

Sí encontramos, en cambio, una asociación significativa del nivel de escolarización con los problemas judiciales (tabla XXVI bis y gráfico 22; $p < 0,05$), el C.I. verbal (tabla XXVII y gráfico 23; $p < 0,05$) y todas las puntuaciones obtenidas en la prueba de Hassanyeh (tablas XXX-XXXIII y gráficos 26-29; mínimo para $p < 0,02$). Hay una tendencia conforme disminuye la educación del sujeto a aumentar las incidencias judiciales, a reducir el C.I. verbal y a agravar la distorsión afectiva.

El bajo nivel educativo de los heroinómanos que nuestros resultados ponen de manifiesto se reflejan en los datos de la mayoría de los autores. El Comisionado para la Droga de la Junta de Andalucía (1990b) confirma este hecho, aunque señala la existencia de un pequeño segmento con estudios medios y superiores.

Un estudio de Gázquez y Piñero (1992) sobre 218 sujetos dependientes de heroína en la ciudad de Granada completa esta información, comprobando como el 71% de los heroinómanos que poseen formación universitaria provienen de zonas urbanas privilegiadas mientras que todos los analfabetos viven en las barriadas marginales. Delgado Rodríguez (1992), también en Granada, encuentra en 45 heroinómanos que la mayoría posee sólo estudios primarios (56%).

La asociación "Proyecto Hombre" de Sevilla (1994) detecta que, entre los residentes de la comunidad terapéutica –mayoritariamente heroinómanos (89,5%)–, un 42,8% no han finalizado los estudios de E.G.B. y otro 25,7% sólo está en posesión del título de graduado escolar. Gutiérrez (1995) en una muestra de 44 heroinómanos halló hasta un 65,5% con sólo estudios primarios. En su último informe y con datos representativos de todo el territorio nacional (más de dos mil toxicómanos) la asociación "Proyecto Hombre" (1996) confirma que sólo un 4,8% consiguió terminar la enseñanza media y un 3,4% inició los estudios universitarios. Es decir, más del 90% presenta un déficit de escolarización importante, sobre todo en los más jóvenes y que no es achacable a factores sociales sino a "... dinámicas particulares de cada adolescente en su interacción con el sistema escolar".

Gran cantidad de autores, examinando distintas muestras de heroinómanos, confirman el nivel cultural de estos inferior a la media y la presencia mayoritaria de una escolarización deficiente o incompleta. A modo de ejemplo podemos citar algunos trabajos en distintos continentes como Europa (Facy, 1987), América (Joe y Simpson, 1995; Grella, 1995) o Asia (Navaratnam y Foong, 1990).

En nuestro país, también lo confirman Rof Carballo (1974), Ramón Caveró (1981), la Brigada Central de Estupefacientes (1981), Morera (1992), Altimir (1994), Bedate (1995), la asociación "Poveda" (1997), la Junta de Andalucía (1997)...

Si comparamos el nivel de estudios de los heroinómanos con otros adictos, Delgado Rodríguez (1992) no encuentra diferencias significativas frente a una muestra de alcohólicos, predominando en ambos grupos el nivel primario de educación. Otros trabajos, en cambio, inciden en el hecho de que el heroinómano alcanza un nivel educacional menor que el resto de drogodependientes, como ocurre en la comparación con un grupo de cocainómanos efectuada por Fieldman (1995). Con otros tóxicos la diferencia en el perfil personal es aún mayor; v.g., en un estudio de Pinto (1997) sobre las drogas de síntesis, todos los componentes de la muestra (edad media de 17 años) permanecen escolarizados.

Al comparar en nuestro grupo de heroinómanos el nivel de estudios con los problemas judiciales se ha evidenciado que el 73% de los que han estado en la cárcel y el 89% de los que están pendientes de juicio poseen una cultura elemental; esto es, no han conseguido ni siquiera el graduado escolar (tabla XXVI bis y gráfico 22). Existe una tendencia significativa ($\chi^2 = 12,894$; $p < 0,05$) a que los casos con nivel cultural inferior presenten problemas judiciales más graves. En el apartado IV.2.6. volveremos sobre esta cuestión.

Cuando examinamos la cultura del heroinómano con su C.I. verbal (tabla XXVII y gráfico 23) se manifiesta una tendencia ($p < 0,05$) a disminuir el cociente intelectual verbal paralelamente con el grado de educación. Consideramos que en

parte es debido al instrumento de valoración elegido, ya que las pruebas de comprensión y vocabulario empleadas para la obtención del cociente verbal pueden penalizar indebidamente a aquellas personas con poca formación cultural (Zimmerman y Woo-Sam, 1973).

Pero aún aceptando esta limitación del instrumento, diversos autores concuerdan en señalar una asociación significativa entre la deficiente escolarización y un escaso rendimiento neuropsicológico general. Grant en los años setenta apuntó como un bajo nivel educativo puede asociarse a sutiles trastornos neurocognitivos, los cuales a su vez, aumentan la vulnerabilidad cerebral a los efectos de las drogas (Hernández y Furió, 1993). En una muestra formada por 151 pacientes politoxicómanos, un grupo de pacientes psiquiátricos y otro control formado por 59 asistentes hospitalarios, constató un déficit neuropsicológico –en un 37% de los sujetos politoxicómanos–, en inteligencia verbal y en tareas perceptivo motoras. Su conclusión fue que el abuso de depresores del SNC y de opiáceos estaba relacionado con dicho déficit neuropsicológico.

Guerra (1987) evidencia también una clara tendencia a que los sujetos con un nivel superior de estudios muestren un mejor rendimiento en una batería de tests neuropsicológicos. Sin embargo cuando otros autores como Fields y Fullerton escogen un grupo control comparable en nivel de estudios, no hay diferencias significativas entre ambos (Hernández y Furió, 1993).

Para terminar con el nivel de escolarización, se observa que en todas las puntuaciones obtenidas en la prueba de Hassanyeh (tablas XXX-XXXIII y gráficos

26-29) tiende a agravarse significativamente la distorsión afectiva, conforme disminuye la educación del sujeto. En general, la diferencia resulta estadísticamente significativa para la ansiedad ($p= 0,0016$), depresión ($p< 0,02$), vulnerabilidad ($p<0,02$) y puntuación total ($p< 0,002$) en la comparación del nivel de estudios primario frente a los restantes. Si obviamos el nivel de enseñanza media (con un solo representante) podemos concluir que existe una asociación negativa entre el nivel de estudios y el estado afectivo.

Para resumir mi opinión, tomaré las palabras de Gamella (1997), diciendo que los heroinómanos constituyen "...una población en la que predominan aquellos con poca o ninguna cualificación educativa o profesional". Y como afirmaba Deniker: "Cuando un joven se droga es preciso interesarse por la educación que ha recibido cinco, diez o quince años antes" (Sánchez Orantos, 1996). E incluso, remontándonos al siglo XVIII, podemos recordar a Joham Peter Frank (1745-1821) cuando aseguraba: "La pobreza y la ignorancia son la principal causa de enfermar de los pueblos" (Pastor, 1974).

Quien se ve privado de esta educación y carece del apoyo familiar adecuado –nos extenderemos más adelante sobre este aspecto– es incapaz de asumir los valores sociales, por lo que el consumo de drogas ilegales constituye un rechazo de los mismos (Gurpegui, 1989). Diversos autores desde ópticas distintas coinciden en señalar cómo entre los drogodependientes hay una falta de valores, creencias religiosas o éticas que le sirvan de sustento: Carrasco y Arana (1981), Picchi (1988), Barrantes (1989), Musacchio de Zan (1992), Sánchez Orantos (1996)...

A modo de ejemplo, podemos citar los heroinómanos andaluces, pues aunque actualmente la ideología o las creencias religiosas parecen menos significativas (Andalucía, Junta, 1997), todavía al principio de esta década más de la quinta parte de ellos (20,3%) se identificaba como agnóstico o no creyente; e incluso esta proporción era mayoritaria (56,9%) en el caso de los consumidores de cannabis (Andalucía, Junta, 1990b).

Considero, al igual que los autores anteriormente citados, que la educación no es un mero trasvase de información, sino que la misión de las instituciones educativas es "sacar de dentro", ayudar a desarrollar las capacidades de cada ser humano: la transmisión de los valores, el aprendizaje de la convivencia y la relación social, el fomento de la solidaridad...

Cuando el sujeto, futuro heroinómano, se ve precozmente privado de ella, aumenta la dificultad para expresar y verbalizar sus dificultades personales, se hace más frágil ante el delito y, lo que es más importante, se incrementa la distorsión ansioso-depresiva con la que convive.

IV.2.3.- Edad del primer contacto (tabla VI)

Hemos encontrado que existe una clara asociación ($p \leq 0,0001$) entre la precocidad en el uso de la droga y la heroinomanía. En nuestra muestra de heroinómanos la edad media de inicio con la droga, excluyendo los tóxicos legalizados, fue de $12,7 \pm 2,3$ años, mientras los controles que reconocían este primer contacto (53% del grupo) lo hicieron a una edad más tardía: $18,2 \pm 1,7$ años.

Nuestra muestra encaja con el criterio de Sánchez Carbonell (1988) cuando afirma que los heroinómanos españoles son más jóvenes y menos educados comparados con la población estudiada en otros países. Otros autores como García Rodríguez (1997) encuentran en 1994, entre escolares españoles de 7.º E.G.B. ($\bar{x}=12,2$ años), que el 0,6% ha tomado marihuana y hasta un 0,3% heroína. La asociación "Poveda" (1997), aunque en una muestra reducida (17 sujetos), encuentra un rango para el inicio en cannabis de 7-15 años ($\bar{x}=12,09$) y para la heroína de 11-17 años ($\bar{x}=13,58$).

Otros autores encuentran edades más tardías de inicio en el mundo de las drogas que las de nuestra muestra. Tunving (1988) en 524 toxicómanos (327 dependientes de la heroína sola o asociada a otros tóxicos) encuentra que la media de edad de comienzo con las drogas ilegales en los varones es de 16 ± 3 años. San (1993) en una muestra de 973 heroinómanos encuentra que el comienzo con drogas ilegales (cannabis) se produce a los $15,3 \pm 2,9$ años, mientras que con los opiáceos empiezan más tarde: $19,0 \pm 4,1$ años.

En Europa, Corrigan (1986) cita un estudio en la zona norte de Dublín, donde el 10% de los jóvenes de 15-24 años han probado la heroína. Otros estudios realizados entre alumnos de instituto son igualmente demostrativos. Swami, en 1988, halla que el 13% de los escolares londinenses de 11 años y el 26% de los de 16 habían consumido drogas ilícitas en al menos una ocasión (Gelder *et al.*, 1996).

En América, Materazzi (1990) en una muestra de 500 toxicodependientes argentinos encuentra que el 13% se inició en el consumo de drogas a los 13 años o antes, y otro 63% entre los 14 y los 17 años. Este mismo autor comenta como en ciertas zonas del país la tasa de consumo de cannabis supera el 50% del alumnado. En los EE.UU. casi un tercio (30%) de los estudiantes de enseñanza media ya han probado sustancias psicoactivas no alcohólicas, cifra que para el cannabis alcanza el 51% en el segmento de 18-25 años (Kaplan *et al.*, 1994). Blum asegura que el 40% de los estudiantes de enseñanza secundaria admiten haber utilizado otra droga además de la marihuana (Hoffman y Goldfrank, 1990).

En el Sudeste asiático, Suwanwela y Poshyachinda (1986) nos dan cuenta de la epidemia de heroínomanía que hubo entre la juventud en la década de los setenta, y que desde Tailandia se extiende hacia otros países, caso de la India o Sri Lanka, que hasta ahora estaban libres del consumo.

En España, la Jefatura Superior de Policía en un estudio sobre una muestra de drogodependientes de Sevilla y su provincia –casi un tercio de los cuales eran heroínómanos– concluye que el 55% se inició antes de los 16 años, y lo que es más alarmante, un 23% lo hizo antes de los 10 años (León, 1989).

La Junta de Andalucía (1990a) señala que hay un desplazamiento en la edad de mayor consumo de los heroinómanos: en 1987 estaba entre los 21-24 años y en 1989 entre los 25-34 años. A pesar de esta tendencia, los heroinómanos europeos siguen siendo más jóvenes que los americanos, lo que Hartnoll (1994) atribuye a que en EE.UU. el máximo apogeo de la heroína fue anterior al de Europa.

Cabal (1990) señala los 15-20 años como la edad preferente de inicio en el consumo de drogas, pero en su muestra de heroinómanos hasta el 42,9% lo hizo entre los 10 y 15 años.

Torrens (1991) apunta que los heroinómanos consumidores también de cocaína se caracterizan por su mayor precocidad en el inicio con las drogas, mayores dosis de heroína y más problemas psiquiátricos. Otros autores matizan que el futuro drogodependiente se inicia en el cannabis, antes de los 13 años, y luego en la heroína y/o cocaína, sobre todo entre los 17 y los 28 años (Asociación "Proyecto Hombre" Sevilla, 1993). Sin embargo, el último informe nacional de esta asociación (1996) señala el alarmante descenso en la edad de comienzo con heroína y cocaína, que en el grupo de edad 15-19 años llega ya a los 14,6 años.

Winick -citado por Laurie (1969)- supone que cuanto más precoz sea el inicio de las drogas, más intensos son los problemas que el sujeto presenta y más tiempo será necesario para superarlos (ver apartado IV.3.3.).

El hecho de que nuestro grupo control haya tenido contacto con tóxicos no es algo excepcional. Sánchez Orantos (1996) apunta como el INJUVE en 1993

habla de un 22,7% de la población --2.184.000 jóvenes-- que han experimentado algunas drogas ilegales, sin ser en el momento de la encuesta consumidores habituales; y también como en 1994, la "Encuesta escolar sobre drogas" del PNSD constata que más de 1/5 de los estudiantes españoles reconoce, entre los 14 y 18 años, haber tenido contacto con el cannabis y hasta un 0,5% con la heroína.

Ya en 1975, para Kandel, era evidente el "fenómeno de la escalada": entre la abstinencia y las drogas ilegales se sitúan las legales como paso previo e iniciático (Sánchez Orantos, 1996). El uso del alcohol y el tabaco es condición necesaria para el acceso al cannabis, y éste para el consumo de otras drogas.

Sin embargo, para Valleur (1986) la escalada no puede ser una explicación de la toxicomanía, la droga no basta para crear la toxicomanía sino que en ello tiene bastante que ver la personalidad del sujeto. De hecho, para los nuevos toxicómanos no hay drogas de inicio, continuación y final, sino simplemente drogas que consumen en cuanto tienen la oportunidad de hacerlo (Asociación "Proyecto Hombre", 1996).

En nuestro estudio hemos constatado que la precocidad en la utilización de tóxicos se relaciona significativamente con la heroínomanía, pero consideramos que ésta no es una simple consecuencia de la ingestión accidental de un producto. El uso precoz de tóxicos es un indicador de la mayor gravedad de dificultades existenciales contra las que el sujeto, a falta de otros recursos, decide --consciente o inconscientemente-- enfrentarse mediante la alienación respecto de un producto, a través del sacrificio de su libertad y a veces su vida.

IV.2.4.- Motivo del primer contacto (tabla VII)

Aunque existe diferencia entre los motivos explicitados por los heroinómanos y los controles para el primer contacto con los tóxicos, ésta no es significativa. La mayoría de los drogodependientes de la muestra (54%) reconoce la imitación o la presión social como motivo de inicio del consumo y más de la cuarta parte (29%) lo atribuye a la curiosidad. De los integrantes del grupo control que estaban capacitados para responder a esta pregunta, la mayoría lo achacó al ambiente (53%) y el resto citó la curiosidad como motivo del contacto.

Otros autores (Queipo *et al.*, 1988) encuentran en cambio que la "curiosidad" es el motivo mayoritariamente aducido para iniciarse en los opiáceos (55,2%) y en el resto de las drogas en general, excepto para los alucinógenos.

Nuestros resultados se acercan más a los de los heroinómanos residentes en una comunidad terapéutica (Asociación "Proyecto Hombre" Sevilla, 1994) que descargan en el ambiente (40%) la responsabilidad del inicio en las drogas, a través de diversas respuestas: "los amigos", "estar en la movida", "sin darme cuenta", "me presionaron", "ser más que los demás"... En menos de un tercio de los casos (29%) se reconoce cierta responsabilidad propia atribuyendo a "la curiosidad" o al deseo de "pasarla bien" el inicio de su carrera. Finalmente, el resto (30%) de las respuestas indican como motivo de inicio una situación conflictiva, personal o relacional, del sujeto: un suceso traumático, inseguridad personal, rebeldía o el "olvidar a los demás".

La Jefatura Superior de Policía de Sevilla señala la presión grupal -66%- y la curiosidad -23%- como las motivaciones primarias más frecuentes (Léon, 1989).

Navarro en 1985 citaba como motivo más frecuente (41%) el "experimentar placer, animarse", seguido de "la curiosidad y deseo de sentir" (35%), pero es llamativo que un 22,2% lo hace para "escapar de problemas personales" (Gurpegui, 1989).

En otros trabajos donde se recoge la posibilidad de dar una doble respuesta se ve como la "curiosidad por probar" -motivación lúdica- se asocia con alguna causa concreta que "provoca" el contacto -trauma desencadenante-. Cuando inicialmente se alega un factor estresante, v.g. "para olvidar mis problemas", también se acompaña de respuestas relacionadas con el ambiente de ocio: "estar en la movida", "pasarle bien"... (Asociación "Proyecto Hombre", 1996).

En nuestros resultados no hemos evidenciado una asociación significativa entre los motivos explícitos por los que el individuo se acerca a la droga y el riesgo de ser heroinómano. Como dice Cancrini (1997), no es tanto la motivación inicial sino la razón por la cuál algunas personas repiten dichos encuentros.

Charles-Nicolas (1988) nos recuerda que diversos autores (Blechman, Schulz y Wilson, Tolone y Dermot, Schuman y Polanski...) han citado en primer lugar la presión de los compañeros como razón del consumo de droga, y les hace la objeción de que no estudian más que los factores que desencadenan el inicio de la toxicomanía, no su mantenimiento.

No todos los que prueban repiten, ni todos los que repiten se hacen dependientes. En palabras de Olievenstein (1988): "Aunque se admite que el problema de la droga constituye una ecuación con tres parámetros –la confluencia del producto, de una personalidad y de un momento socio-cultural–, es preciso rendirse ante la evidencia de que existen tantas diferencias entre un usuario recreativo de la droga y un toxicómano verdadero, como entre un Schweppes y un vaso de vodka (y, sin embargo, las dos son bebidas)".

