

AD

ANTIDROGA

PORTAVOZ DE LA
"COORDINADORA NACIONAL DE LA
LUCHA ANTIDROGA"

Nº 7

COORDINADORAS E INICIALES

DE LA

LUCHA

ANTIDROGA

F.A.P. 2010/11



DROGA ← → SIDA

COORDINADORA NACIONAL DE LA LUCHA ANTIDROGA ORGANOS DE ASESORAMIENTO DIRECTIVOS Y EJECUTIVOS

- **PRESIDENTE** PROF. JOSEP DE MIRANDÉS I GRABOLOSÀ.

- EL PATRONATO NACIONAL ANTIDROGA

Según el Art. 7º de los Estatutos su misión se concreta: " Prestará asesoramiento a los directivos y apoyo moral a la Entidad."

Composición:

Excmo. Dr. D. Salvador Cervera Enguix, Catedrático de Psiquiatría, Presidente de la Asociación Española de Psiquiatría, Presidente de la Asociación de Psiquiatría Biológica
Excmo. Dr. D. Gonzalo Herranz, Presidente de la Comisión Española de Deontología Médica, Catedrático de Anatomía Patológica de la Universidad de Navarra.
Excmo. Sr. D. Rafael Cano de Gardoqui y Sinobas, Presidente de la Audiencia Territorial de Cádiz.
Excmo. Sr. D. Eugenio López y López, Presidente de la Unión Nacional de Asociaciones de Asistencia al Toxicómano, Inspector Fiscal de la Fiscalía General del Estado.
Excmo. Sr. D. Joaquín Ruiz Jiménez y Cortés, Ex-Ministro de Educación y Ciencia, Defensor del Pueblo.
Excmo. Sr. D. Giovanni Rigone, European Coordinator of the Europa forum drug Abuse Activty Office (República Italiana).
Su Eminencia Reverendísima Cardenal D. Vicente Enrique y Tarancón, Ex-Arzbispo de Madrid, Ex-Presidente de la Conferencia Episcopal.
Excmo. Dr. D. Francisco de Mirandés Miranda, Ex-Ministro Delegado Permanente en la UNESCO, Profesor de la Sorbonne, Universidad de Paris, Presidente del Instituto Internacional de Estudios Atomocriticos, Profesor de Biología, Faculte deis Sciences de l'Homme, Paris.
Excmo. Sr. D. Marcelino Oreja Aguirre, Ex-Ministro español de Asuntos Exteriores, Secretario General del Consejo de Europa.
Excmo Sr. D. Antonio Carvalho, Presidente de la Assodacao de Prevencao de Consumos Tóxicos (República Portuguesa).
Excmo. Sr. D. Miguel Ángel Escotet, Secretario General de la O.E.I. (Organización de Estados Iberoamericanos).
Excmo. Sr. D. Francisco Noguera Vallverdú Secretario General Asociación para las Naciones Unidas.

- LA JUNTA CONSULTIVA

El Artículo 19 de los Estatutos establece: "Emitir informes y prestar asesoramiento a la Junta Ejecutiva y a petición de esta".

Composición:

Excmo. Sr. D. José Mº Miquel Porres, Magistrado Juez.
Excmo. Sr. D. Pedro Soler Macià, Abogado Mercantilista, Ex-Secretario Nacional de la Coordinadora.
Excmo. Sr. D. José Ma Mohedanó Fuertes, Abogado, Ex-Presidente de la Asociación Española Pro-Derechos Humanos.
Excmo. Sr.D. Adrián Píera, Presidente de la Unión de las Cámaras Oficiales de Comercio Industria y Navegación.
Excmo. Sra. Dª. Juana Mº González Cavada, Presidenta de la Confederación Española de Asociaciones de Amas de Hogar y Consumo Familiar.

- LA JUNTA EJECUTIVA

El Artículo 19 de los Estatutos establecen: 'Ostentar las responsabilidades y atribuciones de la Junta Directiva'

Composición

- A- Representaciones de los Estamentos Sociales
- B- Los Partidos Políticos (Cada partido político con representación parlamentaria nombra y acredita a un parlamentario como su representante)
- C- Los cargos Ejecutivos

Representaciones de Estamentos Sedales:

Por los Empresarios: Excmo. Sr. D. Baldo Tamames, Empresario, Presidente de la Asociación Patronal del Bajo Llobregat.

Por la Iglesia: Excmo. Sr. Dr. D. Daniel Cervera Sipa, Sacerdote Dr, en Sociología.

Por los escritores y prensa: Excmo. Sra. Dª Eulalia Soler Romero, Escritora y Socióloga.

Por los Juristas: Excmo. Sr. D. Félix Capella Tomás, Abogado.

LOS CARGOS EJECUTIVOS

Sr. D. Luis Rodríguez Almonacid -Administrador

Sra. Dª Lina Esther Henar Pérez - Gerente

Sr. D. Miguel García Dalmau - Coordinador de la Red Terapéutica

Sra. Dª María Redondo García - Secretaria General.

EDITA: Coordinadora Nacional de la Lucha Antidroga -Calle Mayor de Gracia Nº 92 Tel. 93 - 08012 Barcelona Telf. 217 9738

AUTOEDICION Y DISEÑO: Pera Ribalta - Gerona, 5 1 1* Tel. 318 83 01

IMPRIME: GRAFIMARC, SI. - PURESÀ, S.A. - Dep. Legal B-16 356/1984



ORGANO DE LA COORDINADORA DE LA LUCHA ANTIDROGA

S U M A R I O

- 5 EDITORIAL
- 7 SIDA = PREVENCIÓN, algunas normas prácticas.
- 11 Normas sobre el SIDA y las relaciones heterosexuales.
- 13 Normas sobre el SIDA y la prueba de detección de anticuerpos.
- 15 Apuntes básicos sobre los aspectos médicos, psicológicos, sociales y preventivos del SIDA.
- 27 Memoria de actividades de la Coordinadora de la Lucha Antidroga.
- 31 Curso de actualización de la drogodependencia a la heroína.
- 37 Droga en Baleares.
- 41 Centros de Atención al toxicómano en Mallorca.
- 51 Ampliamos el equipo.
- 53 Un drogadicto ante el espejo.
- 55 Cornellá, un alcalde comprometido.
- 56 Un reto a la droga.
- 59 Drogas e inseguridad ciudadana.
- 63 El lenguaje de los toxicómanos.
- 67 Las personalidades sociopáticas y las toxicomanías.
- 89 El problema de la droga, cuestiones generales.
- 96 El tabaco.
- 98 El alcohol.
- 99 La heroína y el opio.
- 107 La cocaína.
- 108 El "porro"
- 109 Los barbitúricos.

EDITORIAL

DROGADICCION - SIDA

De todos son conocidas las consecuencias tanto físicas como psíquicas que se producen como consecuencia de la drogadicción, a esta triste relación y desde los últimos años en forma alarmantemente creciente, hay que añadir otra más. EL SIDA.

En poco tiempo los drogadictos se han convertido en el grupo de riesgo más importante a la hora de contraer esta enfermedad.

En primer lugar cabe citar el alto riesgo de contagio al compartir agujas y jeringas. Es evidente que la drogadicción es ya un problema sanitario por sí mismo, por lo que lo aconsejable es que la persona afectada abandone definitivamente la droga. En la Coordinadora de la LUCHA ANTIDROGA, muchos encuentran, todos los días la ayuda eficaz para vencer este problema. Esta solución ideal, a pesar de los esfuerzos que se realizan desgraciadamente no alcanza a todos, por lo que, y como mal menor habrá que aconsejar, en todo caso que se utilice una aguja y una jeringa exclusiva para cada uno. Mejor si es de un solo uso.

Pero también podrá resultar eficaz si se desinfecta adecuadamente. Ello se consigue con un desinfectante apropiado como una solución de hipoclorito como la misma lejía.

Para ello debe aspirarse por la aguja con un par de succiones enérgicas del émbolo de la jeringa y posteriormente limpiar con mucha agua.

Este problema se manifiesta con especial gravedad en las cárceles, donde la obtención de nuevas jeringas y agujas resulta más dificultoso.

Ha sido por este motivo que en Cataluña, el Departamento de Sanidad de la Generalitat ha confeccionado y distribuido a todos los internos de las prisiones catalanas un folleto informativo sobre el particular que aquí reproducimos.

Y nos preguntamos si no resultaría más eficaz dirigir estos esfuerzos a conseguir que no entre droga en las cárceles, y por otra parte cumplieran lo señalado por la Ley,

que obliga la existencia de unidades de desintoxicación en todos los centros penitenciarios.

En las últimas elecciones presidenciales celebradas en los Estados Unidos, todas las encuestas señalaban que el problema de principal preocupación de la población es la droga y sus consecuencias. Los candidatos, en consonancia enfatizaban en este problema, proponiendo soluciones. Ello contrasta con las últimas elecciones legislativas celebradas en España, en cuya campaña, los diferentes partidos apenas se han referido a este tremendo problema, a lo sumo se han referido superficialmente.

En cuanto al contagio del SIDA a través de las relaciones sexuales, es evidente que este riesgo no existiría de no producirse relaciones sexuales extraconyugales. Hay que decir que el uso del preservativo no supone la eliminación del riesgo de contagio. Si consideramos los fallos numerosos del uso del preservativo como anticonceptivo nos daremos cuenta de la inseguridad ante el contagio del SIDA.

Quizá lo más triste resulta comprobar que en forma creciente pagan las consecuencias los seres más inocentes e indefensos: los niños.

En España la tasa de niños con sida es tres veces superior a la media de Europa y de la EUA.

Unos dos mil niños, en España son seropositivos, lo que significa que son portadores de anticuerpos VIH en la sangre, de los cuales un 25 o un 30 por ciento desarrollarán la enfermedad y morirán.

Son las víctimas de madres drogadictas infectadas por el VIH o que ya han desarrollado el SIDA.

Recientemente la preocupación ha llegado a la Organización Mundial de la Salud, de cuyo estudio provienen estas cifras.

Los médicos pediatras españoles están, lógicamente preocupados. En un congreso celebrado recientemente en Zaragoza, de estos especialistas se manifestó en estudios

FIGURA 1. CÓMO DESINFECTAR UNA AGUJA Y UNA JERINGA

**SI ERES DROGADICTO EVITA CONTAGIARTE CON JERINGAS USADAS. PROTÉGETE DEL SIDA Y DE LA HEPATITIS
NO COMPARTAS LAS JERINGAS CON NADIE. USA LAS JERINGAS UNA SOLA VEZ. SI NO ES POSIBLE:
DESINFÉCTALAS SIEMPRE CON LEJÍA.
LÁVALAS CON AGUA ABUNDANTE**



Llenar hasta arriba de lejía.
Luego, repite la operación por lo menos otra vez.



Vaciar completamente.
Luego, repite la operación por lo menos otra vez.



Llenar hasta arriba de agua.
Luego, repite la operación por lo menos otra vez.



Vaciar completamente.
Luego, repite la operación por lo menos otra vez.

FRENTE AL SIDA tu comportamiento ES IMPORTANTE

realizados en 76 hospitales pediátricos de todo el estado español, en donde se confirmaba la alarmante cifra de unos dos mil niños españoles que actualmente poseen anticuerpos del SIDA en la sangre.

Por su parte la sociedad Catalana de Pediatría organizó una Jornada Internacional de especialistas de todo el mundo, máximamente reconocidos en el estudio del SIDA.

El coordinador del Congreso, el Dr. Llorens y Terol afirmó "El futuro inmediato no puede juzgarse optimista".

Por su parte la Dra. Carmen Martín Gaudes del Hospital del Mar de Barcelona, el profesor Von Lowenich de Alemania Federal, el Dr. Giaquinto de Italia, la profesora Peckham de Gran Bretaña, la Dra. Henenkem de Alemania, estudiaron e intentaron explicar las razones del incremento registrado en el Estado Español.

La madre gestante infectada transmite siempre anticuerpos al niño y en un 25 o 30 por ciento también le transmite el virus. Con pruebas periódicas puede conseguirse que el niño no tenga anticuerpos en unos 15 meses pero si ha recibido el virus, por el contacto en sangre del útero, o a través de la placenta o por la leche materna, lo más probable es que el niño padezca el SIDA. La mortalidad de estos niños es muy alta. Se calcula en un 83 por ciento y se producirá con gran rapidez: entre los tres meses y los dos años y siempre hay la posibilidad de que el virus permanezca en estado latente y se desarrolle en cualquier momento.

La doctora Español, pediatra del centro barcelonés del

Valle de Hebrón indicaba que en diciembre de 1985, existían entre 6 y 10 niños afectados en el estado español.

Dos años más tarde el número de niños afectados era ya de 23, de los cuales habían muerto 15.

Tres años más tarde son ya cerca de dos mil los niños afectados seropositivos, de los que un 25 o 30 por ciento desarrollarán la enfermedad y morirán antes de cumplir los dos años.

En datos absolutos y desde 1981 hasta septiembre de 1988 ya han muerto 776 niños en España.

El País Vasco, Cataluña y Madrid van en cabeza.

Ante la falta de voluntad política que se manifiesta en España en este alarmante problema de la droga y sus consecuencias, SIDA, entre otros, se hace necesario que el conjunto de la sociedad tome conciencia clara y reacciones de forma serena y eficaz para responder a la gran guerra del siglo XX.

No pretendemos dramatizar el problema. Ya es dramático por sí y ante el futuro inmediato, el Comité Internacional de Ética sobre el SIDA que acaba de reunirse en París insiste en adoptar una ética mundial para evitar que las personas afectadas por el SIDA vivan en el ostracismo. El presidente francés François Mitterand que clausuró la reunión del comité mostró especial inquietud ante los estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud que prevén 18 millones de enfermos de este terrible mal para el año 2.000.



S.I.D.A. = PREVENCIÓN, ALGUNAS NORMAS PRACTICAS

Soy Javier Felip Baquer, durante este año caminaba cerca de la plaza de Cataluña de Barcelona, una persona se me acercó y me mostró la revista "Antidroga", inmediatamente le expliqué que llevaba casi cuatro años intentando que la persona a quien he querido más que a mi vida curase de su toxicomanía; antepuse la vida de ese ser humano enfermo a la mía y... sin embargo comencé a pensar que había sido como llenar el pozo de las Danaides; la señorita sugirió que fuésemos a la Coordinadora Nacional de la Lucha Antidroga, a pesar mío la enferma no quiso acudir. La tarde del 21 de junio de este año, en que estaba bajo el síndrome de abstinencia accedí a ir, las personas que encontramos en la Coordinadora tuvieron con nosotros un trato entrañablemente humano, sin embargo por parte de la enferma todo quedó en el intento; por mi parte llegué a mi límite, le insistí a la enferma para que ingresara en una granja, ella había días que decía estar de acuerdo, sin embargo me insistía en otras alternativas que en su día fueron intentadas y fracasaron. Siempre recordaré la mañana del 28 de agosto último: -Javi -me dijo ella-, estoy dispuesta a todo para curarme... excepto a ir a una granja, ... ya sabes lo que pienso-, le respondí: Merche, ... luego ya no estás dispuesta a todo para curarte-, añadí: -Además, he tirado la toalla en todo esto, haz lo que quieras con tu vida-. Ya no la volvimos a ver. Días antes de esa 28, Esther (Gerente de la Coordinadora) me había propuesto escribir algo para la revista "Antidroga", me convenció la confianza que depositaba en mí sin apenas conocerme, presentí que por vez primera iba a trabajar a gusto, sin selectividades, exámenes, jefaturas impuestas, trabas, ni ánimo de lucro, en una palabra con: libertad. Ya hace tiempo que no hay día que no pase sin que piense en el misterio que envuelve a los enteógenos (drogas) y a quienes las toman (toxicómanos). Ahora intento colaborar con las personas de la Coordinadora por un objetivo común: curar enfermos toxicómanos; de quienes nos basta con que no tomen la droga, quizás sea pedir demasiado, pero ellos y nosotros sabemos que ello "no es imposible", que el último intento es el que no se hace. Hace cientos de años cuando Alejandría era la joya del mediterráneo, desde su mítica biblioteca quienes trabajaban en ella veían brillar el sol en las aguas del mare nostrum, el bibliotecario Plinio el Viejo una de aquellas mañanas se le veía especialmente feliz, alguien le preguntó -¿qué celebráis?-, contestó: -Que en una de las ciudades vecinas, sus habitantes han dejado de adorar a un falso dios-, a Plinio le volvieron a preguntar: -¿qué significa la palabra dios para los hombres?-. Plinio contestó: -dios significa hacer el bien a nuestros semejantes-, que así sea.

Javier Felip Baquer

Barcelona, 6 de noviembre de 1989

Introducción

El presente artículo contiene normas preventivas del S.I.D.A dirigidas a la población en general y en especial a las adictos a drogas por vía parenteral (A.D.V.P.). Pretende contribuir a frenar la expansión del S.I.D.A.

Material y Métodos

En los adictos a drogas por vía parenteral (A.D.V.P.) la prevención debe ser la de la drogodependencia; en tanto exista ésta, procurarán disminuir la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (V.I.H.) no compartiendo ni jeringuillas ni agujas. Hay que cambiar los hábitos sociales de la inyección, aunque

la jeringuilla de un sólo uso implique desconfianza hacia el compañero, y que la compulsión del síndrome de abstinencia haga que se busque una jeringuilla aunque sea usada.

Prevención de la transmisión perinatal: en una mujer con alto riesgo de infectarse como drogadicta, prostituta, pareja sexual de afectado o de alto riesgo, tratará de evitar ese riesgo, su compañero sexual será informado y ayudado si es preciso.

Puede contagiarse a su hijo, caso de quedar embarazada, si durante el embarazo continúa con V.I.H. negativo, podrá amamantar al hijo al cesar la exposición al riesgo.

En mujer infectada, la probabilidad de transmitir el V.I.H. al hijo es del 48%. La cesárea está indicada evitando el momento más crítico de la infección, y/o emplear un antivírico eficaz la segunda mitad de la gestación al menos.

Prevención en la población heterosexual:

1. Establecer relaciones sexuales entre pareja unida por vínculos de fidelidad mutua.

2. Una infidelidad mantenida con alta frecuencia y con muchos compañeros/as sexuales es más peligrosa.

3. Las prostitutas pueden transmitir el V.I.H.

4. El nivel socioeconómico, cultural y de limpieza corporal no constituyen defensa alguna si se posee el V.I.H.

5. Usar preservativos, disminuye, sin suprimirlo el riesgo de contagio.

Si la persona está decidida a tener relaciones homosexuales o promiscuas, o con personas seropositivas al V.I.H. el preservativo disminuye la posibilidad de contagio, además suprime la entrada de aloantígenos del espermatozoide en el coito anal.

El cloruro de benzalconio integrado en el preservativo o añadido a cremas espermicidas destruye el V.I.H.

El monoxinol-9 forma parte de varios espermicidas a una concentración entre 1 y 12%; Hicks y cols. (1985) obtuvieron que a una concentración del 0,05% inactiva al V.I.H. in vitro en menos de 60 segundos, y al 1% reduce la cantidad de linfocitos presentes.

6. El coito anal heterosexual es más peligroso que el vaginal, en especial para la mujer.

Prevención en la población homosexual:

1. Tener un sólo compañero sexual, este a su vez disminuir el número de compañeros sexuales al máximo, evitar el sexo anónimo o con chaperos.

2. No introducir en el recto objetos, dildos o el puño (fisting); tampoco efectuar duchas y enemas rectales al favorecer la producción de heridas, fomentan la infección.

3. No realizar la felación si hay heridas en la boca.

4. En caso procedente usar preservativo.

Otras medidas preventivas: Utilización de material cortante de un sólo uso en barberías o para tatuajes; si no es posible cada cliente llevará su propio material

Quimioprofilaxis: Hay antivíricos eficaces frente al V.I.H. libre (antes de penetrar en la célula e integrarse al genoma), están indicados:

1. Al pincharse con instrumento que antes hubiese contactado con sangre del enfermo de S.I.D.A., o recibir salpicaduras de dicha sangre sobre mucosa o piel no intacta.

2. Al ser transfundida sangre no garantizada seronegativa para V.I.H.

3. Gestantes seronegativas no cónyuge seropositivo o perteneciente a grupo de alto riesgo.

4. Homosexuales de conducta promiscua.

Prevención mediante educación sanitaria de la población: Informándola de lo que significa el

S.I.D.A., cómo se transmite y medios para evitar el contagio, Los profesores de BUP, asesorados por médicos pueden contribuir a crear hábitos de higiene general, por ejemplo no intercambiar cepillos de dientes.

La información puede darse por medios clásicos de propaganda, ejemplo Suiza que entrega en sus fronteras, desde 1987, un folleto editado en 7 idiomas.

Reforzar la información de los colectivos de riesgo, es fácil si están organizados como ciertas sociedades de homosexuales, pero difícil en el caso de los A.D.V.P. por estar aislados habitualmente.

Resultados

En Francia, en 1985, se propuso, autorizar la venta libre de jeringuillas, prohibida, desde 1972, en las farmacias o bien se suministrarán gratuitamente.

En Amsterdam, los servicios municipales de salud, en colaboración con los Junkies Union, distribuyen en 14 lugares jeringuillas con agujas y contactan con los toxicómanos en la propia calle, a quienes entregan, contra la presentación de la jeringuilla usada una nueva. En 1984, repartieron 25.000 sin que haya producido un aumento de A.D.V.P.

En Madrid, el Centro de Promoción de la Salud, bajo la dirección de la Dra. Estébanez, estimó que, en diciembre de 1986, el 98,5% de los A.D.V.P. que acudían al centro compartían jeringuillas, hacia junio de 1987 las compartían el 20%. Estos resultados parecen contradecir los conceptos de autodestrucción, violencia y marginación que suelen atribuirse a todos los A.D.V.P., aunque se trató de un grupo no representativo ya que acudían al centro voluntariamente.

El resultado de la propaganda depende de como se haga, y de si permite o contradice las motivaciones reales de la población. En Estados Unidos resultó que la media de compañeros sexuales de los homosexuales era de 23 en 1980 y pasó a 12 en 1984 (3).

Discusión

Por los resultados antes citados se desprende la importancia de la actitud de la sociedad hacia una enfermedad.

En el Plan Nacional sobre drogas se cita que en España tenemos aproximadamente entre 80.000 y 125.000 consumidores de heroína, y que un consumidor "alto" inyectase, 0,400 gramos, cuyo efecto dura 3 a 6 horas y con una frecuencia usual de 2 a 3 veces al día (4). En la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril), en su Título Primero (Del sistema de Salud), Capítulo primero (De los principios generales) en su Art. 6º dice: las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas: 3. A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen y no sólo a la curación de las mismas (5). Contamos con el problema y la base legislativa que está significando la expansión del S.I.D.A., es de esperar que las jerarquías políticas y sociales de España dispongan cuanto sea necesario para la prevención del S.I.D.A.

Resumen

Existen normas preventivas contra el contagio del

S.I.D.A., para uso de la población general y determinados grupos de riesgo en especial; a continuación se exponen los resultados obtenidos en otros países en que se comprueba su eficacia, finalmente se hace referencia al marco legal español básico para realizar parte de las medidas preventivas contra el S.I.D.A.

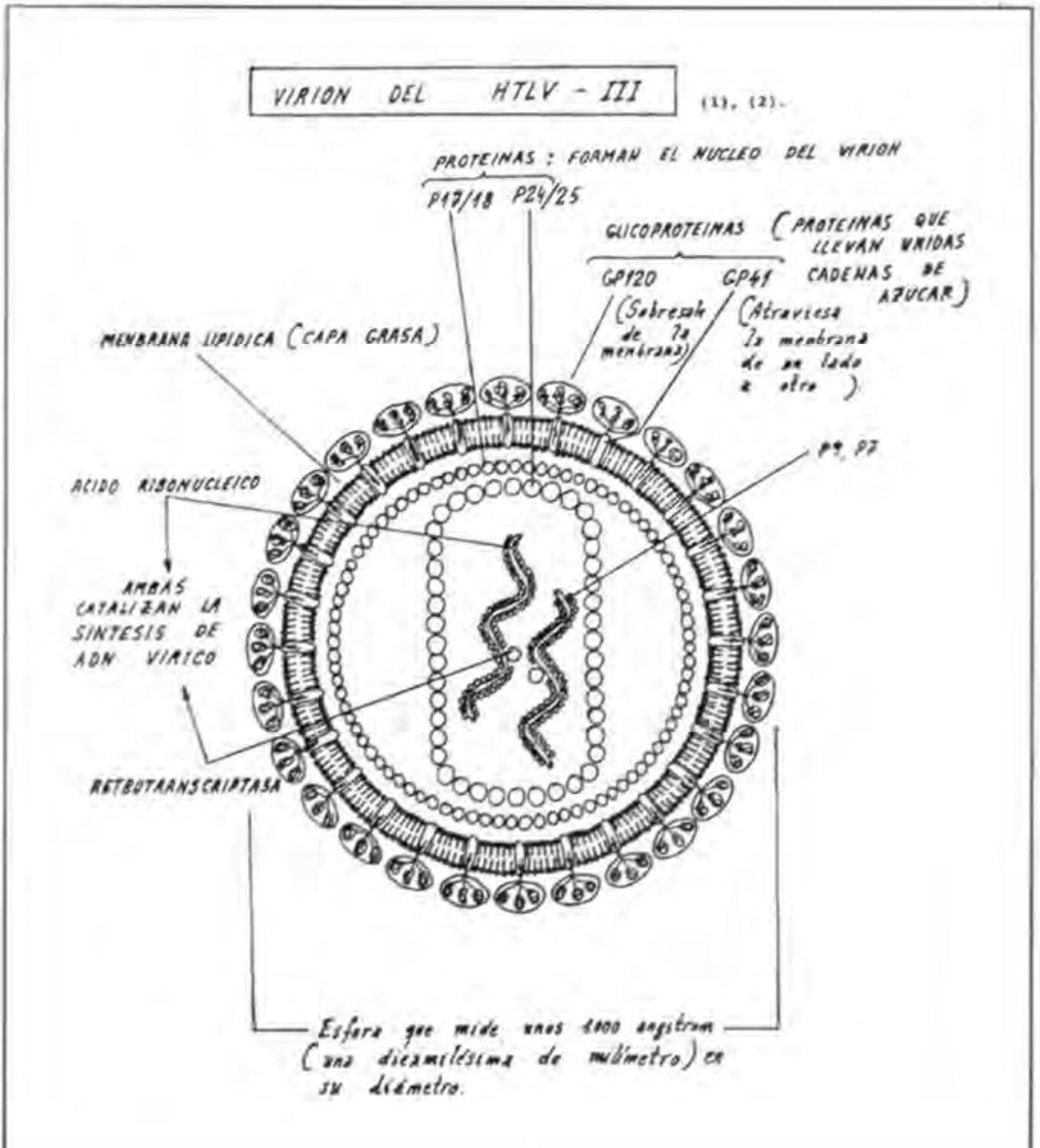
Bibliografía

- 1.- Robert C. Gallo: el virus del S.I.D.A. Scientific American. Prensa científica. 1987; 126: 33-34.
- 2.- Robert C. Gallo, Luc Montagnier: El S.I.D.A. en 1988. Scientific American. Prensa científica. 1988; 147: 13.

3.- M. Domínguez Carmona. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (S.I.D.A.). Salvat Editores, S.A.. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona. 1989, 560-570.

4.- Angel Javier Martínez Higuera. Legislación sobre drogas. Editorial Tecnos, S.A., 1986, 801-888.

5.- Ignacio Arroyo, Rodrigo Bercovitz Rodríguez-Cano. Enrique Gimbernat Ordeig, Julio D. González Campos, Jesús Leguina Villa, Juan Martín Queralt. Ley General de Sanidad. Editorial Tecnos, S.A. Madrid, 1986, 20.



NORMAS SOBRE EL SIDA



Y LAS RELACIONES HETEROSEXUALES



ASSOCIACIÓ CIUTADANA ANTISIDA DE CATALUNYA
C/ Sepúlveda 181 Barcelona UNO11 t. 93 254 71 91

**PASATE AL SEXO SEGURO
SIDA SON LAS INICIALES PARA:**

SINDROME: Un grupo de señales y síntomas.

INMUNOLOGICO: El sistema de defensa del cuerpo.

DEFICIENCIA: Que no funciona bien.

ADQUIRIDA: Algo ajeno al cuerpo humano (un virus).

El SIDA está causado por un virus. Si el virus entra en la sangre, ataca ciertas partes del sistema inmunológico del cuerpo. Algunas enfermedades que normalmente podríamos combatir, se convierten en problemas.

El virus se contagia cuando la sangre, el semen o las secreciones vaginales de una persona infectada entran en la sangre de otra.

TU NO PUEDES CONTAGIARTE EL VIRUS DEL SIDA POR:

• **Besos.** Besarse en la piel no tiene riesgo alguna, al igual que en la boca.

• **Tocarse.** No puedes contagiarte el virus del SIDA a través de caricias, al tocarte o frotarte con otra persona o a través de masajes, o por dormir juntos o en general, conviviendo con una persona que sea portadora del virus del SIDA o incluso esté enferma del SIDA.

• **Al comer.** Compartir cubiertos, beber del mismo vaso, etc. no es motivo de contagio del virus del SIDA.

• **Estornudando.** Usando vestidos o usando la cama de una persona portadora del virus, tampoco es causa de contagio.

¿ COMO PUEDO PROTEGERME A MI MISMA/O Y A MI COMPAÑERA/O?

No se puede saber si alguien es portador del virus del SIDA por su aspecto externo. Puedes protegerte a ti misma/o tomando unas sencillas precauciones en tus relaciones sexuales.

Debes saber que el riesgo de contagio solamente es posible a través de unas **PRACTICAS SEXUALES MUY CONCRETAS:**

- Si existe penetración (anal o vaginal).
- Si practicas el sexo oral.

En general, la inmensa mayoría de las prácticas sexuales que puedes realizar no representan riesgo alguno de contagio del virus del SIDA: caricias, abrazos, besos, masaje, dormir juntos.

SI EN TUS RELACIONES SEXUALES INCLUYES LA PENETRACION ANAL O VAGINAL., UTILIZA SIEMPRE PRESERVATIVOS

El virus del SIDA no puede pasar a través de un condón si éste es usado correctamente y no se

rompe. Esto es, su eficacia depende de la manera en que lo utilices.

Un preservativo bien lubricado no se romperá. Las cremas (vaselina, aceites...) deterioran el látex del condón, no las emplees. Utiliza lubricantes solubles en agua (KY, For Play...). Si el condón no tiene depósito seminal, al colocarlo, deja un espacio libre. El preservativo debe estar colocado desde el inicio de la penetración, y ha de retirarse con cuidado para evitar que el semen se salga.

RECUERDA, CADA PRESERVATIVO SOLO PUEDE USARSE UNA SOLA VEZ.

SI USAS CONSOLADORES O JUGUETES SEXUALES..., CADA UNO LOS PROPIOS.

