Características de la personalidad del drogodependiente: implicaciones para nuestra relación profesional. Un modelo de intervención en medio penitenciario

M Marset*, C Ritter**

* Service d'abus de substances. Hôpitaux Universitaires de Genève.
** Servicio de Medicina Penitenciaria. Departamento de Medicina Comunitaria.

Este trabajo pretende generar una reflexión dentro del marco del V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, en torno a las características de la personalidad del drogodependiente y a las dificultades que encuentran los profesionales de la salud en la práctica clínica con esta población en medio penitenciario.

Las teorías psicológicas de la personalidad son tributarias de la representación social de la persona, por ello, toda psicología de la personalidad implica una concepción filosófica del hombre. Cada teoría presenta una construcción conceptual establecida en base a una metodología diferente y se aplica en función de la realidad individual. En psicología, el concepto de personalidad es una construcción científica elaborada para poner en evidencia y esclarecer la realidad psíquica del individuo[1]. La psicología de la personalidad intenta explicar el funcionamiento de la persona normal. Paralelamente, desde el ámbito de la psiquiatría, se ha estudiado la personalidad patológica y se han elaborado sistemas de diagnóstico y clasificación categoriales y descriptivos, utilizados por la Clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la OMS, que consideran distintos grupos de signos y síntomas para identificar un trastorno de personalidad[2].

La personalidad, siguiendo el modelo cognitivo-conductual, se define como la integración estable de un conjunto de comportamientos, emociones y cogniciones que caracterizan el estilo de vida de un individuo y su modo de adaptación y que representa su estabilidad en el tiempo y a través de situaciones diversas. Es la expresión característica de la manera de vivir del individuo, de concebirse a sí mismo y de establecer las relaciones con el medio.

Los trastornos de la personalidad, según la CIE 10, se definen como modos de comportamiento, profundamente enraizados y duraderos, que consisten en reacciones inflexibles a situaciones personales y sociales de muy diversa naturaleza. Suponen desviaciones extremas o significativas de las percepciones, de los pensamientos, de las sensaciones y en particular de las relaciones con el entorno[2]. Estas desviaciones, según el DSM IV, deben manifestarse en más de uno de los siguientes aspectos: las cogniciones, es decir, formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los hechos o situaciones; la afectividad (por ejemplo, la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional); la actividad interpersonal y el control de los impulsos[3]. Estos comportamientos son, en general, estables y engloban múltiples facetas del comportamiento y del funcionamiento psicológico del individuo. Pueden estar asociados a un sufrimiento o malestar subjetivo y a una alteración del funcionamiento personal y de las competencias sociales. Ciertos tipos de comportamiento aparecen precozmente en el trascurso del desarrollo del individuo, con la influencia de factores constitucionales y sociales. Las modificaciones de la personalidad, por el contrario, son adquiridos en la edad adulta como consecuencia de situaciones de stress severos o prolongados, de un aislamiento extremo del entorno, de trastornos psiquiátricos severos, de enfermedades, de lesiones cerebrales o del abuso y la dependencia de sustancias psico-activas[2].

La preocupación de los profesionales por el diagnóstico y tratamiento psiquiátrico de drogodependientes ha aumentado considerablemente estos últimos años. Con frecuencia, tras el fracaso terapéutico de ciertos pacientes drogodependientes encontramos una patología psiquiátrica subyacente. Su abordaje constituye en la actualidad uno de los aspectos fundamentales

de los programas asistenciales: por su elevada prevalencia, por su significado en relación al pronóstico y por su complejidad a la hora de establecer un diagnóstico y elaborar un programa terapéutico. Nos referimos a la llamada patología dual que constituye una nueva entidad clínica que resultaría del sinergismo entre un trastorno psiquiátrico y un trastorno por abuso de sustancias, pudiéndose diferenciar en su curso y en su pronóstico de los síndromes psiquiátricos clásicos y necesitando asimismo de un abordaje específico[6].

Según diferentes estudios epidemiológicos, hasta el 80% de los adictos tendrían un diagnóstico psiquiátrico no relacionado con el abuso de sustancias. Aproximadamente el 50% de los pacientes con trastorno por uso de sustancias tiene al menos un diagnóstico de trastorno de la personalidad, oscilando entre un 46% para los alcohólicos y el 65-68% para los dependientes a opiáceos[7]. Estas cifras pueden alcanzar el 71% en el caso de los programas de prescripción de heroína[5].