Sabemos desde los estudios de Bowlby la importancia que tiene el sentirse querido por los demás y las consecuencias psicológicas de la falta de amor y el abandono (Cancrini, 1981; Kalina 1988). Matussek, en los años cincuenta, señalaba que en todo portador de una dependencia mórbida existe una actitud de deseo y añoranza del mundo nutritivo-maternal (Alonso-Fernández, 1992).

Arias (1990) mantiene esta línea y considera a la drogadicción como un síntoma de la estructura de la personalidad del sujeto, el cual recurre a instrumentos de su realidad externa para aliviar o anular el dolor (angustia) vinculado a una carencia de amor. El toxicómano busca en la droga el retorno al primer objeto de amor, la madre.

Coincido con Valverde (1996) cuando afirma que el problema de este primer contacto no es que cree adicción, sino que pueda tener éxito; es decir, que proporcione al individuo un nivel de bienestar al que no tiene acceso en su vida cotidiana.

Quisiera resumir esta cuestión señalando que independientemente del motivo consciente u "oficial" para el contacto con la droga, lo importante es que le ofrezca al individuo algo que necesitaba; que encuentre en ella aquello a lo que la sustancia responde, la diferencia entre las satisfacciones que ésta le puede ofrecer frente a las que le proporciona su vida.

IV.2.5.- Antecedentes de hepatitis (tabla VIII)

Hemos encontrado que la mayoría de los heroinómanos (54%) de nuestra muestra han sido diagnosticados de hepatitis frente a sólo un sexto de los sujetos controles (16%), lo que ratifica esta asociación de manera significativa ($\chi^2 = 10,868$; $p \leq 0,001$).

Desde que Steigman en 1950 informara sobre la transmisión de hepatitis vírica por el uso de agujas contaminadas compartidas, se ha mantenido una asociación entre el consumo de drogas y el incremento de nuevos casos de hepatitis. Sánchez Payá (1991) en una revisión de las fuentes de información y la evolución del consumo de drogas durante el período 1984-1990, señala que en más del 90% de los casos detectados de hepatitis B el paciente se inyecta heroína. Para Comas (1988), el problema sanitario que aparece más asiduamente entre los toxicómanos residentes en las comunidades terapéuticas es la hepatitis, con una frecuencia de alrededor del 40%.

Cadafalch (1993) cita una revisión de Bruguera sobre trabajos internacionales publicados entre 1971 y 1983 donde halla un porcentaje de toxicómanos con historia de hepatitis que oscila entre el 21-68%. Bedate (1995) encuentra en una muestra de 1.687 heroinómanos que sólo el 21,5% eran portadores del antígeno de la hepatitis B.

Karch (1996) en cambio, confirma que la prevalencia de las hepatitis B y C ha aumentado en la última década y cita los trabajos de Crofts -2/3 de adictos a

drogas por vía parenteral eran seropositivos para la hepatitis C- y de Tennant y Moll, quienes detectan DNA vírico en el 90% de una muestra de dependientes a la heroína por vía parenteral.

Para Schmitt (1994) sólo menos de un tercio de la población estudio era totalmente seronegativa.

Pérez Moreno (1985) encuentra en Cádiz que más del 50% de los toxicómanos reconocen haber padecido hepatitis.

Tunving (1988) en una muestra de 524 toxicómanos (327 dependientes exclusivamente de la heroína o asociada a otros tóxicos) encuentra que la mitad de los casos había tenido hepatitis, sobre todo del tipo B.

Valbuena (1993) señala que hasta la mitad de los adictos a drogas por vía parenteral han presentado un episodio de hepatitis aguda y aproximadamente una cuarta parte más de un episodio.

"Proyecto Hombre" de Sevilla (1994) informa de un 55,24% de hepatitis B y C, y Facy (1995) detecta también que un 54% han tenido hepatitis B o C

La frecuencia de hepatitis detectada en nuestro grupo de heroinómanos, algo más de la mitad, coincide con las de estos y otros autores. Queda patente una vez más la repercusión orgánica de la drogadicción, valorada en esta ocasión a través de los antecedentes de hepatitis.

IV.2.6.- Problemas con la justicia (tabla IX)

En nuestra muestra de heroinómanos, encontramos una asociación significativa ($\chi^2 = 47,358$; $p = 0,0001$) entre los antecedentes judiciales y el hecho de ser heroinómano. Más de un tercio de los pacientes ha estado en la cárcel (43%), más de un cuarto permanece pendiente de juicio (26%) y más de la quinta parte (23%) ya ha sido detenido. Por contra, ninguno de los integrantes del grupo control ha estado en la cárcel o se encuentra pendiente de juicio, y sólo uno de cada diez (9,4%) ha sido detenido en alguna ocasión.

En la comparación de los problemas judiciales de los heroinómanos ya comentamos la relación significativa con el nivel de escolarización (tabla XXVI bis y gráfico 22). Con referencia a la edad del primer contacto con tóxicos (tabla XXXIV y gráfico 30) no se ha evidenciado asociación alguna, así como tampoco en la relación frente al tiempo de adicción del sujeto (tabla XXXV y gráfico 31), el C.I. verbal (tabla XXXVI) o la prueba de Hassanyeh (tablas XXXIX-XLII).

En cambio, tanto para el cociente manipulativo (tabla XXXVII) como para el cociente total del W.A.I.S (tabla XXXVIII) sí existe significación ($p < 0,03$ y $p < 0,033$ respectivamente).

En España y Portugal, la heroína es el tóxico que más frecuentemente se relaciona con delitos concernientes al uso, posesión, producción y tráfico de drogas. En nuestro país, en Italia y en Dinamarca el 30% de la nueva población reclusa son toxicómanos (E.M.C.D.D.A., 1996).

Para Hammersley (1989) los grandes consumidores de opiáceos cometen crímenes más frecuentemente que los moderados, y los politoxicómanos más que los dependientes a opiáceos en general. En su opinión, el crimen influye más en el uso de opiáceos que al contrario.

Nuestros resultados confirman estos datos y coinciden, *grosso modo*, con los de autores como Hall (1993), que en una muestra de 313 heroinómanos australianos en tratamiento con metadona, encuentra que más del 90% tenía una o más condenas por delitos de drogas. También Kokkevi (1993) en Grecia, con 294 toxicómanos, sobre todo heroinómanos, halló mediante auto-informes que más de las tres cuartas partes habían sido arrestados y más de la mitad condenados.

Las cifras de otros autores son más moderadas. Tunving (1988) en una muestra de 191 heroinómanos comprueba que un 21,5% tenía ya una sentencia de prisión en la primera admisión. Openheimer (1994) constata en una cohorte de 128 heroinómanos que antes de entrar en el estudio, el 79% ya había sido juzgado en al menos una ocasión y el 28% además había estado en prisión. La asociación "Proyecto Hombre" confirma que el 67% de sus residentes en Sevilla (1994) ha ingresado en comisaría o en prisión al menos una vez. Para esta asociación en el total del territorio nacional (1996) la cifra desciende hasta el 58,1%.

Coincidimos con Comas (1988) cuando en un estudio sobre los residentes en comunidades terapéuticas detecta que aproximadamente la mitad de los internos poseen antecedentes judiciales y afirma que los heroinómanos son una población criminalizada, con todo lo que puede derivarse de este hecho.

Sánchez Payá (1991) encuentra que más del 50% de los consumidores que utilizan los dispositivos de atención han estado detenidos al menos una vez, un tercio ha sido juzgado y un quinto condenado.

En la década pasada, Farrow y French señalaron como el consumo de drogas, la adicción y la conducta delictiva parecen formar parte de un mismo proceso de desarrollo antisocial, en el que intervienen factores culturales, de motivación, familiares y del grupo de iguales, que promueven tanto la delincuencia como el consumo de droga (Otero López, 1994). Este autor también se inclina por esta posibilidad, el consumo de drogas y la delincuencia más que ser causa el uno del otro, forman parte de un mismo conjunto de conductas problemáticas del adolescente. Para alcanzar esta conclusión se apoya en los trabajos de los años setenta de Goode, Elliot y Ageton, Jessor y Jessor, Kandel...

Para la Jefatura Superior de Policía de Sevilla, en el 62% de los casos la droga ha llevado al delito, en el 28% al contrario y en un 10% no presenta relación directa (León, 1989). En el estudio ya citado de Kokkevi (1993), en la mitad de los toxicómanos la relación con el crimen fue anterior al inicio en la heroína. El desempleo y el nivel de escolarización fueron, entre otros, los factores que de forma significativa predijeron la actividad criminal.

Finalmente, hemos encontrado una tendencia a que la existencia de antecedentes judiciales en el heroinómano se asocie con bajas puntuaciones en los cocientes manipulativo (tabla XXXVII; $p < 0,03$) y total (tabla XXXVIII; $p < 0,033$) del W.A.I.S.

Con respecto a este último, en particular la significación se encuentra entre aquellos que han estado en prisión o detenidos –menor cociente intelectual total– frente a los que no. Esto es, los heroinómanos en general presentan incidentes judiciales con más frecuencia y aquellos con mayores problemas con la justicia son los que poseen un menor nivel cognitivo, tal y como se refleja en su cociente intelectual total.

Si a esto le sumamos que los casos con nivel cultural inferior son los que también presentan conflictos judiciales más graves, se va configurando un factor socio-penal que favorecerá –sin ser causa suficiente– el desarrollo del problema de la heroínomanía. Como apunta Valverde (1996) al comentar su experiencia profesional en este campo: “Sistemáticamente [...] me he encontrado con la droga, la pobreza y la marginación”.

Sin embargo, según Ortiz Frágola (1992): “La gravitación de la acción eventualmente patógena del medio será tanto mayor cuanto más perturbado haya estado, sea por falta, exceso o distorsión, el vínculo entre el adolescente y su familia”.

Es decir, estas circunstancias favorecedoras deben verse complementadas con el factor externo que considero más determinante en la génesis del drogodependiente y del que nos ocuparemos en los próximos apartados: el grupo familiar.

IV.2.7.- Posición ordinal que ocupa dentro de la fratría (tabla X)

En nuestro estudio, casi la mitad de los heroinómanos son hermanos medianos (46%), mientras que los restantes son menores (31%) o primogénitos (23%). En el grupo control también predominan los que ocupan un lugar intermedio en la fratría (41%), seguidos por los primogénitos (31%), los menores (19%) y los unigénitos (9%). No existen diferencias significativas en relación con el número de orden dentro de los hermanos tanto en los heroinómanos como en el grupo control, confirmándose la hipótesis de nulidad ($\chi^2 = 4,879$; $p = 0,1809$).

En cambio, al examinar la relación del consumo de tóxicos en la familia con la posición ordinal en la fratría (tabla L) observamos que sí tienden a asociarse significativamente ($\chi^2 = 13,205$, $p < 0,05$).

Resulta previsible que la mayor parte de los sujetos ocupen posiciones intermedias entre los hermanos, sobre todo dado que la mayoría son familias numerosas. Nuestros resultados coinciden con los de autores como Vega, para quien los heroinómanos suelen pertenecer a familias numerosas y con frecuencia tienen hermanos mayores (Otero López, 1994). La asociación "Proyecto Hombre" también aporta datos similares, tanto en Sevilla (1994), donde encuentra un 38% de hermanos medianos, un 30,5% de menores y un 26,7% de mayores; como a nivel de toda España (1996): 35,4% intermedios, 30,0% menores y 25,1% mayores. Esta misma fuente destaca la poca incidencia de otras situaciones como hijos únicos y recalca el que estos valores se han venido repitiendo en estudios previos.

Otros autores como Cabal (1990), en cambio, señalan que el número de orden que ocupan entre los hermanos suele ser el primero o intermedio, viéndose una menor incidencia de la drogadicción entre los pequeños (21,4%).

La asociación significativa entre el orden de nacimiento del heroinómano y el consumo de tóxicos en la familia se evidencia en que más de la mitad de heroinómanos benjamines y un cuarto de los heroinómanos primogénitos tienen algún familiar que consume sustancias psicoactivas de manera perjudicial, siendo siempre este familiar, en el caso de los primogénitos, uno de los progenitores (ver también apartado IV.2.8.).

El hecho de que no se alcance significación en cuanto al número ordinal es comprensible gracias a la teoría sistémica y a las aportaciones de numerosos autores (Minuchin y Fishman, 1981; Ortega, 1987; Cancrini, 1988). Hoy sabemos que si bien existe una cierta relación entre el número ordinal que ocupa el sujeto en el grupo filial y sus características psicológicas, éstas se deben fundamentalmente a la posición estructural que ocupa dentro de la familia.

Sin embargo, cuando lo relacionamos con la actitud familiar frente a los tóxicos, y en particular la del grupo de hermanos, se ve que es un factor de gran influencia en la dependencia de la heroína. Cuando los heroinómanos son hermanos primogénitos, han sido los padres quienes más les han influido; y en los heroinómanos benjamines se evidencia el ascendiente de sus hermanos mayores.

IV.2.8.- Consumo perjudicial de sustancias psicoactivas en la familia (tabla XI)

Encontramos una asociación significativa ($\chi^2 = 12,134$; $p = 0,0069$) entre el consumo perjudicial de sustancias psicoactivas –incluido el alcohol– en los familiares del sujeto y el hecho de que éste sea heroinómano. La mayoría de los sujetos drogodependientes niega que otros miembros de la familia consuman tóxicos (57%), pero más de una tercera parte (43%) tiene algún hermano (23%), progenitor (11%) o ambos simultáneamente (9%) con este problema. Entre los representantes del grupo control, también la gran mayoría rechaza que en su medio familiar se consuman sustancias psicoactivas de forma perjudicial (94%). Sólo una minoría admite dicho consumo en al menos un hermano (3%) y en uno o en ambos progenitores (3%).

En el estudio del grupo de heroinómanos, al relacionar el consumo de tóxicos en otros familiares con las variables socio-culturales y más puramente toxicológicas, nuestros resultados no han llegado a ser determinantes (tablas XLIII-XLV y XLVII-XLIX), excepto en el gasto diario en tóxicos (tabla XLVI).

Hemos hallado una tendencia ($\chi^2 = 28,202$; $p = 0,0009$) a relacionarse el consumo de tóxicos en el ambiente familiar con el gasto diario en estas sustancias de los heroinómanos. Los que menos gastan (78% de los que no superan las 5.000 ptas. y 46% de los que consumen entre 5.000 y 15.000 ptas.) son aquellos individuos que no tienen otros familiares que sean también consumidores habituales de tóxicos.

Este dato se ve corroborado con la tendencia significativa ($\chi^2 = 13,205$, $p < 0,04$) que presentan los heroinómanos que son hermanos pequeños a tener algún familiar que consume sustancias psicoactivas de manera perjudicial: 36% al menos un hermano y 27% un hermano y uno de los progenitores (tabla L). En cambio, los hermanos mayores solo en un 25% presentan consumo de tóxicos en la familia y éste siempre en algún progenitor (ver apartado IV.2.7.).

La comparación del consumo de tóxicos en el medio familiar con los aspectos cognitivo (tablas LI-LIII) y afectivo (tablas LIV-LVII) de la personalidad del sujeto adicto a la heroína, no mostró patrones de asociación claros.

Nuestros resultados coinciden casi matemáticamente con los de Velarde (1996), quien en 53 pacientes heroinómanos de la Cruz Roja de Segovia halla hasta un 43,4% con antecedentes familiares de toxicomanía, sin incluir a la pareja. El 30,2% de la muestra tenía hermanos drogodependientes y hasta en un 13,2% de los casos los padres eran alcohólicos.

Tunving (1988) detecta en el 22% de 191 heroinómanos una historia de alcoholismo en padres y/o hermanos. Para Angel y Angel (1988b) hasta en un 15% aproximadamente de los casos, uno o más hermanos de los heroinómanos son o fueron drogadictos. Estos mismos autores en otro trabajo (1988a) sobre 146 heroinómanos, con una muestra de 60 padres y 54 madres, encuentran un uso exagerado de psicofármacos en los progenitores, alcoholismo en el 20% de los padres y el 3% de los hermanos varones y otras toxicomanías en casi un tercio de los hermanos.

"Proyecto Hombre" informa que en Sevilla (1994) el 39% y el 27% de los familiares de sus residentes tiene problemas con el alcohol y las drogas respectivamente, mientras que a nivel nacional (1996) y referido sólo a problemas etílicos en progenitores y hermanos, este porcentaje se eleva al 49%.

Numerosos autores señalan este factor como importante en la génesis del futuro toxicómano. El clásico trabajo de Rosemberg (1971) destacaba la tendencia al alcoholismo y al consumo de drogas en los padres y hermanos mayores de los toxicodependientes. Kandel en 1978 afirma que es muy frecuente que el padre abuse de licores y la madre de tranquilizantes (Gurpegui, 1989).

Stanton en 1979 ya esbozaba una lista de puntos que diferencian las familias de toxicómanos de otras familias disfuncionales, entre los que se encontraba una mayor frecuencia, en varias generaciones, de conductas de intoxicación (en particular, medicaciones psicotropas y alcoholismo). Maddux y Desmond en 1984 encuentran que el 50% de los hermanos ha tenido historias de abuso de alcohol (Charles-Nicolas, 1988).

Freixá se preguntaba (1981): "¿De quién han aprendido los adolescentes el uso de estos productos? De sus mayores, y no en la calle, en sus propios hogares, cuando existe un conflicto se usan las pastillas. Si se tienen cefaleas, dolor de muelas, problemas con el «jefe», disgustos, etc., todo se resuelve con unos comprimidos. Unos por la mañana para animarse, otros al mediodía para el dolor de cabeza, y otros por la noche para descansar. Además, las píldoras, siguiendo el patrón de conducta de los drogadictos, que después los adultos criticarán, no son

una «medicación», puesto que no han sido recetadas por un médico, ni prescritas con una definida intención terapéutica. Han sido recomendadas por la vecina, por el compañero, por el conserje, la portera, una conocida en el mercado, etc., y posteriormente obtenidas por la *malpráctica* de la S.S., por el método del «cartón y la cartilla».

Es lo que Barriga denomina "farmacolización de la sociedad medicalizada": cualquier problema o desajuste personal se intenta resolver mediante el uso de fármacos (Delgado *et al.*, 1996).

Angel y Angel (1988b) completan esta visión sosteniendo que los psicofármacos pueden ser utilizados como reguladores de conflictos interfamiliares e incluidos como tales en el sistema de comunicación.

Barrantes (1989) relaciona los antecedentes familiares de alcoholismo o de consumo de estupefacientes como un factor más que indica la privación afectiva que sufre el futuro drogodependiente. Es en el seno de la familia donde, en buena parte, se fraguan los modelos a seguir y donde se cimientan los valores de la personalidad hasta que ésta se consolida en una identificación concreta. El uso paterno de drogas legales, tales como el alcohol y algunos fármacos (pastillas para adelgazar, píldoras para dormir, etc.) pueden ser fuente de inicio para un posible consumo posterior.