ESPERMICIDAS

El espermicida MONOXYNOL 9 y el cloruro de Benzalconio (Pharmatex, Larzas...) matan el virus. Pueden emplearse como complementos del condón, pero no solos.

UNA SOLA PENETRACION IN CONDON PUEDE SER SUFICIENTE PARA CONTAGIARSE. LLEVA SIEMPRE CONDONES CONTIGO

SI PRACTICAS EL SEXO ORAL...

No dejes que el semen de un hombre infectado entre en tu boca.

Evita la eyaculación en la boca.

El fluido vaginal de una mujer infectada puede transmitir el virus, así como la sangre de su flujo menstrual.

Siguiendo estos sencillos consejos puedes detener el SIDA.

USA SIEMPRE CONDONES

SIGUE LOS CONSEJOS DE ESTE FOLLETO

PASATE AL SEXO SEGURO

NORMAS SOBRE EL SIDA



Y LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE ANTICUERPOS



ASSOCIACIÓ CIUTADANA ANTI SIDA DE CATALUNYA
C/ Sepúlveda 181 Tel. 254 71 03

LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE ANTICUERPOS CONSISTE EN UNA SENCILLA EXTRACCION DE SANGRE CUYO ANALISIS POSTERIOR PERMITE DESCUBRIR SI HAY O NO ANTICUERPOS CONTRA EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (V.I.H.) CAUSANTE DEL SIDA.

¿QUE SON LOS ANTICUERPOS?

Las defensas que el cuerpo humano crea para enfrentarse a cualquier organismo extraño que penetra en él y lo ataca, en este caso un virus.

EL PERIODO VENTANA O DE SEROCONVERSION

Nuestro cuerpo puede tardar desde el contacto infectante alrededor de 3 meses en fabricar los anticuerpos. A este período de tiempo se le llama "ventana o de seroconversión".

Durante estos días la prueba será siempre un resultado negativo, incluso si se está realmente infectado. Así, es inútil hacerse la prueba al poco de haber mantenido una práctica de riesgo. Ejemplo: una relación sexual de penetración sin preservativo; un intercambio de jeringuilla... porque el resultado no será nunca fiable.

UN RESULTADO POSITIVO NO SIGNIFICA TENER SIDA

Quiere decir que se ha estado en contacto con el virus (VIH), que en tu sangre hay anticuerpos contra él. Por eso habla de "portadores sanos o asintomáticos".

UN RESULTADO POSITIVO SIGNIFICA QUE POTENCIALMENTE PUEDES TRANSMITIR EL VIRUS A OTROS/AS

- Si en tus relaciones sexuales permites que haya intercambio de semen a sangre, de sangre a sangre, de flujo vaginal a sangre. ¡Practica el Sexo Seguro! ¡Usa condones!

- Si prestas tus jeringuillas, agujas... en caso de chutarte. ¡Personalízalas!

- Si te quedas embarazada puedes transmitir el virus a tu futuro hijo/a, y es perjudicial para tu propia salud. ¡Piénsatelo!

- Si donas sangre, tejidos, órganos o espermatozoides. Hoy la red sanitaria controla las donaciones, pero por solidaridad hay que abstenerse de donar si eres portador o sospechar poder serlo.

Con estas medidas PROTEGES A LOS DEMAS Y A TI MISMO/A, preservándote de una posible (re)infección con el virus (VIH) o de pillar otras enfermedades infecciosas. (Ejemplo: las de transmisión sexual; las características por compartir la chuta...) que pueden debilitarte y favorecer que desarrolles un Sida.

RECUERDA: Una pareja monógama en la que

as dos personas estén infectadas deben tomar todas las precauciones mencionadas para evitar una continua re)infección.

Los anticuerpos anti-VIH, a diferencia de otros tipos de anticuerpos **NO TE PROTEGEN** contra el Sida; sólo evidencian que el virus contactó con tu organismo.

UN RESULTADO NEGATIVO NO SIGNIFICA QUE SEAS INMUNE AL CONTAGIO

También tú has de tomar precauciones, las mismas que si el resultado hubiera sido positivo, pero en tu caso sólo para no infectarte en el futuro.

En general **TODAS LAS PERSONAS** sexualmente activas, sin relación monógama, y las que consumen drogas por vía parenteral -por las venas-, hemos de protegernos y proteger a los demás haciendo **SEXO SEGURO** y **NO COMPARTIENDO OBJETOS** que entren en contacto con **SANGRE**.

¿QUIEN DEBE REALIZARSE LA PRUEBA?

• Es necesario:

- Para donantes de fluidos, órganos y tejidos. (Obligatorio legalmente).

- Para nacidos/as de madres infectadas.

• Es recomendable:

- Para las personas que proyecten tener hijos y que hayan tenido prácticas del riesgo.

• Puede aconsejarse:

- Para personas con prácticas de riesgo en los últimos años.

- Para personas angustiadas con el tema que deseen hacerlo.

• Es aconsejable:

- Para personas sin prácticas de riesgo en los últimos años.

- Para los pacientes prequirúrgicos o análogos.

Todos hemos de oponernos a que se hagan, en forma obligada, masiva, sin consentimiento de la persona... y en todas las ocasiones que conlleve medidas restrictivas o coercitivas. (Ejemplos: para acceder a un puesto de trabajo, escolar, a un seguro de vida, a viajar a otro país...).

EXIGE CONFIDENCIALIDAD Y ANONIMATO.

NO TIENES QUE ENSEÑAR TU CARNET DE IDENTIDAD A NADIE

¿ES NECESARIO SOMETERSE A LA PRUEBA?

PARA DECIDIRLO TEN EN CUENTA:

- Que no indica si te vas a poner enfermo/a o no.

- Que puede servir al médico para ayudarte en el caso de que estés enfermo/a.

- Que puede causarte angustia si eres aprensivo/a.

- Que la prueba es una valiosa herramienta para la medicina clínicoepidemiológica.

- Que si tomas las medidas preventivas, aunque seas portador/a y no lo sepas no contagiarás a nadie ni te reinfectarás.

LA DECISION FINAL ES SOLO TUYA.

NO PERMITAS QUE NADIE TE OBLIGUE CONTRA

TU VOLUNTAD O SIN TU CONSENTIMIENTO.

APUNTES BASICOS SOBRE LOS ASPECTOS MEDICOS, PSICOLOGICOS SOCIALES Y PREVENTIVOS DEL SIDA

Por Elena San Román *, Raúl Azzarini**, Carmen Planas***. Pablo Stanjsznajder***

INDICE

- 1.- Introducción
- 2.- Definición
- 3.- La causa
- 4.- El virus del SIDA
- 5.- Repercusiones de la infección en el organismo
- 6.- Diagnóstico
- 7.- Tratamiento
- 8.- Aspectos psicológicos
- 9.- Repercusiones en el núcleo familiar
- 10.- Aspectos sociales y marginación
- 11.- Epidemiología
- 12.- La prevención
- 13.- Las vías de contagio
- 14.- Normas para la prevención del contagio por vía sexual
- 15.- Normas preventivas para adictos a drogas de administración intravenosa
- 16.- Prevención del contagio por transfusiones de sangre y productos derivados
- 17.- Prevención del contagio por vía materno-fetal
- 18.- Precauciones generales y métodos de desinfección

1. INTRODUCCION

El SIDA es una enfermedad cuyo contagio resulta difícil, y de fácil prevención. sin embargo, desde que hizo su aparición ha causado un enorme impacto social, político y económico en prácticamente todo el mundo.

El SIDA afecta a hombre, mujeres y niños de diferentes países, razas y nacionalidades, de condiciones socia-

les, económicas, intelectuales y culturales diferentes.

Ha promovido cambios en el comportamiento individual y colectivo, y ha obligado a gobiernos, instituciones supranacionales, líderes políticos y religiosos, a hacer públicos sus criterios en relación a la enfermedad.

Ha generado marginación y discriminación hacia colectivos, pueblos, y razas, a los que se las ha atribuido la exclusividad de padecerlo.

Ha hecho correr ríos de tinta impresa en periódicos, revistas y publicaciones, que no siempre han reflejado el tema con seriedad y objetividad.

El SIDA significa un reto al conocimiento científico y a las políticas y estrategias sanitarias convencionales, y ha supuesto a prueba la autenticidad, vigencia y fortaleza de los principios éticos que rigen la convivencia en las sociedades democráticas.

El SIDA pone en peligro el futuro de los países social y económicamente más débiles, porque en ellos la incidencia de la enfermedad es muy elevada, y los recursos para luchar contra ella son muy escasos.

La lucha contra el SIDA requiere hacer un esfuerzo de difícil contagio y de fácil prevención, su erradicación es una labor en la que debemos participar todos.

2. DEFINICION

Hacia los inicios de la década de los 80, diversos centros asistenciales de los EE.UU. de Norteamérica, se comenzó a detectar una nueva enfermedad, que se manifestaba principalmente por la aparición de infecciones rebeldes al tratamiento y tumores malignos poco habituales.

Si bien en aquella época se desconocía cuál era la causa de esta nueva enfermedad, enseguida se pudo comprobar que tanto las infecciones como los tumores malignos que la caracterizaban, eran ocasionados por una inmunodeficiencia, es decir, por una significativa disminución de las defensas del organismo.

* Asistente social

** Psicólogo

*** Médico

Fue en base a estos hechos que el trastorno se denominó con las siglas S.I.D.A.

La S significa Síndrome, es decir conjunto de manifestaciones y síntomas.

L a I y la D significan Inmuno Deficiencia.

La A significa Adquirida, o sea, que la inmunodeficiencia se produce a consecuencia de alguna circunstancia o factor ambiental y no a consecuencia de una alteración genética que se transmite en forma hereditaria.

3. LA CAUSA

Faltaba, pues, identificar cuál era la circunstancia o factor ambiental que provocaba la enfermedad.

Si bien surgieron diversas teorías al respecto, la que más prosperó fue la hipótesis de que el SIDA era provocado por un microorganismo desconocido. Esta hipótesis se justificaba en el hecho de que la enfermedad incidía muy particularmente en determinados colectivos sociales, o "grupos de riesgo", como los homosexuales, drogadictos por vía intravenosa, o hemofílicos. En estos individuos, pues, el contacto con fluidos orgánicos como la sangre o el semen de otras personas, es mayor que en el resto de la población, y por tanto, también es mayor el riesgo de que junto con estos fluidos, ingresen diversos gérmenes en el organismo. Además, de hecho, ya se había demostrado que algunas enfermedades infecciosas, como la hepatitis B o las enfermedades de transmisión sexual, eran más frecuentes en estos colectivos sociales que en el resto de la población.

Esta hipótesis no tardó mucho en ser confirmado. Así, al promediar el año 1983, dos científicos, Robert Gallo en EE.UU. y Luc Montagnier en Francia, lograron demostrar que el SIDA era provocado por un virus, al que se conoce actualmente como virus del SIDA o HIV, es decir, virus de la inmunodeficiencia humana.

4. EL VIRUS DEL SIDA

Los virus son unos gérmenes muy pequeños, que sólo pueden ser observados mediante los potentes microscopios electrónicos. Estos gérmenes, a diferencia de los otros, como las bacterias o los hongos, no disponen de los mecanismos necesarios para sobrevivir fuera del organismo, sino que para hacerlo deben introducirse rápidamente en una célula viva.

El virus del SIDA posee una estructura muy sencilla, que está formada básicamente por una envoltura o cápsula de proteínas, y un núcleo en el que se encuentra su material genético y diversas enzimas que le sirven para desarrollar la infección y reproducirse.

Al igual que los otros virus, el VIH posee afinidad especial hacia determinados tipos de células. Ello se debe a que las proteínas que se encuentran en la cápsula de los virus, que se conocen también como **antígenos de superficie**, se adhieren a determinadas sustancias que se encuentran en la superficie externa de algunas células, de

la misma manera que una llave encaja en una cerradura. Así, mientras que los antígenos de superficie de algunos virus se adhieren por ejemplo a las células del tejido del hígado o del pulmón, los del VIH se adhieren fundamentalmente a algunas células defensivas, como los linfocitos T4 o los macrófagos, y en menor medida a algunas células nerviosas. Actualmente se sabe que esta afinidad se debe a que todas estas células poseen en su superficie externa una sustancia denominada C4, formada por azúcares del VIH reaccionan adhiriéndose.

Al igual que otros virus, la meta del VIH es introducirse dentro de una célula para utilizar sus estructuras en su propio beneficio, es decir, para reproducirse. Y para ello, el camino más eficaz es modificar la estructura del material genético celular, es decir las cadenas de ADN o ácido desoxirribonucleico que se encuentran en el núcleo de las células.

Algunos virus pueden modificar las cadenas de DN de sus células anfitrionas de una manera directa. Ya que su propio contenido genético está dado por moléculas de DN que se combinan con las del núcleo celular. En cambio, en el caso de los **retrovirus**, a los que pertenece el VIH, el camino es menos directo. Ello se debe a que estos virus no poseen cadenas de DN sino de otro ácido nucleico, el ARN o ácido ribonucleico. Estos virus, pues, cuentan con una enzima denominada **retrotranscriptasa** -de ahí el nombre de retrovirus-, cuya acción es copiar o transcribir, dentro de la propia célula, las cadenas de ARN en otras de ADN, para que posteriormente se combinen y alteren el material genético celular.

Una vez que el material genético del virus se ha combinado con el de sus células anfitrionas pueden ocurrir esquemáticamente tres cosas. 1) que la infección se mantenga en estado de latencia; 2) que se formen nuevos virus con sus respectivas cápsulas dentro de la célula; o 3) que la célula anfitriona finalmente explote, permitiendo la salida de numerosos virus hacia el exterior.

5. REPERCUSIONES DE LA INFECCION EN EL ORGANISMO

Tras el contagio o infección, los virus del SIDA se acantonan en las células por los que tienen afinidad, adonde pueden permanecer durante mucho tiempo en estado de latencia, o bien reproducirse provocando la destrucción de estas células y propagando la infección hacia otras.

Según estimaciones estadísticas, unas dos terceras partes de los casos de infección por VIH se mantienen en estado de latencia durante muchos años, o incluso, probablemente, de por vida. Estos casos, pues, se conocen como **portadores asintomáticos**, puesto que la persona infectada no aqueja ningún síntoma en particular, aunque puede contagiar la infección a otros individuos.

Según estimaciones estadísticas, en el resto de los casos se produce una propagación de la infección en las células afines, y en consecuencia, un progresivo deterioro

ro del funcionamiento del sistema defensivo del organismo, que en sus etapas más avanzadas desencadena el SIDA.

Estos porcentajes son sólo especulativos, ya que todavía no se dispone de estadísticas realizadas en personas que se han infectado hace más de seis o siete años, y por consiguiente, aún no se puede saber lo que ocurre, por poner un ejemplo, al cabo de 10 o 15 años del contagio.

En la actualidad tampoco se sabe con precisión por qué algunas personas infectadas se mantienen durante muchos años como portadores asintomáticos, mientras que otras contraen la enfermedad.

Al parecer, algunas personas, por sus características genéticas, tendrían una mayor susceptibilidad a la acción nociva del VIH, y por lo tanto, una tendencia a contraer el SIDA, en caso de infección. No obstante, todavía no se ha podido identificar ninguna característica genética específica a la que se pueda responsabilizar de esta susceptibilidad.

También se considera que las infecciones con otros gérmenes aceleran la evolución de la enfermedad. Esta consideración es muy lógica puesto que en caso de infección, las células defensivas tienden a reproducirse con más celeridad de lo habitual, y por consiguiente, también se reproducen y propagan los VIH contenidos dentro de ellas, sin embargo aún no se sabe por qué razón algunos sujetos infectados con VIH, y que asimismo reiteradamente de otros procesos infecciosos, no han contraído el SIDA.

Finalmente, otro factor que incrementa la posibilidad de padecer de SIDA, en caso de infección por VIH, es la exposición a nuevos contagios.

Las manifestaciones que ocasiona la infección por VIH pueden ser muy variadas; algunas personas evolucionan a lo que se conoce como **Complejo relacionado con el SIDA** o CRS. Otras padecen de los trastornos característicos del SIDA.

Las manifestaciones más frecuentes del CRS con el agrandamiento de los ganglios linfáticos; temperatura corporal superior a 38 grados de más de tres meses de duración; la pérdida de más de un 10% del peso corporal; las diarreas persistentes; y la sudoración nocturna. Estas manifestaciones son muy indefinidas, y casi siempre se deben a otros trastornos o enfermedades. Por ello, sólo se deben tener en cuenta cuando son muy persistentes y afectan a una persona que considera bastante probable la posibilidad de haberse contagiado.

Por razones desconocidas, algunos sujetos que padecen de CR contraen más adelante el SIDA, mientras que otras permanecen en ese estado indefinidamente o incluso retoman a una situación de normalidad, por lo menos aparente.

El SIDA puede manifestarse por trastornos de índole muy diversa, aunque casi todos tiene en común el hecho de ser ocasionados por una significativa disminución de la capacidad funcional del sistema defensivo del organismo;

y también, el hecho de ser severos y rebeldes al tratamiento. Los trastornos más frecuentes con las denominadas **infecciones oportunistas**, es decir las que provocan los gérmenes que habitan en el organismo, y que en circunstancias normales no resultan nocivos porque son destruidos por las células defensivas. Entre estas infecciones oportunistas, las más habituales, en caso de SIDA, son la neumonía por *Pneumocystis carini*, la esofagitis por *Candida albicans*, y la tuberculosis. Otros trastornos frecuentes son el sarcoma de Kaposi, un tumor maligno de la piel, y los herpes anormalmente extensos y prolongados, por ejemplo, de más de 6 semanas de duración. Asimismo, muchos enfermos de SIDA padecen de diversos trastornos neurológicos o mentales debidos a la acción novicia directa del virus sobre las células nerviosas.

6. DIAGNOSTICO

Para efectuar el diagnóstico del SIDA se requieren, esquemáticamente, tres circunstancias: en primer lugar, detectar la infección por el VIH; en segundo lugar, confirmar la existencia de una drástica disminución de las defensas orgánicas; y en tercer lugar, verificar la presencia de los trastornos provocados por dicho déficit.

Actualmente, las técnicas para detectar el VIH en el organismo sólo se emplean en el campo de la investigación, ya que resultan demasiado costosas. Por esta razón, el diagnóstico de infección se establece detectando, mediante un análisis de sangre, la presencia de unos **anticuerpos específicos**, es decir unas sustancias que elaboran las propias células de defensa cuando entran en contacto con el VIH.

En nuestro medio, la presencia de estos anticuerpos específicos se confirma con las siglas de ELISA, de coste económico relativamente bajo, y en segundo lugar, en caso de que esta prueba arroje un resultado positivo, se practica la que se denomina Western Bot Assay, cuya fiabilidad es mayor, pero es más cara.

La positividad de estas pruebas constituye un eslabón indispensable en el diagnóstico de SIDA, sin embargo, sólo indica que el individuo está infectado, independientemente de que haya desarrollado la enfermedad o no, de manera que para confirmar el diagnóstico resultan insuficientes.

Cuando estas pruebas arrojan un resultado negativo, por el contrario, se considera que el sujeto no ha entrado en contacto con el virus, y por tanto no está infectado, sin embargo, debe tenerse en cuenta que durante los primeros 2 meses posteriores al contagio, los anticuerpos específicos elaborados por las células defensivas no pueden ser detectados, y por consiguiente, en este lapso de tiempo, conocido como **período ventana**, aunque el individuo se haya contagiado, estas pruebas resultan negativas.

Para confirmar la drástica disminución de las defensas orgánicas que caracteriza al SIDA, mediante un análisis de sangre se determina cuál es la concentración sanguínea

de los linfocitos T4, que en caso de SIDA está significativamente disminuida. Este análisis, asimismo sirve para controlar la evolución del trastorno, ya que el progresivo deterioramiento del sistema defensivo se traduce en una igualmente progresiva reducción de la concentración sanguínea de los linfocitos T4.

Por último, se considera que una persona ha desarrollado la enfermedad sólo cuando además de tener anticuerpos y experimentar una drástica disminución de la concentración sanguínea de linfocitos T4, padece alguno o varios de los trastornos que la caracterizan.

7. TRATAMIENTO

Actualmente no se dispone de ningún medicamento eficaz para combatir al VIH, y por consiguiente, el tratamiento sólo está dirigido a atenuar los síntomas, mejorar la calidad de vida del enfermo, y en lo posible, prolongar su supervivencia.

En primer lugar, se indica al enfermo que para mantener sus sistema defensivo en las condiciones mejores posibles, es recomendable que duerma y se alimente adecuadamente, que evite contraer cualquier tipo de infección, que no consuma drogas ni cantidades excesivas de alcohol, que procure realizar ejercicio físico en forma regular y moderada, y que específicamente no se exponga a nuevos contactos con el VIH. Estas recomendaciones, asimismo, son válidas para los portadores asintomáticos y para las personas que padecen del complejo relacionado con el SIDA.

En segundo lugar, se procede a la terapia medicamentosa. La dificultad para combatir los procesos infecciosos virales estriba en que los virus se introducen dentro de las células, y por ello, las sustancias que eventualmente podrían eliminarlos resultan igualmente nocivas para el organismo. Pese a ello, gracias a las experimentaciones realizadas durante los últimos años, se ha encontrado un medicamento, conocido como azitodimidina o AZT, cuya administración puede retrasar el proceso de reproducción del VIH. La efectividad de este fármaco se debe a que, tras su administración, penetra en las células infectadas y se adhiere a la enzima retrotranscriptasa, impidiendo indirectamente que el material genético del virus se combine con el de su célula anfitriona. Lamentablemente, este medicamento también resulta perjudicial para las células del organismo, y puede ocasionar efectos adversos muy severos. Por consiguiente, la AZT sólo puede administrarse a dosis más bajas que las que resultarían necesarias para eliminar a los VIH, aunque suficientes, en general, para disminuir la frecuencia y la intensidad de las infecciones oportunistas, y en definitiva, para mejorar la calidad de vida y prolongar el tiempo de supervivencia.

En la actualidad se están realizando experimentaciones con otros fármacos que actúan de diversas maneras, aunque todavía no se han podido evaluar los resultados. Así, a título de ejemplo, a algunos enfermos se les está administrando C4 elaborado artificialmente. El efecto que se

pretende con la administración de esta sustancia, es "despistar" a los VIH, para que en lugar de reconocer y adherirse a las células por las que tienen afinidad, se enghanchen con esta sustancia artificial y se neutralicen.

En tercer lugar, se procede al tratamiento específico de los trastornos característicos del SIDA que el enfermo padezca, hospitalizándolo cuando resulta oportuno, y administrando los fármacos pertinentes. Estas medidas, no obstante, en muchas ocasiones no logran conseguir su cometido, puesto que no cuentan con el apoyo prácticamente indispensable del sistema defensivo del enfermo.

8. ASPECTOS PSICOLOGICOS

Aparte de los aspectos puramente médicos, el SIDA plantea una problemática psicológica, que involucra tanto a las personas infectadas, ya sea presenten síntomas o no, como así también a su entorno familiar y a la sociedad en general.

Tras el diagnóstico de infección por VIH, la mayoría de las personas experimentan un impacto psicológico, que se traduce casi siempre en un incremento de la ansiedad y en angustia, provocadas por la sensación de desprotección, el temor a contraer la enfermedad, y la incertidumbre con respecto al futuro en general. Este incremento de la ansiedad se manifiesta por diversos síntomas corporales, como palpitaciones, aumento de la tensión arterial o inquietud física.

Otra reacción frecuente es el aislamiento con respecto a su núcleo afectivo y al entorno social, que surge como una respuesta al miedo de contagiar a otras personas, a contraer otra enfermedad, o al temor de ser rechazados por su condición de portadores. Incluso a menudo se desarrollan conductas fóbicas o de evitación irracional de determinadas situaciones o personas, como por ejemplo eludir el miedo laboral, todo tipo de contacto sexual, o cualquier otra circunstancia que el sujeto, en su fantasía, relacione con la enfermedad.

En muchos casos se producen estados depresivos, que se caracterizan por fantasías de suicidio, episodios de llanto y tristeza profunda, falta de motivaciones, insomnio, y pérdida del apetito y del deseo sexual.

Algunas personas desarrollan conductas obsesivas en relación al control de su estado físico, sintiéndose compulsivamente obligadas a observar y controlar meticulosamente cualquier modificación de su organismo, aunque objetivamente resulte inocua.

También es habitual que se experimente una sensación de culpa, ya que la enfermedad, por las características de su transmisión, se vive como un castigo por la realización de fantasías sexuales socialmente no aceptadas.

Otra reacción común, aunque menos frecuente que las anteriores, es la negación de la realidad, que lleva al sujeto a minimizar las consecuencias de su situación, y a menudo a sobreestimar sus posibilidades. Así, pueden surgir algunas conductas irresponsables, como por ejemplo exponerse a nuevos contagios, consumir elevadas canti-

dades de alcohol, o administrarse otras drogas.

Todas estas reacciones deben ser detectadas y tratadas oportunamente, puesto que de cronificarse no sólo acarrearían un sufrimiento psíquico evitable, sino también un efecto negativo sobre el sistema inmunológico, cuyo adecuado funcionamiento también se vincula al equilibrio psíquico.

Obviamente, en los casos en que ya se ha desarrollado la enfermedad, la intensidad de todas estas reacciones es mayor, en la medida en que los enfermos deben hospitalizarse frecuentemente, someterse a controles médicos periódicos, y recibir un tratamiento no exento de efectos adversos que se añaden a los que ocasiona el propio trastorno.

Estas afecciones psicológicas deben ser tratadas por medio de apoyo y terapia psicológicas, ya sea individuales o grupales, o, si fuese necesario, con intervención psiquiátrica.

Los **grupos de autoayuda**, es decir los grupos que están constituidos por portadores y enfermos, y que son impulsados por las asociaciones ciudadanas anti-sida, representan un marco idóneo en el que estas personas pueden compartir sus problemas y experiencias, a ayudarse mutuamente para resolverlos. Estos grupos, asimismo, constituyen un valioso recurso para el sostén emocional y el estímulo de las motivaciones vitales de los integrantes.

9. REPERCUSIONES EN EL NUCLEO FAMILIAR

En general, cualquier afección que padece un individuo, ya sea de índole psíquica o física, repercute necesariamente en su entorno familiar, alterando su dinámica psicológica, o incluso provocando, en casos extremos, una reestructuración de los roles de los miembros de la familia.

El conocimiento de la existencia de un portador o enfermo de SIDA en el seno del grupo familiar, puede generar actitudes regresivas de comportamiento, como la no aceptación de la nueva realidad, el rechazo o la agresión al portador, y también, una franca desorganización de la estructura interna de la familia. La vergüenza, la culpa o el temor irracional al contagio, hacen que la familia vivencie al enfermo como un foco de contaminación y "a mala suerte" despertando actitudes de marginación o incluso expulsión del grupo familiar, que aparecen como una forma de castigo a quien ha violado o se ha revelado contra las normas familiares establecidas. Estas reacciones contra el enfermo responden, la mayoría de las veces, a una ambivalencia afectiva hacia el individuo, que ya existía antes de que éste contrajera la enfermedad.

Por el contrario, en algunos casos se generan actitudes integradoras y maduras, por parte del grupo familiar hacia el enfermo, que conllevan un respeto a su individualidad, y permiten que éste reciba el cuidado y la protección que requiere. Esta protección, no obstante, cuando surge como una respuesta al sentimiento de culpa que

la familia tiene hacia el enfermo, puede resultar excesiva, impidiendo a éste conducirse libremente según sus deseos.

Los conflictos familiares repercuten negativamente en el portador o enfermo, incrementado su ansiedad e impidiéndole canalizar sus energías de una manera constructiva. Por ello, también se hace necesario un abordaje psicoterapéutico del grupo familiar, tanto para prevenirlos como para resolverlos.

10. ASPECTOS SOCIALES Y MARGINACION

El SIDA no sólo constituye una triste realidad para algunas personas, sino que también condiciona sus perspectivas de vida y tiene connotaciones estigmatizantes para quien lo padece. El afectado de Sida se ve a sí mismo, y es visto por la sociedad, como alguien a quien se ha castigado: "si no me hubiera pinchado...", "si no hubiera..."; "si no te hubieras pinchado...", "si no lo hubieras hecho..." a diferencia de otras enfermedades, produce, junto con la compasión, un rechazo social por las características de la afección.

En la actualidad, las personas portadoras asintomáticas y afectadas están sufriendo diversos grados de marginación, como:

Ruptura familiar, con el consiguiente abandono. Muchas familias no pueden hacerse cargo del enfermo, y otras no tienen la capacidad psicológica para aceptar la realidad de la enfermedad y sus probables causas.

Pérdida del puesto de trabajo. En algunas empresas, cuando se detecta que una persona es portadora, se la obliga a dejar el empleo, bien sea porque nadie quiere trabajar con ella, o bien porque se pacta un despido "voluntario". Es importante tener en cuenta que un elevado número de afectados son ex-drogadictos en activo, y por tanto, han superado la edad en la que habrían debido conseguir su primer empleo, y no tienen experiencia en el mundo laboral, por lo cual carecen de soporte económico institucional, y en la mayoría de los casos, también carecen de ayuda familiar.

Pérdida de la vivienda. A veces, por presiones de los vecinos, o por iniciativa del propietario del inmueble, enterado de la situación, se rescinde el contrato del inquilino alegando cualquier tipo de justificación.

En las cárceles. El artículo 60 del Reglamento Penitenciario prevé la puesta en libertad para los internos que padecen una enfermedad incurable y se encuentran en estado terminal. Los enfermos de SIDA pueden acogerse a este derecho, pero ello no siempre es posible, debido a que en ocasiones, el afectado carece de familia, o la tiene, pero ésta se desentiende por diversas razones, como por ejemplo una significativa falta de recursos. Si la familia no acoge al enfermo, se intenta un internamiento en una institución asistida, aunque dicho internamiento resulta fallido muchas veces, ya sea por la carencia de plazas, o bien por el rechazo que generan la enfermedad y los enfermos en los otros internos. Incluso la propia dirección

de estas residencias asistidas no se siente capacitada, u objetivamente no lo está, para tratar con estos enfermos. Así, ocurre que existen muchos enfermos afectados de SIDA que languidecen en la enfermería de la prisión, esperando una libertad que no llega. Ser portador o sospechoso de serlo, convierte a la persona en cuestión en alguien cuya presencia se evita, y a quien se aparta de las actividades cotidianas de la prisión.

Como conclusión, se hace necesario un mayor compromiso institucional para afrontar el problema, destinando más recursos económicos y humanos que permitan crear una infraestructura adecuada para la atención de los afectados, y subvencionando iniciativas dirigidas a la prevención de la enfermedad a todos los niveles. También es preciso sensibilizar a la población en general para que conozca las medidas de prevención y tenga una respuesta positiva, no marginadora, hacia los portadores asintomáticos y afectados, es decir, promover la solidaridad comunitaria.