Uno de los principales puntos en la investigación en los trastornos relacionados con sustancias ha sido la búsqueda de una tipología adictiva en la personalidad de los pacientes. En la actualidad no se puede hablar de personalidad adictiva pero es probablemente en las llamadas personalidades «impulsivas, dramáticas e hiperemotivas», recogidas en el grupo B del DSM IV, donde se encuentran representados la mayoría de estos pacientes, es decir en las personalidades antisocial, límite o borderline, narcisista e histriónica. Éstos plantean en ocasiones grandes dificultades de conducta y en el establecimiento y mantenimiento de las relaciones interpersonales[5].

El paciente ***borderline*** se caracteriza por la inestabilidad afectiva, la presencia frecuente de disforia, ansiedad, irritabilidad e ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves, la impulsividad, la inadaptación a las reglas y la alternancia entre posiciones extremas con comportamientos autolíticos (tentativas de suicidio o automutilaciones). El paciente ***antisocial*** muestra un comportamiento impulsivo, irritabilidad y agresividad, una inestabilidad social y personal, ausencia de culpabilidad e inadaptación a las normas sociales. El ***histriónico*** se caracteriza por la búsqueda constante de la atención, el egocentrismo, la dramatización y la respuesta emocional exagerada. En el paciente ***narcisista*** encontramos una gran dificultad a la autocrítica, reforzado por la negación de la realidad y la intolerancia a las frustraciones. La poca empatía y una actitud arrogante puede dificultar la relación en gran medida.

La sintomatología de los trastornos de la personalidad se complica cuando existe un consumo concomitante de sustancias, pudiendo desencadenar otra cascada sintomatológica secundaria y complicar el cuadro clínico primario. Con frecuencia, nos encontramos pacientes afectados de trastornos graves de la personalidad que son dependientes a varias sustancias. Este consumo provoca aún una nueva comorbilidad psiquiátrica que desestabiliza la primera y perpetúa de alguna manera el consumo de tóxicos cuya utilización crónica daría lugar a otro tipo de trastornos. Este aspecto es particularmente complejo en el medio penitenciario, donde la dependencia y el abuso de drogas es una realidad que complica enormemente la labor de rehabilitación de los delincuentes[5].

Muchos trastornos del comportamiento de los reclusos obedecen a la expresión de mecanismos de defensa psicológica ante la angustia que representa la supervivencia a un medio naturalmente hostil. Estos tienden a reproducir en la prisión, como estrategia adaptativa, los esquemas que caracterizan su vida en la marginalidad. Por otro lado, la falta de expectativas en el exterior y la resistencia a enfrentarse a la toma de conciencia de su realidad de vida, muchas veces cargada de conflictos, actuales y precoces, y de desesperanza, complica sobremanera este proceso. Estos trastornos del comportamiento hacen del recluso adicto una población de difícil manejo, pudiendo generar entre los profesionales sanitarios contractitudes negativas que dificultan el establecimiento de una dinámica de comunicación recíproca, que desmotiva al sanitario en su tarea terapéutica y que hace al recluso refractario a toda aproximación terapéutica.

La naturaleza de la adicción a drogas es un estado crónico y recidivante cuya recuperación implica un proceso continuo. Aunque el tratamiento pueda comenzar en la prisión, es de vital importancia asegurar su continuidad cuando el recluso, en libertad, se reintegre a su medio natural. Por lo tanto, un modelo terapéutico debe incluir el tratamiento hasta que el recluso sea puesto en libertad, la atención durante el periodo de transición y el tratamiento posterior o continuado[12]. En este sentido los programas para drogodependientes, en medio penitenciario, se deben concebir desde los principios de individualización, diversificación y atención interdisciplinar. Además de instaurar y asegurar el acceso del recluso a los programas de reducción de daños: intercambios de jeringas y preservativos, los programas de metadona, no solamente deben ser practicados como instrumentos de contención sino, sobre todo, como verdaderos procesos de rehabilitación. Para muchos consumidores de drogas, la encarcelación puede representar el único contacto que tengan con el tratamiento y por consiguiente un momento privilegiado para la toma de conciencia y para el establecimiento de estrategias tendentes al abordaje de su situación médico-psico-social.

Por otro lado, el equipo médico-sanitario debe gozar de los mecanismos de formación continua y de supervisión externa destinados a la actualización de conocimientos y a la promoción de la satisfacción en el trabajo. Esto revertirá sin duda en la mejora de la calidad asistencial y en la prevención del burn out.