Por último, Frágola (1992) habla de la influencia toxicomanígena perniciosa que ejercen sobre el niño el consumo abusivo por parte de los padres de alcohol,

cigarrillos o tranquilizantes, modelos tempranos de identificación. Además, apunta la hipótesis de que el uso de ciertas drogas en la adolescencia y la juventud, cumple una función psicológica y social semejante a la utilización legal -bajo supervisión médica- o ilícita de psicofármacos en la segunda mitad de la vida.

Considero comprensible el hecho de que cuando en la familia hay un ambiente afín a los tóxicos, ello repercute en una exacerbación de la conducta drogodependiente del sujeto, tal y como se refleja en un aumento del gasto.

Nuestros datos reflejan que gastan menos en drogas los que no encuentran en su familia otros miembros que presenten consumo perjudicial de sustancias psicoactivas. Por otra parte, si el heroinómano es el hermano pequeño suele tener, en más de la mitad de los casos, algún hermano consumidor de tóxicos (en una cuarta parte también uno de los progenitores) que parece marcarle el camino a seguir (ver apartado IV.2.7.).

Ello hace reafirmarse a Kalina (1988) en su lema: "Nadie es original en su patología". Ante un heroinómano hay que buscar los modelos familiares complementarios de los factores que predisponen al desarrollo de la dependencia, y él habla, empleando el término acuñado por Gerald Davidson, de familias "psicotóxicas". El uso indiscriminado de medicamentos, no sólo psicofármacos sino antibióticos, analgésicos y otros, el uso del tabaco en forma compulsiva frente a cualquier angustia, el uso de alcohol o de comidas frente a la ansiedad, o el comprar, trabajar o hacer cosas en forma impulsiva para calmar la angustia, van construyendo en el hijo un modelo donde el pensar, esperar y controlar los impulsos

no existe; en cambio, la acción y especialmente la acción tóxica (consumo de drogas) sustituyen el pensar. En estos grupos familiares o equivalentes no se aprende el control de impulsos porque no existe nadie que lo enseñe.

Bergeret (1986) incide en este hecho: no se ofrecen modelos sanos de identificación, carecen de "autoridad" para criticar al heroinómano, y sin embargo predicen lo que no cumplen. Este doble vínculo es captado por el drogo-dependiente y en un trabajo de Queipo (1988) se comprueba que la conducta de consumo de tóxicos aumenta linealmente con el grado de desacuerdo frente a la educación familiar recibida.

Creo por todo ello que la influencia familiar en la génesis de la heroinomanía es doble, pues no sólo facilita al futuro heroinómano la disponibilidad y el contacto con tóxicos al crear un ambiente proclive a los mismos –gastan más en droga los que tienen familiares que también consumen tóxicos–, sino que al mismo tiempo le está dejando de transmitir una forma sana de enfrentarse a las dificultades de la vida cotidiana. Es decir, se les priva de unos modelos adecuados con los que identificarse y que son la fuente necesaria e imprescindible para la adquisición de sus recursos personales.

IV.2.9.- Trastornos mentales en la familia (tabla XII)

Encontramos una asociación entre el hecho de padecer trastornos mentales familiares y ser heroinómano ($\chi^2 = 9,993$; $p = 0,0186$). Aunque más de la mitad de los heroinómanos (57%) no refiere ningún trastorno mental familiar, una cuarta parte (26%) reconoce trastornos afectivos y/o neuróticos en otros familiares y, en menor proporción, también trastornos psicóticos (9%) y mentales de causa orgánica conocida (9%). Entre los controles, la mayoría (91%) niega algún trastorno mental familiar, pero uno de cada diez admiten la existencia de trastornos afectivos y/o neuróticos (6%) o psicóticos (3%) en la familia.

Cuando se examinaron los trastornos mentales familiares junto a otras variables socioculturales –tablas LVIII-LX– y a la personalidad del heroinómano en sus aspectos cognitivo –tablas LXI-LXIII– y afectivo –tablas LXIV-LXVII–, no se demostró una asociación significativa.

Trabajos ya clásicos inciden sobre esta cuestión. Rosenberg (1971) alertaba sobre la excesiva acumulación (1/3) de trastornos psiquiátricos familias de adictos: manifestaciones psicopáticas en los varones y neuróticas en las mujeres. Charles-Nicolas (1981) comenta la elevada frecuencia entre los drogodependientes de madres depresivas o que abandonan al niño. Schwartzman (1975) ya señaló cómo inconscientemente, la madre retrasa la maduración del adicto al infantilizarlo, y así le sirve para gratificar sus necesidades emocionales. Arias (1990) afirma que lo que el toxicómano busca en la droga es el retorno al primer objeto de amor, la madre, la cual desea que su “niño” no sea niño –persona– sino cosa.

Carrasco y Arana (1981) concluyen taxativamente que la situación familiar, está íntimamente asociada con la actitud del adolescente ante la droga. Tunving (1988) en 191 heroinómanos encuentra un 7,3% cuyas familias presentan trastornos mentales, y en un grupo de politoxicómanos, este índice se eleva hasta el 25,7%.

Angel y Angel (1988a) comentan que la mayoría de las familias niegan algún otro síntoma al margen de la drogadicción de uno de sus hijos, pero a menudo el análisis del sistema familiar pone de manifiesto distintas patologías en uno o varios de sus miembros. En un estudio sobre cerca de 900 familias de dependientes (90% a la heroína) encontraron que cerca del 50% de los padres han presentado problemas psiquiátricos (incluyendo alcoholismo o drogadicción). En otro estudio, anteriormente citado (Angel y Angel, 1988b), sobre 146 casos (60 padres y 54 madres) hallaron problemas psicológicos en el 26,6% de los padres y en el 72,2% de las madres. También puntualizan que otro hecho notable es la frecuencia de dificultades psicológicas en la fratria del drogadicto. En más de una familia sobre dos se observan problemas de delincuencia, de depresión con intentos de suicidio y de dificultades en los hábitos alimenticios.

Sobre este último punto, Cancrini y de la Rosa (1991) comentan las dificultades de relación familiar que acompañan a la emergencia de patología subjetiva en alguno de sus miembros. Aquellas familias que permiten sólo una desvinculación aparente o en torno a un proyecto que no pertenece al sujeto sino al sistema familiar, favorecen la aparición de trastornos alimentarios –sobre todo en las chicas– y toxicomanías –más en los varones– en alguno de sus hijos.

También Cancrini (1988) distingue entre los heroinómanos cuatro tipos de sistemas familiares cada uno con sus propias características y problemas. Materazzi (1990) comenta la insatisfacción de la familia del toxicómano y cómo a través de la triangulación parental con el paciente se logra la homeostasis familiar.

En estas familias "psicotóxicas" podemos encontrar junto al sujeto drogo-dependiente algunos familiares también consumidores de tóxicos —el 43% de nuestra muestra según comentamos en el apartado IV.2.8.—, mientras los restantes son los que se dedican a corregir, salvar, cuidar al paciente. Estos "co-adictos", en la terminología de Kalina (1990), no presentan una patología específica, pero en algunos casos estudiados por este autor se encontraron de forma predominante cuadros neuróticos (v.g., ansiedad, ataques de pánico, rasgos obsesivo-compulsivos...) y afectivos (v.g., distimias...). En nuestra muestra estos cuadros también constituyen el grupo mayoritario con una frecuencia de aparición del 26%.

Llama la atención la relación del toxicómano con su familia. Vaillant en los años sesenta destaca que en una población carcelaria, la tercera parte de los toxicómanos vivía a los 30 años todavía con parientes de sexo femenino, más del doble que la media del resto de reclusos. Del mismo modo, coincidían en que esta mayor presencia física se acompañaba de la sensación de ser un mueble más de la casa, un objeto para los padres y no una persona autónoma de pleno derecho (Laurie, 1969).

Charles-Nicolas (1988) lo expresa así: "La toxicomanía permite al adolescente permanecer en casa aún dando un portazo; reforzar el vínculo familiar

(la dependencia y la ayuda familiar en relación con él), aún llevando a cabo una ruptura espectacular. Le permite pesar en el funcionamiento familiar y controlarlo".

Delgado Rodríguez (1992) en una muestra de alcohólicos y heroinómanos, verifica el predominio de los solteros que todavía conviven con su familia de origen. "Proyecto Hombre" (1996) informa que más de la mitad de los toxicómanos (51,6%) viven con los padres, e incluso que en algunos casos (5,0%) han incorporado su pareja al domicilio paterno.

Teniendo en cuenta estos trabajos y los de autores como Haley (1980), Stanton y Todd (1985), Coleman (1988)...., creo evidente que la drogodependencia no surge como una isla solitaria en mitad de un profundo océano, sino que nos encontramos ante un fondo rocoso muy quebrado y superficial, que sale a la luz en cuanto "baja la marea". La mayor frecuencia de trastornos mentales detectada en las familias de nuestro estudio y la propia heroinomanía de los pacientes no son sino indicadores del malestar de todo el sistema.

Puede postularse que el sujeto futuro heroinómano, influido además por otros factores ya comentados -v.g. escolarización, problemas judiciales, consumo familiar de tóxicos...-, resuelve temporalmente dichas dificultades al iniciar su carrera de drogodependiente, convirtiéndose en el cabeza de turco de la situación. Libera al resto de los miembros de sus responsabilidades en el malestar familiar al asumir ser el único causante de todas las desgracias, tarea a la que dedicará sus energías y que cumplirá a la perfección en el curso de los siguientes años.

IV.3.- Historia toxicológica y heroínomanía

En este apartado nos centramos en el modo preferente de consumo de heroína, el gasto diario en tóxicos, el tiempo de adicción y los intentos previos de deshabituación.

IV.3.1.- Preferencia en el consumo de heroína (tabla XV)

En nuestra muestra, la mayoría de los heroínómanos responde que prefiere consumir la heroína sola (40%) o con cocaína (40%), y una quinta parte (20%) prefiere tomarla con otros tóxicos.

Algunos autores comunican resultados similares. Entre los heroínómanos en tratamiento en 1991, Barrio (1993) observa que el 27% de los admitidos por primera vez tenía la cocaína como droga secundaria. En los ya anteriormente atendidos este porcentaje se elevaba hasta el 41%. Altimir (1994) encuentra que 22 de 39 heroínómanos (56%) consumen drogas secundarias, siendo la cocaína la elegida en 12 de ellos (31%). De la Fuente (1991) en una muestra nacional compuesta por 27.655 heroínómanos en tratamiento, comprobó que un 47% había utilizado cocaína en el mes anterior.

En Andalucía, el Comisionado para la Droga (Andalucía, Junta, 1997) informa que el 62% de los heroínómanos consume también cocaína y menos de la mitad otros tóxicos: anfetaminas (47%), cannabis (35%), morfínicos (22%)...

En un análisis factorial de componentes principales identifica un primer factor, que explicaría un 28% de la varianza, constituido en torno a la heroína (incluye morfina y otros opiáceos) y, con un peso menor, cocaína y drogas de diseño.

En otros estudios hay un mayor índice de politoxicomanía. Helal (1995) afirma que el 85% de 147 adictos a drogas por vía parenteral (98% heroinómanos con una dependencia media de 7 años), la ha simultaneado con otras sustancias. Torrens (1991) señala que entre 120 drogodependientes solicitantes de tratamiento para desintoxicarse de opiáceos, hasta un 75% había consumido cocaína en los seis meses previos a la admisión.

Comas (1988) habla de la "heroinomanía técnica", que considera heroinómano a todo politoxicómano que consume heroína. Y otros autores como Darke y Hall (1995) repudian incluso la utilización de términos como "heroinómano", ya que es algo infrecuente el hallar un consumidor puro y consideran que se cae en un reduccionismo inútil, el cual impide una valoración más completa. En una muestra de consumidores habituales de heroína (329) y de anfetaminas (301), comprueban que en los últimos 6 meses estos han consumido una media de 5,2 y 6,3 tóxicos distintos respectivamente. Concluyen, además, que los consumidores de drogas ilegales reducen el rango de tóxicos empleados conforme se hacen mayores.

San (1993) en cambio, considera que en la historia de la drogodependencia del heroinómano las benzodiacepinas son el último peldaño. En una muestra de 973

heroinómanos admitidos para desintoxicación sólo encuentra una quinta parte (19,8%) que niegue haber consumido benzodiacepinas, y hasta un 43,1% admite que las toma casi diariamente.

Ambos autores corroboran de manera indirecta la hipótesis, defendida en los años setenta por Kernberg o Wurmser, de que el toxicómano busca aquella droga que le produzca efectos específicos según la organización de su personalidad. El sujeto puede ir probando distintas drogas, como constatan Darke y Hall, hasta que encuentran "la suya". Y en cuanto al hecho de que luego el heroinómano consuma benzodiacepinas, como nos muestran San (1993) o Navaratnam y Foong (1990), tiene su explicación en el deseo de aumentar los efectos del propio opiáceo o por motivos de simple necesidad económica (Forsyth, 1993). Así, los consumidores de benzodiacepinas llevan más años con la heroína y consumen una dosis media de la misma superior a la de los no consumidores de ansiolíticos.

Cancrini (1982) puntualiza que el vínculo con la heroína se desarrolla, simple y naturalmente, en un individuo que había organizado previamente su vida sobre la base de la anestesia afectiva.

Gobbi (1993) retoma la idea de la elección del efecto del tóxico y sostiene que la droga aparece durante la adolescencia a modo de un refuerzo químico para evitar el sufrimiento. Considera que el toxicómano recorre un camino hasta que, por motivaciones parcialmente inconscientes, encuentra la droga que satisface sus necesidades específicas.

Sin olvidar que lo fundamental no es la elección de distintos tóxicos sino la sumisión al acto mismo por el cual uno se intoxica (Pelicier, 1992), creo, siguiendo a Cancrini y Gobbi, que se escogen algunas sustancias por sus efectos particulares.

En el caso de la heroína el individuo necesita suprimir o disminuir determinados estímulos –internos y/o externos– y tiende a refugiarse en un mundo artificial de desconexión afectiva. Elige vivir aletargado sin enterarse de lo desagradable, se desconecta de la realidad para defenderse mediante el aislamiento y la anestesia.

En el apartado IV.4.3.3. volveremos sobre este punto.

IV.3.2.- Gasto diario en tóxicos (tabla XVI y gráfico 10)

El 89% de nuestra muestra afirma no gastar más de quince mil pesetas por día e incluso en más de la mitad (51%) el gasto no supera las 5.000 ptas. Menos de uno de cada diez casos (9%) reconoce gastar más de 25.000 ptas. diarias en tóxicos.

Ya hemos comentado (apartado IV.2.8.; tabla XI) la asociación existente entre el gasto diario en drogas de los heroinómanos y el consumo de tóxicos en el ambiente familiar ($\chi^2 = 28,202$; $p = 0,0009$). El gasto en estas sustancias aumenta cuando la familia es proclive a las mismas.

Datos ofrecidos por el "Proyecto Hombre" de Sevilla (1994) confirman estas tendencias: el 92,3% reconoce gastar menos de 15.000 ptas. diarias, el 5,7% entre 15 y 25.000 ptas. y sólo un 2% supera las 25.000 ptas. También señalan, comparándolo con estadísticas de años anteriores, el aumento de los consumidores de bajo gasto en detrimento de los de gasto elevado.

Teniendo en cuenta que un gramo viene a costar una media de 18.000 ptas, según el Delegado del Gobierno del Plan Nacional Sobre Drogas Gonzalo Robles Orozco, hay una mayoría de heroinómanos que consumen medio gramo o menos –el 55,8% a nivel nacional según "Proyecto Hombre" (1996)–. Si a esto le sumamos que hay un 5-10% de heroína de media en las mezclas –7% afirma Sánchez Orantos (1996)–, el consumo real de heroína puede cifrarse alrededor de menos de 50 miligramos diarios.

Este dato hace plantearse a Escohotado (1991) que si para ser dependiente de la heroína hace falta tomar un mínimo de un cuarto de gramo diario durante cuatro o cinco semanas, según la tolerancia del individuo, cómo es posible que sigan habiendo "yonquis".

Considero que la respuesta reside en que la heroína, como señala Pinto (1997), continúa siendo la sustancia a través de la cual el individuo adquiere conciencia o la identidad del toxicómano, independientemente de que el consumo sea esporádico o ya se haya generalizado la dependencia. A pesar de que actualmente ha perdido su papel central en las drogodependencias, ninguna otra droga la ha sustituido; todavía un 67,5% de los toxicómanos se declara dependientes de la heroína frente al 48,0% de la cocaína y el 25,7% del "speed" -heroína más cocaína- (Asociación "Proyecto Hombre", 1996).

Gurpegui (1989) señala como para D'Orban el pasar del uso esporádico al consumo habitual se interpreta como síntoma de perturbación y de retraso en la maduración emocional, y un intento para adquirir una nueva identidad, la que le proporciona la subcultura de los "yonquis".

Para Olievenstein, la imposibilidad de sentirse persona crea el problema de la desmesura y el extremismo del drogodependiente, ya que estar dominado por la incertidumbre relativa a la existencia de un sí mismo desestructurado, la norma nunca se percibe como reaseguradora, sino que es vivida como una forma de rechazo de su necesidad ilimitada y omnipotente (Cancrini, 1982).

Materazzi (1990) afirma que los toxicodependientes son personas cuya existencia precede a su esencia, que carecen de carácter, o como diría Sartre: "no hay carácter, hay solamente una proyección de sí mismo".

García Badaracco (1992) nos recuerda la llamada por Deutsch personalidad "como si", en la que el paciente al no poder ser persona se constituye en personaje. Para él, no sólo en las drogodependencias sino en cualquier enfermedad mental, el sujeto actúa como si estuviera representando un papel. Previamente Szasz (1961) había ido más lejos, y hablaba de una "doble personificación": la de los pacientes psiquiátricos personificando el rol de enfermos y la de los psiquiatras y psicoanalistas representando el rol de terapeuta médico.

Quizás sin llegar a ese extremo, sí podemos afirmar que la heroína permite a un sujeto carente de individualidad propia sentirse "persona", aunque sea de modo tan ficticio como lo es representar el "personaje" del heroinómano.

Rof Carballo (1974) indica que el asumir esta "identidad negativa", en el sentido de Erikson, es la única vía de escape encontrada por el drogodependiente para huir de una "urdimbre" –situación relacional y de comunicación del sujeto en su primera infancia– inicialmente deficitaria.