11. EPIDEMIOLOGIA

Resulta difícil establecer cuál es la incidencia real del SIDA en el planeta, en parte porque en los países del Tercer Mundo, y muy particularmente en el África negra, donde la enfermedad afecta a un elevado porcentaje de la población, no existen medios humanos y técnicos adecuados para efectuar el diagnóstico. Pero también, porque en los países de Occidente, por diversas circunstancias, entre un 10 y un 20% de los casos quedan sin diagnosticar o no se informan a las autoridades sanitarias.

Hacia fines de 1988 los expertos de la Organización Mundial de la Salud estimaban que ya se habían producido unos 250.000 casos de SIDA en todo el planeta.

En el continente americano se diagnosticaron cerca de 150.000 casos, en África alrededor de 30.000, aunque se sabe que muchos casos no han sido detectados. En el continente europeo, alrededor de 25.000.

En los inicios de 1989, en el estado español se habían diagnosticado cerca de 2.200 casos, en Catalunya algo más de 600, y en la ciudad de Barcelona alrededor de 500.

Más difícil aún resulta establecer la cantidad de portadores del VIH que existen el planeta, aunque según estimaciones de la OMS, la cifra se situaría alrededor de 5 millones de personas, que se distribuirían en los distintos continentes y países de una forma equivalente a los casos de SIDA.

12. LA PREVENCIÓN

Debido a que en la actualidad no se dispone de un tratamiento efectivo contra el SIDA, el único recurso con el que se cuenta es la prevención de la enfermedad.

Desde el punto de vista sanitario, la prevención de las enfermedades infecciosas se basa en la vacunación, cuando existen vacunas, y en la propia prevención del conta-

gio.

La función de las vacunas es preparar al organismo para que, en caso de contagio, cuente con los elementos indispensables para combatir al microorganismo causal; así, la vacunación consiste en la inoculación de gérmenes debilitados o de determinados antígenos o sustancias que estos contiene o que se sintetizan artificialmente, frente a los cuales el organismo responde fabricando anticuerpos, también específicos, para eliminarlos.

En la actualidad no se dispone de una vacuna contra el SIDA, y, al parecer, todavía se necesitarán algunos años de investigaciones para encontrarla. Las dificultades en conseguir una vacuna estriban fundamentalmente en el propio VIH, que al igual que otros virus, como por ejemplo el de la gripe, modifica o muta con mucha facilidad las características de sus antígenos de superficie, impidiendo que tras la eventual inoculación de una vacuna, el organismo los pueda reconocer y destruir.

Por otra parte, también se duda de la eficacia que podría tener una eventual vacuna, porque a diferencia de lo que ocurre en la mayoría de las enfermedades infecciosas, los anticuerpos que el organismo fabrica tras la infección con VIH, no en todos los casos impiden que se desarrolle la enfermedad. De hecho, las personas infectadas por VIH poseen anticuerpos específicos contra este virus, y aún así muchas de ellas contraen el SIDA. Al parecer, la ineficacia de estos anticuerpos se debe a que los virus se acantonan y protegen dentro de las propias células defensivas, aunque todavía queda mucho por investigar.

Puesto que no se dispone de una vacuna específica, la única medida preventiva eficaz contra el SIDA es evitar el contagio.

Las autoridades sanitarias han elaborado una serie de normas para prevenir el SIDA, cuya aplicación, según las investigaciones epidemiológicas, ha conseguido atenuar la propagación de esta enfermedad. Estas normas, que deben ser conocidas por el conjunto de la población, se han podido confeccionar gracias al conocimiento de las vías que utiliza el VIH para desplazarse desde un organismo infectado hacia otro sano. Por ello, para comprenderlas cabalmente, es preciso previamente saber cuáles son estas vías de contagio.

13. LAS VIAS DE CONTAGIO

Según los estudios epidemiológicos realizados por la OMS, existen básicamente dos tipos de pautas socioculturales de transmisión del SIDA. En la denominada pauta tipo A, que comprende a la mayoría de los países occidentales, la enfermedad se transmite sobre todo a través de contactos sexuales entre varones o entre adictos a drogas de administración intravenosa, y por transfusiones sanguíneas. Por el contrario, en la denominada pauta tipo B, que abarca a los países del África negra y el Caribe, la enfermedad se transmite fundamentalmente por contactos heterosexuales, por vía materno-fetal, o por transfusiones

sanguíneas.

El hábitat natural del VIH son los fluidos corporales en los que se encuentran las células por las que éste tiene afinidad. Así pues, para que se produzca el contagio es necesario que alguno de estos fluidos de la persona infectada, o **portador**, ingrese en el organismo del sujeto sano, o **receptor**.

Si bien todos los fluidos corporales contienen células defensivas afines de los VIH, sólo la sangre, el semen, y las secreciones vaginales los contienen en cantidades suficientes como para provocar un contagio. Por el contrario, otros fluidos corporales, como las lágrimas, el sudor, o la saliva, sólo contienen mínimas cantidades de linfocitos T4 o macrófagos, y por tanto, resulta improbable que puedan transmitir la infección. Por esta razón, las caricias, los besos, o el compartir vasos, no constituyen vías de contagio.

La transmisión tampoco se puede producir por medio del aire que se espira, la tos o los estornudos, cuyo eventual contenido de virus es nulo; ni compartiendo baño, lavabos o ropa, puesto que el VIH no puede sobrevivir fuera del organismo.

Los VIH sólo pueden ingresar al organismo a través de heridas en la piel o en las mucosas, ya que en condiciones normales estas estructuras anatómicas representan una barrera protectora. Así pues, para que se produzca el contagio, es preciso que la sangre, el semen, o las secreciones vaginales del portador, penetren en el organismo del receptor a través de una herida de la piel o las mucosas, aunque sea pequeña e inadvertida, en otras palabras, es necesario que la sangre, el semen, o las secreciones vaginales del portador, entren en contacto con la sangre del receptor.

El contacto entre el semen o las secreciones vaginales del portador con la sangre del receptor sólo es posible en el transcurso determinado tipo de prácticas sexuales, independientemente del sexo o las inclinaciones sexuales de las personas que participen. Estas prácticas, que se consideran "de riesgo", incluyen la penetración anal o vaginal sin condón, o el vertido de semen o secreciones vaginales dentro de la cavidad bucal, o sobre heridas o lesiones cutáneas abiertas.

El coito anal y vaginal, cuando se realizan sin condón, se consideran prácticas de riesgo porque durante los mismos, y a causa de la fricción, habitualmente se producen pequeñas e inadvertibles heridas o desgarros de la mucosa del recto o la vagina, o de la piel que recubre al pene. Debe señalarse que estas prácticas son riesgosas no sólo para el sujeto que es penetrado, sino también para quien penetra, puesto que como se ha mencionado, los virus procedentes de las secreciones vaginales, o de pequeñas heridas en la mucosa del recto, pueden penetrar al organismo a través de pequeñas heridas sobre la piel del pene.

El vertido de semen o secreciones vaginales en la cavidad bucal se considera de riesgo porque la mucosa del interior de la boca frecuentemente presenta pequeñas heri-

das o desgarros, a menudo inadvertidos, por los que los virus pueden penetrar al organismo.

El contagio por contacto entre la sangre del portador y la sangre del receptor, aparte de las relaciones sexuales en que eventualmente ocurra, puede producirse básicamente a través de transfusiones de sangre o productos derivados, entre los adictos a drogas de administración intravenosa que comparten las jeringuillas, y por vía materno-fetal, ya que la sangre materna penetra en el organismo del feto.

El contacto entre la sangre del portador y la del receptor también puede ocurrir cuando se comparten algunos utensilios raspantes destinados a la higiene personal, como cepillos de dientes u hojita de afeitarse, o asimismo, cuando una persona se hace una herida accidentalmente con un objeto filoso que contiene sangre fresca de una persona infectada. No obstante, este tipo de contagio resulta muy poco probable, porque los virus no sobreviven demasiado tiempo fuera del organismo. Además, según datos estadísticos, la incidencia del SIDA entre los familiares de los enfermos no es más elevada que en el resto de la población.

El contagio a través de la picadura de un mosquito tampoco es probable, por lo menos en nuestro medio, ya que las cantidades de sangre que estos insectos pueden transmitir de un organismo a otro se consideran insignificantes.

Por las características del VIH y las circunstancias que requiere para su transmisión, se dice que las posibilidades de contagio no se incrementan cuando en el medio laboral o escolar existen portadores, ni tampoco cuando se comparten las actividades cotidianas con estos.

No se justifica, pues, el intento de apartar a los portadores de su ámbito de trabajo, ni el temor a compartir actividades con ellos, ni tampoco que se pretenda alejar a los niños afectados de su lugar de enseñanza.

14. NORMAS PARA LA PREVENCIÓN DEL CONTAGIO POR VÍA SEXUAL

Para prevenir el contagio las autoridades sanitarias recomiendan que cuando se tengan contactos sexuales cuya eventual condición de portador se desconozca, se practique lo que se conoce como "sexo seguro".

El **sexo seguro** consiste sencillamente en evitar las prácticas sexuales de riesgo, que como ya se ha mencionado, incluyen la penetración anal o vaginal sin condón, y el vertido de semen o secreciones vaginales dentro de la cavidad bucal o sobre heridas o lesiones abiertas en la piel.

El **preservativo** actúa como una barrera que impide al semen introducirse en el recto o en la vagina, y por lo tanto, el eventual paso de los VIH desde el organismo del portador a la sangre del receptor. Sin embargo, para que ésta acción sea eficaz, es necesario que los condones se encuentren en buen estado y se utilicen adecuadamente.

Los preservativos que se encuentran en el mercado

son de látex, y habitualmente se presentan enrollados y herméticamente cerrados dentro de una funda.

Los preservativos más recomendables son los que disponen de una pequeña bolsa en su extremo. Esta pequeña bolsa garantiza que, tras la eyaculación, el semen no se deslice hacia la base del pene y se desparrame por fuera del condón.

El preservativo no debe poseer porosidades para que su efecto de barrera quede garantizado. Tras la investigación de las distintas marcas de condones que existen en el mercado, se ha podido comprobar que las que mejor garantizan este efecto son PRIME, TU y YO, SUPRATÉX, FARMATÉX y UNOMASUNO.

Para disponer de preservativos en el momento en que se los necesite, es conveniente guardar algunos en casa, sin embargo, debe conservárselos en sitios frescos y secos, puesto que el calor y la humedad pueden deteriorarlos. Asimismo, se aconseja utilizarlos antes de que hayan transcurrido dos años de su fabricación, ya que tras este lapso de tiempo su calidad no se garantiza.

Para atenuar los roces y el consiguiente riesgo de rotura del condón, ante de su utilización se recomienda el empleo de **lubricantes**, que deben ser esparcidos tanto sobre el pene como dentro de la vagina o el recto. También conviene untar con lubricante la superficie del preservativo, después de colocarlo. Los lubricantes grasos, como la vaselina, no son recomendables porque pueden deteriorar el látex, y en consecuencia, la indemnidad del condón. Por el contrario se aconseja el uso de **lubricantes solubles en agua**.

Algunas sustancias espermicidas que se utilizan como método complementario anticonceptivo, como el cloruro de bronzalconio, pueden inactivar al VIH antes de que penetre al organismo. Por ello, también puede ser conveniente untar la superficie del pene y del preservativo con estas sustancias.

El preservativo se ha de colocar cuando el pene está erecto, y antes de cualquier tipo de contacto genital, porque el flujo que sale desde la uretra antes de la eyaculación también puede contener cantidades significativas de VIH.

Antes de colocar el preservativo conviene estirar el prepucio hacia la base del pene, al colocarlo, asimismo, debe procurarse que quede completamente adosado, de esta forma se evita que queden bolsas de aire en su interior, por las que después de la eyaculación podría desplazarse el semen.

Cuando se utiliza un preservativo que no cuenta con el dispositivo para albergar al semen, se debe dejar sobresalir unos 15 milímetros para que posteriormente el semen no se desparrame por su interior.

Tras la eyaculación conviene retirar el pene inmediatamente de la vagina o el recto, opuesto que en estas circunstancias es habitual que la erección ceda, desadosándose el preservativo, y permitiendo que el semen se desplace por su interior.

Al retirar el pene se recomienda sujetar al preservativo por su base, para evitar que se desenrolle o desprenda,

permitiendo en consecuencia el vertido de semen en el interior de la vagina o el recto.

Tras su ionización, es conveniente arrojar inmediatamente el preservativo a la basura. Las normativas del "sexo seguro" también incluyen la utilización de preservativos para la práctica del contacto buco-peneal, en estos casos el condón también ha de colocarse desde un principio, puesto que de esta forma se evita que el flujo que precede al orgasmo se introduzca en la cavidad bucal, o también, que cuando se produce una eyaculación incontrolada, el semen penetre en la boca.

En la actualidad no se dispone de ningún elemento que haga las veces de una barrera durante los contactos buco-vaginales. Por ello, en la práctica se recomienda realizar este tipo de contactos únicamente con mujeres cuya condición de no portadoras sea conocida.

Aunque resulte redundante, conviene insistir en que no se ha demostrado que los besos, las caricias, o cualquier otro tipo de práctica sexual, a excepción de las que permitan de una u otra forma que la sangre, el semen, o las secreciones vaginales del portador entren en contacto con la sangre del receptor, constituya una vía de contagio.

Las normativas del "sexo seguro" están dirigidas al conjunto de la comunidad, aunque de forma muy particular al colectivo homosexual, a las personas que practican la prostitución o que tienen contactos sexuales múltiples, y a los adictos a drogas de administración intravenosa, ya que el porcentaje de portadores del VIH entre estos individuos es muy superior que en el resto de la población.

15. NORMAS PREVENTIVAS PARA ADICTOS A DROGAS DE ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA

La prevención del contagio por esta vía, incluye desde luego el abandono y la propia prevención de la adicción, sin embargo, si se admite que este tipo de adicción es una realidad, también resulta necesario que los adictos estén informados en relación al peligro que corren.

En los adictos a drogas de administración intravenosa el contagio se produce si el receptor utiliza una jeringuilla que previamente había sido usada por un portador, o se utiliza conjuntamente la cucharilla en la que se disuelve la droga.

La elevada incidencia del SIDA entre los adictos a drogas de administración intravenosa se debe a que, lamentablemente, entre ellos, el uso compartido de jeringas constituye una práctica muy habitual.

Por los conceptos recientemente mencionados, resulta esencial advertir o procurar los medios para que estas personas utilicen jeringuillas desechables, o en su defecto, dispongan de una jeringuilla de uso exclusivo.

16. PREVENCIÓN DEL CONTAGIO POR TRANSFUSIONES DE SANGRE Y PRODUCTOS DERIVADOS

Hasta hace algunos años, las transfusiones de sangre o productos derivados constituían una vía de contagio frecuente del VIH. Por ello, la incidencia del SIDA era particularmente elevada entre los hemofílicos, que requieren periódicas transfusiones de derivados sanguíneos; o se daban algunos casos de infección en personas que por cualquier circunstancia habían recibido transfusiones de sangre.

Por el contrario, en la actualidad esta vía de contagio resulta prácticamente improbable, ya que la sangre que se dona se analiza mediante las técnicas adecuadas, y en caso de detectarse anticuerpos específicos contra el VIH, es desechada.

17.- PREVENCIÓN DEL CONTAGIO POR VÍA MATERNO-FETAL

El contagio del feto se produce en todos los casos en que la madre es portadora, puesto que la sangre de ésta atraviesa la placenta para nutrir y oxigenar a aquél.

Para prevenir este contagio, se recomienda a las mujeres que consideran probable ser portadoras del VIH, someterse antes de la concepción a las pruebas que permiten confirmar o descartar esta posibilidad. Así, cuando estas pruebas arrojan un resultado positivo, se aconseja evitar el embarazo.

Cuando una mujer portadora está embarazada, resulta imposible prevenir el contagio del feto. Sin embargo, la ley contempla la posibilidad de realizar un aborto terapéutico, para evitar el nacimiento de un niño cuyo riesgo de desarrollar más tarde o más temprano el SIDA es elevado.

18.- PRECAUCIONES GENERALES Y MÉTODOS DE DESINFECCIÓN

El contagio accidental por el contacto con instrumentos punzantes o cortantes, que puedan contener rastros de sangre contaminada es poco probable, dado que la supervivencia del virus fuera del organismo es breve, las autoridades sanitarias recomiendan tomar algunas precauciones en casos concretos.

- El instrumental médico, quirúrgico y odontológico debe ser desechable, o en su defecto ser esterilizado mediante un autoclave de vapor, a 120 grados y durante 20 minutos.

- En caso de que se necesite utilizar una jeringuilla u otro instrumento médico o quirúrgico previamente empleado, y no se disponga de autoclave, éstos deben desinfectarse sumergiéndolos en alcohol de 70 grados o lejía concentrada al 0,5% durante 30 minutos.

- Para limpiar objetos cortantes, superficies, o ropas manchadas con sangre se recomienda el uso de guantes y de productos desinfectantes, como lejía al 0,5%, o con alcohol de 70 grados. Posteriormente conviene lavarse

las manos con agua y detergente.

- Para conseguir ropas manchadas con sangre, también pueden sumergirse en agua a 90 grados centígrados durante 10 minutos.

- En caso de encontrar una jeringuilla utilizada en la calle, conviene recogerla para evitar que alguna persona pueda pincharse accidentalmente. Estas jeringuillas se deben recoger por su parte trasera o émbolo, nunca por la punta. Tampoco debe intentarse encapucharla, puesto que así el riesgo de pincharse es mayor. Una vez recogida, la jeringuilla debe arrojarla dentro de un contenedor de basura, siempre y cuando no se disponga de un contenedor específico destinado a este fin.

- En caso de que accidentalmente se cierta sangre, semen, o secreciones vaginales de una persona supuestamente infectada sobre una herida o lesión abierta de la piel, debe lavarse la zona con abundante agua y jabón, y colocarse lo más rápido posible alcohol de 70 grados o soluciones yodadas al 10%, manteniéndolas durante por lo menos 10 minutos.

TELEFONOS INFORMACION SIDA COMUNIDADES AUTONOMAS

Andalucía	(954) 45 99 99
Aragón	9976) 43 99 88
Canarias	(922) 27 94 00
Castilla/La Mancha	(925) 21 25 12
Castilla/León	(983) 25 07 00
Cataluña	(93) 339 87 56
Comunidad de Madrid	(91) 270 27 37
Navarra	(948) 24 53 00
Comunidad Valenciana	(96) 369 33 00
Extremadura	(924) 30 11 12
Galicia	(981) 56 10 10
Baleares	(971) 72 29 00
La Rioja	(941) 23 16 00
País Vasco	(945) 25 82 00
Principado de Asturias	(985) 28 09 60
Murcia	(968) 23 51 41
Comité Ciudadano anti-SIDA de Madrid	(91) 593 10 04

MEMORIA DE ACTIVIDADES DE LA COORDINADORA DE LA LUCHA ANTIDROGA

La Coordinadora Nacional de la Lucha Antidroga, es una Institución benéfico-asistencial, sin ánimo de lucro.

Está reconocida e inscrita en el Ministerio del Interior con el número 51848.

En Catalunya está reconocida e inscrita por la Generalitat de Catalunya con el nombre de COORDINADORA CATALANA DE LA LUCHA ANTIDROGA, con el nº 6538.

Inscrita en la Guía de Instituciones de Trabajo Voluntario del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Inscrita en la U.N.E.S.C.O. , con el nº UIM-ICO-5041ESP-987.7.84.421.

Fué fundada el ocho de Agosto de mil novecientos ochenta y tres.

“LOS DOS PRINCIPIOS EN QUE SE INSPIRA TODA ACTUACION”

1º.- La Profesionalidad

Todas las actividades orientadas a la curación de los jóvenes dependientes de drogas, están realizadas exclusivamente por Médicos y Psicólogos expertos en el tema y sometidos a un permanente perfeccionamiento profesional, y colegiados en sus respectivos Colegios Profesionales. La Institución cuenta asimismo con otros profesionales; asistentes Sociales, Abogados, Educadores, etc.

2º.- Sentido Humanitario

Los jóvenes afectados por la droga que acuden a la Coordinadora de la Lucha Antidroga, son los que proceden fundamentalmente de las capas sociales más deprimidas o marginadas. El sentido humanitario está relacionado con la propia naturaleza de la Entidad: Benéfico-asistencial, sin ánimo de lucro.

Así como los jóvenes, las familias de los afectados acuden a nosotros, con el ánimo no sólo de alcanzar la curación del hijo, sino también con el deseo de conseguir la reestructuración de la familia, rota a causa de este problema.

Constatamos que con gran frecuencia, los padres ne-

cesitan tanta orientación y ayuda como los propios afectados. Coordinadora consciente de ello, trabaja en esta labor como uno de los objetivos más importantes. El enfermo (toxicómano) para su total recuperación requiere un ambiente indicado y en especial del calor de una familia adecuadamente estructurada, siendo este aspecto prácticamente indispensable para una recuperación irreversible.

“PRINCIPAL CARACTERISTICA DE LA ACCION TERAPEUTICA”

Programa terapéutico completo

La Coordinadora de la Lucha Antidroga, entiende que el bajo índice de curación, en general, de toxicómanos, viene fundamentalmente al no aplicar un programa terapéutico completo, sino una o dos fases sueltas del mismo.

Ante esta realidad, los terapeutas de la Coordinadora, diseñan un Programa Terapéutico Completo para cada afectado que se compondrá en cada caso, de cinco fases sucesivas y con especial atención a la reinserción social.

Los tres principales campos de acción

- El campo Terapéutico.
- El campo de la Reinserción Social.

- el campo de la prevención.

El campo terapéutico

A) Equipo Terapéutico de Drogodependencias

Dirigido por Médicos y Psicólogos, expertos profesionales, colegiados todos ellos en sus respectivos colegios profesionales.

Proceso terapéutico normal

- Acogida

En un primer contacto recogemos la demanda del afectado y su familia.

Le informamos de lo que significa el tratamiento y el lugar que ocupa la desintoxicación y la diferencia entre ésta y el proceso terapéutico.

- Recogida de información:

A nivel toxicológico.

A nivel biográfico.

A nivel familiar.

- Valoración del caso.

- Desintoxicación Ambulatoria:

Preparación Psicológica del Tratamiento.

Desintoxicación física o Compensación Somática.

Solo será posible una desintoxicación en el medio familiar cuando exista una familia responsable. Será pues necesario que la familia con el asesoramiento del Centro, se responsabilice del uso correcto de la medicación que sea necesario administrarle.

Existe la alternativa de los Centros de Acogida con los que Coordinadora contacta y a los que presta su colaboración.

"EL CAMPO DE LA REINSERCIÓN SOCIAL."

Es criterio fundamental de la Coordinadora de la Lucha Antidroga, la necesidad de poder ofrecer a los jóvenes, que han cubierto las fases terapéuticas, unas posibilidades reales de reinserción social, hasta conseguir que puedan ganarse la vida con dignidad y con esfuerzo personal, alcanzar un sólido futuro.

"EL CAMPO DE LA PREVENCIÓN"

A) La Revista Antidroga

Con ella se cubren los objetivos de concienciación social a nivel popular, orientación a los padres y educadores y esperanza y camino de curación y reinserción social para los jóvenes afectados.

B) Otras publicaciones

Las Separatas Temas específicos: Separata número 1, con explicación de las causas, efectos, consecuencias, etc. de las principales drogas.

Cuaderno para colorear Katy para niños desde cuatro años, con Guía Didáctica para padres y maestros. Publicado con la colaboración y asesoramiento de la Secretaría de Justicia del Gobierno de Estados Uni-

dos. Láminas de prevención popular, cada una incluye la explicación científica, pero a nivel popular de las consecuencias y efectos de cada tipo de droga.

LOS EQUIPOS DE RADIO

Actividades realizadas

- En Madrid, programa semanal, Lunes a las 20 horas, dirigido por el Equipo Terapéutico de Madrid. Nota informativa, del programa, publicada en Revista Antidroga Número 4, página 12.

- En Barcelona, programa semanal en Radio Salud, lunes alternativos 20 horas, dirigido por el equipo terapéutico de Barcelona.

- Programas de prevención de la droga en las diversas provincias dirigidos por los respectivos equipos terapéuticos.

- Realizábamos un Programa Nacional de Radio a través de Radio Nacional de España, Radio 1, todos los lunes a las 12,25 de la mañana con el nombre de LA DROGA TIENE SOLUCION, y desde el cual se van derivando los casos de jóvenes afectados hacia el Centro Médico-Psicológico de su provincia.

Actividades en proyecto

Preparamos un programa de radio encaminado a la prevención y concienciación social en el problema de la droga y sus repercusiones:

1º.- A nivel familiar.

2º.- A nivel social.

3º.- Relación drogadelincuencia.

4º.- Relación droga-sida.

5º.- Relación droga-prisiones.

Equipos de colegio

Charlas de prevención de la droga en los colegios que lo han solicitado, dirigidas principalmente a los padres y a profesores.

Está prevista una acción de ofrecimiento directo a los colegios, dirigida por un equipo especializado, constituido por Médicos y Psicólogos.

"COLABORAMOS CON LA JUSTICIA"

Los Jueces, Magistrados y Audiencias Provinciales que conocen el correcto funcionamiento de algunos Centros de Acogida y confían a los jóvenes reclusos, a nuestra Entidad, cuando han considerado como probado que la droga fue la causa de los delitos por los que se encuentran en la prisión y existen evidentes deseos de abandonar la droga y de encontrar un camino a su reinserción.

Coordinadora en estos casos realiza las oportunas gestiones para que esta solución se pueda llevar a cabo.

- Contacto de colaboración con los Asistentes Sociales de los diferentes juzgados de Barcelona.

- Contacto con los Educadores.

- Contacto de colaboración con otras entidades Asis-

tenciales.

Algunos organismos de la administración, confían o derivan a jóvenes afectados a la Coordinadora de la Lucha Antidroga.

"PONENCIAS EN CONGRESOS DE TOXICOMANIAS"

Algunos ejemplos:

- Curso de actualización de la Drogodependencia a la Heroína, organizado por la Asociación Médica para el tratamiento de la Drogodependencia. Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valencia.

- Ponencia: "Las cinco Fases de Tratamiento del Heroínómano, el Proyecto Vida.

- La Acción Social en el ámbito de las Toxicomanías.

2000-JOVE y Escuela Universitaria de Trabajo Social-ICESB.

- Ponencia: "La experiencia en la acción social";

- Jornadas Antidroga en Gijón. Revista nº 4, pág. 49

- Jornadas Antidroga en Santander. Página 48, Revista Antidroga, nº 4.

Congreso Antidroga en Portugal, presidido por la esposa del Presidente de la República, fundación Gulbenkian-Lisboa.

- Primeras Jornadas Penitenciarias de información al interno sobre drogodependencias, Prisión Puerto Sta. María.

- Ponencia: Programa Terapéutico de la Coordinadora Nacional de la Lucha Antidroga.

Asistimos y participamos en numerosos congresos, jornadas, etc... a los que la Coordinadora es invitada.

"ORGANOS DE ASESORAMIENTO DIRECTIVOS Y EJECUTIVOS"

PATRONATO NACIONAL ANTIDROGA

Según el artículo 7º de los Estatutos su misión se concreta: "Prestará asesoramiento a los directivos y apoyo moral a la Entidad.

COMPOSICION

Excmo. Dr. D. Salvador Cervera Enguix, Catedrático de Psiquiatría, Presidente de la Asociación de Psiquiatría Biológica.

Excmo. Dr. D. Gonzalo Herran, Presidente de la Comisión Española de Deontología Médica, Catedrático de anatomía Patológica de la Universidad de Navarra.

Excmo. Dr. D. Rafael Cano de Gardoqui y Sinobas, Presidente de la Audiencia Territorial de Cádiz.

Excmo. Sr. D. Eugenio López y López, Presidente de la Unión Nacional de Asociaciones de Asistencia al Toxicómano, Inspector Fiscal de la Fiscalía General del Estado.

Excmo. Sr. D. Joaquín Ruiz Jiménez y Cortés, Ex-Ministro de Educación y ciencia, Ex-Defensor del Pue-

blo.

Excmo. Sr. D. Giovanni Rigone, European Coordinator of the Europa forum drug Abuse Activity Office (República Italiana).

Su eminencia Reverendísima d. Vicente Enrique y Tarancón, Cardenal de la Iglesia, Ex-arzobispo de Madrid, Ex-Presidente de la Conferencia Episcopal Española.

Excmo. Dr. D. Francisco de Mirandés Miranda, Ex-Ministro Delegado Permanente en la UNESCO, Profesor de la Sorbonne, UNiversidad de París, Presidente del Instituto Internacional de Estudios Atomocráticos, Profesor de Biología, Faculte dels Sciences de l'Homme, París.

Excmo. Sr. D. Marcelino Oreja Aguirre, Ex-Ministro de Asuntos Exteriores, Secretario General del Consejo de Europa.

Excmo. Sr. D. Antonio Carvahó, Presidente de la Associação de Consumos Tóxicos (República Portuguesa).

Excmo. Sr. D. Miguel Angel Escofet, Secretario General de la O.E.I. (Organización de Estados Iberoamericanos).

Excmo. Sr. D. Francisco Noguero Vallverdú, Secretario General para las Naciones Unidas, España.

"JUNTA CONSULTIVA"

El artículo 19 de los Estatutos establece: "Emitirá informes y prestará asesoramiento a la Junta Ejecutiva y a petición de esta".

COMPOSICION

Presidente d. José Mº Miquel Porres

Vicepresidente, Excmo. Sr. D. Pedro Soler Maciá, Abogado Mercantilista.

Excmo. Sr. D. José Mº Mohedano Fuentes, Abogado, Ex-Presidente de la Asociación Española pro-derechos humanos.

Excmo. Sr. D. Adrián Piera, Presidente de la Unión de las Cámaras Oficiales de Comercio, Industria y Navegación.

Excmo. Sra. Juana Mº González Cavada, Presidenta de la Confederación Española de Asociaciones de Amas de Hogar y Consumo Familiar.

"JUNTA EJECUTIVA"

El artículo 19 de los Estatutos establecen: Ostentan las responsabilidades y atribuciones de la Junta Directiva.

PRESIDENTA: María Bernadet i Rius

Lina Esther Henar Pérez

María Redondo García

Luis Rodríguez Almonacid

Félix Capella Tomás

Daniel Cervera Fita

Coordinadora Nacional de la Lucha Antidroga - Marqués de Campo Sagrado nº 25 entresuelo, 1ª - Tel. (93) 241 56 50 - 08015 BARCELONA

CURSO DE ACTUALIZACION DE LA DROGODEPENDENCIA A LA HEROINA

En el colegio Oficial de Médicos de Valencia se celebró el "Curso de Actualización de la Drogodependencia a la Heroína", para profesionales y organizado por A.M.T.D.