La supervisión representa un eje estructurante del crecimiento y desarrollo profesional de las profesiones de ayuda, entendiendo por desarrollo profesional, cualquier intento sistemático de mejorar la práctica, las creencias y los conocimientos técnicos[8]. La supervisión ayuda a comprender al paciente no sólo en cuanto al conocimiento de su patología sino en la dimensión relacional y emocional con el profesional. La supervisión ayuda a resolver creativamente los conflictos, a superar situaciones de ansiedad y de estrés profesional, al aprendizaje de estrategias, técnicas y nuevos conocimientos, a establecer los límites en las intervenciones terapéuticas y a la construcción de una actitud ética frente al problema del drogodependiente.

UN MODELO DE INTERVENCIÓN EN MEDIO PENITENCIARIO

Sr. C. Francés de 40 años, fue encarcelado por tercera vez en un año. Dependiente a la heroína por vía intravenosa, a la cocaína y al alcohol, en el contexto de un trastorno de la personalidad limite, sin seguimiento médico ni psiquiátrico en la actualidad. Antecedentes en la prisión de trastornos del comportamiento de tipo automutilaciones y tentativas de suicidio. En el ingreso, presentaba síntomas de abstinencia de heroína, anorexia y adelgazamiento. Refiere una pierna hinchada y dolorosa. Se realizó un diagnóstico de sospecha de trombosis venosa ileo-femoral profunda y se hospitalizó al paciente en el hospital general (pabellón carceral) para investigación y tratamiento. Las serologías para las hepatitis B, C y VIH eran negativas. Tras 15 días, su estado general mejoró y regresó a la prisión siguiendo el tratamiento anticoagulante. La vacuna contra la hepatitis B fue iniciada así como un tratamiento de substitución con metadona. La «antena toxicomanía», en colaboración con el paciente, le puso en contacto con un centro de referencia en Francia, dependiente de salud mental en razón de su trastorno de personalidad. Un educador especializado de este centro visitó al paciente durante su estancia en la prisión para establecer el primer contacto y facilitar el seguimiento posterior. El paciente fue seguido en la prisión con el médico y el enfermero una vez por semana, con el fin de trabajar los objetivos de su seguimiento terapéutico y preparar la salida sobre los diferentes aspectos médicos, psicológicos y sociales de su problemática.

En la prisión preventiva de "Champ-Dollon" de Ginebra, el número de presos es aproximadamente de 400. Un tercio es drogodependiente, fundamentalmente de la heroína y/o cocaína. La prevalencia es más elevada si se consideran los tranquilizantes y el alcohol. La encarcelación de los drogodependientes supone una oportunidad privilegiada par abordar los problemas relacionados con la salud. El trabajo de prevención y de promoción de la salud en la prisión no se limita al trabajo en el interior de la misma, sino que se establece en base al movimiento constante de entrada y salida de presos. En la prisión, los drogodependientes en general, paran o disminuyen el consumo de drogas y aprovechan para reconstituir parcialmente su salud, aunque esto no suponga, en principio, una prioridad para la mayoría.

En la red asistencial de Ginebra, desde 1991 no existen listas de espera para la admisión en tratamiento por un problema de drogodependencia. El 70% de los adictos están en tratamiento activo y hasta el 90% lo han estado en el último año. Sin embargo existe un número de reclusos, sobre todo extranjeros, que no están en tratamiento.

En la prisión preventiva de Champ-Dollon existe un servicio específico llamado *«antena toxicomanía»*, que se encarga de abordar todos los aspectos ligados a la drogodependencia en la prisión. En una primera fase, se intenta identificar las necesidades primarias y crear un ambiente de escucha tranquilizador que permita al recluso abordar progresivamente aspectos cada vez más complejos de su realidad de vida y prepararle para afrontarlos a la salida de la prisión. Este programa está constituido por un médico y dos enfermeros especializados en alcoholismo y otras drogodependencias. Sus funciones son:

Evaluar a los reclusos drogodependientes y derivarlos a los diferentes servicios dentro de la prisión: internista, psiquiatra, psicólogo, asistente social. La realidad es muy compleja y es importante abordar el problema a través de una anamnésis exhaustiva con el fin de prevenir situaciones inesperadas: síndromes de deprivación al alcohol o a las benzodiacepinas.

Enlace con los servicios asistenciales, públicos y privados, para los reclusos ginebrinos y extranjeros. De este modo se garantiza la continuidad del tratamiento. Estos reciben su tratamiento de metadona en la prisión.