Creo, por tanto, que el hecho de ser heroinómano supera el ámbito de la pura dependencia fisiológica de la sustancia, para introducirse en la necesidad psicológica que tiene el individuo de ser aceptado y que le lleva a adoptar una identidad espuria, aún a costa de su salud e incluso su vida.

IV.3.3.- Tiempo de adicción (tablas XVIII; gráficos 6 y 17)

La media de adicción en los heroinómanos de nuestra muestra es de $3,4 \pm 1,3$ años (gráfico 6) y en el análisis de la varianza, al comparar el tiempo de adicción con la preferencia en el consumo de heroína, encontramos significación ($p < 0,0002$) para el consumo de heroína y cocaína frente a la heroína sola y a su consumo conjunto con otros tóxicos (tabla XVIII y gráfico 17).

La veteranía en la adicción de los heroinómanos de nuestra muestra aunque parece escasa en valor absoluto, resulta elevada en proporción a la juventud de los mismos.

Por citar algunos ejemplos, Altimir (1994) encuentra una media de consumo de heroína de $7,5 \pm 5,4$ años en una media de edad de $27,3 \pm 6,6$ años. En el estudio de Velarde (1996) es $8,4 \pm 4,5$ años, con una edad de $28,4 \pm 5,4$. Y en el de Auriacombe (1993), $11,2 \pm 2,5$ años en una edad media de $33 \pm 3,96$.

Nuestra muestra también refleja que aquellos heroinómanos que prefieren el consumo simultáneo de heroína y cocaína llevan más tiempo de adicción que los otros dos subgrupos de heroinómanos.

Estos datos, contradicen en parte los de Darke y Hall (1995) en cuanto a que el policonsumo disminuye con el tiempo y refrendan el trabajo de Torrens (1991), para quien los heroinómanos consumidores de cocaína se inician más precozmente con drogas. Este autor señala que consumen dosis mayores de heroína y tienen más síntomas depresivos y trastorno antisocial de personalidad con más frecuencia.

Otros trabajos (Grella, 1995; Joe y Simpson, 1995) confirman que los heroínómanos que prefieren el consumo conjunto de heroína y cocaína -normalmente en forma de "speed"- representan un subgrupo de alto riesgo que merece un estudio aparte.

En esta dirección se enmarcan los trabajos de Fieldman (1995) y Craig y Olson (1990), quienes al comparar a una muestra de cocainómanos frente a otra de heroínómanos constatan que estos presentan menos rasgos de personalidad antisocial, pese a lo cual los segundos concluyen que las similitudes en la personalidad de ambos grupos son mayores que las diferencias.

Delgado Rodríguez (1992) comprueba que los heroínómanos se desvían significativamente de los alcohólicos entre otros rasgos por su mayor tendencia a la culpabilidad, pero observa que con el aumento de los años se produce una disminución en el factor de "culpabilidad" y un aumento en el "atreimiento". Hay un cambio en el sujeto: parece como si al transitar por el infierno de la droga hubiera redimido sus culpas y se le otorgase el privilegio de pasar de deudor a cobrador.

Es decir, con el paso del tiempo el sujeto puede aumentar la dosis de heroína para seguir desconectándose de los problemas, o recurrir a otra variedad de droga -la cocaína- que le permita "sostener mecanismos defensivos relacionados con el aumento de poder, el enfrentamiento y el avasallamiento" (Gobbi, 1993) para poder resarcirse de lo sufrido.

Podemos explicarlo a la manera de Watzlawick, si el sujeto inicialmente consiguió un alivio temporal de su situación mediante un tóxico, al encontrarse ante una nueva dificultad seguirá buscando la solución dentro del mundo de la droga, planteando un cambio tipo 1 (Watzlawick, 1974) y, salvo que alguien pueda ayudarlo a salir de esta espiral, tan sólo se le ocurrirá emplear más dosis o tipos de drogas; el célebre "más de lo mismo" (Watzlawick, 1983).

Merece la pena recordar nuevamente la idea de Galeno de considerar el opio como paradigma del *pharmakon*, aquello que encierra en sí mismo a su propio contrario: la solución y el problema. A este respecto el estudio de Le Poulichet (1987) sobre el valor de la droga concluía: "Es finalmente el acto mismo de la prescripción el que asigna al *farmakon* su identidad o el que traza la línea de separación entre el remedio y el veneno".

Considero que al inicio se recurre a la heroína como remedio (*pharmakon*) de una situación vital negativa –ver más adelante apartado IV.3.4.– y que luego ésta se convierte en parte del problema. También anteriormente señalamos –apartado IV.2.3.– que para Winick cuanto más precoz es el inicio en las drogas, mas graves son las dificultades subyacentes y más tiempo se necesita para superarlas.

Por todo ello, el mayor tiempo de permanencia en el mundo de la heroína nos habla de una situación de conflictividad –personal y/o socio-familiar– mantenida e irresuelta. En nuestro estudio se tiende a perseverar en la carrera de drogo-dependiente buscando un segundo *pharmakon*, la cocaína en la mayoría de los casos, como un nuevo intento de dar solución a los problemas.

IV.3.4.- Intentos previos de deshabituación (tablas XIX-XXIV; gráficos 18-19)

En nuestra muestra, hay una mayoría de heroinómanos (63%) que ya ha intentado sin éxito deshabituarse. Además, hemos encontrado una asociación evidente ($p < 0,0001$) entre el hecho de haber intentado deshabituarse y la edad de comienzo en el consumo de tóxicos. Aquellos que ya lo han intentado al menos una vez empezaron significativamente antes a consumir tóxicos: 11,6 años frente a 14,5 (tabla XIX y gráfico 19).

En cambio, no hemos encontrado relación entre los intentos previos de deshabituación con los motivos aducidos para el primer contacto (tabla XX) ni tampoco con el estado afectivo del sujeto, valorado a través de la escala de Hassanyeh (tablas XXI-XXIV y gráfico 18).

Es comprensible desde la lógica, el hecho de que quienes ya han intentado deshabituarse al menos una vez sean los que comenzaron significativamente antes a consumir tóxicos.

En algunos trabajos la proporción de intentos fallidos de deshabituación es aún mayor. "Proyecto Hombre" ofrece datos en Sevilla (1994) de hasta un 93% de fracasos previos de deshabituación entre sus residentes, un 27,7% lo han intentado en más de tres ocasiones con ayuda profesional e incluso un 40% por sí solos; en el último informe de ámbito nacional (1996) el porcentaje de los que reconocían haber intentado dejar la droga anteriormente había aumentado ligeramente desde el 82% de los años 1990-1992 al 87,7% del año 1995.

Otros estudios encuentran una proporción de intentos de deshabituación sensiblemente inferior. Así, de los 40.500 heroinómanos en la Comunidad de Madrid detectados en 1992, un 60,6% nunca había estado en tratamiento y casi la mitad desconocía algún centro público o privado para el mismo (Sopelana, 1996).

En una encuesta realizada en Andalucía a principios de esta década (Andalucía, Junta, 1990a), la mayoría de la población pensaba que está aumentando el número de heroinómanos (63,5%) y hasta un 40,9% opinaba que no tienen ninguna solución (10,5%) o sólo pueden recuperarse unos pocos (30,4%). En este mismo estudio, al ser preguntados los drogodependientes por la posibilidad de abandonar el consumo de tóxicos, los grupos que mayor dificultad subjetiva presentaron fueron los adictos a opiáceos. El 55,2% de los heroinómanos y un 47,4% de los consumidores de analgésicos morfínicos considera imposible o muy difícil dejar su consumo, frente a los usuarios de otros tóxicos como la cocaína (28,8%) o el cannabis (21,6%).

Distintos autores hacen referencia a lo costoso que les resulta a los heroinómanos el abandono de esta sustancia (Sánchez Payá *et al.*, 1991; asociación "Proyecto Hombre", 1994). El hecho resulta más llamativo por cuanto una proporción importante de consumidores manifiesta tener problemas a causa de las drogas, pero especialmente en el caso de la heroína (Sánchez Payá *et al.*, 1991). Esta aparente contrariedad puede ser en realidad la razón por la que los adictos buscan con tanta frecuencia la heroína, la droga que más "engancha" y de la que más cuesta prescindir.

Laurie (1969) hace más de un cuarto de siglo decía: "En la sociedad occidental contemporánea es preciso un acto deliberado de voluntad para habituarse a la heroína. [...] El toxicómano debe tener alguna esperanza positiva en su compromiso con las drogas; la toxicomanía significa, al menos para él, un mejoramiento de su condición".

Este mismo autor nos recordaba cómo, según Wickler, la necesidad de descargar interiormente la culpa, contrapeso necesario del placer conseguido, se ve satisfecha por la amenaza de la crisis abstinencia; así, a pesar del desprecio que siente por sí mismo y que convierte toda satisfacción en culpa, es capaz de obtener placer y de vivir temporalmente libre de dolor.

Pienso, siguiendo el modelo de Fishbein-Ajzen de la "teoría de la acción razonada o modo decisorio consecuencial" (Delgado, 1996), que el hombre actúa de forma "razonable" sobre la base de la información (creencias, ideas, opiniones...) que posee en ese momento, por lo que la droga en general, y la heroína en particular, deben ofrecer algo positivo a un sujeto que hoy en día sabe perfectamente de sus peligros (ver apartados IV.3.1. y IV.3.3.).

En nuestros resultados no hemos podido asociar el estado afectivo del sujeto, valorado a través de la escala de Hassanyeh (tablas XXI-XXIV), con los intentos de deshabituación. Pero llama la atención el hecho de que en las tres subescalas y en la valoración total de la prueba, los heroínómanos que ya han intentado deshabituarse de manera infructuosa puntúan más (gráfico 18).

Este resultado coincide con el de Araujo (1996), quien confirma que el grado de ansiedad y/o depresión de los drogodependientes es independiente de los abandonos.

Considero que ello es debido al hecho de que todos los drogodependientes tienen ya una profunda herida en su autoestima (Musacchio de Zan, 1992), lo que les hace que un fracaso más en su vida no les suponga un gran trauma, sino un paso más en su camino hacia la destrucción, una nueva excusa para la siguiente dosis.

IV.4.- Personalidad y heroínomanía

A continuación comentamos las dos áreas de la personalidad del paciente heroínómano que hemos escogido como objeto de estudio.

IV.4.1.- Área cognitiva (tabla XIII y gráfico 2)

En nuestro estudio hemos encontrado una asociación significativa entre los tres cocientes de inteligencia obtenidos a partir del W.A.I.S. ($t = -7,859$; $t = -4,71$; y $t = -7,443$ respectivamente para $p \leq 0,0001$) y el hecho de ser heroínómano.

La media en el C.I. verbal de los sujetos drogodependientes es menor ($91,657 \pm 12,939$) que la correspondiente del grupo control ($116,750 \pm 13,179$). Referente al cociente manipulativo la media obtenida en el grupo de toxicómanos ($94,143 \pm 15,351$) es menor a la del grupo control ($112,844 \pm 17,152$). Y en cuanto al C.I. total, es clara la diferencia entre la media de los heroínómanos ($91,943 \pm 13,383$) y la de los sujetos del grupo control ($116,906 \pm 14,065$).

A la vista de estos datos, comprobamos que el cociente intelectual medio en el grupo de heroínómanos de nuestra casuística está dentro del normal medio (C.I. total ≈ 92), mientras que el del grupo control es normal alto (C.I. total ≈ 117).

Hemos comparado el aspecto intelectual del heroínómano con su nivel de escolarización (tablas XVII-XVIII y gráficos 23-25), hallando una relación ($p < 0,05$) para el C.I. verbal pero no para el manipulativo ni para el total (ver apartado IV.2.2).

En cambio al relacionar el nivel intelectual del heroinómano con los antecedentes judiciales ha ocurrido a la inversa. No se ha podido demostrar una asociación significativa para el C.I. verbal (tabla XXXVI) y sí para los cocientes manipulativo (tabla XXXVII: $p < 0,03$) y total (tabla: XXXVIII $p < 0,033$) -ver apartado IV.2.6.-.

Nuestros resultados difieren de los que Yela y Cordero encontraron aplicando el W.A.I.S a una muestra de toxicómanos. Estos autores no descubrieron diferencias significativas en ningún factor, manteniéndose los perfiles próximos a las medias de la población general (Wechsler, 1986).

En cambio, coinciden con autores como Cabal (1990) que encontró un C.I. medio de 97,2; o Blanco y Rodríguez (1985), que con 42 heroinómanos hospitalizados y 40 controles hallaron una diferencia significativa con el índice de deterioro de Krauss.

Hernández y Furió (1993) citan otros trabajos como el de Rounsaville en 1981, que encontró una diferencia significativa entre el C.I. de heroinómanos y el de epilépticos; el ya comentado estudio de Grant de 1978 en el que se relacionaba el déficit neuropsicológico observado en el grupo de politoxicómanos con el bajo nivel educativo; el de Ortiz y De Antonio que con 96 heroinómanos obtienen un nivel normal sólo en el 60% de la muestra; y el de Guerra, ya en los ochenta, que halla puntuaciones inferiores en todos los tests de los heroinómanos frente a un grupo control, pero al realizar una segunda evaluación antes de dos semanas del ingreso observó mejoría en los heroinómanos, siendo comparables al grupo control.

Anteriormente hemos señalado que los heroinómanos de nuestra muestra presentan una relación significativa entre una deficiente capacidad verbal y una pobre escolarización. También una menor capacidad intelectual global -medida a través de los cocientes manipulativo y manual- se asocia con la existencia de problemas judiciales más graves.

En mi opinión, sin descartar la existencia de un posible deterioro orgánico previo o atribuible a las complicaciones de la droga, considero que la diferencia en el rendimiento intelectual se relaciona más con el ambiente, a través del que hemos denominado factor socio-penal (ver IV.2.6.) que engloba la asociación de la heroinomanía con escolarización pobre, graves problemas judiciales y nivel intelectual más bajo.

IV.4.2.- Área afectiva (tabla XIV y gráficos 3-5)

Hemos constatado que existe una relación entre el hecho de ser heroinómano y las puntuaciones de la escala de Hassanyeh ($t = 13,308$; $t = 12,621$; $t = 7,384$; y $t = 13,522$; todas para $p \leq 0,0001$), obteniendo los toxicómanos en todas las subescalas una media superior al grupo control (ver tabla XIV y gráficos 3-5).

Al examinar la relación entre el estado afectivo del sujeto, medido a través de la prueba de Hassanyeh (tablas XXX-XXXIII y gráficos 26-29), y su nivel de escolarización, encontramos una asociación significativa (máxima $p < 0,02$) para todas las subescalas (ver IV.2.3).

El heroinómano de nuestra muestra presenta una puntuación media en ansiedad de $11,34 \pm 2,87$, superior a la que los autores de la prueba otorgan a un sujeto con depresión reactiva ($10,12 \pm 2,74$) y cercana a la que definen como propia de un estado de ansiedad ($13,45 \pm 1,82$). La puntuación de depresión: $25,43 \pm 8,21$, es equivalente a la de un sujeto con depresión moderada ($27,9 \pm 6,1$) y la de vulnerabilidad: $12,17 \pm 2,77$, coincide con la de un sujeto en estado de ansiedad ($12,19 \pm 3,26$). La diferencia en la puntuación total de la escala entre ambos grupos es evidente ($48,94 \pm 11,88$ frente a $13,94 \pm 8,95$).

Señalamos que el estado afectivo del grupo de los controles está dentro de la normalidad, aunque su puntuación en ansiedad y depresión es levemente superior a la que Hassanyeh obtuvo para una población no psiquiátrica, lo que puede ser explicado por la situación vital –el servicio militar– en que se encuentran.

En un estudio realizado en Granada con el mismo instrumento de investigación (Delgado Rodríguez, 1992), comprobó que en una muestra de heroinómanos la ansiedad, depresión y la vulnerabilidad a padecer un trastorno emocional o a recaer de nuevo en él una vez padecido, son muy superiores a la de su población de referencia. Estos datos, ampliamente refrendados por la literatura existente, son interpretados de distinta manera según los autores.

Rounsaville (1982) halló una importante proporción de diagnósticos psiquiátricos previos en 533 adictos a opiáceos en tratamiento, siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad y del humor, junto a una destacada proporción de alteraciones de la personalidad (en especial el tipo antisocial). En la actualidad los estudios del diagnóstico dual tienen plena vigencia y son fuente de numerosos trabajos.

Para De Casario y De Leonetti (1992), los toxicómanos presentan un estado de tensión psíquica permanente con terribles ansiedades internas, por lo que su impulsividad y omnipotencia son sólo intentos de compensar la situación de déficit intrapsíquico.

Darke (1994) en 222 drogodependientes en tratamiento con metadona comprobó que había una elevada proporción de sujetos con cuadros graves de depresión y ansiedad, siendo la mayoría clasificados como casos psiquiátricos. Ambos trastornos estaban fuertemente relacionados con la situación de estrés personal.

Por todo ello, Khantzian (1985) postuló que el alivio de síntomas de ansiedad o de depresión o la atenuación de impulsos agresivos es el objetivo del adicto. Ésta es la "hipótesis de la automedicación": la droga elegida es el resultado de la interacción entre el efecto psicofarmacológico de la sustancia y el sentimiento doloroso predominante contra el cual el individuo lucha.

Valleur (1986) también considera que los tóxicos pueden tener valor de refugio y de recurso para las personas que no encuentran grandes satisfacciones en sus relaciones afectivas y amorosas. De algún modo, la droga protege de los sufrimientos y la ansiedad propios inspirados por el deseo de otra persona, sustituyéndolos por sensaciones inmediatas que se manifiestan como controlables y susceptibles de ser dominadas.

Pero esta "fácil" salida tiene un inconveniente que Laurie (1969) señaló, y es el peligro de autoperpetuación de la adicción, porque cuanto más se evite la ansiedad menos fácil será enfrentarse con ella alguna vez a solas y sin paliativos.

La depresión, para otros autores como Braconnier (1988), representa el trastorno mental más frecuentemente asociado a la toxicomanía. En el inicio de la intoxicación la asociación de drogodependencia y depresión podía ser diagnosticada para los dos tercios de los casos, tres años más tarde esta asociación se encontraba en el 90%. Este autor comenta que Akiskal en 1983, estudiando el porvenir de los hijos o de la fratria de pacientes maníaco-depresivos, observó que el 44% eran toxicómanos.

Coleman (1988) enfatiza que existe una asociación interesante entre la conducta raíz del abuso de drogas y la pena no resuelta. Gurpegui (1989) señala como para Martin un estado de mayor necesidad haría a ciertos individuos, generalmente adolescentes, más vulnerables.

García y Ezquiaga (1992) con un grupo de 94 toxicómanos concluyen que los trastornos afectivos aparecen en casi la tercera parte de la muestra (28,7%), siendo los segundos en frecuencia después de los trastornos de personalidad (36,1%).