En esta ocasión la Coordinadora de la Lucha Antidroga presentó una importante Ponencia con el título "Las Cinco Fases del Tratamiento de Heroínómanos", en la que se manifestaba la necesidad de aplicar un programa terapéutico completo de curación y inserción social.

Este programa terapéutico completo de la Coordinadora, fue presentado en la Ponencia por el Dr. José Luis Seguí Juan, y ha sido calificado en diferentes ocasiones y medios científicos como el programa terapéutico mejor elaborado y más completo.

También, la coordinadora lo presentó en la "Sesión Debate -2000 Jove-" que se celebró en la Escuela Universitaria de Trabajo social de Barcelona con el título "La Acción social en el ámbito de las Toxicomanías".

Por su interés extraemos una síntesis de la ponencia.

COORDINADORA NACIONAL DE LA LUCHA ANTIDROGA

DEFINICION:

La Coordinadora de la Lucha Antidroga, es una institución sin ánimo de lucro. Reconocida por la Generalitat de Catalunya, por el Ministerio del Interior, inscrita en la UNESCO, Organización no gubernamental, colaboradora de Naciones Unidas. de ámbito del Estado Español, para poder ofrecer la profesionalidad en el tratamiento integral de las toxicomanías y su prevención.

CINCO FASES DEL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS

En enfoque que proponemos lo dividiremos en los siguientes aspectos"

A.- Introducción.

B.- Fases del Tratamiento.

C.- Proyecto Vida.

"A.- Introducción"

1º.- Hay que considerar la adicción a las drogas o fármacos como enfermedad y no como una costumbre o un vicio.

2º.- Que el tratamiento debe enfocarse desde un criterio multidisciplinario en el que con mucha fre-

cuencia los médicos no tienen ni siquiera el papel preponderante. Hay que mirarlo como una afección físico-psíquico-social.

"B.- Fases del Tratamiento"

Deberemos ponernos a trabajar coordinadamente una serie de profesionales que van del médico al psicólogo y del asistente social al pedagogo y al monitor-terapeuta.

No es posible establecer un programa terapéutico que se adapte a las necesidades de todos los enfermos, tenemos que reconstruirlo como un tratamiento a medida, e incluso este puede irse reajustando con el transcurso del tiempo.

Sin embargo, sí es posible establecer una serie de líneas generales o fases.

Estas líneas generales o fases son:

- 1.- Preparación y diagnóstico.
- 2.- Desintoxicación.
- 3.- Deshabitación.
- 4.- Reinserción.
- 5.- Seguimiento.

1.- Preparación Diagnóstico

Se trata de valorar detenidamente con una minuciosa historia clínica, cuál es el estado dentro de

la historia natural de la toxicomania en el que se encuentra el paciente.

Es muy difícil llegar a buen fin con un toxicómano que no se halle convenientemente motivado a abandonar su dependencia de la droga. Un drogadicto puede acudir si son las personas familiares o de otro tipo, lo que les haga requerir nuestros servicios y no un convencimiento pleno de que quieren dejar de depender de la droga. Sin una correcta motivación cualquier tratamiento está encaminado al fracaso.

Así pues, la primera entrevista debe estar orientada a:

- Valorar la motivación que presenta el paciente a abandonar su toxicodependencia.
- Informarle de lo que significa el tratamiento.
- Sensibilizarlo para que siga todo el proceso mencionado, cumpliendo todos los pasos del programa como medida imprescindible para conseguir el éxito.
- Investigación de las causas que le indujeron.

Del mismo modo debe hacerse una anamnesis

morbida.

Una vez aclarados todos estos puntos en la primera fase ya puede pasarse a la segunda que sería propiamente la de la desintoxicación física.

2.- Desintoxicación

Aspectos Generales:

- 1.- No es la fase del tratamiento que debe presentar más problemas, el enfermo se halla en el punto más alto de su motivación y es una fase relativamente corta que no suele durar en la mayoría de los casos más allá de tres semanas.
- 2.- Terminar un tratamiento de desintoxicación NO es sinónimo de curación.
- 3.- Hay que distinguir entre tres tipos básicos:
 - Tratamiento con fármacos de sustitución a dosis progresivamente decrecientes.
 - Tratamiento sintomático farmacológico del síndrome de Abstinencia.
 - Tratamiento no farmacológico (relajación, yoga, masajes, etc.)
- 4.- Modos de tratamiento, Ventajas y Desventajas.

TRATAMIENTO AMBULATORIO

Ventajas

- No limitación de plazas
- Refuerza la Motivación
- Implicación Familiar
- Economía

Desventajas

- Poco Control del Terapeuta
- Alta tasa de abandonos

TRATAMIENTO HOSPITALARIO

Ventajas

- Buen control Terapéutico
- Elevada "Compliance"
- Prevención Complicaciones

Desventajas

- No refuerza motivación
- Poca implicación familia
- Pocas camas
- Elevado % de Recidivas
- Costo Elevado

detallada de todos los puntos que pueden tener relación con su drogodependencia:

- Diagnóstico Toxicológico.
- Diagnóstico Psicopatológico.
- diagnóstico de complicaciones familiares, laborales y sociales.
- diagnóstico de complicaciones médicas.
- diagnóstico de adaptación personal y social per-

3.- Deshabitación

Entramos en lo que sería la tercera y quizás más importante fase en el tratamiento de las toxicomanías: la Deshabitación.

Hay distintos factores:

- factores individuales.
- factores familiares.
- factores sociales y económicos.

Tres grandes modalidades:

1º.- Comunidades Terapéuticas

2º.- Familias de acogida (talleres de trabajo).

3º.- Psicoterapias individuales o de grupo en ambiente urbano.

1º.- Comunidades Terapéuticas

Entendemos que hay que seleccionar detenidamente que individuos son los subsidiarios de ser ingresados en una comunidad terapéutica.

En la comunidad se desarrolla el programa concreto para aquel individuo en base a las siguientes premisas:

a) Psicoterapia:

1) Individual:

- Extinción de la conducta adictiva.
- Asumir la responsabilidad de auto-control.
- solución de conflictos anteriores o independientes del consumo de drogas.
- refuerzo de la confianza en sí mismo y de la tolerancia a frustración.

b) Terapia Ocupacional:

Con la finalidad de promover la responsabilidad como valor necesario e imprescindible, para el desarrollo de toda actividad laboral.

A nivel puntual se trabajan los siguientes aspectos:

- Horario.
- Constancia
- Capacidad de trabajar para alcanzar metas y objetivos concretos a medio y largo plazo.
- Toma de decisiones en el aspecto vocacional
- Establecimiento de hábitos de higiene y orden en el trabajo.
- Establecimiento de hábitos de estudio adecuados en aquellos individuos que deseen iniciar o reemprender una vida académica.

c) Ludioterapia (Actividades Artísticas, Manuales y Deportivas):

Consideramos que la ocupación del tiempo libre es tan importante para el desarrollo individual de la persona como la práctica de una actividad laboral.

En este terreno nos planteamos las siguientes finalidades:

- Favorecimiento de las relaciones interprofesionales maduras y gratificantes "per se".
- fomentar la creatividad y la expresión espontánea.
- el establecimiento de actividades alternativas y contrarias al abuso de fármacos.
- La capacidad de autoorganización del tiempo de ocio.
- Favorecer el buen mantenimiento físico.
- La expresión de movimientos de hostilidad encauzada por vías de no violencia y no perjudiciales para la propia persona ni para las personas que le rodean.
- Incentivar la competitividad, factor necesario para desenvolverse en la sociedad actual de una manera sana y constructiva, al mismo tiempo que la cooperación.
- interiorización de reglas, normas y valores sociales.

Las técnicas a emplear son las siguientes*

- Desensibilización sistemática.
- Terapia racional emotiva.
- Interrupción voluntaria del pensamiento.
- Entrenamiento de asertividad.
- Práctica de relajación.

2) Grupal: con los siguientes objetivos terapéuticos:

- Fomentar la comprensión de la problemática individual por medio de la confrontación de las vivien-

cias del grupo.

- Práctica de pautas adecuadas de comunicación interpersonal.
- Favorecer la socialización rompiendo el aislamiento efectivo propio del drogodependiente.
- Preparación del encuentro con las amistades anteriores al abandono del abuso de drogas.
- Posibilitar la autoafirmación e integridad individual en un marco de referencia y pertenencias sociales.

Técnicas a desarrollar:

- Psicodrama
- Grupos de discusión
- Práctica Psicomotriz
- Entrenamiento de habilidades sociales.
- Juego de roles
- Entrenamiento en comunicación.

Dentro de estas actividades terapéuticas se enmarcan:

- Deportes de equipo.
- Pintura.
- Modelado y trabajos en madera.
- competiciones de juegos de mesa.
- Proyección de películas de interés y su posterior comentario en el grupo.
- Actividades musicales.

4.- Reinserción o inserción social

Este es con toda seguridad el punto más conflictivo de todo el programa terapéutico.

En algunos casos, se trata de jóvenes muy desenraizados que tiene poca o ninguna ligazón moral con una sociedad que no les acoge ni les da ninguna posibilidad distinta a la droga y al hecho de tener frecuentemente que delinquir para conseguirla.

Es aquí donde se enmarca la Reinserción que para definirlo en pocas palabras, es la oferta que se hace a estos jóvenes de obtener: en primer lugar una formación profesional, por ejemplo, orientada a las nuevas tecnologías para otorgarles en un plazo razonable de tiempo, los conocimientos para que ellos mismos puedan desenvolverse y esto les facilite conseguir trabajo dentro de este ramo; y segundo a los que sientan necesidad y ganas de enraizarse en esta vida rural, la posibilidad de tener su propia granja que aprovechando los conocimientos que han ido adquiriendo y los de técnicos en la materia, puede autoabastecerse y ser rentable en un plazo relativamente corto de tiempo y ver así una solución definitiva a su problema de marginación.

"C- Proyecto Vida"

Cuando los jóvenes hayan pasado un período que puede oscilar entre los dos y los cuatro meses en estos Centros de Acogida, pasarán a las Granjas Experimentales de Cultivos Naturales. disponemos de cien fincas de dos hectáreas cada una, aproximadamente, en la provincia de Tarragona. Allí los jóvenes a través de Sociedades Agrarias de Transformación y Cooperativas, construidas entre ellos, ganarán dinero. Tras los cursos de capacitación, trabajarán, aprenderán a ganarse la vida con dignidad, honradamente.

No se trata de fomentar un regreso indiscriminado de la ciudad al campo. No a todos los ex-toxicómanos les será necesario para perseverar en su abstinencia, el dejar su habitat habitual.

En el mismo sentido, como programa de reinserción, tampoco el Proyecto Vida está exclusivamente pensado para drogadictos, sino para todos aquellos que salen de la marginación.

La primera Cooperativa o "Cooperativa Madre", con el nombre de "COOPERATIVA CATALANA D'INVESTIGACIO I FOMENT AGROECOLOGIC", tendrá los siguientes objetivos fundamentales:

a) Capacitación: - Cursos de agroecología.

Esta constituye una de las secciones más destacadas de la Cooperativa y tiene como fin la capacitación desde un punto de vista teórico-práctico, de todas las técnicas necesarias para lograr una autoinsuficiencia rural y asociativa como metas inmediatas.

Entre estas técnicas, cabrían destacar las más importantes:

- Selvicultura.
- Micología
- Arboricultura (Tradicional y Tropical).
- Horticultura
- Floricultura
- Plantas medicinales y aromáticas.

GRANJA:

- Avícola.
- Porcino.
- Cunicultura.
- Apicultura.
- Acuicultura.
- Ornicultura.
- Lombricultura.

Estas serían las que podríamos considerar técnicas básicas, sin embargo en una fase posterior se instruiría a los jóvenes en técnicas más sofisticadas de:

- Riego (Gota a Gota, a presión microaspersión,

irrigación capilar).

Estos cursos serían impartidos por profesionales especializados en cada uno de estos temas.

La Gestión Cooperativa

Se enseña a los jóvenes a constituir sus propias Cooperativas o Sociedades Agrarias de Transformación. Para resolver problemas burocráticos, de orden legal, contarán con la Cooperativa Catalana de Investigación y Fomento Agro-ecológico, que a la vez se encargaría de la promoción y distribución de los productos a los diferentes mercados.



Vicente Aransay

DROGA EN BALEARES

Ante el grave peligro que amenaza a esta Comunidad, se abre un camino a la esperanza, gracias a la responsable reacción de la sociedad balear.

Si la droga azota por doquier, Baleares constituye un punto neurálgico. Por su situación geográfica, la influencia del turismo, su propia condición de insularidad, que dificulta la ayuda de aquellos que buscan un camino a la esperanza desde su desesperación. Ibiza constituye un punto de especial gravedad por la importante invasión de las nuevas drogas. Drogas sintéticas que hacen furor en los últimos veranos en discotecas y playas ibicencas, donde por primera vez en España se detectaron en 1987. Desde entonces estas nuevas drogas se han extendido principalmente en Baleares.

Sus denominaciones son significativas: Eva, llamada también "Palma de Mallorca anfetamina", Droga del Amor (MDA), Extasis (MD MA), Viaje del Ejecutivo (MDT), y otras.

El sociólogo Domingo Comas, manifiesta: los consumidores de estas nuevas drogas, aparentemente se mantienen sin síntomas de adicción, pero en menos de cuatro años, estos adictos a las drogas de diseño quedan tan enganchados como cualquier "YONQUI". Además, no reconocen estar enganchados.

D. Pedro Ventayol, director de Sanidad de Baleares consciente del peligro que supone para Baleares la invasión de estas nuevas drogas ha manifestado: "Todas estas sustancias pueden poner en peligro la estabilidad mental del individuo, sometido a procesos alucinatorios que pueden derivar en psicosis".

Por su parte, el sociólogo, experto en Drogodependencias D. Domingo Comas, añade: "Con la proliferación de estas nuevas drogas hay que valorar que las redes tradicionales del narcotráfico como el "cartel de Medellín" tienen los días contados. Cualquier personas con conoci-

mientos químicos podría fabricar estas drogas en la cocina de su casa. Este proceso se producirá sin duda a medio plazo, con una fabricación fácil, sencilla, de diseño. Son, sin duda el futuro de las toxicomanías en el mundo, aunque en la actualidad el consumo de estas nuevas drogas se combina con la heroína y la cocaína.

La amenaza es ciertamente grave para Baleares y por extensión para el resto del Estado. Por esto, la Coordinadora Nacional de la Lucha Antidroga ha estudiado el problema desde el deseo de tener una presencia terapéutica en los puntos de mayor riesgo y necesidad.

Baleares, Comunidad con intentos fallidos y esperanzas truncadas en los intentos de crear una estructura organizativa capaz de abordar con rigor y profundo sentido humanitario la ayuda a los afectados.

Por fin se abre una vía a la esperanza para estos chicos y chicas. La Coordinadora Nacional de la Lucha Antidroga ha acordado abrir un Centro en Baleares.

D. Vicente Aransay, ha sido el hombre clave, diríamos, providencial, D. Vicente Aransay no es un médico, ni psicólogo, ni un sociólogo. Es sencillamente un prestigioso profesional de la publicidad. Desde hace unos meses viene trabajando desde las islas para esta Revista Antidroga. Desde el principio se dio cuenta de que colaborar publicitariamente en la Revista Antidroga desde Baleares requería algo más que el ejercicio de su experimentada acción profesional.

Rápidamente descubrió tanto el tremendo problema de la droga en esta comunidad como la grave amenaza que se cierra sobre Baleares con esta invasión de las nuevas drogas de diseño. Por ello D. Vicente Aransay ha ido creando un estado de concienciación en medios empresariales

que han comprendido la gravedad del problema, medianos o grandes empresarios también han comprendido su gravedad. El lector podrá comprobar como una parte importante de anunciantes de este mismo ejemplar de la Revista Antidroga corresponde a empresas de Baleares y en una proporción muy superior a otras provincias o comunidades autónomas.

Es el inicio de la respuesta de un pueblo que como cuerpo social vivo, reacciona ante el peligro, y es también el inicio de la base para la inmediata creación de un Centro Médico-Psicológico que la Coordinadora ha decidido crear en Baleares. Es en definitiva el fruto de la concienciación de D. Vicente Aransay que en su incansable y tenaz acción, consigue la responsable concienciación del empresario balear que está comprendiendo el significado de las primeras declaraciones de Julián Vargas cuando acababa de tomar posesión como Ministro de Sanidad: "El problema de la droga es responsabilidad de toda la sociedad".

Pero para que el creciente y amenazador problema de la droga en Baleares tenga una respuesta terapéutica eficaz, en nuestro Centro de inminente creación, hace falta

que más y más empresarios, comerciantes, profesionales, etc., la sociedad balear en su conjunto vaya respondiendo con el mismo sentido de responsabilidad con que otros responden. Muy pronto las víctimas de esta guerra encontrarán en Baleares el camino de su recuperación y reinserción social con ayuda de la acción terapéutica de la Coordinadora Nacional de la Lucha Antidroga, que tan alentadores resultados está produciendo y dentro del profundo sentido de amistad, afecto y cariño, y rigor que estos jóvenes necesitan, actitudes estas que caracterizan toda nuestra actuación.

Baleares no tiene que ser el laboratorio de pruebas de la nueva drogadicción. Los jóvenes de Baleares tienen que ser dueños de sí mismos y de su futuro. Un camino a la esperanza se abre para todos ellos, cuando la respuesta de la sociedad balear en su conjunto, no puede faltar.

Que se retiren los viejos y los nuevos traficantes de drogas, sembradores de muerte. Que se retiren los poderosísimos intereses creados, los que les apoyan desde sus poltronas. **"La sociedad balear ha empezado a reaccionar"**.

CENTROS DE ATENCION AL TOXICOMANO EN MALLORCA

CENTRO DE COORDINACION Y DIAGNOSTICO DE LAS DROGODEPENDENCIAS

C/ Cecilio Metelo, 18 - Tel. 72 29 00
07003 Palma de Mallorca

Entidad de quien depende: CONSELLERIA DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL (GOVERN BALEAR)

Organigrama: Servei de Promoció de la Salut. Secció de Salut Mental.

Equipo: 1 director, 1 médico asistencial, 1 psicólogo, 1 asistente social y 1 secretaria.

Fecha de inauguración: junio de 1985

Ambito de influencia: Baleares

Destinatarios: Toxicómanos para acogida y tratamiento.

Funciones del Centro: De coordinación entre las diferentes instituciones que desarrollan su actuación en el ámbito de las drogodependencias, asistencia, rehabilitación y reinserción de toxicómanos.

Condiciones de admisión: solicitar hora la primera visita y seguir las normas del Centro en cuanto a horario, seguimiento y controles.

Precio: Servicio gratuito.

Horario: de lunes a viernes de 8,30 a 14 horas

SERVEI MUNICIPAL DE DROGODEPENDENCIES

C/ Soldado Soberats antolín, 27 - Tel. 29 25 25

C/ Maestro Perosi, 17 - Tel. 41 54 38 - Palma

C/ General Ricardo Ortega, 53 - Tel. 46 38 15 - Palma

C/ Galera, 4 - Tel. 71 08 12 - Palma

C/ Soldado Cifre Gomila, 22 - Tel. 45 02 94 - Palma

Entidad de quien depende: AJUNTAMENT DE PALMA

Equipo: 3 Asistentes Sociales, 2 psicólogos.

Fecha de inauguración: septiembre de 1985.

Ambito de influencia: Palma

Destinatarios: Toxicómanos y familiares (incluidos alcohólicos).

Funciones: Atención individual y grupal al individuo drogodependiente y a su familia. Trabajo.

Condiciones de admisión: vivir en Palma.

Precio: servicio gratuito

Horario: De lunes a viernes de 9 a 15 horas.

SERVEI D'INFORMACIÓ I PREVENCIÓ DE L'ABÚS DE DROGUES

Camino de Jesús, nº 40 - Tel. 29 23 50 - Ext. 27
07003 Palma de Mallorca

Entidad de quien depende: CONSELL INSULAR DE MALLORCA, COMISION DE SANIDAD

Equipo: 2 médicos, 3 psicólogos, 1 asistente social.

Fecha de inauguración: 1984.

Ambito de influencia: Mallorca.

Destinatarios: Toda la población de Mallorca.

Funciones: Información, consulta y asesoramiento, Prevención e investigación, algunos aspectos asistenciales de la Part Forana (Contactar con Servicios Sociales de los Ayuntamientos).

Condiciones: Solicitar alguno de los servicios

Precio: Servicio gratuito.

Horario: De lunes a viernes de 9 a 14 horas.

UNIDAD DE DESINTOXICACION 5ª PLANTA, SON DURETA

C/ Andrea Doria, nº 53 - Tel. 28 91 00. Ext. 2082
07014 Palma de Mallorca

Entidad de quien depende: INSALUD

Organigrama: Hospital Son Dureta, Departamento Medicina Interna (Dr. Cabrer), Unidad de Desintoxicación.

Equipo: 2 médicos, 1 psicólogo, 6 ATS.

Fecha de Inauguración: 20 de octubre de 1986.

Capacidad: 4 camas

Ambito de influencia: Mallorca

Destinatarios: Pacientes remitidos de centros especializados para desintoxicación previa a programa terapéutico definido. Enfermos con patología asociada que requieren asistencia en un tercer nivel hospitalario.

Funciones: Desintoxicación hospitalaria.

Condiciones de admisión: ser ciudadano español.

Trámites y documentos: Ser enviado por un equipo especializado en toxicomanías extrahospitalario que se responsabilice del seguimiento a la desintoxicación.

Horario: lunes, miércoles y viernes de 11 a 14 horas.

Teléfono: 28 91 00. Ext. 4101.

HOSPITAL PSIQUIATRICO

Camino de Jesús, 40 - Tel. 29 23 50

07003 Palma de Mallorca

Tipo de entidad: Pública

Entidad de quien depende: CONSELL INSULAR DE MALLORCA.

Equipo: médicos psiquiatras, médicos de guardia, psicólogos, ATS, personal sanitaria y auxiliares.

Ambito de influencia: Mallorca

Destinatarios: población en general

Funciones: Tratamiento ambulatorio y en régimen de internamiento. Se atienden urgencias psiquiátricas.

Condiciones: Ninguna, salvo querer ser asistido y solicitar hora en consultas externas. Para internamiento forzoso: orden judicial.

Precio: Primera visita: 500 ptas. Sigüientes: 250 ptas.

Beneficiencia: gratuito

Horario: al solicitar hora se le indicará el día fijado.

FUNDACIO "PROJECTE HOME"

C/. Ramón Servera, nº 42 - Tel. 45 62 12.

07015 Palma de Mallorca.

Tipo de entidad: Privada. Depende del Obispado.

Organigrama: Centro de Acogida. Local urbano. Comunidad Terapéutica "Ses Sitjoles" (en proyecto). Comunidad de Reinserción (en proyecto).

Equipo: 1 pedagogo terapeuta, 1 médico, 3 psicólogos, 2 profesores de E.G.B.

Fecha de inauguración: 31 de agosto de 1987.

Ambito de influencia: Población toxicómana en general.

Destinatarios: Toxicómanos y familiares.

Funciones: Prevención, rehabilitación y reinserción social.

Condiciones de admisión: ser toxicómano y que haya alguien que quiera hacer el seguimiento del caso.

Financiación: Obispado, Comunidad Autónoma.

Precio: Gratuito.

Horario: de 9 a 13,30 horas y de 15 a 19 horas. Diariamente.

HOSPITAL DE NIT

C/. Misericordia, 2 bajos - Tel. 71 11 42

07012 Palma de Mallorca

Tipo de entidad: Privada, Religiosa.

Entidad de quien depende: Asociación de marginados "La Sapiència".

Equipo: 2 médicos, 1 psicólogo, 1 asistente social, 2 terapeutas ocupacionales.

Fecha de inauguración: 1981.

Ambito de influencia: Mallorca.

Destinatarios: personas marginadas sin hogar.

Funciones: Acogida y tratamiento. Consultas externas.

Condiciones de admisión: Solicitarlo. Tener cartilla

de beneficiencia. D.N.I.

Precio: servicio gratuito

Financiación: subvenciones de entidades públicas y privadas.

Capacidad: Sala General 38 plazas, Enfermería 13 plazas.

ASOCIACION DE ALCOHOLICOS ANONIMOS

C/. General Riera, 14 (Parroquia San Francisco de Paula)

Tel. 20 35 75 - 07003 Palma de Mallorca

Tipo de entidad: Privada

Entidad de quien depende: Asociación Alcohólica Anónima.

Organigrama: Delegado Provincial, Presidente, Secretario, Tesorero, para cada uno de los grupos existentes en la Isla.

Fecha de inauguración: en Palma en 1980 el "Grupo Horizonte" y en 1982 los grupos "Sobriedad" y "Amanecer". Para alcohólicos extranjeros residentes en la Isla está el grupo "Internacional" que data de la misma fecha. Existe también el "Grup Nou" que depende a la vez de Alcohólicos Anónimos y de la Iglesia Anglicana.

Ambito de influencia: Mallorca.

Destinatarios: alcohólicos que quieran recuperarse.

Funciones: Recuperación de alcohólicos mediante la terapia de grupo.

Condiciones de admisión: Ser alcohólico con voluntad de recuperación y respetar el anonimato de los demás.

Precio: cuota voluntaria.

Horario de funcionamiento: de martes a viernes de 20 a 22 h.

ASOCIACION BALEAR DE AYUDA AL TOXICOMANO (ABAT)

Cruz Roja Española. C/. Pons i Gallarza, 90

Tel. 29 50 00 - 07004 Palma de Mallorca.

Tipo de entidad: Asociación privada.

Organigrama: Asamblea General - Junta Rectora.

Equipo: 1 presidente, 1 secretaria, vocales de junta.

Fecha de inauguración: mayo de 1987.

Ambito de influencia: provincial.

Destinatarios: Padres y familiares de toxicómanos.

Funciones del Centro: aunar esfuerzos para comprometer a las entidades públicas a que trabajen y luchen contra la toxicomanía.

Condiciones de admisión: Padres de drogadictos, personas interesadas en general.

Trámites y documentos: Ninguno.

Cuotas: 1.200 pesetas anuales.

Horario: Invierno de 17 a 19 horas, verano de 18 a 20 horas.

ASOCIACION "EL PATRIARCA"

Centro Urbano: C/. Velázquez, nº 4, 1º - Tel. 71 92 81

07002 Palma de Mallorca

Comunidad terapéutica: finca "EL POZO".

Término municipal de Llubí.

Tipo de entidad: Privada.

Equipo: Ex-toxicómanos.

Fecha de inauguración: 1987

Ambito de influencia: Internacional.

Financiación: Cuotas de los internados, ayudas y subvenciones.

Destinatarios: Toxicómanos que quieran rehabilitarse.

Funciones: Desintoxicación, rehabilitación y reinserción social.

Condiciones de admisión: solicitud al centro urbano, tras una serie de entrevistas previas.

Documentos exigidos: Informe clínico, analítica de sangre y orina, radiografías simples de tórax. Certificado médico oficial. Informe judicial. contrato económico. D.N.I. o pasaporte.

Precio: si pueden pagar: 80.000 ptas. el primer mes, 50.000 ptas. el segundo mes y 35.000 los restantes meses.

Capacidad: 30 personas

Horario: en el local urbano previa solicitud de hora.

ASOCIACION PARA EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO (ATA)

C/. Rodríguez Arias, 20 - Tel. 28 11 11.

07003 Palma de Mallorca

Tipo de entidad: Privada.

Equipo: 1 médico, 1 asistente social, 1 secretaria.

Fecha de inauguración: 1978

Ambito de influencia: Mallorca.

Financiación: cuotas socios colaboradores, ayudas y subvenciones.

Funciones: tratamiento del alcoholismo.

Condiciones de admisión: ser alcohólico y quererse recuperar.

Precio: cuota voluntaria.

Horario: de 8 a 13 horas y de 16 a 20 horas.

COMUNIDAD TERAPEUTICA "CAN GAZÁ"

C/. Vicario, 33, Establiments. - Tel. 75 69 03

07010 Palma de Mallorca.

Tipo de entidad: Privada. Religiosa.

Entidad de quien depende: Asociación de marginados "La Sapiència".

Equipo: 2 terapéutas, 5 monitores.

Fecha de inauguración: noviembre de 1983.

Ambito de influencia: Mallorca.

Destinatarios: alcohólicos marginados mayores.

Funciones: deshabituación de alcohólicos y reinserción social

Condiciones de admisión: Haber pasado el periodo de desintoxicación en el Hospital de Nit.

Precio: servicio gratuito.

Financiación: subvenciones de entidades públicas y privadas.

Capacidad: 10 plazas.

COORDINADORA NACIONAL DE LA LUCHA ANTIDROGA

Local: Provisional

Tipo Entidad: Privada

Equipo: Un médico, un psicólogo, un asistente social, un terapeuta

Fecha de Inauguración: 1990

Ambito de Influencia: Mallorca

Destinatarios: Cualquier persona

Funciones: Desintoxicación Física y Psíquica del toxicómano. Rehabilitación.

Condiciones de Admisión: Querer dejar las drogas

Precio: Servicio gratuito.

Financiación: Venta de nuestra Revista y Publicidad de la misma

SERVICIOS SOCIALES AYUNTAMIENTOS

ALCUDIA

Ayuntamiento

C/. Capitán Gual, nº 11

Teléfono: 54 80 71 - 72

Horario: De lunes a viernes de 8 a 14'30 horas.

ANDRATX

Ayuntamiento

C/. Miguel Moner, nº 1

Teléfono: 67 10 01 - 21

Horario: De lunes a viernes de 9 a 14 horas.

ARTA

Ayuntamiento - Na Ballesa

Teléfono: 57 80 57

Horario: De lunes a viernes de 9 a 13'30 horas. Tardes horas convenidas.

CALVIA

Ayuntamiento - C/ Mayor, 83

Teléfono: 67 01 88

Horario: De lunes a viernes de 8 a 15 horas.

CAMPOS

Ayuntamiento - Plaza Mayor, 1

Teléfono: 65 09 10

Horario: Sábados de 9 a 11 h.

CAPDEPERA

Ayuntamiento - C/. Sitjar, nº 5

Teléfono: 56 30 52

Horario: De lunes a viernes de 9 a 13 horas.

ESPORLAS

Ayuntamiento

Plaza de España nº 1
Teléfono: 61 00 02
Horario: De lunes a viernes de 9'30 a 13'30 horas.
INCA

Ayuntamiento
Centro de Salud Comarcal
C/. Dureta, s/nº
Teléfono: 50 47 20
Horario: De lunes a viernes de 9 a 14 horas.

MANACOR
Ayuntamiento
Plaça Convent, nº 1
MURO

Ayuntamiento
Plaça Conde de Ampurias, nº 1
Teléfono: 53 72 50
Horario: De lunes a viernes de 8 a 15 horas.