Una de las tareas más importantes es la motivación de los reclusos a pedir ayuda en relación a su situación médico-psicosocial e iniciar un tratamiento como por ejemplo los programas de metadona, tanto de mantenimiento como de desintoxicación, integrando al paciente en la red asistencial y prevenir el consumo dentro del centro.

Despistage y tratamiento de los problemas relacionados con la dependencia al alcohol y a los tranquilizantes e hipnóticos de tipo benzodiacepinas.

Prevenir riesgos y daños, tanto dentro de la prisión como a la salida, sobre todo la vuelta al consumo con la prevención de sobredosis y la prevención de la transmisión de la hepatitis C y del VIH. En la prisión existe también un programa de intercambio de jeringas y de preservativos con un abordaje pedagógico del consumo y de las técnicas de inyección.

El trabajo de coordinación interdisciplinar se establece en base a:

— Coloquios semanales entre los que cabe destacar el que se realiza entre el equipo médico-sanitario y los funcionarios de prisiones, intentando uniformizar actuaciones y analizando la dinámica de trabajo de dos enfoques profesionales que no por diferentes dejan de ser complementarios en la prisión. Estos representan un espacio de expresión y resolución de dudas, problemas y actitudes frente al recluso enfermo.
— Supervisiones externas del funcionamiento del equipo médico-sanitario.

La dinámica de la prisión preventiva de Champ-Dollon de Ginebra facilita en definitiva una asistencia individualizada y permite mantener una continuidad en relación a los diferentes objetivos terapéuticos que se establecen entre las encarcelaciones, que pueden ser frecuentes en el caso de los drogodependientes. Para estos, la encarcelación puede asemejarse a una hospitalización de tipo «semi ambulatoria».

Según nuestra experiencia muchos drogodependientes reconocen que el paso por la prisión puede tener una influencia positiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Clapier-Valladon S. "Les théories de la personnalité". Presses Universitaires de France. Que sais-je? Paris, 1986.
2. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Traduction de l'anglais coordonnée par C.B. Pull. Organisation Mondiale de la Santé. Masson 1994.
3. American Psychiatric Assotiation. Diagnostic and Statistical Manual, 4rd edition, (DSM IV), A.P.A., Washington, D.C., 1994. Coordination de la traduction française: J.D. Guelfi: «Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux». Masson, Paris, 1996.
4. Martínez González J M, Trujillo Mendoza H M. "Tratamiento del drogodependiente con trastornos de la personalidad". Editorial Biblioteca Nueva. Psicología universidad. Madrid, 2003.
5. Marset M, Chevalley A F, Broers B, Davidson Ch, Krokar M, Mino A. "Evaluación y tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica en un programa de prescripción controlada de heroína". Actas de los V Encuentros Nacionales sobre las drogodependencias y su enfoque comunitario. Chiclana de la Frontera (Cádiz). Noviembre 1999.
6. Casas M. *«Seminario sobre patología dual»*. División de Abuso de Sustancias. Hospitales Universitarios de Ginebra. Junio de 1998.
7. Cervera G, Bolinches F, Valderrama J C, De Vicente P. "Trastornos de la personalidad del grupo B (DSM IV) y trastornos relacionados con sustancias". En: "Drogodependencias: clínica y tratamientos psicobiológicos". Coordinadores Françesc Giner y Gaspar Cervera. Generalitat Valenciana, 2001.
8. Urízsar-Aldaca M. "Un modelo de supervisión en el desarrollo profesional de un equipo asistencial en drogodependencias". Comunicación personal. 12.03.02.
9. Baron-Laforet S, Brahmy B. "Psychiatrie en milieu pénitentiaire". Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-953-A10, 1998, 9p.
10. Roca Bennasar M (coordinador). "Trastornos de personalidad". Sociedad Española de Psiquiatría". Ars médica. Barcelona, 2004.
11. Bailly D. «Addictions et troubles der la personnalité». Bailly D et Guelfi J D. «Addictions et psychiatrie». 19-35 p. Masson, Paris, 1999.
12. FAD: "El tratamiento de abuso de drogas en cárceles y penitenciarías". Traducción al español de la obra original: "Drug Abuse Treatment in Prisons and Fails". National Institute on Drug Abuse (NIDA). Rockville, 1992.

CORRESPONDENCIA

Miguel Marset, Catherine Ritter
Service d'abus de substances.
Hôpitaux Universitaires de Genève
Dirección: 22, rue du Nant. 1207 Ginebra-Suiza
e-mail: miguel.marset@hcuge.ch