Trujols y Toro (1992) resumen lo que diversos autores (Jonas y Gould, Johnson, Lacey y Evans, Pottash...) han sugerido, sobre la base fisiológica de que los opioides endógenos constituyen uno de los sistemas de neurotransmisión implicados en la regulación de la alimentación. La existencia de un trastorno afectivo mayor explicaría los casos de concurrencia de una drogodependencia y un trastorno de la conducta alimentaria., ambos cuadros serían síntomas de este tercer trastorno antes que entidades nosológicas independientes.

Sin embargo, hay autores como De Mojà (1992) que rechazan explícitamente la hipótesis de que el consumo/abuso de drogas sea una consecuencia de la ansiedad y la depresión que sufre el individuo.

Santacreu (1992) afirma que no nos encontramos ante una persona sana a la que se añade una psicopatología, sino ante la combinación de una arquitectura psicológica y un síndrome del comportamiento ambos disfuncionales, pero consistentes entre sí. Cualquier intento de eliminar el síntoma sólo conseguirá que

el sujeto se vea obligado a reconstruirlo para mantener su equilibrio. De ahí el sistemático fracaso de las desintoxicaciones puramente fisiológicas y el relativo éxito de las alternativas vitales. Este autor cree que la toxicomanía, más que una automedicación o una enfermedad sin más, es un intento de adaptación a un medio alterado o disfuncional, al igual que la esquizofrenia lo es ante el doble vínculo.

En este punto quizás sea oportuno citar las palabras de Freud (1929) cuando en "El malestar de la cultura", ante los excesivos sufrimientos de la vida, señala tres posibles salidas: distracciones para olvidar nuestra miseria, satisfacciones sustitutivas que la reducen y narcóticos para insensibilizarnos a ella. Y cuando se fracasa en esta búsqueda de la felicidad: "...aún hallará consuelo en el placer de la intoxicación crónica, o bien emprenderá esa desesperada tentativa de rebelión que es la psicosis". La psicosis, por tanto, podría entenderse como otro intento fallido de solución, una huida de la realidad que nos desagrada y ante la que nos sentimos impotentes.

D'Agnone (1992) recuerda como Glover en 1932 ya consideraba la adicción a los opiáceos como una defensa de nivel psicótico o fronterizo y remarcaba la proclividad del adicto a la desintegración de la personalidad, debido a la gran ansiedad que soportaba cuando se hallaba libre de drogas. También señala como Fenichel y otros autores, estiman que algunos sujetos tienden a defenderse ante situaciones de estrés (vividas como ansiedad de abandono), por medio de vínculos simbióticos -la psicosis- o por sustancias químicas equivalentes de estas experiencias -la toxicomanía-.

Stone, Szasz, De Angelis... inciden en el hecho de que la dependencia de drogas se encuentra a menudo en individuos con una organización psicótica o límite de la personalidad, y que en algunos casos la sustancia está conteniendo la irrupción de una psicosis aguda (Rodríguez Piedrabuena, 1996).

Laing subrayaba hace más de treinta años (1960) la inseguridad ontológica primaria del esquizofrénico, que nunca ha desarrollado una verdadera confianza en su realidad interior, porque nadie lo ha valorado como un ser humano independiente; utiliza una realidad ficticia para adaptarse a su ambiente, intentando evitar el enfrentamiento y con la ansiedad derivada de ser una totalidad cerrada en un mundo hostil. Él mismo escribe a Laurie (1969): "...el uso de la heroína puede estar retrasando la aparición de una psicosis de tipo esquizofrénico. Parece que la heroína permite a algunas personas salir de la mareante periferia del giróscopo, por así decirlo, y acercarse al centro inmóvil que llamamos interior".

Precisamente este último autor afirmaba: "Quizá lo que mate no sea tanto la droga como la personalidad que la usa suicidamente, que se suministra dosis excesivas, que no toma las elementales precauciones higiénicas en las inyecciones y que, en definitiva, desea matarse sin tener que tomar la decisión de hacerlo".

Kalina (1988) resume así el tema: "Toda adicción es una psicosis y una enfermedad suicida a corto o largo plazo. [...] El adicto es un ser en el cual se ha puesto en actividad la parte psicótica de la personalidad. [...] Los psicóticos se crean mundos alucinatorios y delirantes, los adictos buscan «los paraísos artificiales». Para no morir buscan la muerte".

Rutherford (1996) estudiando a los pacientes en tratamiento con metadona encuentra que mantienen el sentido de la realidad aunque presentan daños específicos en las relaciones objetales. Es decir, ven la realidad, personal o familiar, tal cual, y sufren por ella.

En este sentido, actualmente conocemos que la inmovilidad total, respuesta común de los animales a una amenaza abrumadora o ante un dolor o sufrimiento agudo, puede ser mediada por un opioide endógeno (Goldstein, 1994). Así mismo sabemos que el sujeto en fase aguda de esquizofrenia catatónica –cuya frecuencia a lo largo del siglo, en la sociedad occidental, ha descendido en sentido inverso al aumento de las toxicomanías–, se caracteriza por la tempestad de movimientos o la inmovilidad total, y en esta última presenta una descarga de opioides endógenos. Puede postularse entonces que ante sufrimientos emocionales intensos, derivados de condiciones de vida intolerables, el sujeto tenga la opción, involuntaria, de la psicosis o la posibilidad, pseudovoluntaria, de la drogodependencia.

Esta doble posibilidad –puramente intrapsíquica o utilizando sustancias externas–, fue también propuesta por Freud para otros cuadros clínicos. En “Duelo y melancolía” (1917) señalaba una opción similar para el caso de la melancolía. En ocasiones puede surgir una “solución” interna, como sucede en el caso de la manía, o recurrir de nuevo a una intoxicación –él hablaba de la etílica– que al igual que la primera es un estado: “...de elación ...[donde] probablemente por toxinas, hay una suspensión del gasto en energía de represión”. En ambas situaciones se tiende al mismo objetivo: la superación de una realidad vivida internamente como dolorosa.

Wolf y colaboradores (1995) comentan la hipótesis de que tanto el exceso como la disminución de la disponibilidad de las endorfinas circulantes puedan jugar un papel en la esquizofrenia, e indican que los primeros hallazgos clínicos obtenidos con metadona por autores como Brizer en 1985, o Feinberg y Hartman en 1991, apoyan su posible efecto antipsicótico.

Sobre este tema, Pérez de los Cobos y Casas (1992) afirman: 1) los opiáceos, como los neurolépticos, reducen la función de algunos sistemas dopaminérgicos a nivel del sistema nervioso central; 2) la opinión más extendida es que producen una mejoría en la sintomatología específica de la esquizofrenia; y 3) cabe la posibilidad de que las tasas de prevalencia de esquizofrenia entre drogodependientes sean menores que las reales por un efecto positivo de los opiáceos sobre las psicosis. Coincido con ellos cuando concluyen que los datos existentes aconsejan profundizar en esta línea de investigación.

Para terminar, si además examinamos el estado afectivo del heroinómano en relación con el nivel de estudios, comprobamos que el hecho de presentar una escolarización más pobre --con la salvedad ya comentada en el apartado IV.2.2.-- le hace más frágil en el manejo de su afectividad, le lleva a ser aún más vulnerable ante una situación que ya de por sí le resulta insuperable.

Resumiendo nuestro punto de vista, consideramos que el heroinómano sufre una distorsión afectiva importante --tanto en la ansiedad, la depresión como la vulnerabilidad-- y que este hecho se acentúa en aquellos casos en los que el sujeto presenta una escolarización más deficitaria.

V.- Conclusiones

Como consecuencia de las reflexiones que previamente hemos desarrollado en la discusión, resumimos a continuación las conclusiones más relevantes:

- 1.- Se ha evidenciado que para el hecho de ser heroinómano es más importante el haber tenido un contacto precoz con tóxicos que el motivo explícito de acercarse a ellos.
- 2.- Se ha detectado que la confluencia de escolarización deficitaria, graves problemas judiciales y bajo nivel intelectual conforman un factor, que hemos denominado socio-penal, y que acompaña al desarrollo de la heroínomanía.

- 3.- Se ha constatado que la familia interviene en la heroínomanía del sujeto a través de la posición que este ocupa en la fratría y favoreciendo un ambiente proclive al uso de drogas. Así pues, los heroínómanos que más gastan en el tóxico son aquellos pertenecientes a familias donde las toxicomanías afectan a varios miembros
- 4.- También, y con respecto a la familia, se ha detectado una asociación significativa entre la existencia de trastornos afectivos y neuróticos en los familiares del sujeto y la heroínomanía de éste.
- 5.- Se ha observado que una mayor veteranía como toxicómano hace que los adictos tiendan a la politoxicomanía. En nuestro estudio la droga que con más frecuencia acompaña al a heroína en este segmento cronológico es la cocaína.
- 6.- Se ha evidenciado una asociación significativa entre la heroínomanía y un estado afectivo alterado, en el que predomina la ansiedad y la depresión, especialmente si se acompaña de un bajo nivel de escolarización.

VI. Bibliografía

- 1.- ADLER, A. (1933): *Der Sinn des Lebens* [Trad. en castellano (1941): *El sentido de la vida*. Tercera edición. Miracle, Barcelona].
- 2.- AGUAR, O. (1989): El opio y sus derivados. *Farmacéuticos (Boletín extraordinario del Consejo General)*, Dic.: 12-16.
- 3.- AGUIRRE BATZÁN, A. (1994): *Estudios de etnopsicología y etnopsiquiatría*. Editorial Boixareu Universitaria Marcombo, Barcelona.
- 4.- ÁLAMO, C. y LÓPEZ-MUÑOZ, F. (1996): Aspectos neurofarmacológicos de la dependencia a opiáceos. En: *Avances en toxicomanías y alcoholismo. Aspectos conceptuales, farmacológicos, clínico-terapéuticos y médico-legales*. Valbuena Briones, A. y Álamo González, C. (eds.). Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares.

- 5.- ALONSO-FERNÁNDEZ, F. (1992): *Alcoholdependencia. Personalidad del alcohólico*. 3.ª edición. Masson-Salvat Medicina, Barcelona.
- 6.- ALONSO-FERNÁNDEZ, F. (1982): *Compendio de Psiquiatría. Segunda edición*. Oteo, Madrid.
- 7.- ALTIMIR, M.R.; SERRAS, E. y TORRENS, M. (1994): Detección y evaluación de los pacientes toxicómanos atendidos en un centro de asistencia primaria. *Aten. Primaria*, 13: 252-254.
- 8.- ALLPORT, G.W. (1963): *Pattern and growth in personality* [Trad. en castellano (1986): *La personalidad. Su configuración y desarrollo*. Herder, Barcelona].
- 9.- ALLPORT, G.W. (1957): Teorías de la personalidad en Europa y Estados Unidos. En: *Perspectives in Personality Theory* [Trad. en castellano (1977): *Teorías de la personalidad*. David, H.P. y Von Bracken, H. (eds.). Eudeba, Buenos Aires].
- 10.- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition: DSM-IV*. American Psychiatric Association, Washington, D.C.
- 11.- ANDALUCÍA, JUNTA (1997): *Los andaluces ante las drogas V. Resultados principales y conclusiones*. Junta de Andalucía, Consejería de Asuntos Sociales y Comisionado para la Droga, Sevilla.
- 12.- ANDALUCÍA, JUNTA (1990a): *Los andaluces ante las drogas (segunda edición)*. Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Servicios Sociales y Comisionado para la Droga, Sevilla.

- 13.- ANDALUCÍA, JUNTA (1990b): *Plan Andaluz Sobre Drogas. Informe de situación 1986, 1989*. Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Servicios Sociales y Comisionado para la Droga, Sevilla.
- 14.- ANGEL, S. y ANGEL, P. (1988a): Familia y toxicomanía. Clínica y terapia. En: *Confrontaciones psiquiátricas: Las toxicomanías (2)*. Rhône-Poulenc Farma, SAE. Alcorcón, Madrid.
- 15.- ANGEL, S. y ANGEL, P. (1988b): Drogadicción y familia. *Terapia Familiar*, 18: 17-21.
- 16.- ARNOLD, W. (1968): *Person, Charakter, Persönlichkeit, Verlag fur Psychologie* [Trad. en castellano (1975): *Persona, carácter y personalidad*. Herder. Barcelona].
- 17.- ASOCIACIÓN "POVEDA" (1997): Desarrollo del programa educativo con menores afectados por el consumo de drogas. En: *IV Encuentro nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario*. Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz, Diputación Provincial de Cádiz, Junta de Andalucía, Plan Nacional Sobre Drogas y Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (eds.), Cádiz.
- 18.- ASOCIACIÓN "PROYECTO HOMBRE" (1996): *Memoria 1995*. Asociación "Proyecto Hombre", Madrid.
- 19.- ASOCIACIÓN "PROYECTO HOMBRE" SEVILLA (1994): *Memoria 1993*. Asociación "Proyecto Hombre" Sevilla, Sevilla.
- 20.- AURIACOMBE, M.; GRABOT, D.; DAULOUÈDE, J.P.; VERGNOLLE, J.P.; O'BRIEN, C. y TIGNOL, J. (1994): A naturalistic follow-up study of french-speaking opiate-maintained heroin-addicted patients: effect on biopsychosocial status. *J. Subs. Abuse Treat.*, 11: 565-568.

- 21.- BACA BALDOMERO, E. (1980): Trastornos de la personalidad. En: *Manual de Psiquiatría*. González de Rivera, J.I.; Vela, A. y Arana, J. (eds.). Karpos, Madrid.
- 22.- BARCIA SALORIO, D. (1982): Personalidad y conducta. En: *Psiquiatría*. Ruiz Ogara, C.; Barcia Salorio, D. y López-Ibor Aliño, J.J. (eds.). Toray, Barcelona.
- 23.- BARRANTES RODRÍGUEZ, R. (1989): Psicología del toxicómano y su entorno familiar. La familia ante un hijo toxicómano. *Farmacéuticos (Boletín extraordinario del Consejo General)*. Dic.: 77-81.
- 24.- BARRIO, G.; DE LA FUENTE, L. y CAMÍ, J. (1993): El consumo de drogas en España y su posición en el contexto europeo. *Med. Clín.*, **101**: 343-355.
- 25.- BARRIO ANTA, G.; VICENTE ORTA, J.; BRAVO PORTELA, M.J. y DE LA FUENTE HOZ, L. (1993): The epidemiology of cocaine use in Spain. *Drug Alcohol Depend.*, **34**: 45-57.
- 26.- BEDATE, J.; BOBES, J.; OCHOA, E. y SOLE, J. (1995): Evaluación del tratamiento de los heroínómanos con naltrexona. Estudio multicéntrico. En: *Avances en drogodependencias. Tratamientos farmacológicos*. Casas, M.; Gutiérrez, M. y San, L. (eds.). Ediciones en Neurociencias, Barcelona.
- 27.- BELDING, M.A.; IGUCHI, M.Y.; LAMB, R.J.; LAKIN, M. y TERRY, R. (1995): Stages and processes of change among polydrug users in methadone maintenance treatment. *Drug Alcohol Depend.*, **39**: 45-53.
- 28.- BERGERET, J. (1986): La prevención primaria de las toxicomanías y otras dificultades de los adolescentes. *Drogalcohol*, **3**: 108-111.

- 29.- BERGSTEIN, J.M.; BAKER E.J.; APRAHAMIAN, C.; SCHEIN, M. y WITTMANN, D.H. (1995): Soft tissue abscesses associated with parenteral drug abuse: presentation, microbiology, and treatment. *Am. Surg.* 61: 1105-1108.
- 30.- BETTELHEIM, B. (1975): *The uses of enchantment. The meaning and importance of fairy tales* [Trad. en castellano (1977): *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*. CRÍTICA (Grijalbo Mondadori), Barcelona].
- 31.- BONGAIN, A.; HUSS, M. y GILLET, J.Y. (1992): Toxicomanie et grossesse. *Rev. Prat. (Paris)*, 42: 1004-1009.
- 32.- BRACONNIER, A. (1988): Trastornos mentales y toxicomanía. En: *Confrontaciones psiquiátricas: Las toxicomanías (2)*. Rhône-Poulenc Farma, SAE. Alcorcón, Madrid.
- 33.- BRANCATO, V.; DELVECCHIO, G. y SIMONE, P. (1995): Sopravvivenza e mortalità in una coorte di tossicodipendenti da eroina nel periodo 1985-1994. *Minerva Med.*, 86: 97-99.
- 34.- BRITANNICA CD (1994): Burroughs, William S(eward). Encyclopædia Britannica, Inc. Brtannica CD-ROM. Release 1.01.
- 35.- BRITTON, P.G. y SAVAGE, R.D. (1966): A short form of the W.A.I.S. for use with the aged. *Br. J. Psychiatry*, 112: 417-418.
- 36.- BRUGAL, M.T.; VILLALBÍ, J.R.; TORRALBA, L; VALVERDE, J.L. y TORTOSA, M.T. (1995): Epidemiología de la reacción aguda adversa a drogas en Barcelona, 1983-1992: análisis de la mortalidad. *Med. Clin.* 105: 441-445.

- 37.- CABAL BRAVO, J.C.; BOBES GARCÍA, J.; VÁZQUEZ FERNÁNDEZ, A.; GONZÁLEZ-QUIRÓS CORUJO, P.; BOUSONO GARCÍA, M.; GARCÍA PRIETO, A. y GONZÁLEZ GARCÍA-PORTILLA, P. (1990): T.A.T.: Psicodiagnóstico en pacientes heroínómanos. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 18: 1-6.
- 38.- CABRERA BONET, R. y CABRERA FORNEIRO, J. (1994): *Las drogas de abuso. Un reto sanitario*. Universidad Pontificia Comillas, Madrid.
- 39.- CADAFALECH ARPA, J.; DOMINGO, P. y LÓPEZ-NAVIDAD, A. (1993): Hepatitis en adictos a drogas. En: *El paciente heroínómano en el Hospital General*. Cadafalch, J. y Casas, M. (eds.). Plan Nacional Sobre Drogas, CITRAN y Generalitat de Catalunya, Bilbao.
- 40.- CAMÍ, J. y DOMINGO-SALVANY, A. (1995): Factores de riesgo en la muerte por heroína. *Med. Clin.*, 105: 441-445.
- 41.- CANCRINI, L. (1990): Hacia una tipología de las toxicodependencias juveniles. En: *Toxicodependencias: asistencia y prevención*. Yaría, J.A. (ed.). Nadir Editores, Buenos Aires.
- 42.- CANCRINI, L. (1997): La psicopatología de la adicción. Una revisión. En: *IV Encuentro nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario*. Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz, Diputación Provincial de Cádiz, Junta de Andalucía, Plan Nacional Sobre Drogas y Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (eds.), Cádiz.