PALMA DE MALLORCA. **CENTROS MUNICIPALES DE** **SERVICIOS SOCIALES.**

C.S.S. NORD
C/. Soldado Soberats Antolin, 27
Camp Redó - Tel. 29 25 25
07010 Palma de Mallorca

C.S.S. LLEVANT NORD
C/. Maestro Perosi, 17.
Es Vivero - Tel. 41 54 38
07008 Palma de Mallorca

C.S.S. LLEVANT SUD
C/. General Ricardo Ortega, 53
Tel. 46 38 15
07006 Palma de Mallorca

C.S.S. CIUTAT ANTIGA
C/. Galera, 4 - Tel. 71 08 12
07002 Palma de Mallorca

C.S.S. PONENT
C/. Soldado Cifre Gomila, 22
Es Fortí - Tel. 45 02 94
07011 Palma de Mallorca

POLLENSA
Ayuntamiento - C/. Calvari, nº 1
Teléfono: 53 01 08

Horario: Lunes, miércoles y viernes de 8'30 a 14'30 horas.

SOLLER
Ayuntamiento
Plaza Constitución
Teléfono: 63 30 11

Horario: Lunes, martes y miércoles de 9 a 11 h.

OTRAS DIRECCIONES UTILES EN **MALLORCA** **DIRECCION GENERAL DE SERVI-** **CIOS SOCIALES.**

Rambla, nº 18, 4ª Planta.
Tel. 72 64 46
07003 Palma de Mallorca
SERVEI D'ACCIO SOCIAL. CONSELL INSU-
LAR DE MALLORCA.

C/. Palau Reial, nº 1 y
C/. Almudaina, nº 5
Tel. 72 15 05
07001 Palma de Mallorca
DIRECCION GENERAL DE LA JUVENTUD
C/. Venerable Jerónimo Antich
Nº 5, 2º - Tels. 71 11 19-71 24 49

07003 Palma de Mallorca
PATRONATO DE PROTECCION A LA
MUJER.
Vía Portugal, nº 1, 2º
Tel. 72 46 36

07012 Palma de Mallorca
DIRECCION PROVINCIAL INSERSO.
C/. Reina Esclaramunda, nº 9.
Tel. 72 42 40

07003 Palma de Mallorca
CARITAS DIOCESANA.
C/. Seminario, nº 4.
Tel. 71 62 88

07001 Palma de Mallorca
SA POBLA
Ayuntamiento
Plaza de Mayor, 18, 1º
Teléfono: 54 19 85

Horario: Lunes, miércoles, jueves y viernes de 8 a 11 horas.

OTRAS DIRECCIONES UTILES EN MALLOR-
CA
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS SO-
CIALES.

Rambla, nº 18, 4ª Planta.
Tel. 72 64 46
07003 Palma de Mallorca
SERVEI D'ACCIO SOCIAL. CONSELL DE
MALLORCA.

C/. Palau Reial, nº 1 y
C/. Almudaina, nº 5
Tel. 72 15 05
07001 Palma de Mallorca
DIRECCION GENERAL DE LA JUVENTUD.
C/. Venerable Jerónimo Antich
Nº 5, 2º - Tels. 71 11 19-71 24 49

07003 Palma de Mallorca
PATRÓNATO DE PROTECCION A LA MUJER
Via Portugal, nº 1, 2º
Tel. 72 46 36

07012 Palma de Mallorca
DIRECCION PROVINCIAL INSERSO.
C/. Reina Esclaramunda, nº 9.
Tel. 72 42 40

07003 Palma de Mallorca
CARITAS DIOCESANA.
C/. Seminario, nº 4.
Tel. 71 62 88

07001 Palma de Mallorca
CENTRO DE INFORMACION DE LOS DERECHOS DE LA MUJER.
C/. Portella, nº 11.
Tels. 72 25 51 y 72 57 41.

07001 Palma de Mallorca
CASA D'ACOLLIMENT I ORIENTACIO A LA DONA.
C/. Perit, nº 6, 3º, 1º
Tel. 72 27 07

07001 Palma de Mallorca
TRIBUNAL TUTELAR DE MENORES.
C/. San Alonso, nº 3
Tel. 72 16 48

07001 Palma de Mallorca
SERVEI D'ACOLLIMENT I PROMOCIO SOCIAL.
C/. Joan Maragall, nº 31
Tel. 46 63 91

07006 Palma de Mallorca
MINISTERI D'EDUCACIO I CIENCIA.
UNITAT DE PROGRAMES EDUCATIUS.
PREVENCIO DE TOXICOMANIES.
C/. Ruiz de Alda, nº 4

Tels. 45 80 58 y 28 81 06
07011 Palma de Mallorca
INSALUD.
C/. Reina Esclaramunda, nº 9.
Tel. 72 42 87

07003 Palma de Mallorca
OTRAS DIRECCIONES UTILES EN TOXICOMANIAS DE FUERA DE MALLORCA.
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Paseo del Prado, 18-20.
28014 MADRID
CONSELLERIA DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL.

Servei de Promoció de la Salut.
P. Lluís Companys, nº 7.
08003 BARCELONA
CENTRO COORDINADOR DE LAS DROGO-DEPENDENCIAS.

C/. María Díaz de Haro, nº 60.
48010 BILBAO
CENTRE DE TRACTAMENT DE LES DROGO-DEPENDENCIES.
Avda. Espanya, nº 49
Tel. 30 11 83

07800 EIVISSA
COMUNITAT TERAPEUTICA C'AN PEP I XICO.
Carretera de Sant Antoni

07800 EIVISSA
ASSOCIACIO D'ALCOHOLICS MENORQUINS (AMUR).
Apartado de Correos 421.
Tel. 35 00 11

07703 MAHO
COORDINADORA NACIONAL DE LA LUCHA ANTIDROGA
C/. Marqués de Camposagrado nº 25. Entr. 1ª
Tel. 93 - 241 56 50

08015 BARCELONA
DISPENSARIO DE TOXICOMANOS.
C/. Infanta, nº 39
Tel. 36 77 98

07703 MAHO
SERVEI DE TRACTAMENT DE L'ALCOHOLISME I ALTRES TOXICOMANIES DEL CENTRE DE SALUT MENTAL
Plaça de Sant Antoni, nº 2.
(Hospital Municipal)
Tel. 38 51 11

07760 CIUTADELLA
CONSEJERIA DE SALUD.
Servicio de Educación para la Salud.
Avda. República Argentina, 21
41011 SEVILLA

HOSPITAL NTRA. SRA. DEL MAR.
Sección de Toxicomanías.
Paseo Marítimo, 25-29
Tels. 309 21 12 y 309 22 08

08003 BARCELONA
SERVEI DE PREVENCIO ORIENTACIO I TERAPIA PER A TOXICOMANS.
(S.P.O.T.T.)
C/. Sant Honorat, 5 - 2º
Tels. 317 74 79 y 317 76 36

08002 BARCELONA

AMPLIAMOS EL EQUIPO



Dr. José Mª Vázquez Vázquez
Colegiado nº 21463-Barcelona

En el centro de Barcelona ya no podíamos atender a todos los chicos y chicas que cada día en forma más creciente acuden. No los podíamos atender de la forma que merecen. Necesitábamos otro Médico especializado, y que reuniera todas las exigencias que requiere la atención que en Coordinadora damos.

Y hemos encontrado a este doctor en la persona del colegiado d. José Mª Vázquez Vázquez.

De entrada y por su juventud conecta con facilidad. Crea de inmediato un clima afectivo.

Por su formación y experiencia, sabe tener paciencia ante las recaídas. Les infunde confianza en si mismos y el coraje necesario para volver a empezar el tratamiento. No les reprocha su conducta pero tampoco acepta los frecuentes y pequeños chantajes ni sus "historias". Les ayuda a que vean su necesidad de cambio de vida, de apostar por la vida, Los chicos se sienten aceptados como personas y comprendidos como toxicómanos, Los pacientes y sus familiares pronto se convierten en amigos.

Entrar en el Mundo de las toxicomanías, no es una senda fácil. No obstante y a medida que avanzas, te das cuenta de que es algo apasionante y de que puedes aportar cosas como persona y como profesional. Desde mi comienzo en dicho tema, he intentado buscar una forma de ayudar a estos chicos y chicas; pero esto resulta francamente complicado y, a veces, difícil.

La drogadicción es un hecho en el que se imbrican multitud de factores, y a cual más complejo. Es, pues, la resultante de la alteración de la droga con el individuo en el medio que los rodea.

En el individuo concurre el factor HERENCIA. Hoy se están buscando marcadores genéticos que predispongan al desarrollo de una toxicomanía; puesto que ya se han detectado para el alcoholismo y para algunas alteraciones de la personalidad. además, incide en él su propio yo, su propia personalidad. Sabemos que no existen determinadas personalidades que favorezcan el desarrollo de un problema de este tipo. La teoría más aceptada es, hoy por hoy, que la herencia modulada por una forma de ser, desarrollaría una toxicomanía.

La droga permite alcanzar estados subjetivos de euforia o sentimiento de bienestar. Estados subjetivos que llevan, a corto plazo, al consumo repetido, desarrollando tolerancia y una dependencia psico-física. Una vez el individuo tolera grandes dosis, consume el estupefaciente para evitar el Sd. de Abstinencia más que para obtener sensaciones.

El componente social es muy importante. El consumir una droga puede servir para romper la rutina, para adquirir conductas desinhibidas, para obtener placer, sirve para rechazar valores sociales (tradición, éxito, compostura, etc....) que siempre se han ensalzado y que ahora, con la rapidez de los cambios sociales, se han desprestigiado. Puede significar cohesión, unión, etc..., lo que lleva al individuo a penetrar en la cultura de la droga. La sociedad actual es estresante y productora de gran cantidad de desajustes psicofísicos. Es aquí donde la droga puede ser utilizada como punto de apoyo, para intentar solventar o, mejor, evadir los problemas. El consumismo, ciertas creencias religiosas, corrientes culturales, ciertos tipos de corrientes musicales, etc..., todos pueden ser posibles causas de toxicomanía. No obstante, no es mi intención, en este artículo, el desarrollar un estudio sobre las causas que determinan una toxicomanía, mi deseo sería el hacer llegar a la gente nuestro trabajo, en la Coordinadora Nacional de la Lucha Antidroga y todo lo que de él se desprende. Nuestro trabajo puede abarcar a todo tipo de drogadicción, aunque se centra más en el grupo de los heroínómanos. En realidad, son individuos enmarcados dentro de un contexto de politoxicomanía.

Es pues, la heroína, la forma más frecuente de toxicomanía en el mundo occidental, antes de los veinticinco años y con una mayor incidencia entre los varones. el abuso de opiáceos, no suele conducir a alteraciones mentales (salvo sobredosis, adulterantes o infecciones) ni psicosis (como causa única productora). El consumo crónico

lleva fundamentalmente, a un estado de inactividad, apatía, indecisión, agresividad y embotamiento emocional. También se produce la disminución de la capacidad de concentración de la memoria y del sueño. Evidentemente hay una alteración de la conducta, que se hace antisocial en la mayoría de los casos.

Nosotros valoramos mucho el estado psíquico de los pacientes. Realizamos un estudio de las circunstancias sociofamiliares y de la conducta del paciente. comprobamos el estado físico, realizando exploración rutinaria y pidiendo una serie de análisis cuando se considera oportuno.

A continuación comienza el tratamiento de desintoxicación, con lo que se consigue la desaparición de la dependencia física y su secuela (Sd. de Abstinencia). A ello unimos una terapia desacondicionante (consejo) y una psicoterapia de apoyo.

Intentamos hacer ver al toxicómano la vida sin droga, el valor de su relación con los demás y la necesidad de convivir en paz con su medio. Tenemos que luchar contra la marginación, la falta de trabajo y el sacarlo del medio habitual en que se desarrolla su vida.

Quisiera hacer constar algo muy importante para nosotros.

Es el hecho de que en nuestro tratamiento no utilizamos agonistas opiáceos, tipo metadona, bupres, etc....

Creemos que, en muchos casos, lejos de solucionar el problema añade otro al consumo de heroína (de forma intermitente), al consumo de alcohol y en un individuo sin esperanza de vida. En la actualidad se investiga sobre la L-acetil-metadol (L.A.A.M.), opiáceo sintético de acción prolongada, que eliminaría el alto coste de visitas diarias al proveedor o de la medicación domiciliar que asegura cierta "desviación".

Tampoco estos nos interesa. Nuestra meta es el inicio, previa desintoxicación, de una pauta a largo plazo con Naltrexona.

Esta sustancia es una antagonista de los opiáceos, que evita que el heroínómano sienta el efecto de los mismo cuando se ha ingerido previamente. Es decir, permite un mayor distanciamiento y control del problema mientras se realizan otras terapias. en nuestro trabajo diario hemos

observado que la demanda de asistencia médica, en la mayoría de casos no es voluntaria. el toxicómano acude al tener malestar psicofísico, presiones externas (laboral, familiar, judicial, etc...) o falsas motivaciones (acude al médico para encontrar sustitutos o para acallar al medic que lo rodea).

De ahí que una buena motivación es fundamental para el pronóstico del problema.

El toxicómano es hedonista, impulsivo e intolerante a la frustración.

El tiempo de consumo, la personalidad de base y su grado de integración social tendrán valor para el desarrollo de una buena evolución.

Nosotros concebimos el problema como un hecho a solucionar por dos personas en estrecha colaboración; médico-paciente, de ahí que intentemos ser comprensivos; evitando prejuicios, consejos moralizantes y aceptando las recaídas pacientemente (que utilizamos como refuerzo para que inicie de nuevo el proceso de tratamiento). Tampoco olvidamos estimular y desarrollar un buen estado socio-familiar: ampliando el clima afectivo, la comunicación y la confianza. Intentamos que la familia no acose al paciente y que se informe para saber como puede ayudar. No debe reprocharse la conducta del paciente. Tampoco se aceptarán chantajes. Se intentará hacer ver al drogodependiente su necesidad de cambio; puesto que él intentará perpetuar su estado.

Por último, quisiera tocar un tema clave: el "S.I.D.A.". Recordamos a todos los pacientes que constituyen un grupo de riesgo. Por ello y como profesionales debemos pasar información reciente y completa a esta población. Deben asumir los riesgos que comportan el ser de este grupo y deben elevar las medidas higiénicas y profilácticas que ayudan a bloquear en parte este gran problema de nuestros días.

Quisiera llamar la atención de todos para que intentaran conocer y comprender este mundo. Seguro que algo pueden aportar, para ayudar a este colectivo de gente.

Luchemos por reintegrar a esta gente a un mundo sin droga y rescatarlos de un pozo sin fondo en el que están metidos.

UN DROGADICTO ANTE EL ESPEJO

Tus ojos van abriéndose lentamente, el dolor empieza a invadir cada célula de tu cuerpo. Los escalofríos te sacuden intensamente, en tu nariz hay un goteo interminable. Como cada día vuelves a tenerlo, otra vez estás de "mono" y solo piensas en añadir otro pequeño agujerito a esa ristra interminable, que acaba corriéndose en una oscura línea que dibuja las venas de tus castigados brazos.

Te miras al espejo y todo lo que ves es un largo recuerdo de aquel que fuiste un día. Todo lo que querías ser y tener, el desvanecimiento y lo que aparece ante tí dibujado en el espejo, es la imagen de la derrota, de una triste y absurda derrota, ha podido contigo caer ese niño lleno de ilusiones y grandes sueños, caer ese niño que tenía ansias de crecer, de vivir, de ser diferente. De todo lo que tenías, de todo lo que querías ser, sólo queda esa sombra dibujada en el espejo. Tu familia, tu pareja, tus amigos, tus sueños, tus ilusiones, tus pasiones, tu cuerpo, tu vida. Todo está pendiente de un hilo, un hilo frágil que no resistirá mucho más.

Sigues mirándote al espejo y la imagen del miedo sigue ahí, inmóvil, sonriendo y esperando que lo recibas definitivamente, que acabes de una vez por todas con esta absurda supervivencia, lo que queda de tí ya no quiere luchar, porque lo que te espera mañana, no será diferente, por que crees, que tu futuro no existe.

Pero aún te queda un resquicio de fuerza, de estímulo de supervivencia, de aquel niño que fuistes un día y que se resiste a acabar con sus sueños tan absurdamente. A lo lejos en el espejo, ves brillar un punto, tus manos se aferran a esa luz como un clavo ardiendo, pero los tentáculos están empezando a tirar de tí para que no puedas llegar a esa luz que puede volver a iluminar tu vida.

Has decidido que tu vida cambie, no quieres que continúe esa tortura que te frecuenta día tras día.

Después de tu decisión empaquetas tu previo pasado, recoges la esperanza y las ganas de aquel niño que aún no

ha abandonado, y vas en busca de alguien que te ayude a escapar de tu pasado, que sigue pisándote los talones. Pones todas las fuerzas que te quedan y te aferras a esa mano que te tiende y no puedes volver hacia atrás, no puedes resistir, no puedes volver a ese pasado de sombra donde todo era una copia de la monotonía y lo único que recibía, era sobrevivir día a día con innumerables sinsabores y ninguna ilusión. Todos tus anhelos, tu necesidad de enriquecer tu vida con algo sencillamente diferente, chocaba con la realidad de un mundo absurdo, al límite de la muerte. No puedes volver, no hay nada de donde viene que pueda dar luz a tu futuro. Piensas si tus esfuerzos, serán definitivos esta vez dudas, pero... ¿qué otros caminos puedes elegir?. De ese mundo que dejaste atrás ya no tienes nada que aprender, receloso intentas confiar, "necesitas confiar". Poco a poco vas perdiendo ese recelo, todo va transformándose lentamente en unas ganas enormes de que todo sea diferente de una vez por todas. Te preguntas si estás cambiando si ya no eres el mismo. No estoy cambiando sigo siendo yo, tan sólo estoy aprendiendo a que mi futuro pueda ser diferente, delante de mí existe un enorme abanico de posibilidades que pueden transformar mi vida, y que eso solo depende de mí, de que yo sepa utilizar mis herramientas, que todo ser humano, aún siendo un yonki, posee. Todo lo que tengo que conseguir es aprender a utilizar todas mis aptitudes que mi toxicomanía había aletargado o desviado hacia caminos equivocados.

Aquel pasado queda lejos a la vuelta de la esquina que cruzaste hace un tiempo, sigue allí y allí estará siempre, pero gracias a esa gente que ha confiado en tí, que te ha apoyado, que ha creído en tí ciegamente, te alejas de ese pasado, por que ahora "prefieres los sueños de futuro que la historia del pasado".

Jullán

CORNELLA

UNA CIUDAD PREOCUPADA POR LA HEROINA

UN ALCALDE COMPROMETIDO



De todos es sabido que la droga, concretamente la heroína hace estragos en las zonas más humildes, en las zonas periféricas de las grandes ciudades, estas grandes poblaciones de aluvión.

Por eso nos hemos querido trasladar a esa gran ciudad que es Cornellà. Hemos hablado con su alcalde D. José Montilla Aguilera.

D. José Montilla Aguilera es un Alcalde joven, abierto, afable, de trato cordial. Un alcalde que sabe muy bien que no tiene poltrona que conservar, sino un compromiso de servicio permanente a todos sus ciudadanos

- Sr. Alcalde, ¿Cómo se plantea el problema de la droga aquí en Cornellà desde este Ayuntamiento?

Realmente constituye uno de los motivos de especial preocupación. En primer lugar realizamos un estudio sociológico para poder, de alguna manera cuantificar y valorar el problema en su verdadera dimensión: familias afectadas, índices de jóvenes afectados. A la luz de sus resultados pusimos en marcha un programa de prevención, de manera que tenemos equipos que trabajan a este nivel en las escuelas de la ciudad orientando a los padres y a los profesores.

- Sabemos que están trabajando a un nivel más amplio que el de la ciudad de Cornellà

Efectivamente, estamos trabajando en un programa conjunto los principales municipios del Bajo Llobregat, en el que además de Cornellà participa San Just Desvern, Esplugas y San Juan Despí.

- ¿Con qué ayudas o colaboraciones cuentan?

En este proyecto, enfocado para el año 90 contamos con subvenciones de la Generalitat y el Gobierno Civil, y la colaboración del Instituto Catalán de la Salud, el I.C.A.S. y el S.P.O.T. orientados por el Plan Nacional de Lucha contra la droga.

- ¿Cuentan en Cornellà con algún Centro para la atención de los jóvenes toxicómanos?

No, todavía no contamos con un Centro aquí en Cornellà. Los jóvenes afectados los derivamos al Centro de San Feliu de Llobregat, que es donde les corresponde.

El Sr. Alcalde no nos lo cuenta, pero nosotros pode-

mos añadir que cuentan con una emisora Municipal muy sensibilizada con el problema de la droga, que con frecuencia nos han llamado a la Coordinadora y hemos acudido para, que en sus micrófonos realizar programas de prevención y orientación hallando siempre la máxima sensibilidad y colaboración.

- Sr. Alcalde, sabemos que en este Ayuntamiento ha tenido que intervenir en varias ocasiones en locales donde se traficaba con droga, incluso han tenido que clausurar a varios de ellos por tal motivo.

Sí efectivamente. A veces una lucha eficaz contra la droga exige estas medidas, aunque pueden resultar impopulares ante determinados sectores.

Sé que una labor de seguimiento del dinero de la droga y su bloqueo resultaría más eficaz, pero lamentablemente carecemos de las necesarias competencias.

Esperamos que las autoridades competentes actúen en este campo.

- ¿Cómo valora la iniciativa privada en la lucha contra la droga?

Estoy completamente de acuerdo y persuadido de su eficacia, no solamente en este campo sino también en un ambiente social más amplio, pues la sociedad debe ser consciente de sus propios problemas y tomar iniciativa.

La charla, se cumplimentó con nuestra visita al Departamento de la Asistencia Social, donde se manifiesta, de este Centro de Barcelona de la Coordinadora Nacional de la Lucha Antidroga, para acoger a cuantos chicos y chicas de Cornellà deseen acudir.

Ojalá encontremos en todos los alcaldes el interés y preocupación y sensibilidad que hemos podido ver en D. José Montilla Aguilera.

UN RETO A LA DROGA

Cada vez que descubrimos y conectamos con una entidad o grupo que lucha contra la droga, limpia y desinteresadamente, nos produce una gran satisfacción y nos abre una ventana a la esperanza.

Y éste ha sido el caso de la asociación RETO. Ciertamente ya les conocíamos y habíamos mantenido contactos de colaboración, pero deseábamos conocerlos en profundidad, en su propio ambiente y vivir con ellos una jornada cualquiera.

Rastro Reto es un almacén ubicado en una planta baja en Igualada en donde se recogen electrodomésticos, muebles, cuadros, y máquinas de oficina, se los arreglan si es menester y se revenden. Por módicos precios, es posible resolver una necesidad para el hogar, el taller o la oficina. Además se contribuye a aprovisionar fondos para cubrir necesidades de la Comunidad Terapéutica "RETO".

Nos trasladamos a su centro de Barcelona, a unos 3 kms. de Igualada. Nos recibieron con gran amabilidad y empezamos a charlar. Desde el primer momento respira-

mos un ambiente de compañerismo, de preocupación mutua, de afecto, de LIBERTAD.

En la entrevista mantenida con algunas de las personas que siguen allí tratamiento, se nos dijo que tal tratamiento era gratuito, la decisión de ir a RETO, asimismo como el permanecer allí eran voluntarias por parte del toxicómano. En la Comunidad terapéutica se procuraba por el bienestar de todos los que allí están. Un día corriente consiste en tras el pertinente aseo y desayuno, asignar unas ocupaciones entre todos que sean variadas, útiles y compartidas, procurando el mantenimiento y aseo de la casa en que viven. Se siguen además charlas al objeto de reforzar la conducta abstínente de quienes desean curarse; existe también un hueco en el tiempo para la actividad religiosa a la que por supuesto sólo asiste voluntariamente quien está interesado en ella. El toxicómano jamás está solo ni en los malos momentos ni en los buenos, el apoyo humano por parte de los compañeros de la Comunidad es total, a fin de cuentas un toxicómano curado es idóneo para





comprender y apoyar en su curación a otro toxicómano en la Comunidad Terapéutica RETO.

En las largas conversaciones mantenidas con los entrevistados destacaron la importancia de una vida ordenada, sana, y que uno de los derroteros por los que se llega a la droga son las faltas de asistencia a clase en la niñez, las malas compañías (que induzcan a actividades insanas), la vagancia, el vagabundeo callejero, el enrarecimiento en las relaciones con padres y hermanos, las depresiones no asistidas médicamente, asimismo la carencia de unos ideales y de un proyecto de futuro que den autoconfianza, firmeza en la adquisición de unos conocimientos útiles para la vida, amistades auténticas y sanas, el tener alguna ocupación intelectual y/o manual retribuida o no que satisfaga. En RETO se procura mostrar que esas alternativas de VIDA son posibles, y que el integrarse socialmente supone también poder hacer algo en favor de los demás y que estos a su vez lo hagan por nosotros.

Esther en representación de Coordinadora Nacional de la Lucha Antidroga recaló la conveniencia del apoyo y

colaboración entre las diferentes entidades dedicadas a la prevención y curación de las toxicomanías, puesto que la droga es un problema de todos. Todos los presentes asintieron en el cambio favorable de actitud por parte del público en general cuando ven que tantos toxicómanos como entidades dedicadas a ellos establecen proyectos socialmente útiles como el de Rastro RETO, y medios de información como la Revista Antidroga.

Tanto Esther como yo elogiamos la facilidad con la que la Comunidad Terapéutica RETO es capaz de acoger en su Comunidad a un toxicómano que manifieste deseos de curarse.

Resumiendo la impresión que nos causó la entrevista fue excelente, asimismo es de valorar la buena noticia para todos los toxicómanos de que el proyecto RETO lleva consigo camino de crecer y expandirse.

*Javier Felip Baquer
Barcelona, 23/11/89*

DROGAS E INSEGURIDAD CIUDADANA

Un problema mal enfocado

De un tiempo a esta parte, una gran mayoría de españoles les invaden sentimientos de temor, ansiedad y pánico, frente a la avalancha de actos delictivos que continuamente se vienen sucediendo contra los componentes de nuestra sociedad, sin discriminación de nivel, ni clases sociales y sin limitación de tiempo ni lugar, toda vez que se cometen a plena luz del día, como al amparo de las sombras de la noche, en los extrarradios como en las calles más céntricas de los pequeños núcleos urbanos o en las avenidas y paseos de las grandes ciudades.

El ciudadano corriente, se siente desamparado, solo e indefenso frente a tanta delincuencia, siendo su lógica reacción, la de inhibirse ante todo lo que no le resulta totalmente imprescindible.

El ambiente que se ha creado alrededor de estos acontecimientos, así como el estatus de vida que provocan, ha dado origen a un sentimiento histérico generalizado de una total inseguridad ciudadana.

A pesar de los esfuerzos desplegados por las fuerzas del orden público, el ciudadano cuando sale a la calle se siente desnudo, desamparado y sobretodo vulnerable frente a cualquier agresión que pueda sufrir en el momento y lugar más inesperado, siente temor en la calle, en los espectáculos públicos, en las grandes concentraciones de gentes, en los transportes colectivos, cuando dejan su coche en los aparcamientos subterráneos, si alguien se le acerca para preguntarle la hora o la ubicación de alguna calle, etc...

Vive en un estado de continua ansiedad, zozobra y mal humor. Lo que inevitablemente se traduce en un ambiente familiar y laboral tenso y nada propicio a una feliz convivencia a un trabajo agradable y eficaz.

Las calles de nuestras ciudades ofrecen aspectos insólitos, vacías, como nunca se había visto. La poca gente que circula, lo hace rápidamente. Ya no se pasean como antes, ni se entretienen frente a los escaparates de las tiendas para contemplar las novedades que los comercios puedan ofrecerle.

Cuando oscurece, las calles y paseos aparecen desiertos, dando la sensación de ciudades, bajo la presión del estado de "alerta".

Para agravar si cabe la tensión reinante, si se precisa visitar un establecimiento bancario, joyería, etc... es necesario llamar para que sea franqueada la entrada, y todo

este barullo como consecuencia de los constantes robos y actos de violencia que se vienen sucediendo todos los días, de forma ininterrumpida.

La situación empeora día a día y por el momento no se vislumbra ninguna solución a corto plazo.

Dentro de esta angustiosa situación, son de destacar los actos delictivos cometidos por la influencia de las drogas. Datos muy recientes facilitados por las propias autoridades del Ministerio del Interior, atribuyen en un 70% los delitos cometidos por individuos drogadictos, cifras que según otras fuentes, podrían ser muy superiores. Además, estos actos delictivos acostumbra a ir acompañados de intimidaciones y malos tratos, especialmente cuando el delincuente se ve defraudado por el escaso o nulo botín obtenido. También ocurre con frecuencia, que sea o se trate de un mismo individuo o establecimiento, la víctima de sucesivos atropellos, como está ocurriendo con las oficinas de farmacia, donde además del dinero, los delincuentes buscan las pocas drogas que puedan existir para cubrir los casos de emergencia. se da la circunstancia de que un mismo establecimiento ha sido varias veces objeto de actividades de este tipo, en un espacio de tiempo relativamente corto -tres meses-.

¿Cómo y en qué forma, influyen las drogas en los actos delictivos?.

Son varios los aspectos que son precisos considerar:

El individuo que consume alguna droga, especialmente si se trata de heroína no pasa mucho tiempo sin que se encuentre "enganchado" y en consecuencia precisará diariamente de ella. Esto comporta la necesidad ineludible de disponer de la droga de forma regular y por lo general este abastecimiento debe buscarlo en medios corruptos, amorales, incluso criminales. Por otra parte los revendedores "Camellos" sólo entregan la droga en contrapartida al precio que rigen en el momento de la venta. En estas transacciones -tráfico de drogas- no se fían, ni se conceden plazos.

En un 80% de plazos los que utilizan droga, no disponen del dinero suficiente para el mantenimiento de su adicción. Los precios de estas drogas son muy altos, precisando diariamente entre las cinco y diez mil pesetas.

Frente al dilema de que precisa de la droga, para evitar la aparición del síndrome de abstinencia -mono-, lo que es causa y motivo de auténtico pánico para el drogadicto,

este no duda ni un solo momento, en recurrir a lo que él cree más fácil: Robos, atracos, intimidaciones, malos tratos, prostitución, etc.

Todo ello repercute en los sentimientos y la moralidad de los sujetos afectados ya que para ellos, llega un momento que todo resulta válido y normal, con el propósito de conseguir sus dosis de mantenimiento. De esta forma, el drogadicto cae en la amoralidad más absoluta y de aquí a la delincuencia incluida el crimen, solo existe un paso, que frecuentemente da sin darse cuenta de ello, lo que le inhibe frente a sus semejantes de las responsabilidades que con ellos contrae.

De esta forma la sociedad no puede funcionar y resulta imprescindible para el hombre de la calle, que esto ocurra en los umbrales del siglo XXI, en tiempo de paz y concordia entre los ciudadanos de un país, que desean el bienestar y el progreso y en el cual tanto se habla de libertades y derechos humanos.

Entonces cabe preguntarse ¿Qué es lo que está fallando?

La respuesta no es fácil ni la solución sencilla ya que están en juego una serie de factores que complican en gran manera esta situación.

Por un lado, encontramos individuos sin escrúpulos, que al amparo de la situación que atraviesa nuestra sociedad -paro juvenil, entre otros factores- aprovechan para dedicarse a la comisión de este tipo de delincuencia y que procuran cargar en el "Haber" de la juventud.

Por otro lado, parte de esta juventud, se revela frente a la situación reinante, menospreciando las tradiciones familiares y sociales, prescindiendo de los valores morales que durante años han regido a la sociedad, como el respeto a los padres, a sus semejantes, a la propiedad ajena, a la autoridad y en general a las leyes más elementales que rigen y son respetadas en todas las sociedades civilizadas.

Sin embargo no creemos que estos sean motivos suficientes para justificar la actual situación reinante de inseguridad ciudadana.

Resulta incomprensible con un mismo individuo es detenido, juzgado y condenado cinco y seis veces, en el transcurso de unos pocos meses, por motivos análogos o idénticos.

¿Dónde debemos buscar las soluciones a corto plazo?

Por supuesto que no resulta fácil, por lo muy arraigado que está ya el problema.

Sin embargo, una salida de emergencia la tenemos en el Código Penal, que castiga el tráfico de drogas y también en su reciente contra reforma, la tendencia de drogas -aunque esto último no está muy claro- pero con penas a nuestro modesto entender, mínimas. También debemos buscarla en el movimiento de extranjeros, por los cuales todavía no se ha logrado el necesario control.

Dada la tremenda trascendencia social y personal de estos delitos, las penas que establece el actual Código Penal en su Art. 344, resultan ridículas, toda vez que el

tráfico se castiga con prisión menor (de seis meses a seis años), pero con grandes posibilidades de obtener la libertad provisional a los pocos días de imponer sanciones pecuniarias, sumamente bajas.

Es cierto que es considerado como un agravante, el pertenecer a una Organización dedicada a estos negocios. Sin embargo, esto, quien y como se prueba ante un tribunal.

Lo que sí es realmente cierto es que mientras no se apliquen penas muchas más severas, este tipo de delito seguirán ocurriendo, con perspectivas de ir en aumento. Se trata de una auténtica lucha, que las autoridades y la sociedad, libran constantemente y que pierden día tras día, y esto es un lujo que no podemos permitirnos.

Creemos que en general, los políticos, hacen de estos acontecimientos auténticas campañas de propaganda para sus respectivos partidos, y esto resulta inadmisibles a todas luces. Están pisando tierras movedizas y que si no salen pronto de ellas, serán tragados por las mismas.

Todo ello ha llegado a tal extremo, que resulta realmente difícil encontrar a alguien metido en política "que no sepa ni entienda del problema de las drogas".

Estamos plenamente convencidos, que gran parte de los que hablan de estos problemas y que dan soluciones para los mismos; en la prensa, radio, T.V., no saben lo que son las drogas, jamás han visto una de ellas y mucho menos conocen sus efectos y consecuencias. Desconocen, porque jamás han visto de cerca lo que es un individuo drogadicto, y hablan por hablar, obedeciendo consignas de partido, y sobretodo para clamar, aunque sea de forma esporádica, a la opinión pública que ya está harta de tanto delito.

Si analizamos la situación fría y severamente; comprobamos que el problema de las drogas no se parece en nada a los muchos problemas que afectan a nuestro país, tales como el paro, la huelga, el terrorismo, la industrialización y el comercio exterior, etc. y cuyas soluciones están al alcance de los altos cargos de turno, la administración, apoyándose en acuerdos con ciertos sindicatos, pactos con distintas fuerzas políticas, etc. sin embargo la problemática de las drogas es distinta y específica, además de resultar diferente para cada individuo y situación, con el agravante de que la venimos arrastrando desde hace ya algunos años de forma claramente visible aunque nunca se había mostrado con la virulencia actual.

Lo desgraciado de esta problemática es que desde hace algunos años, los escasos y auténticos conocedores de estas materias tan concretas, han estado clamando, pidiendo a la vez que ofreciendo soluciones desdramatizadas a los responsables de ellas, mediante los cauces normales de comunicación, con sus superiores -policías- o con escritos en la prensa diaria y revistas profesionales sin que nadie haya hecho el mínimo caso de ellas.

La situación actual, hace ya algunos años que fue anunciada con frases lapidarias, como "Si no se ataca la situación reinante y dadas las características que adquiere el problema de las drogas en España, resultan imprevisi-

EL LENGUAJE DE LOS TOXICOMANOS

Con frecuencia, padres de toxicómanos se dan cuenta de que no entienden a sus hijos. Y no se refiere al fondo de las conversaciones, sino también a la misma forma de hablar: Hablan con un lenguaje distinto, que constituye una barrera más. No obstante entre ellos, se entienden a la perfección.

Entenderles es fundamental para poderles ayudar. Y es que a veces hay ese problema añadido de comprensión de su lenguaje, de su argot.

Es por esto que vamos a dar a conocer algunas palabras de su argot, en un deseo de acercamiento y comprensión.

ARGOT EMPLEADO EN EL MUNDO DE LAS DROGAS

- ABUCHARAR:** Intimidar
ABRIRSE: Irse
ACIDO; LSD-25: Alucinógeno
ACHANTA: Calla
AFGANO: Hash de Afganistán
AGUSTISIMO : Bajo los efectos de la droga
ALUCINADO: Persona que ha "comido" un ácido, ido, que no se entera.
ANFETAS: Anfetaminas
ANGOLEÑA: Marihuana de Angola
ANILLO DE CUERO: Agujero del culo
ANTENAS: Oído; que escucha
BALDEO: Navaja, cuchillo, armas, palanca
BASCA: Grupo de individuos
BICHO: Acido
BISNEAR/BISNIS: Traficar. Cerrar trato entre el traficante y el comprador. Anglicismo de BUSSINES
BLANCA: Heroína en forma de polvo blanco, suele proceder de Tailandia
BOCAZAS: Dícese de aquel individuo que se va de la lengua, incluso sin mala intención
BOLA: Cuando un preso queda en libertad; mentira
BOQUERAS: Funcionario de prisiones; chivato
BOTE: Darse el bote; irse con prisa
BROWN SUGAR: Heroína de aspecto de azúcar semi-refinado, de color amarronado, suele contener estricnina y/o cafeína. Destinada en su origen a ser fumada, pero que acostumbra a inyectarse.
BUCHANTE: Balazo
BUGA: Coche
BUJARRON: Homosexual de cárcel
BUJIO: Donde se esconde la mercancía
BUL: Culo
BURDA: Puerta
BURLANGAS: Jugadores de azar
BURLE: El juego
BUTRON: Agujero, boquete
CABALLO: Heroína
CALA: Peseta; Trullo
CAMELLO: Individuo que trafica con drogas. Generalmente suele ser drogadicto
CANGREJO: cinco duros
CACHARRA: Arma de fuego; pistola
CANALON: Vena
CANGURO: autocar o furgoneta destinada al traslado de presos
CANUTO: cigarrillo que contiene cannabis
CANUTEAR: Telefonar
CARAMELO: Pequeño trozo de grifa prensada
CARDIACO: Muy estimulado por coca o anfetaminas
CARRO: Coche
CATRE: Cama
CEBOLLON: Punto en que se está muy drogado
CIEGO: Muy drogado
COCA: Cocaína
COCO: Cabeza, mente
COLGADO: Transtornado mentalmente, especialmente por sustancias alucinógenas. Estar sin dinero, sin onda, enganchado
COLOCADO: Drogado, haber detenido ("el otro día co-

- locarn al X")
- COLOCON:** Cebollón; redada en que se detiene a varios individuos
- COLOMBIANA:** Grifa de Colombia. Muy potente y apreciada. De color oscuro.
- COLOR:** Dinero, droga. Dícese en general de algo apetecible.
- COMECOCOS:** Individuo pesado, "paliza"
- CONSUMADO:** Chocolate
- CONTACTO:** el que suministra droga
- CORTAR:** Acción de añadir algún excipiente o adulterante a las drogas
- COSTO:** Chocolate
- CHABOLO:** Celda, habitación
- CHANAR:** Saber
- CHAPAR:** Cerrar
- CHICLE:** Hash de 1ª calidad
- CHINA:** trozo pequeño de hash, (cantidad aprox. 1 porro)
- CHINDAR:** Tirar
- CHIRLAR:** robar
- CHOCOLATE:** Hash
- CHORAR:** Robar
- CHORIZO:** Delincuente habitual, mal compañero
- CHORO:** Ladrón, manguí
- CHOTA:** Chivato, confidente de la policía
- CHULI:** Navaja, cuchillo
- CHUNGO:** Malo, ("ese tío es chungo; ese chocolate es chungo")
- CHUPA:** Chaqueta, cazadora
- CHUTA:** Jeringa
- CHUTE:** Pico
- CHUTARSE:** Inyectarse
- CHUTOSA:** Jeringa
- DANONE:** Coche de la policía
- DAR EL AGUA:** Avisar que viene la policía
- DAR CUARTEL:** Invitar a consumir alguna droga
- DAR EL SANTO:** Notificar donde se encuentra una mercancía
- DAR VIDA:** Dejar material para bisnear
- DATILES:** Dedos
- DEALER (DILER):** Intermediario, (heroinómano o no), entre los grandes traficantes (jamás heroinómanos) y el pusher
- DE BUTI/DE BUTE/DA BUTEM:** Está bien; es bueno; suerte (camellos)
- EMPORRADO/EMPORRARSE:** Bajo los efectos del porro
- ENGANCHADO:** depender de una droga; no poder pasar sin ella
- ENROLLARSE:** Término empleado para expresar si una persona cae bien o mal ("se enrolla bien o mal")
- ESNIFAR:** Aspirar heroína o cocaína por la nariz
- ESPARMAR:** Robar en un establecimiento; destrozar
- ESTAR AL AGUAI:** Vigilar
- ESTRELLA ROJA:** Alucinógeno
- ESTUPAS:** Miembros de la Brigada de Estupefacientes
- FILA:** Ver línea
- FIRQUALITI: (FIRST QUALITY):** Droga de buena calidad
- FISH:** Pico, acción de inyectarse
- FLASH:** Máximo efecto de la droga por vía endovenosa. Dura los segundos iniciales. ("Tuvo un flash muy fuerte")
- FLIPAR O IR FLIPADO:** Bajo los efectos del ácido o hachís. Sorprenderse
- FUL:** Hash-malo en general
- FUSCA:** Pistola
- GALLUMBOS:** Calzoncillos
- GAMBA:** Billete de cien pesetas
- GAVILO:** Prenda de abrigo
- GOBI:** comisaría de Policía
- GOLONDRAS:** Policía de uniforme
- GOMA/GOMETTA/PASTELINA:** Términos más usuales para definir un buen flash
- GRIFA:** Marihuana, parte de la Cannabis Sativa que una vez seca, se fuma
- GUAI:** Bonito, bueno
- GUIRI:** Extranjero
- GUITTA:** Dinero
- HACER LA CAMA:** Forma muy sutil de saber la cantidad de mercancía que tienes, para quitártela. manera muy sutil de entregarte a la policía
- HABITACION:** "cuarto" de gramo de heroína o cocaína
- HORSE:** Herpina
- IR FLIPANDO:** El que ha perdido contacto con la realidad
- JA:** Chica
- JAI:** Chica
- JAMBO:** Tío
- JARALES:** Pantalones
- JERO:** Por la cara
- JULAI:** JULANDRON: Tonto
- JUNAR:** Ver
- JURDO:** Past, dinero
- KARMA:** Destino, fuerza vital
- KIN-KON:** Mono intensísimo
- LANGUI:** cojo
- LECHERA:** Coche celular de la Policía
- LEGAL:** Individuo que inspira confianza
- LIBANES:** Hash de procedencia libanesa
- LIBRA:** Billete de 100 pesetas
- LIGAR/LIGADO:** comprar droga; detenido
- LIMA:** Camisa
- LINEA:** Dícese de la heroína, morfina o cocaína en polvo cuando se hallan dispuestas en posición de raya, en el objeto de ser aspirados por la nariz por medio de

- cualquier objeto en forma de tubo cilíndrico
- LORENZO:** Sol
- LORO:** Radiocassette; "Estar al Loro": Estar atento.
- LUMI:** Prostituta
- MACO:** Cárcel
- MACHACA:** Criado para todo en la cárcel
- MADERO:** Policía
- MAI:** Porro
- MANDANGA:** Marihuana; hash
- MANGUI:** Ladrón
- MANTECA:** Droga
- MANGURRINO:** Individuo que inspira poca confianza
- MAQUINA:** Jeringuilla
- MARIA:** Marihuana; Caja fuerte
- MARIETA:** Metralleta pequeña
- MAROMO:** Individuo
- MARRAS:** En una conversación hablar de un individuo conocido. **EL DEMARRAS:** el que tiene la mercancía
- MARRON, tener un:** Llevar droga encima, acto delictivo, chocolate
- COMERSE UN MARRON:** firmar algún acto delictivo
- MEN:** Hombre
- MICROPUNTO:** Tipo de alucinógeno
- MIERDA:** Grifa o hash
- MOGOLLON:** Mucho de algo. (mucha droga, mucha juerga...)
- MOLA:** Gusta; vale la pena; es bonito
- MONIATO:** Mil pesetas
- MONKEE:** Síndrome de abstinencia por carencia de heroína u otro opiáceo, caracterizado por la aparición de alteraciones físicas y psíquicas
- MONO:** Idem
- MONOS:** Policías de uniforme
- MORADO:** Ponerse muy a gusto ("se puso morao con un solo pico")
- MUERMO:** Mala experiencia con droga; aburrimiento
- MUI:** La boca
- NASTI:** No; nada
- NIEVE:** cocaína
- NOTA:** Individuo. Despectivo: "eres un nota"
- O.K.:** Todo va bien; sí
- ONDA:** Coger una buena onda; período variable de tiempo en que un heroinómano encuentra un proveedor que le vende caballo de calidad, o a un precio aceptable. También cuando un pequeño camello se surte regularmente de heroína para traficarla
- ONDA:** "Estar en la onda"; ir a la moda; estar al día en el rollo
- ORANGE:** Ácidos
- OVERDOSE:** Sobredosis de heroína u otra droga
- PALO:** Robo o atraco de dinero o droga
- PAPEAR:** Comer
- PAPELINA:** Envoltorio pequeño que contiene droga (coca o caballo)
- PAPEO:** Comida
- PARDILLO:** Incauto, individuo al que se le vende droga de baja calidad, o se hace una pirula
- PASMA/PASMARONES:** Policía en general
- PASE:** Contrabando ("hacer un pase")
- PASOTISMO:** Pasar de todo
- PASTEL:** Droga que no lo es, para "pirular"
- PAVO FRIO:** Síndrome de abstinencia
- PEDO:** Sinónimo de ciego o colocón
- PELOTAZO:** Cubata, copa, etc. (de alcohol)
- PELOTE:** Duro
- PELUCO:** Reloj
- PERICO:** Cocaína
- PESTAÑI:** Policía
- PETARDO:** Cigarrillo que contiene cannabis
- PICARSE:** Inyectarse
- PICO:** Cantidad de droga que se inyecta. **PICO GUAPO:** Cuando produce el bienestar deseado o cuando la cantidad inyectada es superior a la que tiene por costumbre o el producto es más puro de lo que sospechaba previamente
- PICO/PICOLETOS:** Miembros de la Guardia Civil
- PIEDRA:** Equivalente a "CHINA"; pequeña cantidad de hash
- PILTRA:** Cama
- PINRRELES:** Pies
- PIÑOS:** Dientes
- PIPA:** Pistola, arma de fuego
- PIRULA/HACER UNA PIRULA:** Dar por droga una sustancia que no la contiene o, una vez cobrada de antemano, desaparecer
- POLVOS:** Drogas que se esnifan o inyectan; especialmente heroína o cocaína
- PORRO:** Cigarrillo de hierba o hash
- POSTURA:** Cantidad de droga ("Hazme una postura de 5 billetes")
- POTRO:** En Madrid - Caballo
- PRIMO/PRIMARRON:** Individuo al que se engaña fácilmente
- PRINGAO:** El que es detenido sin culpa; o sea "come un marrón" que le cae del cielo
- PRIVAR:** Beber alcohol
- PUSHER:** Vendedor de heroína al por menor. siempre heroinómano. Los beneficios que obtiene en este tráfico le sirven para procurarse su dosis diaria
- QUEO:** Casa; piso
- RODA:** Coche
- ROLLO:** ("estar en el rollo"); mundo de la moda
- SACO:** Bilete de mil pesetas
- SAQUE:** esnifar por cualquier medio menos por un tubo. en cucharilla, llave, etc.
- SECANTES:** Ácidos

LAS PERSONALIDADES SOCIOPATICAS Y LAS TOXICOMANIAS

INTRODUCCION.

El sociópata es una persona asocial (incapaz de adaptarse a las normas sociales), que no establece lazos afectivos adecuados y duraderos con otras personas, que no padece angustia ni sentimientos de culpa ante las situaciones que provoca y que producirían estas reacciones afectivas en la generalidad de las personas.

El rasgo esencial es un trastorno de la personalidad en el que existe una historia de conducta antisocial continua y crónica, en la que se violan los derechos de los demás. Esta pauta de conducta antisocial persiste en la edad adulta. La conducta antisocial no debe ser provocada por retraso mental profundo, esquizofrenia o episodios maníacos.

La Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS define la personalidad sociopática como:

"Trastorno de la personalidad caracterizado por el menosprecio de las obligaciones sociales, falta de sentimientos hacia los otros y violencia impetuosa o indiferencia dura. Hay una gran disparidad entre el comportamiento y las normas sociales prevalentes. La conducta no se modifica fácilmente con la experiencia e incluso no cambia con el castigo. El individuo con esta personalidad es frío desde el punto de vista afectivo y puede ser anormalmente agresivo e irresponsable. Su tolerancia a la frustración es baja; ofrece racionalizaciones plausibles (admisibles), o culpa a otros por el comportamiento que lo lleva a entrar en conflicto con la sociedad".

"Patrones de conducta inadaptada, profundamente arraigados, que casi siempre se reconocen en la etapa de la adolescencia o antes y continúan durante la mayor parte de la vida adulta, aunque con frecuencia se vuelven menos obvios en la edad media o en la vejez. La personalidad es anormal ya sea en el equilibrio de sus componentes, su calidad y expresión, o en el aspecto total. A causa de esta desviación o psicopatía el paciente sufre o hace sufrir a otros y hay un efecto adverso sobre el individuo o la sociedad. Incluye lo que algunas veces se denomina personalidad psicopática, pero, si ésta se determina primariamente por el mal funcionamiento del cerebro, no debe clasificarse aquí, sino como uno de los síndromes

cerebrales orgánicos no psicóticos. Cuando el paciente muestra una anomalía de la personalidad directamente relacionada con su neurosis o psicosis, como, por ejemplo, personalidad esquizoide y esquizofrenia, o bien personalidad anancástica y neurosis obsesivocompulsiva, se debe diagnosticar, además, la neurosis o la psicosis pertinentes que lo demuestren".

Por otra parte, el DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders dice:

"Los rasgos esenciales se caracterizan por patrones inflexibles e inadaptables profundamente arraigados. También la manera de percibir y pensar acerca del entorno y de sí mismos está lo bastante afectada para causar alteraciones en la función adaptativa y dolor subjetivo. Así, estos sujetos presentan peculiaridades personales muy marcadas que se muestran en un amplia gama de importantes contextos sociales y personales. Las manifestaciones de los trastornos de la personalidad son reconocibles por lo general durante la adolescencia o incluso antes, y continúan a través de la vida adulta, aunque a menudo se vuelven menos aparentes mediada la ancianidad".

"Debe hacerse notar que las peculiaridades personales a las que nos hemos referido pueden no estar asociadas ni con alteraciones de la función adaptativa ni con el dolor subjetivo. Por ejemplo, muchos sujetos presentan rasgos de personalidad obsesiva, histriónica, narcisista o dependiente, que son lo suficientemente leves para no interferir con el funcionamiento social o el desarrollo de los papeles personales".

El sociópata presenta patología principalmente en el área social, la queja siempre procede de los parientes, los amigos o conocidos, a quienes hace sufrir con su comportamiento, ya que ellos no suelen ser los que acuden a la consulta. Sin embargo, al menos no podemos percibir manifestaciones en la esfera psicótica ni la típica inhibición neurótica de los impulsos. No obstante, no pueden cesarse a los conceptos y valores que la mayoría sustenta y que a la vez les permitiría vivir más libremente. Por tanto, el término se aplica a personas de la más variada conducta: individuos adictos a algún tipo de droga, perversos sexuales, personalidades esquizoideas, personali-

dades dependientes, etc. Así pues, el término cubre una gama tan variada y extensa de seres humanas que su sentido se ha diluido cada vez más, excepto en lo que de peyorativo y admonitorio puede contener.

EPIDEMIOLOGIA

EDAD DE COMIENZO

La alteración empieza antes de los 15 años. Por lo general en las mujeres, los primeros síntomas empiezan en la pubertad mientras que en los hombres ya son francamente obvios en a niñez temprana.

INCIDENCIA EN CADA SEXO.

Más frecuente en hombres que en mujeres.

PREVALENCIA.

La alteración es más frecuente entre la población de clase baja, debido en parte a que está asociada con una incapacidad para ganarse la vida y también porque los padres de los que padecen esta alteración acostumbran a presentarla ellos también y, en consecuencia, sus hijos crecen en hogares empobrecidos.

ANTECEDENTES FAMILIARES.

El trastorno antisocial de la personalidad es particularmente común en los padres de los sujetos que presentan la alteración. Los estudios que intentan separar las influencias genéticas de las ambientales dentro de la familia, sugieren que ambas son importantes, puesto que parece existir una herencia de los padres biológicos separados de sus hijos tempranamente en la vida, y una influencia social de los padres adoptivos. Debido a una tendencia al emparejamiento selectivo, los individuos que presentan este trastorno tienen muchas posibilidades de que su padre, su madre o ambos la presenten también.

CUADRO CLINICO:

Existen varias formas clínicas en relación a la intensidad del cuadro que van desde aquellas en las que sólo aparecen rasgos sociopáticos atenuados hasta las realmente graves.

LA CONDUCTA ANTISOCIAL INFANTIL.

Entre los signos típicos que se encuentran ya en la infancia destacan las mentiras, los robos, las peleas, la vagancia y la resistencia a la autoridad. Puesto que esta conducta puede terminar espontáneamente o desembocar en otras alteraciones como por ejemplo la esquizofrenia, en los niños no debe efectuarse el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad, diagnóstico que debe ser reservado para los adultos (18 años o más) que han tenido el tiempo suficiente para mostrar la pauta longitudinal completa.

LA CONDUCTA ANTISOCIAL ADULTA.

En la adolescencia, son frecuentes la conducta sexual agresiva o inusualmente temprana, el consumo excesivo del alcohol y el uso de drogas ilegales. En la edad adulta siguen presentes estos tipos de conducta, a los que se añaden la incapacidad para mantener un rendimiento labo-

ral aceptable o para funcionar como padre responsable, con negativas a aceptar las normas sociales que definen la conducta correcta. Después de los 30 años, los aspectos más flagrantes pueden ir disminuyendo, sobre todo la promiscuidad sexual, las peleas, los actos delictivos y la vagancia. En la categoría de enfermedades no atribuibles a trastornos mentales, debe tenerse en cuenta cuando se presenta una conducta antisocial agresiva o delictiva en individuos que no reúnen los criterios completos del trastorno antisocial de la personalidad y cuya conducta no puede ser atribuible a otros trastornos mentales.

Esencialmente es necesario recoger una historia de conductas delictivas crónicas y repetidas, en la que la violación de los derechos de los demás es la norma. El inicio de la actividad delictiva antes de los 15 años, así como la persistencia de la conducta durante la edad adulta, es la norma. Se trata de sujetos con imposibilidad de persistir en un trabajo por mucho tiempo.

Los robos, mentiras, luchas y enfrentamientos con la autoridad son caracteres usuales en estos sujetos ya durante la infancia. Posteriormente, durante la adolescencia, suele observarse la conducta sexual perversa, al igual que el **abuso de drogas, incluso las denominadas duras.**

Todo este tipo de conducta se suele prolongar a lo largo de la vida adulta, aunque los aspectos más llamativos de ella pueden disminuir o desaparecer después de la tercer o cuarta década de la vida.

Suelen presentar quejas de malestar personal como tensión, incapacidad de soportar el aburrimiento, depresión y actitudes paranoides (a veces basadas en la realidad). Inevitablemente se observa también una incapacidad para mantener relaciones sexuales e interpersonales calurosas y duraderas con la familia o los amigos.

En general, el sociópata es referido al médico por su persistente comportamiento antisocial, sin que a dicha conducta se le encuentre una motivación adecuada ni una provocación proporcionalmente comprensible.

Pobreza general de las reacciones afectivas: Normalmente los actos antisociales del sociópata no le producen "nerviosismo", ansiedad, pena, vergüenza, culpabilidad ni sentimiento alguno que la persona normal experimentaría en situaciones análogas.

Incapacidad para aprender por la experiencia: A pesar de que su actuación contraria a las normas, suele llevarle a frecuentes desastres y frustraciones, el sociópata persiste en la repetición de tales actos. Ello prueba su falta de habilidad para obtener lecciones de sus fracasos y modificar su conducta.

Impulsividad o actos en "cortocircuito": Inmediatamente después de aparecer una tendencia lo convierte en acto sin ningún género de consideraciones hacia los sentimientos de otras personas, el orden social o, siquiera hacia las consecuencias para sí mismo.

Falta de auto-crítica: Existe una notoria incapacidad para

ver y juzgar su comportamiento a través del punto de apreciación de los demás y de la sociedad.

Superficialidad en sus relaciones interpersonales: La vida afectiva del sociópata es superficial, ya que no logra relaciones maduras ni duraderas con otras personas, aunque aparente y ocasionalmente se muestre cordial, simpático, afectuoso e incluso en períodos de crisis y en asuntos sin importancia ejerza una generosidad transitoria.

Desprecio a la verdad: Muestra un gran desprecio por la verdad, incurriendo en las más solemnes mentiras, generalmente sin necesidad, con una sorprendente tranquilidad de mímica y gestos.

Sexualidad polifacética: La sexualidad está marcada en ambos sexos por la promiscuidad, la impersonalidad de la relación y el polifacetismo en el objeto y en el modo de realizar.

Comportamiento egosintónico: Al contrario de lo que sucede con otros comportamientos psicopatológicos (por ejemplo, las compulsiones del neurótico obsesivo, que estos enfermos consideran ajenas al yo y sufren por ellas), el sociópata está satisfecho de su conducta, a pesar de ser hostil e inapropiado desde el punto de vista social.

Fugaces éxitos en la vida: Si obtiene éxitos en sus vida será por corto tiempo. Al analizar sus fracasos sorprende el comprobar cómo derrumba todo lo alcanzado por razones de escasa importancia.

Inteligencia técnicamente inalterada: El aparato cognoscitivo de este individuo aparece inalterado, como aprecia al analizar el modo de razonar durante la entrevista psiquiátrica y al realizar las pruebas de inteligencia.

Tensión agresiva e impulsividad. Conducen al sujeto a un comportamiento indisciplinado, implacable, y cualquier obstáculo mínimo supone el desencadenamiento de la acción, que se pone en marcha sin medida ni consideración por sus consecuencias.

Rebeldía. El sujeto al no controlar su agresividad provoca la punición de su conducta, lo cual desencadena mayor agresividad, quedando excluido rápidamente por los grupos sociales (familia, escuela, trabajo) pasa a vivir al margen de la sociedad.

Malignidad. Se trata de la obtención de placer gracias a provocar dolor a los demás.

Desequilibrio holotímico. La afectividad, aunque muy variable, siempre es patológica. En ocasiones es una afectividad exaltada y otras veces se manifiesta mediante una hiperemotividad desordenada, por un aspecto ciclotímico y aun muchas veces por una personalidad fría de tipo esquizoide.

Perversiones instintivas. No es infrecuente encontrar cualquier tipo de perversión. De hecho, estas organizaciones de carácter, las perversiones sexuales y las toxicomanías constituyen lo que la escuela dinámica ha denominado neurosis de carácter. La perversión, el acto delictivo y la toxicomanía se entrecruzan para formar un entramado en que se estructura la conflictividad de este tipo de pa-

cientes.

Nivel intelectual. El reseña la disparidad de datos y el hallazgo en 1919 y 1938 en diferentes estadísticas de un 30% aproximadamente de oligofrénicos. Sin embargo, Cleckley en 1964 hace referencia a estos pacientes como personas de notable encanto externo e inteligencia.

Entre los comportamientos impulsivos particulares podrían hallarse el robo, la cleptomanía, la piromanía, la estafa, el juego y las reacciones homicidas.

Albert (1959) enumera una serie de síntomas o conjuntos sindrómicos; que se expone seguidamente con las características presentes en las sociopatías:

- Agresividad antisocial.
- Infracción reiterada de la ley.
- Conflictos, ansiedad.
- Incapacidad para diferir una satisfacción.
- Incapacidad para planear el futuro o usar la experiencia pasada.
- Falta de intuición.
- Narcisismo.
- Irresponsabilidad.
- Inestabilidad emocional.
- Conducta sexual irresponsable.
- Super-yo inadecuado.
- Falta de integración personal.
- Hiperactividad.
- Versatilidad.
- Alcoholismo.
- Insensibilidad.
- Felicidad patológica.
- E.E.G. anormal.

Gray y Hutchinson (1964) a partir de un estudio estadístico efectuado entre 937 psiquiatras canadienses obtienen los siguientes rasgos típicos y más significativos de este tipo de personalidad:

- 1) No saber aprovechar las enseñanzas de la experiencia pasada.
- 2) Falta de un sentido de la propia responsabilidad.
- 3) Incapacidad para establecer relaciones interpersonales.
- 4) Fallos en el control de los impulsos.
- 5) Fallos en el sentido moral.
- 6) Actitud reiteradamente antisocial.
- 7) Ineficacia de los castigos para hacerles cambiar de conducta.
- 8) Inmadurez emocional.
- 9) Incapacidad para experimentar sentimientos de culpabilidad.
- 10) Egocentrismo.