-
- 43.- CANCRINI, L. (1982): *Quei temerari sulle macchine volanti. Studio sulle terapie dei tossicomani* [Trad. en castellano (1991): *Los temerarios en las máquinas voladoras*. Nueva Visión, Buenos Aires].
- 44.- CANCRINI, L.; CINGOLANI, S.; COMPAGNONI, F.; COSTANTINI, D. y MAZZONI, S. (1988): Juvenile drug addiction: a typology of heroin addicts and their families. *Fam. Proc.*, 27: 261-271.
- 45.- CANCRINI, L. y LA ROSA, C. (1991): *Il vaso di Pandora*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- 46.- CAPARRÓS, A. (1979): *Introducción histórica a la psicología contemporánea*. Rol, Barcelona.
- 47.- CARRASCO, J.L. y ARANA, J. (1981): Psicología de la juventud drogadicta. En: *La droga en la juventud*. Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Madrid e Instituto de Ciencias del Hombre (eds.). Karpos, Madrid.
- 48.- CASAS, M.; DURO, P. y GUARDIA, J. (1993): El trastorno por dependencia de opiáceos: Conceptos básicos que deben ser manejados por el personal del Hospital General no especializado en drogodependencias. En: *El paciente heroinómano en el Hospital General*. Cadafalch, J. y Casas, M. (eds.). Plan Nacional Sobre Drogas, CITRAN y Generalitat de Catalunya, Bilbao.
- 49.- COLEMAN, P. (1993): Overview of substance abuse *Prim. Care*, 20: 1-18.
- 50.- COLEMAN, S.B.; KAPLAN, D.C. y DOWNING, R.W. (1988): Ciclo de vida y abandono. El vacío espiritual de la adicción a la heroína. *Terapia Familiar*, 18: 33-56.

- 51.- COLL, G.E. y LEWIS, H. (1994): Metastatic choroidal abscess and choroidal neovascular membrane associated with *Staphylococcus aureus* endocarditis in a heroin user. *Retina*, 14: 256-259.
- 52.- COMAS ARNAU, D. (1988): *El tratamiento de la drogodependencia y las comunidades terapéuticas*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, Madrid.
- 53.- COMAS ARNAU, D. (1997): Entre el sistema penal y los objetivos asistenciales: el papel del contexto social y político. En: *IV Encuentro nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario*. Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz, Diputación Provincial de Cádiz, Junta de Andalucía, Plan Nacional Sobre Drogas y Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (eds.), Cádiz.
- 54.- COMAS ARNAU, D. (1990): La construcción social de la imagen del drogodependiente: consecuencias para la prevención y la atención. *Psicología de la Intervención Social*, 3: 233-261.
- 55.- CONDE LÓPEZ, V. y FRANCH VALVERDE, J.I. (1984): *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos depresivos*. Ed. Laboratorios UpJohn.
- 56.- CONE, E.; MILLSGROVE, M.; JENKINS, A.; KEENAN, R.M. y DARWIN, W.D. (1994): Swet testing for heroin, cocaine and metabolites. *J. Analyt. Toxicol.*, 18: 298-305.
- 57.- CÓRDOVA CASTRO, A. y VILLA LANDA, F. (1974): Propedéutica psiquiátrica. En: *Propedéutica y Clínica Psiquiátricas*. Instituto Cubano del Libro . Espaxs, Barcelona.

- 58.- CORRIGAN, D. (1986): Drug abuse in the Republic of Ireland: an overview. *Bulletin on Narcotics*, 38: 91-97.
- 59.- CRAIG, R.J. y OLSON, R.E. (1990): MCMI comparisons of cocaine abuser and heroin addicts. *J. Clin. Psychol.*, 46: 230-237.
- 60.- CHARLES-NICOLAS, A. (1988): Toxicomanías y medio ambiente. En: *Confrontaciones psiquiátricas: Las toxicomanías (2)*. Rhône-Poulenc Farma, SAE, Alcorcón, Madrid.
- 61.- CHIOZZA, L. (1986): *¿Por qué enfermamos?* Alianza Editorial, Buenos Aires.
- 62.- D'AGNONE, O.A. (1992): Opiáceos, simbiosis y adicción. De la neurobiología al psicoanálisis. En: *Drogadicción*. Musacchio de Zan, A. y Ortiz Frágola, A. (eds.), Paidós, Buenos Aires.
- 63.- DARKE, S. y HALL, W. (1995): Levels and correlates of polydrug use among heroin users and regular amphetamine users. *Drug Alcohol Depend.*, 39: 231-235
- 64.- DARKE, S.; HALL, W. y SWIFT, W. (1994): Prevalence, symptoms and correlates of antisocial personality disorder among methadone maintenance clients. *Drug Alcohol Depend.*, 34: 253-257.
- 65.- DE CASARIO, E.C. y DE LEONETTI, M.R. (1992): Factores psicológicos tempranos en la estructuración de la personalidad adicta. En: *Drogadicción*. Musacchio de Zan, A. y Ortiz Frágola, A. (eds.). Paidós, Buenos Aires.

- 66.- DE LA FUENTE, L.; BARRIO, G.; VICENTE, J.; BRAVO, M.J. y LARDELLI, P. (1994): Intravenous administration among heroin users having treatment in Spain. *Int. J. Epidemiol.*, 23: 805-811.
- 67.- DE MOJÀ, C. (1992): Longitudinal survey of anxiety and depression in drug users and addicts. *Psychological Reports*, 70: 738.
- 68.- DE VICENTE MONJO, P. (1981): El tráfico de drogas en y por España. En: *La droga en la juventud*. Instituto de Ciencias del Hombre y Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Madrid (eds.). Karpos, Madrid.
- 69.- DE VICENTE MONJO, P. (1974): La presencia de la droga en España. En: *La droga, problema humano de nuestro tiempo*. Instituto de Ciencias del Hombre (ed.). Seminarios y Ediciones, Madrid.
- 70.- DE QUINCEY, T. (1821): *Confessions of an English Opium-Eater* [Trad. en castellano (1981): *Confesiones de un opiómano inglés*. Fontamara, Barcelona].
- 71.- DEISHER, R.W.; LITCHFIELD, C. y HOPE, K.R. (1991): Birth outcomes of prostituting adolescents. *J. Adolesc. Health*, 12: 528-533.
- 72.- DELAY, J. y PICHOT, P. (1969): *Abrégé de Psychologie a l'usage de l'étudiant* [Trad. en castellano (1971): *Manual de psicología*. Toray-Masson, Barcelona].
- 73.- DELGADO ARCOS, E.; PABLOS MÁRQUEZ, M.L. y SÁNCHEZ SÁNCHEZ, D. (1996): *Programa de prevención de drogodependencias (tabaco y alcohol) al finalizar la educación primaria. Memoria de investigación*. Junta de Andalucía, Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales y Comisionado para la Droga, Sevilla.

- 74.- DELGADO RODRÍGUEZ, A. (1992): Estudio psicosocial y comparativo en enfermos alcohólicos y toxicómanos. *Folia Neuropsiquiátrica*, 27: 41-63.
- 75.- DOMINGO, P.; LÓPEZ-CONTRERAS, J.; RIS, J., COLOMINA, J. y CADAFALECH, J. (1933): Complicaciones infecciosas en adictos a drogas por vía parenteral. En: *El paciente heroínómano en el Hospital General*. Cadafalch, J. y Casas, M. (eds.). Plan Nacional Sobre Drogas, CITRAN y Generalitat de Catalunya, Bilbao.
- 76.- DORESTE, J. (1993): Epidemiología analítico-observacional en salud mental (II): estudios casos-controles. En: *El método epidemiológico en salud mental*. González de Rivera y Revuelta, J.L.; Rodríguez Pulido, F. y Sierra López, A. (eds.). Masson-Salvat Medicina, Barcelona.
- 77.- DOWNS, W.R. y ROSE, S.R. (1991): The relationship of adolescent peer groups to the incidence of psychosocial problems. *Adolescence*, 26: 473-492.
- 78.- DURO, P.; CASAS, M. y CABERO, L. (1993): Embarazo, parto y puerperio en la mujer adicta a opiáceos. En: *El paciente heroínómano en el Hospital General*. Cadafalch, J. y Casas, M. (eds.). Plan Nacional Sobre Drogas, CITRAN y Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, Bilbao.
- 79.- E.D.I.S. (1987): *La incidencia de las drogodependencias en el medio laboral*. Departamento Confederal de Servicios Sociales de la Unión General de Trabajadores, Madrid.
- 80.- EJÉRCITO, ESTADO MAYOR (1983): *Manual de información sobre droga*. División de Inteligencia del Estado Mayor del Ejército (ed.). Madrid.

- 81.- E.M.C.D.D.A.(1996): *1995. Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug-Addiction, Lisboa (Portugal).
- 82.- ESCOHOTADO, A (1992a): *Historia de las drogas*, 1. 3ª edición. Alianza Editorial, Madrid.
- 83.- ESCOHOTADO, A (1992b): *Historia de las drogas*, 2. 3ª edición. Alianza Editorial, Madrid.
- 84.- ESCOHOTADO, A (1992c): *Historia de las drogas*, 3. 3ª edición. Alianza Editorial, Madrid.
- 85.- ESCOHOTADO, A.; BARATTA, A.; GONZÁLEZ, S.; ESCRIBANO, M.; ZARAGOZA, J.; GONZÁLEZ, C. y FUNES, J. (1991): *¿Legalizar las drogas? Criterios Técnicos para el Debate*. Editorial Popular, Madrid.
- 86.- EUROPEAN CENTRE FOR THE EPIDEMIOLOGICAL MONITORING OF AIDS. (1993): *AIDS surveillance in Europe. Quarterly Report*, 36: 1-39.
- 87.- EY, H.; BERNARD, P. y BRISSET, CH. (1978): *Manuel de Psychiatrie* [Trad. en castellano (1989): *Tratado de Psiquiatría*. Masson, Barcelona].
- 88.- FACY, F. (1995): Abords epidemiologiques de la toxicomanie: morbidite et evaluation des soins. *Rev. Prat.*, 45: 1345-1350.
- 89.- FACY, F.; PHILIPPE, A. y VERRON, M. (1987): L'héroïnomanie: impact social et économique. *Rev. Prat.*, 37: 1703-1709.

- 90.- FARROW, J.A. y FRENCH, J. (1986): The drug abuse-delinquency connection revisited. *Adolescence*, 21: 951-960
- 91.- FEIGELMAN, W.; KLEINMAN, P.H.; LESIEUR, H.R.; MILLMAN, R.B. y LESSER, M.L. (1995): Pathological gambling among methadone patients. *Drug Alcohol Depend.*, 39: 75-81.
- 92.- FELDMAN, D. y GAGNON, J. (1986): *Stat View II. The interactive statistic and graphic package*. Calabasas, C.A., Brain Power.
- 93.- FERRARI, E.; DRAI, E.; TAILLAN, B.; TALBODEC, A.; BAUDOUY, M. y MORAND, P. (1995): Hypertension arterielle pulmonaire sur talcome chez un couple de toxicomanes. *Ann. Cardiol. Angeiol. Paris*, 44: 14-15.
- 94.- FIELDMAN, N.P.; WOOLFOLK, R.L. y ALLEN, L.A. (1995): Dimensions of self-concept: a comparison of heroin and cocaine addicts. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 21: 315-326.
- 95.- FINNIGAN, F. (1995): The cognitive structure underlying heroin-injecting behaviour. *J. Drug Educ.*, 25: 281-287.
- 96.- FIRST, M.B.; FRANCES, A. y PINCUS, H.A. (1996): *DSM-IV. Manual de diagnóstico diferencial*. American Psychiatric Association. Masson, Barcelona.
- 97.- FISSENI, H.J. (1984): *Persönlichkeitspsychologie* [Trad. en castellano (1987): *Psicología de la personalidad. En busca de una ciencia*. Herder, Barcelona].

- 98.- FORSYTH, A.J.M.; FARQUHAR, D.; GEMMELL, M.; SHEWAN, D. y DAVIES, J.B. (1993): The dual use of opioids and temazepam by drug injectors in Glasgow (Scotland). *Drug Alcohol Depend.*, 32: 277-280.
- 99.- FRANKL, V. (1984): *Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie* [Trad. en castellano: *El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia*. Herder, 1987].
- 100.- FRATTA, W. y GESSA, G.L. (1993): Il punto di vista farmacologico. En: *Tossico-dependence*. Andreoli, V.; Cancrini, L.; Fratta, W. y Gessa, G.L. (eds.). Masson, Milano.
- 101.- FREIXÁ, F. (1992): Anexo a la edición española. En: *Manual de toxicomanías*. Nahas, G. y Trouvé, R. (eds.). Masson, Barcelona.
- 102.- FREIXÁ, F. (1981): Instituciones hospitalarias en rehabilitación de drogadictos. En: *La droga en la juventud*. Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Madrid e Instituto de Ciencias del Hombre (eds.). Karpos, Madrid.
- 103.- FREUD, S. (1938): *Abriss der Psychoanalyse* [Trad. en castellano (1988): *Compendio del Psicoanálisis*. En: *Obras completas*. Vol. 19. Biblioteca Nueva, Barcelona].
- 104.- FREUD, S. (1929): *Das Unbehagen in der Kultur* [Trad. en castellano (1988): *El malestar en la cultura*. En: *Obras completas*. Vol. 17. Biblioteca Nueva, Barcelona].

- 105.- FREUD, S. (1905): *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie* [Trad. en castellano (1988): Tres ensayos para una teoría sexual. En: *Obras completas*. Vol. 6. Biblioteca Nueva, Barcelona].
- 106.- FREUD, S. (1917): *Traner und Melancholie* [Trad. en castellano (1988): Duelo y melancolía. En: *Obras completas*. Vol. 11. Biblioteca Nueva, Barcelona].
- 107.- FRIEDMAN, E.A. y TAO, T.K. (1995): Disappearance of uremia due to heroin-associated nephropathy. *Am. J. Kidney Dis.*, 25: 689-693.
- 108.- FUSTER, M.; CADAVALCH, J.; DOMINGO, P. y SANTALO, M. (1993): Intoxicación aguda por opiáceos. En: *El paciente heroinómano en el Hospital General*. Cadafalch, J. y Casas, M. (eds.). Plan Nacional Sobre Drogas, CITRAN y Generalitat de Catalunya, Bilbao.
- 109.- GAMELLA, J.F. (1997): Heroína en España, 1977-1996. Balance de una crisis de drogas. En: *IV Encuentro nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario*. Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz, Diputación Provincial de Cádiz, Junta de Andalucía, Plan Nacional Sobre Drogas y Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (eds.), Cádiz.
- 110.- GAMELLA, J.F. (1990): *La historia de Julián. Memorias de heroína y delincuencia*. Editorial Popular, Madrid.
- 111.- GARCÍA BADARACCO, J. (1992): El funcionamiento mental del paciente drogadicto y su familia. En: *Drogadicción*. Musacchio de Zan, A. y Ortiz Frágola, A. (eds.). Paidós, Buenos Aires.

- 112.- GARCÍA LÓPEZ, A. y EZQUIAGA TERRAZAS, E. (1992): Psicopatología asociada al consumo de drogas. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 20: 175-182.
- 113.- GARCÍA MÉRITA, M.L. (1989): El qué y el cómo de la evaluación de la personalidad. En: *Tratado de Psicología General (IX)*. Mayor, J. y Pinillos, J.L. (eds.). Alhambra Universidad, Madrid.
- 114.- GARCÍA RODRIGUEZ, J.A. (1997): Programa de prevención comunitaria del ayuntamiento de Ibi (Alicante). En: *IV Encuentro nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario*. Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz, Diputación Provincial de Cádiz, Junta de Andalucía, Plan Nacional Sobre Drogas y Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (eds.), Cádiz.
- 115.- GÁZQUEZ EVANGELISTA, J.A. y PIÑERO GUTIÉRREZ, M. (1992): Estudios de las variables socioculturales de una muestra urbana de heroinómanos. *Folia Neuro-psiquiátrica*, 27: 17-26.
- 116.- GEIWITZ, J. (1969): *Non-freudian personality theories* [Trad. en castellano (1977): *Teorías no freudianas de la personalidad*. Ed. Marova, Madrid].
- 117.- GERRA, G.; FERTONANI, G.; TAGLIAVINI, P.; ZAIMOVIC, A.; DELSIGNORE, R.; MAESTRI, D.; AVANZINI, P.; CACCAVARI, R. y BRAMBILLA, F. (1995): Serotonin function in detoxified heroin abusers: prolactin and cortisol responses to fenfluramine challenge. *Psychiatry Res.*, 58: 153-160.
- 118.- GILBERT, A.R. (1957): Sobre la estratificación de la personalidad. En: *Perspectives in Personality Theory* [Trad. en castellano (1977): *Teorías de la personalidad*. David, H.P. y Von Bracken, H. (eds.) Eudeba. Buenos Aires].

- 119.- GOBBI, S. (1993): *Adolescencia y adicción*. Homo Sapiens Ediciones, Rosario (República Argentina).
- 120.- GOLDSTEIN, A. (1994): *Addiction* [Trad. en castellano (1995): *Adicción*. Ediciones en Neurociencias, Barcelona].
- 121.- GONZÁLEZ, J.L. (1987): *Psicología de la personalidad*. Biblioteca Nueva, Madrid.
- 122.- GONZÁLEZ INFANTES, J.M. (1985): Notas para una psicopatología transcultural de las drogodependencias. En: *Drogadictos y drogodependencias*. González Infantes, J.M. (ed). Universidad de Cádiz, Cádiz.
- 123.- GONZÁLEZ INFANTES, J.M.; CRESPO BENÍTEZ, J.; GIRÓN GARCÍA, S. y MARTÍNEZ DELGADO, J.M. (1985): Conceptos básicos y clasificaciones de las drogodependencias. En: *Drogadictos y drogodependencias*. González Infantes, J.M. (ed.). Universidad de Cádiz, Cádiz.
- 124.- GOSSOP, M.; POWIS, B.; GRIFFITHS, P. y STRANG, J. (1994): Sexual behaviour and its relationship to drug-taking among prostitutes in south London. *Addiction*, **89**: 961-970.
- 125.- GOSSOP, M.; GRIFFITHS, P.; POWIS, B. y STRANG, J. (1992): Severity of dependence and route of administration of heroin, cocaine and amphetamines. *Br. J. Addict.*, **87**: 1527-1536.
- 126.- GRELLA, C.E.; ANGLIN, D.M. y WUGALTER, S.E. (1995): Cocaine and crack use and HIV risk behaviors among high-risk methadone maintenance clients. *Drug Alcohol Depend.*, **37**: 15-21.

- 119.- GOBBI, S. (1993): *Adolescencia y adicción*. Homo Sapiens Ediciones, Rosario (República Argentina).
- 120.- GOLDSTEIN, A. (1994): *Addiction* [Trad. en castellano (1995): *Adicción*. Ediciones en Neurociencias, Barcelona].
- 121.- GONZÁLEZ, J.L. (1987): *Psicología de la personalidad*. Biblioteca Nueva, Madrid.
- 122.- GONZÁLEZ INFANTES, J.M. (1985): Notas para una psicopatología transcultural de las drogodependencias. En: *Drogadictos y drogodependencias*. González Infantes, J.M. (ed). Universidad de Cádiz, Cádiz.
- 123.- GONZÁLEZ INFANTES, J.M.; CRESPO BENÍTEZ, J.; GIRÓN GARCÍA, S. y MARTÍNEZ DELGADO, J.M. (1985): Conceptos básicos y clasificaciones de las drogodependencias. En: *Drogadictos y drogodependencias*. González Infantes, J.M. (ed.). Universidad de Cádiz, Cádiz.
- 124.- GOSSOP, M.; POWIS, B.; GRIFFITHS, P. y STRANG, J. (1994): Sexual behaviour and its relationship to drug-taking among prostitutes in south London. *Addiction*, **89**: 961-970.
- 125.- GOSSOP, M.; GRIFFITHS, P.; POWIS, B. y STRANG, J. (1992): Severity of dependence and route of administration of heroin, cocaine and amphetamines. *Br. J. Addict.*, **87**: 1527-1536.
- 126.- GRELLA, C.E.; ANGLIN, D.M. y WUGALTER, S.E. (1995): Cocaine and crack use and HIV risk behaviors among high-risk methadone maintenance clients. *Drug Alcohol Depend.*, **37**: 15-21.

- 127.- GRIFFITHS, P.; GOSSOP, M.; POWIS, B. y STRANG, J. (1994): Transitions in patterns of heroin administration: a study of heroin chasers and heroin injectors. *Addiction*, **89**: 301-309.
- 128.- GROESBECK, C.J. (1990): Teorías de la personalidad y psicopatología: escuelas psicoanalíticas culturalistas e interpersonales. Carl Jung. En: *Tratado de Psiquiatría*. Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (eds.). Masson-Salvat Medicina, Barcelona.
- 129.- GUERRA, D.; SOLÉ, A.; CAMÍ, J. y TOBEÑA, A. (1987): Neuropsychological performance in opiate addicts after rapid detoxification. *Drug Alcohol Depend.*, **20**: 261-270.
- 130.- GUERRA, F. (1974): Los ciclos culturales en el uso de las drogas. En: *La droga, problema humano de nuestro tiempo*. Instituto de Ciencias del Hombre (ed.). Seminarios y Ediciones, Madrid.
- 131.- GURPEGUI, M. (1989): Factores implicados en la dependencia a opiáceos. *Folia Neuropsiquiátrica*, **24**: 183-191.
- 132.- GUTIÉRREZ, M.; BALLESTEROS, J.; FIGUERIDO, J.L. y ELIZAGARATE, E. (1995): Las desintoxicaciones ultracortas con antagonistas opiáceos. En: *Avances en drogodependencias. Tratamientos farmacológicos*. Casas, M.; Gutiérrez, M. y San, L. (eds.). Ediciones en Neurociencias, Barcelona.
- 133.- HAGGETT, H.R. (1974): El problema mundial de la droga. Causas de su uso y de su abuso. En: *La droga, problema humano de nuestro tiempo*. Instituto de Ciencias del Hombre (ed.). Seminarios y Ediciones, Madrid.

- 134.- HALEY, J. (1980): *Leaving home. The therapy of disturbed young people*. McGraw-Hill, New York.
- 135.- HALL, W.; BELL, J. y CARLESS, J. (1993): Crime and drug use among applicants form methadone maintenance. *Drug Alcohol Depend.*, 31: 123-129.
- 136.- HAMMERSLEY, R.; FORSYTH, A.; MORRISON, V. y DAVIES, J.B. (1989): The relationship between crime and opioid use. *Br. J. Addict.*, 84: 1029-1043.
- 137.- HARTNOLL, R.L. (1994): Opiates: prevalence and demographic factors. *Addiction*, 89: 1377-1383.
- 138.- HASSANYEH, F.; ECCLESTON, D. y DAVISON, K. (1981): Rating of anxiety, depression and vulnerability. *Acta Psychiat. Scand.*, 64: 301-303.
- 139.- HELAL, H.; MOMAS, I.; PRETET, S.; MARSAL, L. y POINSARD, R. (1995): HIV prevalence and risk behaviour among intravenous drug users attending HIV counselling and testing centres in Paris. *Addiction*, 90: 1627-1633.
- 140.- HELLÍN SANZ, T. (1996): Infección en el drogadicto. En: *Avances en toxicomanías y alcoholismo. Aspectos conceptuales, farmacológicos, clínico-terapéuticos y médico-legales*. Valbuena Briones, A. y Álamo González, C. (eds.). Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares.
- 141.- HERNÁNDEZ, E. y FURIÓ, E. (1993): Trastornos neuropsicológicos asociados al abuso de sustancias psicoactivas y a la infección por VIH. En: *El paciente heroínómano en el Hospital General*. Cadafalch, J. y Casas, M. (eds.). Plan Nacional Sobre Drogas, CITRAN y Generalitat de Catalunya, Bilbao.

- 142.- HIGH, R.P. y WOODWARD, W.R. (1980): William James and Gordon Allport: Parallels in Their Maturing Conceptions of Self and Personality. En: *Psychology. Theoretical-Historical Perspectives*. Rieber, R.W. y Salzinger, K. (eds.). Academic Press, New York.
- 143.- HOFFMAN, R.S. y GOLDFRANK, L.R. (1990): The impact of drug abuse and addiction on society. *Emerg. Med. Clin. North-Am.*, 8: 467-480.
- 144.- HOFFMANN, H.F. (1935): *Die Schichttheorie* [Trad. en castellano (1946): *Teoría de los estratos psíquicos (nuevas orientaciones en psicopatología y psiquiatría clínica)*. Ediciones Morata, Madrid].
- 145.- HUGHES, P.H. y RIECHE, O. (1995): Heroin epidemics revisited. *Epidemiol. Rev.*, 17: 66-73.
- 146.- IBÁÑEZ GUERRA, E. (1989): Individuo, persona y personalidad. En: *Tratado de Psicología General IX*. Mayor, J. y Pinillos, J.L. (eds.). Alhambra Universidad, Madrid.
- 147.- IGLESIAS, A.; GÓMEZ, J.; EL KHATIB, I. y FERNÁNDEZ, F. (1994): Crisis asmática por heroína inhalada. *Rev. Clin. Esp.*, 194: 731-732.
- 148.- INGLIS, B. (1975): *The forbidden game* [Trad. en castellano (1994): *El juego prohibido. Historia social de las drogas*. Tikal, Gerona].
- 149.- JAFFE, J.H. (1982): Drogadicción y abuso de drogas. En: *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. Goodman Gilman, A.; Goodman, L.S. y Gilman, A. (eds.). Ed. Panamericana, México D.F.

- 150.- JAFFE, J.H. y MARTIN, W.R. (1982): Analgésicos y antagonistas opiáceos. En: *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. Goodman Gilman, A.; Goodman, L.S. y Gilman, A. (eds.). Ed. Panamericana, México D.F.
- 151.- JERVIS, G. (1976): *L'ideologia della droga e la questione delle droghe leggere* [Trad. en castellano (1977): *La ideología de la droga y la cuestión de las drogas ligeras*. Cuadernos Anagrama, Barcelona].
- 152.- JASPERS, K. (1946): *Allgemeine Psychopathologie* [Trad. en castellano (1996): *Psicopatología general*. Fondo de Cultura Económica, México].
- 153.- JOE, G.W. y SIMPSON, D.D. (1995): HIV risks, gender, and cocaine use among opiate users. *Drug Alcohol Depend.*, 37: 23-28.
- 154.- JONNES, J. (1995): The rise of the modern addict. *Am. J. Public. Health.*, 85: 1157-1162.
- 155.- KALINA, E. (1988): *Adolescencia y drogadicción*. Nueva Visión, Buenos Aires.
- 156.- KALINA, E. (1990): Los "co-adictos". En: *La familia del adicto y otros temas*. Arias, J.A.; Fernández Labriola, R.; Kalina, E. y Pierini, C.D. Nueva Visión, Buenos Aires.
- 157.- KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. y GREER, J.A. (1994): *Synopsis of psychiatry. Behavioral sciences. Clinical psychiatry. Seventh edition*. Williams and Wilkins, Baltimore. U.S.A.
- 158.- KARCH, S.B. (1996): *The pathology of drug abuse. 2nd ed.* CRC Press, Florida.

- 159.- KERNBERG, O.F. (1990): Teorías de la personalidad y psicopatología: otras escuelas. Melanie Klein. En: *Tratado de Psiquiatría*. Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (eds.). Masson-Salvat Medicina, Barcelona.
- 160.- KHANTZIAN E.J. (1985): The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *Am. J. Psychiatry*, **142**: 1259-1264.
- 161.- KUHNS, J.B. 3d; HEIDE, K.M. y SILVERMAN, I. (1992): Substance use/misuse among female prostitutes and female arrestees. *Int. J. Addict.*, **27**: 1283-1292.
- 162.- KOKKEVI, A.; LIAPPAS, J.; BOUKOUVALA, V.; ALEVIZOU, V.; ANASTASSOPOULOU, E. y STEFANIS, C. (1993): Criminality in a sample of drug abusers in Greece. *Drug Alcohol Depend.*, **31**: 111-121.
- 163.- KÜNKEL, F. (1940): *Grundzüge der praktischen seelenheilkunde* [Trad. en castellano (1972): *Del Yo al Nosotros. Nuevas orientaciones de la psicoterapia dialéctica*. 5.^a edición. Biblioteca Universal Miracle, Barcelona].
- 164.- LA'ING, R.D. (1960): *The divided self (a study of sanity and madness)* [Trad. en castellano (1993): *El yo dividido. Un estudio sobre la salud y la enfermedad*. Fondo de Cultura Económica, México].
- 165.- LAURIE, P. (1969): *Drugs Medical, Psychological and Social Facts* [Trad. en castellano (1992): *Las drogas*. Novena edición. Alianza Editorial, Madrid].
- 166.- LAWSON, J. (1989): *Endorphins* [Trad. en castellano (1995): *Endorfinas, la droga de la felicidad*. Obelisco, Barcelona].

- 167.- LE POULICHET, S. (1987): *Toxicomanies et psychanalyse* [Trad. en castellano (1990): *Toxicomanías y psicoanálisis. Las narcosis del deseo*. Amorrortu editores, Buenos Aires].
- 168.- LEE, H.K.; BLUESTONE, H. y FRANCES, R. (1994): Screening and treatment of tuberculosis in a methadone maintenance treatment program. *Hosp. Community Psychiatry*, **45**: 759-760.
- 169.- LEÓN FUENTES, J.L. (1989): Evolución de las toxicomanías en España. *Farmacéuticos (Boletín extraordinario del Consejo General)*, Dic.: 40-43.
- 170.- LEUNG, W.K.; CHAN, T.Y. y CRITCHLEY, J.A. (1995): Agranulocytosis in a drug addict with recurrent *Staphylococcus aureus* septicaemia. *Postgrad. Med. J.*, **71**: 757-758.
- 171.- LIZONDO, J. (1989): *Las drogas mágicas. Las llaves químicas del más allá*. Ediciones Picazo, Madrid.
- 172.- LÓPEZ M^a IÑIZ, M. (1981): Drogadicción y delincuencia juvenil. En: *La droga en la juventud*. Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Madrid e Instituto de Ciencias del Hombre (eds.). Karpos, Madrid.
- 173.- LÓPEZ-IBOR ALIÑO, J.J. (1982): Abuso y dependencia. En: *Psiquiatría*. Ruiz Ogara, C.; Barcia Salorio, D. y López-Ibor Aliño, J.J. (eds.). Toray, Barcelona.
- 174.- LLAVERO, F. (1982): La personalidad desde el punto de vista médico-psiquiátrico. En: *Psiquiatría*. Ruiz Ogara, C.; Barcia Salorio, D. y López-Ibor Aliño, J.J. (eds.). Toray, Barcelona.

- 175.- MARÍAS, J. (1981): Droga y juventud. En: *La droga en la juventud*. Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Madrid e Instituto de Ciencias del Hombre (eds.). Karpos, Madrid.
- 176.- MARTÍNEZ, D.; DE LA FUENTE, L. y ARTEAGOITIA, J.M. (1987): Estudio descriptivo de los pacientes heroínómanos asistidos en centros de tratamiento en el período 1981-85. *Comunidad y Drogas*, 3: 35-39.
- 177.- MASSACHUSETTS MEDICAL SOCIETY (1995): Wound botulism-California, 1995. *Morb. Mortal. Wkly. Rep.*, 44: 889-892.
- 178.- MATERAZZI, M.A. (1990): *Drogadependencia*. Paidós, Buenos Aires.
- 179.- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1996): El SIDA en España. En: *Anuario El País*. Ediciones El País, Madrid.
- 180.- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1986): *Plan Nacional Sobre Drogas*. Centro de Publicaciones, Documentación y Biblioteca, Madrid.
- 181.- MINÓ, A. (1995): Evolución de un pensamiento: experiencias personales y algunos datos cifrados. En: *Avances en drogodependencias*. Casas, M.; Gutiérrez, M. y San, L. (eds.). Ediciones en Neurociencias, Barcelona.
- 182.- MINUCHIN, S. y FISHMAN, H.CH. (1981): *Family therapy techniques* [Trad. en castellano (1992): *Técnicas de terapia familiar*. Paidós, Barcelona].

- 183.- MIRÓ, J.M. y GATELL, J.M. (1993): Patogenia y perspectivas futuras de las infecciones en drogadictos en nuestro país. En: *El paciente heroinómano en el Hospital General*. Cadafalch, J. y Casas, M. (eds.). Plan Nacional Sobre Drogas, CITRAN y Generalitat de Catalunya, Bilbao.
- 184.- MORGENSTERN, J. y LEEDS, J. (1993): Contemporary psychoanalytic theories of substance abuse: a disorder in search of a paradigm. *Psychotherapy*, 30: 194-206.
- 185.- MOSS, A.R.; VRANIZAN, K.; GORTER, R.; BACCHETTI, P.; WATTERS, J. y OSMOND, D. (1994): HIV seroconversion in intravenous drug users in San Francisco, 1985-1990. *AIDS*, 8: 223-231.
- 186.- MUGA, R. y TOR, J. (1991): Adicción a drogas y unidades de desintoxicación. *Med. Clin.*, 97: 337-339.
- 187.- MURPHY, H.B.M. (1988): Toxicomanía y cultura. En: *Confrontaciones psiquiátricas: Las toxicomanías (1)*. Rhône-Poulenc Farma, SAE. Alcorcón, Madrid.
- 188.- MUSACCHIO DE ZAN, A. (1992): Carácter y drogadicción. En: *Drogadicción*. Musacchio de Zan, A. y Ortiz Frágola, A. (eds.). Paidós, Buenos Aires.
- 189.- MUSACCHIO DE ZAN, A. (1992): Problemas de la drogadicción hoy. En: *Drogadicción*. Musacchio de Zan, A. y Ortiz Frágola, A. (eds.). Paidós, Buenos Aires.
- 190.- NAHAS, G. (1992): Historia. En: *Manual de toxicomanías*. Nahas, G. y Trouvé, R. (eds.). Masson, Barcelona.

- 191.- NAVARATNAM, V. y FOONG, K. (1990): Adjunctive drug use among opiate addicts. *Curr. Med. Res. Opin.*, 11: 611-619.
- 192.- NAVARRO CORDÓN, J.M. y CALVO MARTÍNEZ, T. (1980): *Historia de la filosofía*. Ediciones Anaya S.A., Madrid.
- 193.- NIEVES, J.M.; DEL RÍO, M.; WARNER, J.; CHUBBRUCK, K.; ENDT, F. y FERRO, CH. (1996): La heroína cabalga de nuevo. *Blanco y Negro*, 105 (4.038): 12-19.
- 194.- OLIEVENSTEIN, C. (1988): Aspectos psicodinámicos del desarrollo y del devenir de un toxicómano. En: *Confrontaciones psiquiátricas: Las toxicomanías*. Rhône-Poulenc Farma, SAE. Alcorcón, Madrid.
- 195.- OPPENHEIMER, E.; TOBUTT, C.; TAYLOR, C. y ANDREW, T. (1994): Death and survival in a cohort of heroin addicts from London clinics: a 22-year follow-up study. *Addiction*, 89: 1299-1308.
- 196.- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1992a): *CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Organización Mundial de la Salud (ed.). Meditor, Madrid.
- 197.- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1992b): *CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento: Tablas de conversión entre la CIE-8, la CIE-9 y la CIE-10*. Organización Mundial de la Salud (ed.). Meditor, Madrid.
- 198.- ORTEGA BEVIÁ, F. (1987): Dinámica de la disfunción familiar. En: *Terapia familiar sistémica*. Ortega Beviá, F. (ed.). Universidad de Sevilla, Sevilla.

- 199.- ORTIZ FRÁGOLA, A. (1992): Adolescencia y drogadicción. En: *Drogadicción*. Musacchio de Zan, A. y Ortiz Frágola, A. (eds.). Paidós, Buenos Aires
- 200.- PALOMERA, V. (1985): *La personalidad. El retorno de una ilusión*. Montesinos Editor, Barcelona.
- 201.- PASTERNAK, G. (1993): Pharmacological mechanisms of opioid analgesics. *Clin. Neuropharm.*, 16: 1-18.
- 202.- PASTOR Y ALDEGUER, V. (1981): Prevención de la drogadicción y salud familiar. En: *La droga en la juventud*. Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Madrid e Instituto de Ciencias del Hombre (eds.). Karpos, Madrid.
- 203.- PELICIER, Y. (1992): Dependencia y objeto totalitario. En: *Drogadicción*. Musacchio de Zan, A. y Ortiz Frágola, A. (eds.). Paidós, Buenos Aires.
- 204.- PEREA-MILLA LÓPEZ, E. (1994): Estudios de casos y controles. En: *Metodología de investigación y escritura científica en clínica*. Burgos Rodríguez, R.; Chicharro Molero, J.A. y Bobenrieth Astete, M. (eds.). Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.
- 205.- PÉREZ DE LOS COBOS, J. y CASAS, M. (1993): Dependencia de opiáceos y psicopatología concomitante. En: *El paciente heroínómano en el Hospital General*. Cadafalch, J. y Casas, M. (eds.). Plan Nacional Sobre Drogas, CITRAN y Generalitat de Catalunya, Bilbao.
- 206.- PÉREZ DE LOS COBOS, J. y CASAS, M. (1992): Opiáceos y esquizofrenia. En: *Trastornos psíquicos en las toxicomanías (I)*. Casas, M. (ed.). Ediciones en Neurociencias, Barcelona.