Cleckley en 1964 elabora, aprovechándose en una base

Tabla 1. Relación psicopatía-actividad EEG

Autor	Número de pacientes	Tipos de alteración	Porcentaje
Hyll y Watterson (1942)	---	Ondas lentas	Alteración encontrada más a menudo
Elligson (1954)	1.500	Ondas lentas	31-58 %
Knott, Platt, Asby y Grottleb (1953)	700	EEG anormal (ondas lentas)	49-58 %
Ehrich y Keogh (1956)	---	Anormalidades del EEG	80 %
Arthus y Cahoon (1963)	87	Limites anormales	55 %

experimental sólida, la siguiente enumeración; de rasgos los caracteres característicos del trastorno: "encanto externo y notable inteligencia; inexistencia de alucinaciones y de otras manifestaciones del pensamiento irracional; ausencia de nerviosismo o de manifestaciones neuróticas; falta de fiabilidad; mentira e insinceridad; ausencia de sentimientos de culpabilidad y de vergüenza; conducta antisocial, sin remordimiento aparente; razonamiento insuficiente y falta de capacidad para aprender de la experiencia vivida; egocentrismo patológico e incapacidad para amar; gran pobreza de reacciones afectivas primordiales; pérdida específica de intuición; irresponsabilidad en las relaciones interpersonales corrientes; comportamiento fantástico y poco recomendable respecto a la bebida, e incluso enajenado en algunas ocasiones; amenazas de suicidio raramente cumplidas; vida sexual impersonal, trivial y poco integrada; incapacidad para seguir cualquier plan de vida".

Edad de aparición: antes de los 15 años y a veces apurando la historia antes de los 12. Los rasgos psicopatológicos pueden observarse durante el desarrollo infantil temprano.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico del trastorno de la personalidad sólo debe realizarse cuando estas características son típicas del modo de desenvolverse del sujeto a lo largo del tiempo, y no deben limitarse a discretos episodios de una enfermedad.

El diagnóstico se basa en el estudio de la historia personal (escuela, trabajo, etc.) y en la ausencia de alteraciones mentales (ideas delirantes, alucinaciones, etc.) durante el examen psiquiátrico.

Cuando el abuso de sustancias y la conducta antisocial

empiezan en la infancia y continúan en la vida adulta, debe diagnosticarse tanto el trastorno por uso de sustancias, como el trastorno antisocial de la personalidad, sobre todo, cuando se den criterios de cada alteración, independientemente del grado en que alguna parte de la conducta antisocial (por ejemplo la venta ilegal de drogas o atracos asociados a la intoxicación alcohólica). Cuando la conducta antisocial en un adulto se encuentra asociada al trastorno por uso de sustancias no debe hacerse el diagnóstico de trastorno de la personalidad, a no ser que los signos infantiles del trastorno antisocial se encuentren presentes y continúen sin remitir durante más de 5 años, entre los 15 años y la vida adulta.

El retraso mental profundo y la esquizofrenia impiden el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad debido a que, actualmente, no existe manera de determinar cuando la conducta antisocial de un individuo con retraso mental profundo o con una esquizofrenia es debida a estas alteraciones más graves o a un trastorno antisocial de la personalidad.

Los episodios maníacos pueden asociarse con conducta antisocial. El diagnóstico diferencial se hace fácilmente por la ausencia de graves problemas de conducta en la infancia y por el cambio súbito en la conducta adulta.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

A. La edad actual ha de ser por lo menos de 18 años.

B. Comienzo antes de los 15 años, tal como viene indicado por una historia de tres o más de los siguientes síntomas:

1) Vagancia o "novillos" (positivo si alcanza por lo menos 5 días al año, al menos durante 2 años, sin incluir el último de escuela).

2) Expulsión o suspensión de la escuela por mala conducta.

3) Delincuencia (arrestado o mandado a tribunales infantiles a causa de su conducta).

4) Escaparse del hogar durante la noche, por lo menos dos veces, mientras vivía en el hogar paterno o adoptivo.

5) Mentira persistente.

6) Relación sexual repetida con relaciones casuales.

Raramente temprana o agresiva.

7) Ingestión de alcohol o abuso de sustancias (drogas) repetidamente.

8) Robos.

9) Vandalismo.

10) Rendimientos académicos marcadamente inferiores a los que deben esperarse en relación al cociente intelectual estimado o conocido (repetición de cursos).

11) Violaciones crónicas de las normas del hogar y de la escuela (distintas de las de vagancia).

12) Iniciación de peleas.

C. Por lo menos, cuatro de las siguientes manifestaciones del trastorno desde la edad de 18 años:

1) Incapacidad para mantener una conducta laboral apropiada, indicada por algunos de los siguientes síntomas:

a) Cambios de trabajo muy frecuentes (tres o más trabajos en 5 años, no explicables por la naturaleza del trabajo o por fluctuaciones económicas o estacionales).

b) Desempleo significativo (por ejemplo, 6 meses o más en 5 años, cuando era esperable trabajar).

c) Absentismo importante en el trabajo (por ejemplo, como promedio 3 días o más de llegar tarde o de ausencia al mes).

d) Abandono de diversos trabajos sin tener otros a punto (nota: la conducta similar en una situación académica durante los últimos años de escuela puede ser un sustituto de este criterio en individuos que, por razones de edad o circunstancias, no han tenido la oportunidad de demostrar su adaptación ocupacional).

2) Falta de capacidad para funcionar como progenitor responsable, puesta de manifiesto por uno o más de los siguientes síntomas:

a) Manifestación de los niños.

b) Enfermedad de los niños debida a falta de los estándares higiénicos mínimos.

c) Incapacidad de buscar cuidados médicos para un niño gravemente enfermo.

d) Dependencia de los niños de los vecinos o parientes que no residen en el hogar, tanto para la alimentación como para su protección.

e) Incapacidad para buscar un cuidador o un "canguro" para el niño menor de 6 años, cuando los padres salen de casa.

f) Despilfarro en objetos personales del dinero necesario para las necesidades del hogar.

3) Incapacidad para aceptar las normas sociales con respecto a la conducta legal, indicada por alguno de los siguientes síntomas: robos repetidos, ocupación ilegal (proxenetismo, prostitución, venta de objetos robados, venta de drogas), arrestos múltiples y condena penal.

4) Incapacidad para mantener una relación durable con una pareja sexual, indicada por dos o más divorcios y/o separaciones (tanto si se está legalmente casado, como no), abandono de la esposa, promiscuidad (diez o más parejas sexuales en un año).

5) Irritabilidad y agresividad, indicadas por peleas físicas repetidas o ataques (no necesarios por el propio trabajo o para defender a alguien o a uno mismo), incluyendo el pegar a la esposa o a los niños.

6) Fallos en responder a las obligaciones financieras, indicados por incumplimiento repetido de deudas, incapacidad para procurar los cuidados a los niños, o incapacidad para pagar de una manera regular a otras personas dependientes.

7) Incapacidad de planificar o impulsividad, indicadas por viajes de un lugar a otro sin trabajo comprometido, sin un objeto o una idea clara sobre cuando va a terminar, o con falta de domicilio fijo durante un mes o más.

Tabla 2. Datos EEG procedentes del estudio de Hill (1952)

Tipo de individuo estudiado	Nº de individuos	Porcentaje de los que presentan ondas lentas
Individuos normales	146	2 %
Esquizofrénicos	147	4'8 %
Asesinos	110	8'2 %
Presos	143	2'8 %
Psicópatas (muy agresivos)	194	14 %

8) Desprecio por la verdad, indicado por mentiras, uso de nombres falsos y engaños a los demás en provecho personal.

9) Imprudencia, indicada, por ejemplo, por el hecho de conducir bebido o de ir a velocidad inadecuada.

D. Pauta de conducta antisocial continuada, en la que los derechos de los demás son violados sin que exista un período libre de síntomas por lo menos de 5 años entre los 15 y la edad actual (excepto en aquellos casos en los que el individuo haya estado encamado, confinado en un hospital o en una institución penal).

E. La conducta antisocial no es debida a retraso mental profundo, esquizofrenia o episodios maníacos.

LOS TEST

Los resultados obtenidos mediante el empleo de ellos dan resultados muy similares a las observaciones clínicas tanto en lo que respecta a los tests proyectivos como a las escalas de inteligencia y los cuestionarios autoaplicados. Un test adecuado es el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI).

SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA

A pesar del estereotipo de que en esta alteración existe un estado mental normal con frecuencia hay síntomas de malestar personal, entre los que pueden observarse quejas de tensión, de incapacidad para tolerar el aburrimiento, depresión, y la convicción (a menudo correcta) de que los otros son hostiles. Las dificultades interpersonales y la disforia tienen a persistir en la última etapa de la vida adulta, incluso cuando han disminuido los aspectos más flagrantes de la conducta antisocial. Casi invariablemente, existe una marcada incapacidad para sostener relaciones duraderas íntimas, cálidas y responsables con la familia, con los amigos o con las parejas sexuales.

DETERIORO

El trastorno es a menudo extremadamente incapacitante, dando lugar a un fracaso en la posibilidad de transformarse en un adulto independiente y autosuficiente, ocasionando además muchos años de institucionalización, por lo general, más penal que médica. Sin embargo, para algunos individuos que tienen algunos rasgos de esta alteración, es posible la obtención de éxitos económicos y políticos, pero este tipo de gente, casi nunca presentan un cuadro completo del trastorno y sobre todo falta el comienzo temprano en la infancia, que por lo general interfiere la necesaria formación del sujeto, haciendo imposible la mayor parte de carreras públicas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Delincuente ordinaria: En primer término se impone que el comportamiento delictivo no es por sí mismo un concepto psicológico. Delincuente es aquella persona que quebranta el Código Penal, sin que por ello el acto delictivo implique necesariamente una conducta psicopatológica. En tal sentido, un quebrantador de la ley puede estar identificado con un superego delincuente y sentirse culpable si no sigue el código particular de su grupo, pero no

experimentar remordimiento si rompe el código penal vigente de la sociedad donde vive. Piénsese, por ejemplo, en la subcultura de los "quinquis" y de otras agrupaciones del hampa (Maffia, cosa Nostra, etc.) que poseen un código propio, aunque para ellos no haya necesidad de que sus artículos estén escritos. El delincuente ordinario tiene objetivos definidos, aunque indeseables desde el punto de vista social, el sicópata carece de meta alguna y, al contrario del primero, no hace uso de las ganancias del acto de un modo apropiado. Además, el superior valor de las ganancias que obtiene generalmente el delincuente común hace más comprensible su comportamiento. Así, en el desfalco de un millón de pesetas, por ejemplo, existe una motivación más normal que en el falsear por pequeñas cantidades un documento bancario, como más probablemente haría el sociópata.

La carencia de emociones del sociópata (falta de ansiedad, tristeza, etc.) y sus correlaciones somáticas (palidez, temblor, etc.) constituyen un arma importante en su favor para no ser fácilmente descubierto por sus acciones. En cambio, en el modo de planear la evasión no contiene la coherencia del delincuente ordinario.

Por último el sociópata no muestra lealtad ni adhesión a ningún grupo de delincuentes, aunque ocasionalmente pueda operar con alguna banda.

Desviaciones sexuales específicas: es preciso distinguir las desviaciones propiamente dichas de las que aparecen en un sociópata. Las manifestaciones de la sexualidad desviada de ésta presenta las características generales del comportamiento psicopático. Mientras que la mayoría de los sociópatas tiene una orientación heterosexual, no es extraño encontrar en ellos actos homosexuales debido a la falta de inhibiciones y de remordimientos hacia situaciones deshonorables y contrarias al buen gusto general. En consecuencia, no tiene reparo en practicar tales actos homosexuales, a los que pueden llegar para obtener dinero o nuevas experiencias, por las que muestran una ávida predisposición.

De otra parte, el sociópata puede confundirse con el sádico como consecuencia del sufrimiento físico y psicológico (abandono, mal trato, patente infidelidad, etc.) que proporciona a su compañera o compañero en la vida. No obstante, un análisis más profundo indica que el psicópata no obtiene placer erótico mediante tal comportamiento, sino que éste es un producto más de su psicopatología.

Excepcionalmente pueden encontrarse tendencias sádicas en algunos sociópatas, haciéndolos peligrosísimos para la sociedad su falta de ansiedad y de remordimientos, juntamente a sus tendencias reiterativas.

El esquizoide se distingue principalmente del sociópata por no poseer la sintonización afectiva -si bien superficial- de éste último.

El alcohólico, por su falta de responsabilidad hacia la familia y el trabajo, también puede prestarse a confusión con el sociópata. No obstante, en la historia clínica del primero se observa que sus trastornos aparecen tras va-

Tabla 3. Correlación de síntomas psicopatológicos y trastornos neurológicos

Impulsividad	Disfusión cerebral mínima (DCM) Epilepsia del lóbulo temporal Tumores del lóbulo frontal Traumatismos craneales
Falta de previsión	Alteración de lóbulos prefrontales
Falta de insight	Alteración de lóbulos prefrontales DCM Traumatismos craneales Lesión del lóbulo parietal no dominante Lesiones diencefálicas Lesiones del cerebro medio Lesiones de la fosa posterior
Ausencia de conciencia moral	Demencia parálitica precoz Traumatismos craneales DCM Lobectomía prefrontal
Frialdad afectiva	DCM Traumatismos craneales Accidente vascular cerebral Alteraciones del lóbulo frontal Alteraciones del lóbulo prefrontal
Incapacidad para aprender de la experiencia	DCM Traumatismos craneales Ablación de lóbulos prefrontales
Disminución del sentido del miedo	DCM Lobectomía bitemporal Alteraciones del núcleo amigdalino
Motivación inapropiada	DCM Traumatismo craneal Epilepsia bitemporal Tumores del sistema límbico
Disminución de la capacidad de enjuiciamiento	DCM Demencia Lobectomía prefrontal Traumatismos craneales Lobotomía prefrontal
Ausencia de depresión y de ansiedad neurótica	DCM
Mentiras y fantasías	DCM Encefalitis Traumatismo craneal Demencia
Conducta agresiva	DCM Traumatismo craneal Síndrome orgánico de descontrol #

Según Elliot, 1979

Síndrome caracterizado por ataques de rabia explosiva y violencia que van seguidos a menudo de remordimientos. La etiología no está muy clara.

rios años en el abuso del alcohol, y que experimenta emociones profundas (ansiedad, tristeza, etc.) de las que carece el sociópata.

En las impulsiones neuróticas (piromanías, cleptomanías, etc.) el persistente comportamiento antisocial del sujeto va acompañado de unas manifestaciones subjetivas desagradables para quien realiza tales actos. Esto no ocurre al sociópata por su pobreza de reacciones afectivas.

La distinción de los trastornos neuróticos de los que son primariamente sociopáticos resultan de gran importancia práctica, dada la escasísima susceptibilidad de los últimos a todo tratamiento. He aquí algunas peculiaridades que ayudarán a diferenciarlos: los trastornos de comportamientos neuróticos aparecen predominantemente en determinadas situaciones, se les encuentra con relativa facilidad una formulación psicodinámica (explicación psicológica) y van acompañados de otros síntomas neuróticos (ansiedad, etc.).

Los lesionados cerebrales (encefálicos, trastornos cerebrales en la infancia, etc.) con trastornos de conducta no ejecutan los actos inadaptados socialmente con la "suavidad del sociópata primaria o constitucional.

ETIOPATOGENIA

Los diferentes y múltiples estudios sobre el tema parecen apuntar por lo común a dos aspectos fundamentales:

- a) factores orgánicos y genéticos.
- b) tipo de crianza recibida, es decir, los factores ambientales.

FACTORES PREDISPONENTES.

Los factores de predisposición son el trastorno por déficit de atención, y el trastorno de conducta durante la prepubertad. La ausencia de disciplina familiar parece que aumenta la posibilidad de que el trastorno de conducta desemboque en un trastorno antisocial de la personalidad. Otros factores de predisposición pueden ser la pobreza, la expulsión del hogar y el hecho de crecer sin figuras familiares de ambos sexos.

El punto de vista fisiológico

En el intento de elaborar

las personalidades sociopáticas a partir de complejos sintomáticos patofisiológicos.

Jahn y Greving, sobre la base del descubrimiento de un determinado "metabolismo asténico", han intentado, también diferenciar los sociopatas distónicos ("esquizoides") y los timopáticos ("cicloides"), y hasta, de acuerdo con Kretschmer, las enfermedades correspondientes; han perseguido este problema incluso, dentro del marco de la psicosis. El material investigado es muy pequeño.

La interpretación de los resultados es difícil. Habrá que preguntarse siempre si el trastorno hallado es la causa o la consecuencia de los rasgos y de las quejas sociopáticas, o si deben dejarse, uno junto a otro, ambos fenómenos, con el mismo derecho, como expresión común,

como los dos aspectos de la totalidad psicofísica.

Jahn se ha expresado a favor de la tercera de estas hipótesis. Exploraciones electroencefalográficas: con frecuencia aparecen en los sociopatas anomalías en el electroencefalograma. La más corriente es la observación de ondas lentas diseminadas, con deficiente organización del trazado que corresponde a la noción de inmadurez bioeléctrica del cerebro, sin embargo, no todos los investigadores están de acuerdo al respecto ni estos hallazgos electroencefalográficos son constantes ni específicos.

La actividad eléctrica cortical. Los estudios electroencefalográficos (E.E.G.) realizados en estos pacientes por diversos autores entre los que destaca Hare, a lo largo de los años parecen demostrar que se observa un aumento anormal de ondas lentas. Este hecho ha conducido a la conclusión de que la corteza cerebral de estos pacientes presenta una maduración inhibida o retardada, semejante a la que tiene el niño, en el que son observables fenómenos similares. Otros autores consideran que la actividad de ondas lentas expresaría algún tipo de disfunción cortical, opinan que también es posible que la actividad de ondas lentas sea la expresión de un arousal débil (baja excitabilidad cortical).

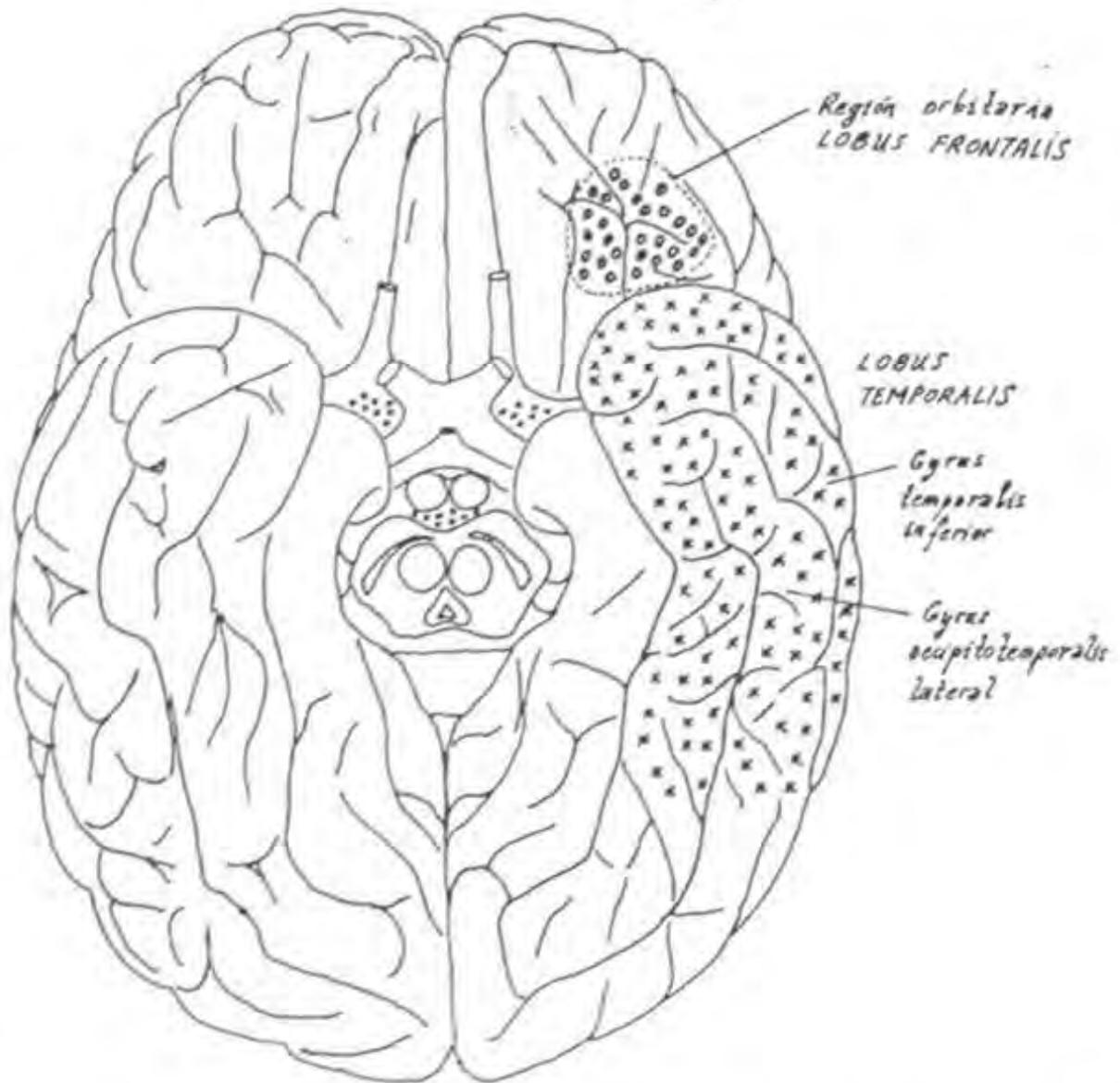
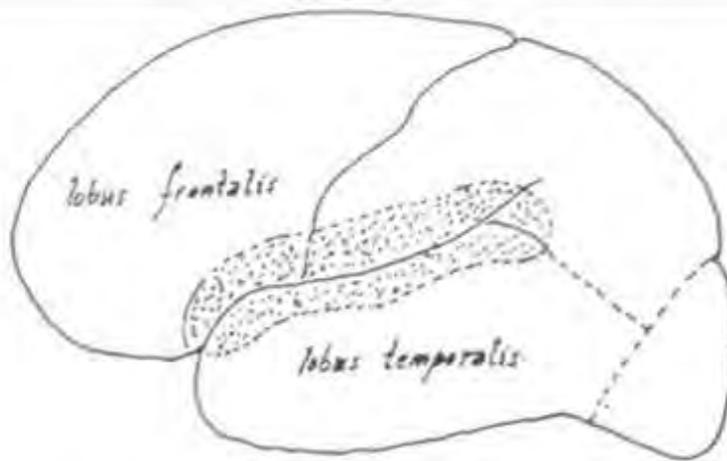
Los estudios sobre potenciales evocados son inconsistentes todavía y no ofrecen grandes aportaciones. Lo mismo sucede con la variación contingente negativa.

Evidentemente, las alteraciones observadas en la actividad cortical de este tipo de pacientes pueden atribuirse a alteraciones estructurales encefálicas, sino que nos orientan hacia diferencias con respecto a otras personas en cuanto al proceso de aprendizaje, de motivación, etc. Muchos autores hacen hincapié (Quay, Zuckerman, Cox, etc.) en el hecho de que el psicópata necesita una estimulación patológica por presentar un arousal cortical especialmente bajo. Este mismo tiempo de alteración se observa en el síndrome hiperkinético infantil. Sería por esta razón que el sociópata iría constantemente en busca de cualquier tipo de estimulación excitante, lo que le habría de conducir a un comportamiento burdo que le impediría la correcta atención de los aspectos de conducta más refinados y sutiles que permiten la correcta convivencia en sociedad. En la tabla 1 se exponen los datos fundamentales que diversos autores han publicado como conclusiones de sus investigaciones electroencefalográficas en individuos psicopatas.

En la tabla 2 se reflejan algunos de los resultados de los estudios de Hill, en 1952 con respecto a las alteraciones del E.E.G., y la presencia de ondas lentas.

A pesar de estos estudios, no se puede afirmar rotundamente que la causa de un sociopata se halle en una inmadurez cortical, ya que probablemente concurrirán otros factores ambientales y psicológicos. Tanto más cuando no debemos olvidar que aproximadamente un 15% de la población presenta alteraciones en el E.E.G., sin que se evidencie ningún tipo de trastorno conductual.

A un nivel más especulativo, la presencia de este tipo



Encéfalo visión condal. Tronco cerebral estirpado a nivel del mesencéfalo.
 Ilustra los términos: "lóbulos temporales" y "región orbitaria del lóbulo frontal"
 que se sitan en el artículo, referente a las ondas "lentas" del E.E.G.

Tabla 4. Incidencia de pérdidas paternas y de su tipo durante la infancia, y posterior patología mental.

	(%) Tipo de pérdida de los padres				Total
	Nº	Muerte	Separación	Enfermedad mental	
Psicópatas	301	20'6	27'9	0'7	49'2
Drogadictos	69	23'2	20'3	0	43'5
Psiconeurosis	363	25'3	14'9	0'3	40'5
Estados alcohólicos	1.103	29'3	7'9	0'6	37'9
Enfermedades orgánicas	341	22'9	11'4	2'3	36'7
Depresiones neuróticas	377	20'4	13'5	1'3	35'3
Esquizofrenia	2.921	23'4	8'9	2'8	35
Psicosis afectivas	829	23'9	7'1	2'4	33'4
Sujetos normales	350	26'9	7'4	0	34'3

Según Oltman y Friedman, 1967

de alteración en los lóbulos temporales, así como el registro de agujas positivas (descargas de polaridad positiva de 6-8 a 14-16 c./seg.) en esta zona en casos de psicópatas muy agresivos, sugiere que el trastorno podría estar ubicado en el sistema límbico, dada la asociación de éste con el óvulo temporal. Tanto más si se recuerda la regulación que el sistema límbico ejerce sobre el comportamiento emocional y el aprendizaje, sobre la evitación del castigo.

El sistema nervioso vegetativo ha sido ampliamente estudiado recientemente en este tipo de individuos por diversos autores (Hare, Shealling, Sidole, etc.). Por lo general los patrones estudiados han sido la actividad electrodérmica y la cardiovascular, ya que la actividad respiratoria no parece presentar grandes variaciones con respecto a los individuos sanos. La actividad electrodérmica de la palma de la mano presenta diferencias significativas al comparar sociópatas y sanos, en tanto que la conductividad dérmica de reposo en aquéllos es menor que en los normales. Esto sugiere que el sistema simpático en reposo es menos excitable en los sociópatas. Puede deducirse la hipótesis de que en este tipo de personas reaccionarán ante los estímulos desagradables con una relativa ausencia de miedo, ansiedad o aprensión.

También se observa que estos pacientes presentan una actividad cardíaca en reposo relativamente mayor que los grupos control. Estas variaciones en la actividad del SNV han llevado a estudiar un índice general de variabilidad autónoma, que al ser aplicado a individuos normales y sociópatas ha dado como resultado que este índice es mucho menos en los segundos.

Este hallazgo de laboratorio confirmaría la base neurofisiológica que las descripciones clínicas aportan clásica-

mente. Nos referimos a que la falta de ansiedad, culpa y tensión emocional hace que el SNV de estos pacientes, al ser estudiado en condiciones de reposo, se muestre poco activo.

También las experiencias que intentan explorar la respuesta del SNV al estrés parecen señalar claramente que estos individuos presentan pocas alteraciones de los parámetros vegetativos mencionados, y, además, una gran capacidad de recuperación después de desaparecer el estímulo ansiógeno.

Parece también que estos sujetos muestran poca capacidad de respuesta previsoras, ya que, mientras en un individuo normal los estímulos desagradables repetidos provocan reacciones del SNV que se desencadenan cada vez con mayor velocidad al presentarse el estímulo, esto no sucede así en el sociópata.

Este dato coincidiría con la falta de previsión tan a menudo en los cuadros clínicos que se observan en estos pacientes. También justificaría la falta de capacidad para aprender a evitar situaciones que luego les conducirían a ser castigados o que pueden causarles serios problemas, incluso de orden físico.

Así, muchas situaciones que tienen en sí mismas un gran poder de impacto emocional para la mayoría de la gente tendrán pocas consecuencias para ellos, porque tienen mayor capacidad para atenuar los efectos de estímulos desagradables (aumento de la actividad cardíaca, etc.) y también para inhibir las respuestas previsoras de miedo (disminución de la conductividad dérmica, etc.)

La prueba de la epinefrina y mechonyl: Muy interesante resultan los trabajos realizados en el Hospital Psicopático de Boston por el profesor Frankenstein, quien com-

probó el retraso de los sociópatas en restablecer la homeostasis (más de veinticinco minutos que el individuo normal) después de inyectarle equinefrina y un estimulante del parasimpático (mechonyl). Ninguno de los sociópatas sometidos a la prueba mostró ansiedad o desasosiego durante la misma.

Estudios neurológicos: se ha investigado esta entidad desde el punto de vista de la neurología, a consecuencia en parte de la observación de que algunos de los trastornos más relevantes del psicópata pueden hallarse en enfermos con lesiones neurológicas claramente demostrables.

De esta forma cabe citar numerosas causas orgánicas que dan lugar a personalidades con manifiesta conducta de tipo socioático. El ejemplo más claro y espectacular que se puede recoger históricamente se produjo entre los años 20 y 30, con la epidemia de encefalitis letárgica que sufrió Europa. Las manifestaciones psicológicas se manifestaron en el 30% de los niños afectados, y después de la remisión de la enfermedad muchos presentaron una conducta alterada, sin que se evidenciara un deterioro de la capacidad intelectual. En este sentido Wilson escribe "... un niño previamente de carácter responsable puede transformarse de tal manera que puede parecer realmente una persona diferente. Impúdico, cruel, destructivo, abusivo, indecente, puede convertirse en reo de cualquier ofensa, desde la negligencia al crimen..."

Lo mismo es observable tras traumatismos craneales y encefalitis víricas según algunos autores (Elliot). También se cita como posible responsable la disfunción cerebral mínima, aunque su etiología está poco clara. Una de las enfermedades neurológicas a las que se les atribuye más patología psicológica desde siempre es la epilepsia, especialmente la referida al lóbulo temporal. Otras enfermedades invocadas son la neurosífilis (sífilis del SNC), accidentes vasculares cerebrales, etc.

Desde este enfoque somaticista, Elliot intenta establecer una correlación entre los síntomas psicopatológicos y las posibles zonas cerebrales afectadas. En la tabla 3 intentamos resumir lo expuesto por Elliot.

Los estudios fisiopatológicos del llamado Síndrome de descontrol, ha dado alguna luz sobre la posible etiopatogenia de las sociopatías. Se hace referencia siempre al sistema límbico, que se halla integrado por diferentes estructuras neuroanatómicas (amígdalas, hipocampo, hipotálamo, circunvolución callosa o del cuerpo calloso, septum pellucidum, área septal, porciones del tálamo, ganglios basales y región orbitaria del lóbulo frontal). En realidad son los estudios sobre las bases neurofisiológicas de la agresividad las que se vuelven a invocar aquí. Parece que las áreas relacionadas con la conducta agresiva se hallan principalmente en la zona hipotalámica posterior y zonas centrales y medias del núcleo amigdalino. Sin embargo, estas zonas interactúan con otras áreas cerebrales, lo cual hace que el estudio y la localización de los mecanismos de la agresividad sean de muy difícil delimitación.

ción.