- 207.- PÉREZ MORENO, J.M. (1985): Complicaciones médicas de la adicción a drogas por vía parenteral. En: *Drogadictos y drogodependencias*. González Infantes, J.M. (ed.) Universidad de Cádiz, Cádiz.
- 208.- PÉREZ URDÁNIZ, A. y ROMERO, E.F. (1995): *Psiquiatría para no psiquiatras*. Tesitex, Salamanca.
- 209.- PICCHI, D.M. (1988): *Progetto Uomo: Un programma terapeutico per tossico-dipendenti (quinta edizione)*. Edizioni Paoline, Milano.
- 210.- PICHOT, P., GUELFÍ, J.F. y HAKIM, C. (1977): *La personalidad*. EGRAF, Madrid.
- 211.- PIGA, A. y JIMÉNEZ-FIGUEROA, S. (1996): Aspectos criminológicos de la adicción a drogas. En: *Avances en toxicomanías y alcoholismo. Aspectos conceptuales, farmacológicos, clínico-terapéuticos y médico-legales*. Valbuena Briones, A. y Álamo González, C. (eds.). Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares.
- 212.- PINTO MARTÍN, E. (1997): Un programa educativo con adolescentes que consumen drogas de síntesis. En: *IV Encuentro nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario*. Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz, Diputación Provincial de Cádiz, Junta de Andalucía, Plan Nacional Sobre Drogas, Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (eds.). Cádiz.
- 213.- POROT, A. y POROT, M. (1971): *Les toxicomanies* [Trad. en castellano (1971): *Las toxicomanías*. Oikos-tau, Vilassar de Mar (Barcelona)].
- 214.- QUEIPO, D.; ÁLVAREZ, F.J. y VELASCO, A. (1988): Drug consumption among university students in Spain. *Br. J. Addict.*, **83**: 91-98.

- 215.- RAMÓN CAVERO, M.A. (1981): Tipologías de drogadictos y su rehabilitación. En: *La droga en la juventud*. Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Madrid e Instituto de Ciencias del Hombre (eds.). Karpos, Madrid.
- 216.- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (1984): *Diccionario de la Lengua Española*. Vigésima edición. Real Academia Española. Espasa-Calpe, Madrid.
- 217.- REGIS, E. (1911): *Tratado de Psiquiatría*. Ed. Saturnino Calleja Fernández, Madrid.
- 218.- REPETTO, M.; CARRASCO, I.; DOMÍNGUEZ, C.; GIMÉNEZ, M.P.; JURADO, M.C.; LÓPEZ-ARTÍGUEZ, M.; MARTÍNEZ, D.; MENDOZA, R.; RICO-LARA, M.; RODRÍGUEZ-CONSUEGRA, M.A.; RODRÍGUEZ-VICENTE, C.; SANZ, P. y VILLAR, M.P. (1985): *Toxicología de la Drogadicción*. Díaz de Santos, Madrid.
- 219.- RIBERA, E. (1992): Heroína e infección. *Med. Clin.*, **98**: 537-539.
- 220.- RIS, J.; COLOMINA, J.; GURGUI, M. y CADAFALECH, J. (1993): Endocarditis infecciosa del drogodependiente. En: *El paciente heroinómano en el Hospital General*. Cadafalch, J. y Casas, M. (eds.). Plan Nacional Sobre Drogas, CITRAN y Generalitat de Catalunya, Bilbao.
- 221.- ROBLES SÁNCHEZ, J.I. (1988): Justificación válida para el uso de la fórmula reducida del W.A.I.S. propuesta por Britton y Savage (1966). Trabajo original, Hospital Militar Central "Gómez Ulla", Madrid.
- 222.- RODRÍGUEZ PIEDRABUENA, J.A. (1996): *¿Por qué nos drogamos? Del poder y otras adicciones*. Estudio psicoanalítico. Biblioteca Nueva, Madrid.

- 223.- ROF CARBALLO, J. (1974): Droga y comunicación. En: *La droga, problema humano de nuestro tiempo*. Instituto de Ciencias del Hombre (ed.). Seminarios y Ediciones, Madrid.
- 224.- ROSENBAUM, M. (1985): *Women on heroin*. Rutgers, The State University of New Jersey.
- 225.- ROSENBERG, C.M. (1971): The young addict and his family. *Br. J. Psychiat.*, **118**: 469-470.
- 226.- ROSER, O.L. (1957): Teorías de la personalidad en la psicología italiana moderna. En: *Perspectives in Personality Theory* [Trad. en castellano (1977): *Teorías de la personalidad*. David, H.P. y Von Bracken, H. (eds.). Eudeba, Buenos Aires].
- 227.- ROTHE, M. y PRAGST, F. (1995): Solvent optimization for the direct extraction of opiates from hair samples. *J. Analyt. Toxicol.*, **19**: 236-240.
- 228.- ROUNSAVILLE, B.J.; WEISSMAN, M.M.; KLEBER, H. y WILBER, C. (1982): Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts. *Arch. Gen. Psychiatry*, **39**: 161-166.
- 229.- RUIZ, D.; CADAFALECH, J.; FUSTER, M. y RIS, J. (1993): Complicaciones médicas de etiología no infecciosa en el drogodependiente. En: *El paciente heroínmano en el Hospital General*. Cadafalch, J. y Casas, M. (eds.). Plan Nacional Sobre Drogas, CITRAN y Generalitat de Catalunya, Bilbao.
- 230.- RUIZ OGARA, C. (1976): Personalidad. Definición. Estructura. Teorías y crítica. Integración de las diversas aportaciones. En: *Manual de psicología médica y psicopatología*. Ruiz Ogara, C. (ed.). Toray, Barcelona.

- 231.- RUIZ OGARA, C. (1982): Toxicomanías. En: *Psiquiatría*. Ruiz Ogara, C.; Barcia Salorio, D. y López-Ibor Aliño, J.J. (eds.). Toray, Barcelona.
- 232.- RUIZ OGARA, C.; GÁZQUEZ EVANGELISTA, J.A.; SOLER ARREBOLA, P.; MARTÍN GALINDO, C.; BUSTOS DE ABAJO, P.; MIGUEL GARCÍA, E.; LÓPEZ DUCAR, M.A. y MARTÍN SÁNCHEZ, L.F. (1988): Las depresiones en enfermos no psiquiátricos de un Hospital General. *Folia Neuropsiquiátrica*, 23: 157-168.
- 233.- RUTHERFORD, M.J.; CACCIOLA, J.S.; ALTERMAN, A.I. y MCKAY, J.R. (1996): *Am. J. Psychiatry*, 153: 1189-1194.
- 234.- SAN, L.; TATO, J.; TORRENS, M.; CASTILLO, C.; FARRÉ, M. y CAMÍ, J. (1993): Flunitrazepam consumption among heroin addicts admitted for in-patient detoxification. *Drug Alcohol Depend.*, 32: 281-286.
- 235.- SÁNCHEZ CARBONELL, J.; CAMÍ, J. y BRIGOS, B. (1988): Follow-up of heroin addicts in Spain (EMETYST Project): results 1 year after treatment admission. *Br. J. Addict.*, 83: 1439-1448.
- 236.- SÁNCHEZ PAYÁ, J.; ROMO CORTINA, T.; RODRÍGUEZ ORTIZ DE SALAZAR, B. y BARRIO ANTA, G. (1991): Consumo de drogas en España: fuentes de información y evolución durante el período 1984-1990. *Rev. San. Hig. Púb.*, 65: 395-412.
- 237.- SÁNCHEZ ORANTOS, J.M. (1996): *El mundo de las drogas. Un reto para la sociedad*. San Pabio, Madrid.
- 238.- SANTACREU, J.; ZACCAGNINI, J.L. y MÁRQUEZ, M.O. (1992): *El problema de "la droga". Un análisis desde la psicología de la salud*. Promolibro, Valencia.

- 239.- SANTOS, J.; FERNÁNDEZ, A.; ARANA, C.; FALCES, A.; MÁRQUEZ, M. y RIVERO, A. (1994): Bacteriemia y artritis recurrente por *Streptococcus pyogenes* en un heroinómano con SIDA. *Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.*, **12**: 390-392.
- 240.- SCHMITT, C.; BERTEL, J. y JACOB, C. (1994): Frequence des marqueurs serologiques des virus des hepatites B et C et du VIH dans une population de toxicomanes hospitalises de 1990 a 1992. *Ann. Med. Interne Paris*, **145**: 7-12.
- 241.- SCHNEIDER, K. (1950): *Die Psychopathischen Personaliteiten* [Trad. en castellano de la novena edición (1965): *Las personalidades psicopáticas*. Morata, Madrid].
- 242.- SECRETARÍA DE ESTADO PARA LA SEGURIDAD (1996): Estadísticas del Cuerpo Nacional de Policía. En: *Anuario El País*. Ediciones El País, Madrid.
- 243.- SEGAL, H. (1984): *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Paidós, Barcelona.
- 244.- SEGUÍ, J. y DE PABLO, J. (1992): Delincuencia y toxicomanías. En: *Trastornos psíquicos en las toxicomanías (I)*. Casas, M. (ed.). Ediciones en Neurociencias, Barcelona.
- 245.- SENAY, E.C. (1991): Drug abuse and public health. A global perspective. *Drug Saf.*, **6 Supl. 1**: 1-65.
- 246.- SNYDER, S.H. (1986): *Drugs and brain* [Trad. en castellano (1992): *Drogas y cerebro*. Biblioteca Scientific American y Prensa científica, Barcelona].
- 247.- SOEPATMI, S. (1994): Developmental outcomes of children of mothers dependent on heroin or heroin/methadone during pregnancy. *Acta Paediatr. Suppl.*, **404**: 36-39.

- 248.- SOPELANA RODRÍGUEZ, P. (1996): Tratamiento de la dependencia a opiáceos. En: *Avances en toxicomanías y alcoholismo. Aspectos conceptuales, farmacológicos, clínico-terapéuticos y médico-legales*. Valbuena Briones, A. y Álamo González, C. (eds.). Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares.
- 249.- STANTON, M.D. y TODD, T. (1985): *The family therapy of drug abuse and addiction* [Trad. en castellano (1994): *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Gedisa, Barcelona].
- 250.- STRANG, J.; DES JARLAIS, D.C.; GRIFFITHS, P. y GOSSOP, M. (1992): The study of transition in the route of drug use: the route from one route to another. *Br. J. Addict.* 87: 473-483.
- 251.- SUN, K.O. (1994): Outbreak of tetanus among heroin addicts in Hong Kong. *J. R. Soc. Med.*, 87: 494-495.
- 252.- SURBLED, M.; BUGNON, D.; FEIGEL, P.; FRIEH, J.M. y CLEMENTI, E. (1995): Aponevrotomies étendues après rhabdomyolyse aigue chez un heroinomane. *Presse Med.*, 24: 370.
- 253.- SUWANWELA, C. y POSHYACHINDA, V. (1986): Drug abuse in Asia. *Bull. Narcot.*, 38: 41-53.
- 254.- SZASZ, T.S. (1961): *The myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct* [Trad. en castellano (1994): *El mito de la enfermedad mental. Bases para una teoría de la conducta personal*. Amorrortu editores, Buenos Aires].

- 255.- TEJERO, A.; BLANCAFORT, F. y CASAS, M. (1993): Personalidad antisocial y adicción a opiáceos: repercusiones clínicas y asistenciales. En: *El paciente heroínómano en el Hospital General*. Cadafalch, J. y Casas, M. (eds.). Plan Nacional Sobre Drogas, CITRAN y Generalitat de Catalunya, Bilbao.
- 256.- TENNANT, F. y MOLL, D. (1995): Seroprevalence of hepatitis A, B, C and D markers and liver function abnormalities in intravenous heroin addicts. *J. Addict. Dis.*, 14: 35-49.
- 257.- THETFORD, W.N. y WALSH, R. (1990): Teorías de la personalidad y psicopatología: escuelas derivadas de la psicología y la filosofía. En: *Tratado de Psiquiatría*. Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (eds.). Masson-Salvat Medicina, Barcelona.
- 258.- TORRENS, M.; SAN, L.; PERI, J.M. y OLLE, J.M. (1991): Cocaine abuse among heroin addicts in Spain. *Drug Alcohol Depend.*, 27: 29-34.
- 259.- TORRES TORTOSA, M.; GONZÁLEZ SERRANO, M.; PÉREZ GUZMÁN, E.; VERGARA DE CAMPOS, A.; PÉREZ JIMÉNEZ, J.; PÉREZ CORTÉS, S.; GUTIÉRREZ DE LA PENA, J.; SÁNCHEZ PORTO, A.; ÁLVAREZ ALCINA, M.M. y PÉREZ MORENO, J.M. (1992): Endocarditis infecciosa en heroínómanos en la provincia de Cádiz. Un estudio multicéntrico sobre 150 episodios. *Med. Clin.*, 98: 521-526.
- 260.- TORRES TORTOSA, M.; RUIZ LÓPEZ DE TEJADA, M.R.; FERNÁNDEZ ELÍAS, M.; PÉREZ PÉREZ, C.; FERNÁNDEZ CONEJERO, E.; UGARTE, I. y CANUETO, J. (1995): Cambios en la vía de administración de la heroína y frecuencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Med. Clin.*, 104: 249-252.

- 261.- TRUJOLS, J. y TORO, J. (1992): Trastornos de la conducta alimentaria y trastornos por uso de sustancias psicoactivas: Análisis de una interrelación. En: *Trastornos psíquicos en las toxicomanías (I)*. Casas, M. (ed.). Ediciones en Neurociencias, Barcelona.
- 262.- TUNVING, K. (1988): Fatal outcome in drug addiction. *Acta Psych. Scand.*, **77**: 551-566.
- 263.- VALBUENA BRIONES, A. (1993): *Manual de Toxicomanías y Alcoholismo. Problemas médicos y psiquiátricos. 2ª edición*. Masson-Salvat, Barcelona.
- 264.- VALBUENA BRIONES, A. (1996): Complicaciones psiquiátricas de la toxicomanía. En: *Avances en toxicomanías y alcoholismo. Aspectos conceptuales, farmacológicos, clínico-terapéuticos y médico-legales*. Valbuena Briones, A. y Álamo González, C. (eds.). Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares.
- 265.- VALDEMORO GARCÍA, C.; ROJO MORENO, J.; ROJO MORENO, M.; JULIÁN REQUENA, M.A. y ROJO SIERRA, M. (1988): La escala de ansiedad, depresión y vulnerabilidad de Hassanyeh. Adaptación a la población española. *An. F siquiatria*, **46**: 199-209.
- 266.- VALVERDE MOLINA, J. (1996): *Vivir con la droga. Experiencia de intervención sobre pobreza, droga y sida*. Pirámide, Madrid.
- 267.- VALLEJO NÁGERA, A. (1952): *Lecciones de psiquiatría*. Librería Científico-Médica Española, Madrid.

- 268.- VALLEUR, M.; DEBOURG, A. y MATYSIAK, J.C. (1986): *La drogue sans poudre aux yeux* [Trad. en castellano (1988): *La droga sin tapujos*. SAL TERRAE. Santander].
- 269.- VAN BAAR, A.L.; SOEPATMI, S.; GUNNING, W.B. y AKKERHUIS, G.W. (1994): Development after prenatal exposure to cocaine, heroin and methadone. *Acta Paediatr. Supl.*, **404**: 40-46.
- 270.- VAN DER LAAN, J.W.; KRAJNC, E.I.; KRAJNC FRANKEN, M.A. y VAN LOVEREN, H. (1995): Immunotoxicological screening of morphine and methadone in an extended 28 day study in rats. *Int. J. Immunopharmacol.*, **17**: 535-543.
- 271.- VÁZQUEZ-BARQUERO, J.L. (1993): Los estudios comunitarios de salud mental: su diseño y ejecución. En: *El método epidemiológico en salud mental*. González de Rivera y Revuelta, J.L.; Rodríguez Pulido, F. y Sierra López, A. (eds.). Masson-Salvat Medicina, Barcelona.
- 272.- VEDRINNE, J.; ELCHARDUS, J.M. y GEREY, N. (1988): Las personalidades del toxicómano. En: *Confrontaciones psiquiátricas: Las toxicomanías (1)*. Rhône-Poulenc Farma, SAE, Alcorcón, Madrid.
- 273.- VELARDE MANYOL, C.; PEINÓ ANDIÓN, J. y GÓMEZ DE CASO CANTO, J.A. (1996): Programa de mantenimiento con metadona en heroíómanos por vía intravenosa. ¿Qué información tienen los médicos de atención primaria? *Atención Primaria*, **17**: 581-584.
- 274.- WATZLAWICK, P. (1983): *Anleitung zum unglücklichsein* [Trad. en castellano (1984): *El arte de amargarse la vida*. Herder, Barcelona].

- 275.- WATZLAWICK, P.; WEAKLAND, J.H. y FISH, R. (1974): *Change. Principles of problem formation and problem resolution* [Trad. en castellano (1976): *Cambio. Formación y resolución de problemas humanos*. Herder, Barcelona].
- 276.- WECHSLER, D. (1986): *Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS). Manual*. TEA ediciones, Madrid.
- 277.- WHITTAKER, J.O. (1970): *Introduction to Psychology* [Trad. en castellano (1971): *Psicología. Segunda edición*. Nueva Editorial Interamericana, México].
- 278.- WOLF, M.A.; LLORCA, P.M. y SHRIQUI, C.L. (1995): Agentes coadyuvantes no neurolépticos en la esquizofrenia refractaria a tratamiento. En: *Aspectos actuales en el tratamiento de la esquizofrenia*. Shriqui, C.L. y Nasrallah, H.A. (eds.). American Psychiatric Press y EDIMSA, Madrid.
- 279.- YANG, C.C.; YANG, G.Y.; GER, J.; TSAI, W.J. y DENG, J.F. (1995): Severe rhabdomyolysis mimicking transverse myelitis in a heroin addict. *J. Toxicol. Clin. Toxicol.*, 33: 591-595.
- 280.- ZIMMERMAN, I.L. y WOO-SAM, J.M. (1973): *Clinical interpretation of the Wechsler Adult Intelligence Scale (W.A.I.S.)* [Trad. en castellano (1989): *Interpretación clínica de la Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos. (W.A.I.S.). 5ª Edición*. TEA Ediciones, Madrid].