En muchos casos de síndrome de descontrol se han evidenciado alteraciones estructurales, como esclerosis del asta de Ammon, quistes encefálicos, hamartomas, tumores gliales benignos, etc. Sin embargo, no todos los casos presentan este tipo de alteraciones y hay que recurrir a una historia clínica detallada para descubrir posibles accidentes durante el parto (anoxia fetal, etc.) y durante la infancia. También las correlaciones entre la epilepsia y las crisis agresivas de estos sujetos han sido un tema ampliamente estudiado. Otras enfermedades menores comunes, pero que se relacionan asimismo con conductas de alguna manera consideradas psicópatas, serían: demencias seniles y preseniles, corea de Huntington, hidrocefalia normotensiva, esclerosis múltiple, fenilcedtonuria, enfermedad de Spielmenyer-Vogt, síndrome de San Filippo, etc.

Por último se cita aquí una serie de enfermedades endocrinas o metabólicas que, de alguna manera, pueden también conducir a conductas agresivas esporádicas. La más importante es la hipoglucemia (por yatrogenia o insulinoma). Otras son la enfermedad de Cushing, la hipocalcemia y psicosis tóxicas.

Los puntos de vista psicológico y ambiental

La teoría del aprendizaje: Se ha intentado explicar la psicopatía como la consecuencia de una incapacidad para aprender determinadas formas de conducta que serían necesarias para una interpretación correcta y operante en el orden social.

Así se concluye, a través de las diferentes experiencias realizadas (son importantes las experiencias de diferentes autores que a continuación se nombran: Eysenck, Miller, Cykken, Hare, Mowrer, Schachery Latane, Schmauk, Lipperty Senter, Cook y Barnes, Petrusick, Kamper, Quay, Painting, Jung, Spence, etc.), que el individuo sociópata tiene una gran dificultad para condicionar respuestas al miedo, por lo que le es prácticamente imposible aprender respuestas provocadas por temor. Asimismo tampoco logra reforzar este tipo de respuestas, lo cual se consigue de ordinario por la reducción del miedo que estas respuestas logran. De esta forma podría entenderse porqué este tipo de pacientes parecen no aprender con la experiencia ni tampoco con el castigo, especialmente cuando el tiempo transcurrido entre la conducta y sus consecuencias es relativamente largo.

En el mismo orden de cosas se sitúa el hecho de que para muchos de estos individuos los eventos desagradables del pasado sirven de poco para modificar o evitar una conducta que indefectiblemente les habrá de conducir a los mismos resultados.

Estos pacientes han demostrado un buen aprendizaje en otras esferas no relacionadas con el miedo, igual o superior al resto de individuos (condicionamiento verbal, aprendizaje habitual, etc.) Esto nos habla de otro hecho importante: su capacidad de aprender y comprender la realidad, y su buen desarrollo intelectual, características que clásicamente son descritas en este tipo de personali-

dades. Sin embargo, en otras experiencias se ha demostrado que estos individuos fracasaban más que los no sociopatas. Este dato nos llevó a una revisión del tema y se llegó a la conclusión de que los estímulos presentados a los sociopatas carecían de incentivos adecuados y, por tanto, no motivaban al paciente. Este es un dato también típico, ya que el psicópata parece necesitar una constante estimulación adicional, que sería la que le conduciría a la vida peculiar que suelen llevar un buen porcentaje de ellos. Observados estos pacientes en pruebas que presentan tareas complejas, o que deben ser realizadas bajo un fuerte estrés emocional, se concluye que son capaces de obtener en ocasiones mejores resultados que el grupo control de sujetos.

Estudios sociológicos: La hipótesis de que parten los siguientes postulados está basada en la teoría del aprendizaje. Se podría enunciar en los siguientes términos: La sociopatía es el resultado de una manera especial de combinarse experiencias aprendidas en el pasado.

Los resultados realizados por los diferentes autores que sustentan estas hipótesis (Gregory, Greer, Friedman y Oldman, Arieti, Robins, Clekley, Wiggins, Bell, Solomon, Maher, Arompreed Bandura y Walters, Mischal, Rotter, etc.) se han basado en el estudio de familias de psicopatas, correlacionando diferentes factores (muerte de los padres, separación, enfermedad mental, etc.). Las conclusiones a las que se llegan son interesantes. Se ha observado que, aunque una gran parte de estos pacientes provienen de hogares pobres, con malas relaciones parenterales (palizas, agresiones o rechazados cuando niños, el factor más determinante de la sociopatía es haber tenido un padre antisocial, alcohólico o sociópata.

La teoría postulada por Gouh (1948), posteriormente refrenada por Reald y Cuadra (1957), sustenta que el sociópata sólo ha adquirido una fachada moral. Así el individuo es incapaz de ponerse "en la piel de otro" y, por tanto, de verse a sí mismo como objeto social y poder prever las consecuencias de su conducta.

Salomon postula que las deficiencias morales del sociópata se deberían a un mal aprendizaje de la regulación de la resistencia a la tentación y de la culpa. A su vez este aprendizaje defectuoso sería atribuido a una disciplina paterina incorrecta dado que el padre no habría aplicado castigo apropiados, o los habría aplicado excesivamente retardados o de un modo arbitrario.

Se debe a Michel el haber estudiado las posibles causas que un sociópata puede tener para no poder diferir una satisfacción de necesidades. Parecería que el origen de este problema radicaría en que la familia no tenía esta capacidad de autocontrol de los impulsos, y así los propios padres son un modelo erróneo de aprendizaje.

Por el interés de la comparación porcentual con otra enfermedades incluimos la tabla 4.

La teoría psicoanalítica: Johnson y Szurek han encontrado en sus estudios que el padre, más influyente en el hogar, ha alentado de modo inconsciente la conducta anti-

social del niño.

La herencia: Sobre este particular son clásicos los trabajos de Lange (1926), que encontró una concordancia de rasgos psicopáticos en cinco pares de gemelos homocigóticos de los seis estudiados.

Modernamente, no obstante, los trabajos sobre la influencia de la herencia en el comportamiento sociopático son contradictorios. Ello se debe, en parte, a que estos trabajos están realizados sobre un grupo heterogéneo de individuos con comportamiento delincuente, sin haber distinguido previamente al delincuente ordinario del propiamente sociopático. Esta crítica metodológica es aplicable a la confusión reinante sobre el papel desempeñado por otros factores etiopatogénico.

Secuelas de lesiones cerebrales en la infancia: El ejemplo más relevante sería la aparición de trastornos de conducta en los postencefalíticos. Pero son diferentes según se ve en el diagnóstico diferencial.

El punto de vista localizadorio encefálico.

El punto de vista localizadorio cerebral en el estudio de los sociopatas. Una primera posibilidad de aproximarse a las bases corporales de la personalidad normal y anormal (psicopática) es anatómica; a saber, el intento de localizar sus propiedades. Prescindimos de las investigaciones experimentales fisiológicas localizatorias sobre la organización central del sistema nervioso vegetativo y de sus relaciones totalmente a lo caracteriológico y lo clínico. Mientras que, durante mucho tiempo, se ha pensado sólo en la corteza cerebral, recientemente, bajo la dirección de Reichardt, se busca el "asiento" del núcleo de la personalidad en el tronco cerebral. Un apoyo para ello suministra la encefalitis epidémica, que conduce frecuentemente a alteraciones de la personalidad, del temperamento y de los impulsos. Bonhoeffer y Kirschbaum las han descrito, por primera vez, en los niños. Mientras que, sobre todo Bonhoeffer, se manifiesta muy reservado frente a una aplicación de estas experiencias a la caracteriología normal y a las psicopatías y sólo reconoce, de momento, "ciertos puntos de orientación", se tiene a ver, en ocasiones, la esencia de la psicopatía o de ciertas formas de psicopatía en una Insuficiencia subcortial".

Thiele, continuando la labor de Bonhoeffer, ha diferenciado muy cuidadosamente los estados psíquicos residuales, consecutivos a la encefalitis epidémica, en niños y jóvenes. Lo más sorprendente es la "tendencia a la descarga sin finalidad y sin dirección, amorfa, completamente primaria, que se describe, según su representación psíquica, como una inquietud y una tensión muy desagradables y que, sólo en su repercusión, en su actuación sobre el objeto, o por interferencia con actos intencionales y dirigidos, se transforma en una acción de un contenido determinado". Se trata de una impetuosidad encuentra (Drang) y de acciones impetuosas. La voluntad se fija en un objeto; el instinto busca su objeto; la impetuosidad encuentra su objeto. (Nosotros diríamos que la voluntad elige su objeto). Thiele previene ante la confusión de

El hipotálamo humano

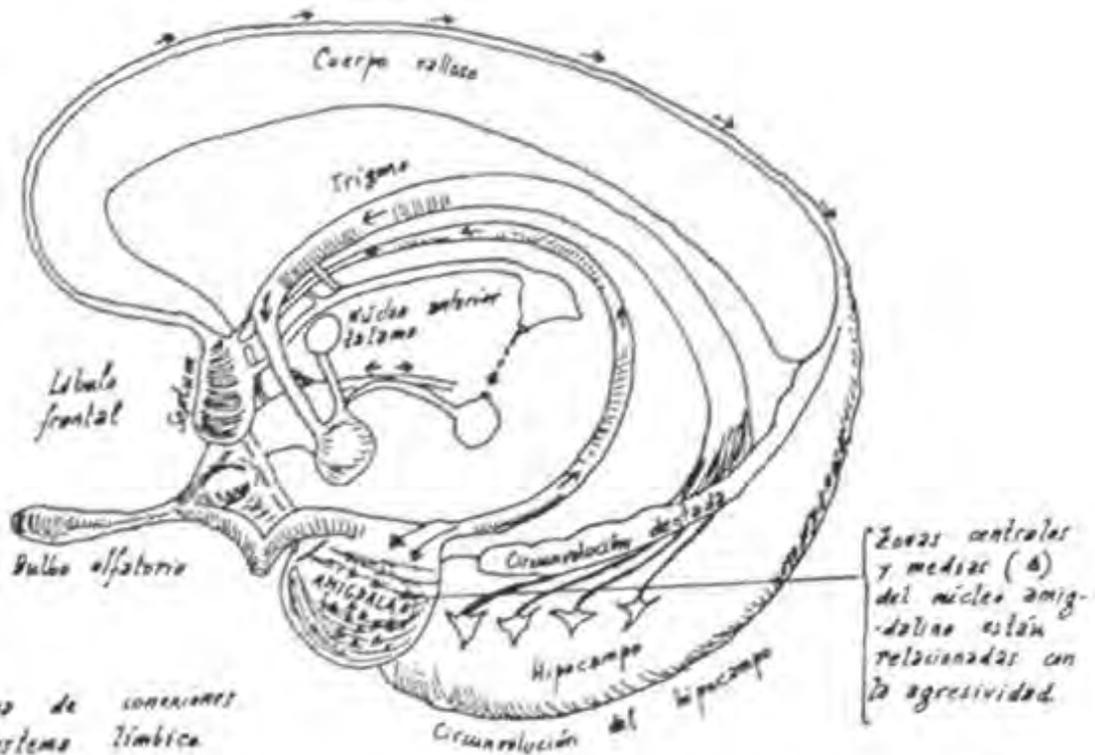
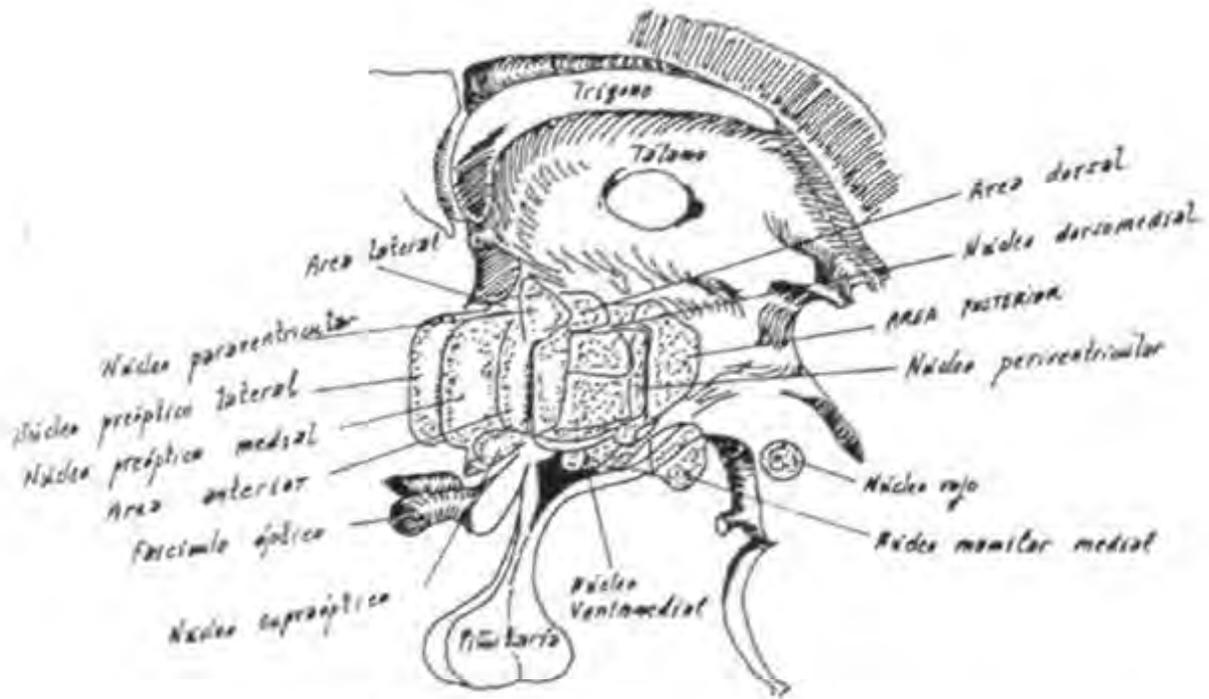
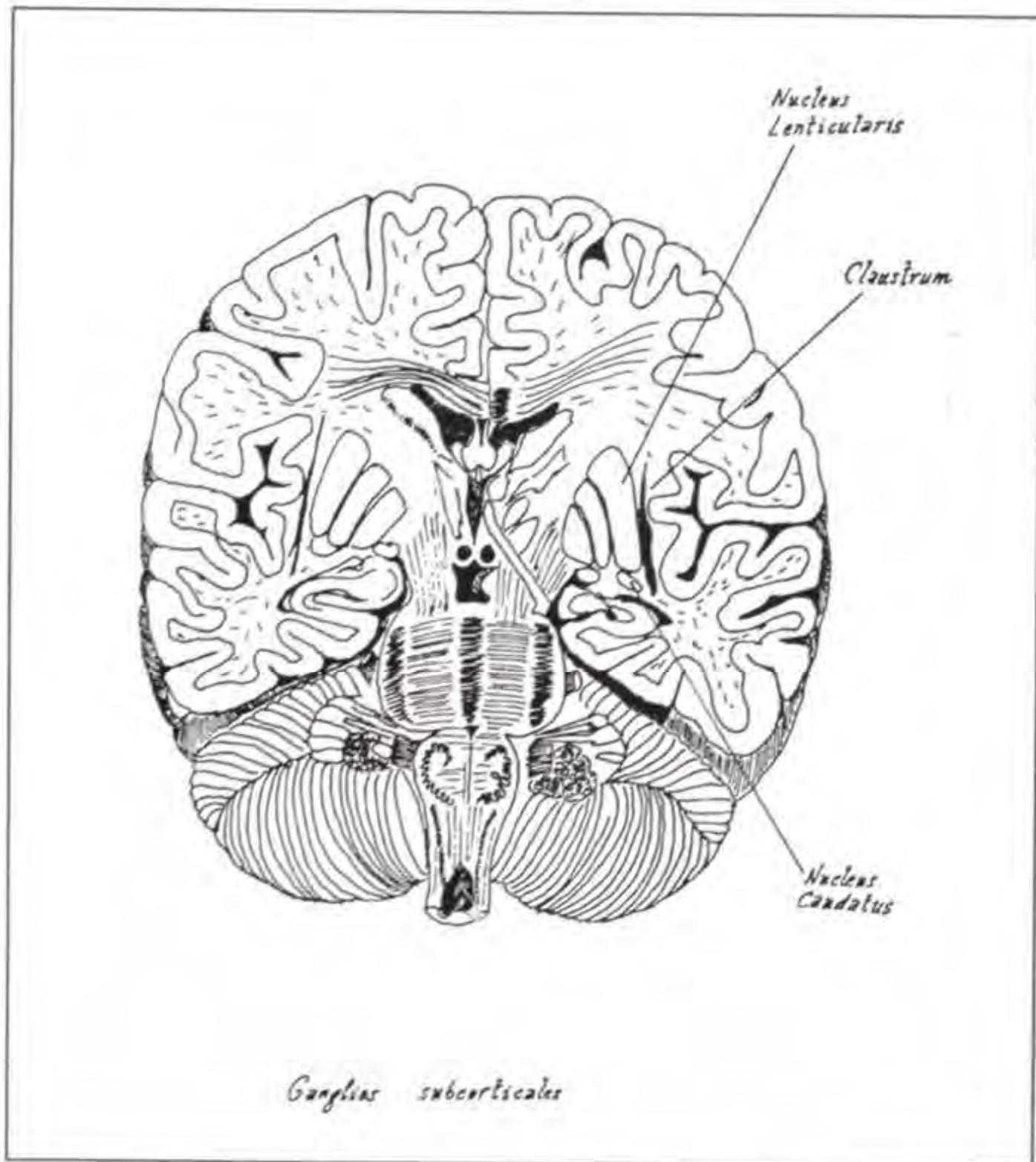


Diagrama de conexiones del sistema límbico

Sistema límbico: amígdala, hipocampo, hipotálamo, circunvolución callosa o del cuerpo calloso, septum pellucidum, área septal, porciones del tálamo, ganglios basales; tal sistema está asociado a la emoción, aprendizaje, evitación castigo.



estos estados con las psicopatías, particularmente con la "oligofrenia moral"; pero, no obstante, existen también, entre los psicópatas, tales tipo, "ágiles", con una viva inquietud motor y, casi siempre, sin estado de ánimo maniaco. Además, Thiele acerúa también la importancia de las propiedades caracterológicas premórbidas. en un caso de Runge, era especialmente clara la grave psicopatía anterior.

Homburger exige, que se diferencien las verdaderas psicopatías de tales estados consecutivos a la encefalitis. En estos se trata de una desinhibición de los mecanismos

motores subcorticales, debida a la lesión de los ganglios subcorticales. Produciéndose una regresión a una grade primitivo de la expresión, una independencia del mecanismo motor de la expresión, que ya no es una expresión de vivencias. Los modos de conducirse encefálicos ya no son manifestaciones unívocas de la vida psíquica, son un retroceso a la motilidad impulsiva y primitiva de la primera infancia. Los robos, las riñas, las destrucciones, corresponden al fondo impulsivo motor.

El punto de vista constitucional.

Comprendemos por constitución, no sólo el conjunto

de disposiciones, sino la totalidad del organismo morfológico, con sus funciones espontáneas y reactivas. Este concepto de constitución abarca, pues, tanto lo disposicional como lo exógeno (es decir, lo provocado por las influencias del mundo externo) y la acción recíproca entre ambos. Actualmente, se equipara, casi siempre, lo disposicional a la disposición hereditaria; y, muy a menudo, se incluye también la personalidad en un concepto de la constitución equivalente a la disposición hereditaria. Sin embargo, ninguna de ambas hipótesis es demostrable.

Al concepto de personalidad y a la esencia de la personalidad anormal (sociopática) pertenecen, el concepto de lo innato o congénito. Innato o congénito es aquí equivalente a disposicional. Pero no se puede negar sistemáticamente que, en la estructura de la personalidad, pueden haber intervenido también factores ambientales que afecten al embrión o quizá, incluso, al niño. En este último caso, se quebrantaría el criterio estricto de lo innato. En todo caso, no podríamos diferenciar de las auténticas tales supuestas sociopatías exógenas o, mejor, pseudosociopatías.

Toda personalidad se desarrolla, por una parte, del crecimiento y del progreso de las bases predominantemente disposicionales y, por otra, del destino y de las vivencias, en el más amplio sentido, aunque considerando las direcciones y propiedades fundamentales y generales de la personalidad como congénitas y como dadas, casi siempre, en la disposición, no es prudente despreciar, de ninguna manera, la importancia que tiene, en su desarrollo, la influencia del ambiente, de la educación, de las vivencias y de las experiencias, sobre aquellas direcciones y propiedades.

El punto de vista genealógico

Dentro de la investigación genealógica de los sociopatas pueden diferenciarse tres distintas direcciones: la primera investiga los sociopatas genealógicamente, en relación con las psicosis. Se intenta hallar el parentesco de ciertas personalidades sociopáticas con las psicosis esquizofrénicas o ciclotímicas o con la epilepsia. Citan los trabajos de Hoffman, ligados de un modo estrecho a los de Kretschmer. El hecho de que Stumpfl, V. Baeyer y Riedel no hayan encontrado aumento de la frecuencia de las psicosis en el círculo hereditario de los sociopatas habla contra el concepto de Kretschmer de que las sociopatías sean atenuaciones de las psicosis. En el sentido de Kleist, trabajaron en nuestro campo A. Schneider, Perch y Gerum.

Una segunda dirección de los trabajos genealógicos parte de las unidades criminológicas. Este grupo, sólo tiene, por tanto, relaciones mediatas con el problema de los sociopatas. Este segundo grupo de investigaciones genealógicas de criminales y, dentro de este marco, también los sociopatas, asiente sobre un terreno sólido, puesto por parte de los individuos que pueden estudiarse objetiva y documentalmente por sus tendencias antisociales y, en gran parte, tienen a la vista miembros criminales

de la familia, de los que también existen datos oficiales.

La tercera dirección: la investigación genealógica pura e inmediata de los sociopatas, tropieza con grandes dificultades. La relativa rareza de los tipos puros, la inseguridad en el manejo de los conceptos, las diferencias en la apreciación personal, la dificultad -incluso en las investigaciones de larga duración- de juzgar de un modo unívoco las personalidades, la actitud circunstancial de los sociopatas durante la exploración y, finalmente, la tentativa -casi siempre sin esperanza- de comprender las personalidades a partir de descripciones, es decir, en su mayor parte, de juicios de valor- de terceras personas, son los obstáculos principales. Es indispensable un conocimiento directo, lo más exacto posible, de toda persona aislada que se quiera enjuiciar caracteriológicamente; pero, por otra parte, es imposible que los trabajos así planteados, puedan abarcar grandes números.

Investigaciones genealógicas generales han sido realizadas por Berlit y Riedel. Lotting y Stumpl emplean el método de los gemelos. Berlit apenas llega a resultados apreciables, y Riedel deduce de sus investigaciones que los tipos sociopáticos, vistos de un modo puramente psicológico, "no parece que puedan considerarse, hereditariamente ni como equivalente, ni como igualmente homogéneos".

Muchas investigaciones genealógicas sobre tipos sociopáticos aislados. Stumpfl, Panse y Heinze escribieron sendas reseñas, muy completas, sobre las investigaciones genealógicas de sociopatas realizadas hasta la actualidad, en las que se detallan todos los trabajos. Por lo demás, el amplio trabajo de Panse informa también detenidamente, sobre la clínica de las sociopatías.

Estudios genéticos.

Desde la aparición del concepto siempre se ha hecho referencia a los posibles factores hereditarios. Desde el famoso estudio de Jukes en 1915 (en el que estudió 2.094 miembros de una familia y encontró 600 débiles mentales, 308 prostitutas y 140 criminales) hasta las modernas investigaciones americanas (Eysenck, 1975) se subraya el carácter hereditario de la sociopatía.

Así Eysenck concluye, tras un minucioso estudio, que el 50% de la varianza total entre psicopatas e individuos control se debe a factores genéticos.

En esta línea también se hallan los trabajos de Cloninger, Reich y Guze, que utilizando un modelo multifactorial de transmisión de las enfermedades examinan la transmisión no mendeliana de ésta y otras enfermedades y llegan a la conclusión de que la correlación de heredabilidad entre monocigotos es de 0,7 y para dicigotos de 0,28.

También son interesantes los estudios sobre la estructura cromosómica de estos pacientes, realizados por Lay, Carpenter, etc. Estos trabajos intentan correlacionar los trastornos de la agresividad y los cromosomas sexuales. Hay numerosos estudios que intentan correlacionar este

tipo de trastornos con la presencia de un cromosoma X y Y adicional en el mapa cromosómico, dando las fórmulas XXY o XYY.

Hutchings y Mednick (1975), estudiando delincuentes que habían sido adoptados en su infancia, descubrieron que en este caso el 50% de los padres verdaderos habían sido delincuentes, mientras que el grupo control no delinuyente sólo arrojaba un 28% de padres delincuentes.

Sin embargo, estos métodos de estudio, aunque prometedores, no están suficientemente depurados, por lo que querer sacar conclusiones inamovibles de estos datos es algo que no pretenden ni los propios investigadores, aunque todo este tipo de explicaciones parecen razonables, ofrecen un margen de duda que hace que no sean bastante sólidas por el momento.

COMPLICACIONES

Las más frecuentes son el analfabetismo y el trastorno por uso de sustancias (toxicomanías).

EVOLUCION Y PRONOSTICO

Todos los autores parecen coincidir en el hecho de que el sociópata suele presentar cierta mejora a medida que se adentra en la edad adulta, principalmente entre los 30 y 40 años. Esta mejora es sólo relativa ya que suelen seguir las riñas con la familia o amigos. Otros suelen encontrar el fin de su conducta en cárceles, cuando no en instituciones psiquiátricas cerradas.

Parece que la inmadurez de la que hablamos podría ser resuelta parcialmente con el paso de los años, al tomar el paciente mayores responsabilidades, casarse y tener experiencia de algún encarcelamiento.

Un estudio de Gibbesn y cols., en 1955 demostró que los psicópatas con E.E.G. normal presentaban un pronóstico peor que los que mostraban un E.E.G. patológico.

TRATAMIENTO

No disponemos en el momento actual de medios terapéuticos para modificar favorablemente el comportamiento psicopático.

Todos los tratamientos biológicos psiquiátricos y psicológicos han sido ensayados sin ninguna eficacia.

El sociópata no se beneficia de la terapéutica analítica debido a que le falta ansiedad y otras emociones desagradables (su conducta inadaptada no le "molesta"), además carece de capacidad de auto-crítica, sin estos requisitos el psicoanálisis, conforme está actualmente formulado, resulta impracticable.

La terapia basada en los principios del aprendizaje no es aplicable a la psicopatología del sociópata, ya que estos individuos son incapaces de aprender por experiencia, ya que estos individuos son incapaces de aprender por experiencia, así, ni el castigo disminuye la frecuencia de un determinado tipo de actos inadaptados, ni la recompensa aumenta las acciones acordes con las normas de la sociedad, tanto más cuanto que muchas están basadas en

el condicionamiento al miedo y en el esfuerzo de respuestas de evitación.

La psicoterapia de grupo es difícil; porque el sociópata incorporado a un grupo obstaculiza el proceso terapéutico de este; y porque un grupo integrado exclusivamente por psicópatas es impracticable como consecuencia de las características de sus trastornos (inconstancia, impulsividad, etc.). Quizás las técnicas de grupo en un marco institucional adecuado podrían tener mejores resultados. Tampoco el psicodrama, ni la terapia de Rogers se han demostrado eficaces.

Internarlo en un hospital psiquiátrico no les aporta ningún beneficio terapéutico ni se logra ningún control sobre su comportamiento; en cambio, sustraen una atención por parte del personal necesaria para el tratamiento de los restantes hospitalizados. Además, dadas las tensiones emotivas que producen en el ambiente, cambian la atmósfera terapéutica de los centros psiquiátricos.

La mayor parte de los textos apuntan hacia la inserción de estos pacientes en determinadas comunidades terapéuticas especializadas.

El porqué de este fracaso se debe a la propia estructura de este tipo de personalidades. El psicópata no ve incorrecta su conducta y, por tanto, no se siente motivado a cambiarla. La angustia no tiene ninguna relevancia para estas personalidades. Tampoco entran en los cálculos del paciente las modificaciones futuras, y el pasado y el futuro no cuentan para ellos. La relación afectiva necesaria para un proceso terapéutico que permita modificaciones de la personalidad es precisamente una de las carencias más importantes que define estos pacientes.

En 1964, McCord y McCord describieron la terapia de medio, según una experiencia realizada en una escuela de Nueva York. Según su experiencia se podrían obtener algunos resultados con niños psicopáticos si se les sacaba de su medio familiar y se creaba un ambiente de tratamiento continuo, en el que todo el equipo terapéutico se hallaba perfectamente coordinado. La aplicación de terapia individual y de grupo, y el nuevo tipo de convivencia podrían modificar algunas características de estos niños.

La experiencia danesa de Herstedvester (1964) apunta hacia un tratamiento en régimen de internado y disciplina severa, que va acompañado de psicoterapia individual y de grupo. Los resultados parecen indicar que el 50% de internados logran una adaptación social muy aceptable después de su internamiento. Asimismo, la comunidad de Dutch (Utrecht) aporta un 38% de resultados positivos con un métodos similar al anterior.

Carney (1978), en la penitenciaría de Patuxent, en el estado de Maryland, siguiendo un programa similar al danés de Herstedvester y un control durante 3 años, sólo registra un 7% de reingresos.

Por lo general podemos afirmar que, según los autores consultados, parecen beneficiarse más de estos tratamientos los pacientes que presentan como síntomas más rele-

vantes la labilidad del humor, la impulsividad y la incontabilidad de la agresión.

Las benzodiazepinas no se aconsejan por presentar efectos paradójicos. Tampoco existen pruebas de que las defenhidantinas sean efectivas en estos pacientes.

Con los neurolepticos pueden haber reacciones paradójicas, especialmente con los de baja potencia y, aunque no hay estudios rigurosamente controlados, todo parece indicar que los de tipo sedante pueden ser útiles en el control de la agresividad. Concretamente están indicados la propeniacina y el haloperidol.

Las anfetaminas han parecido tener algunos buenos resultados en el tratamiento de delinquentes juveniles, pero no son recomendables por la posible adicción que pueden desarrollar.

Es obvio que la investigación constituye la alternativa más lógica en ésta enfermedad denominada sociopatía.

RESUMEN

El presente artículo pretende establecer la hipótesis de que algunas formas de toxicomanía son consecuencia de poseer una personalidad sociopática, la sociopatía es susceptible de no evolucionar plenamente si es efectuado el diagnóstico precoz y son sometidos a una terapia en unas instituciones adecuadas; la importancia de esta actitud preventiva se deriva de la posible complicación toxicoma-

níaca que presentan estos enfermos. Para ello he presentado una breve exposición bibliográfica de autores reconocidos en el tema.

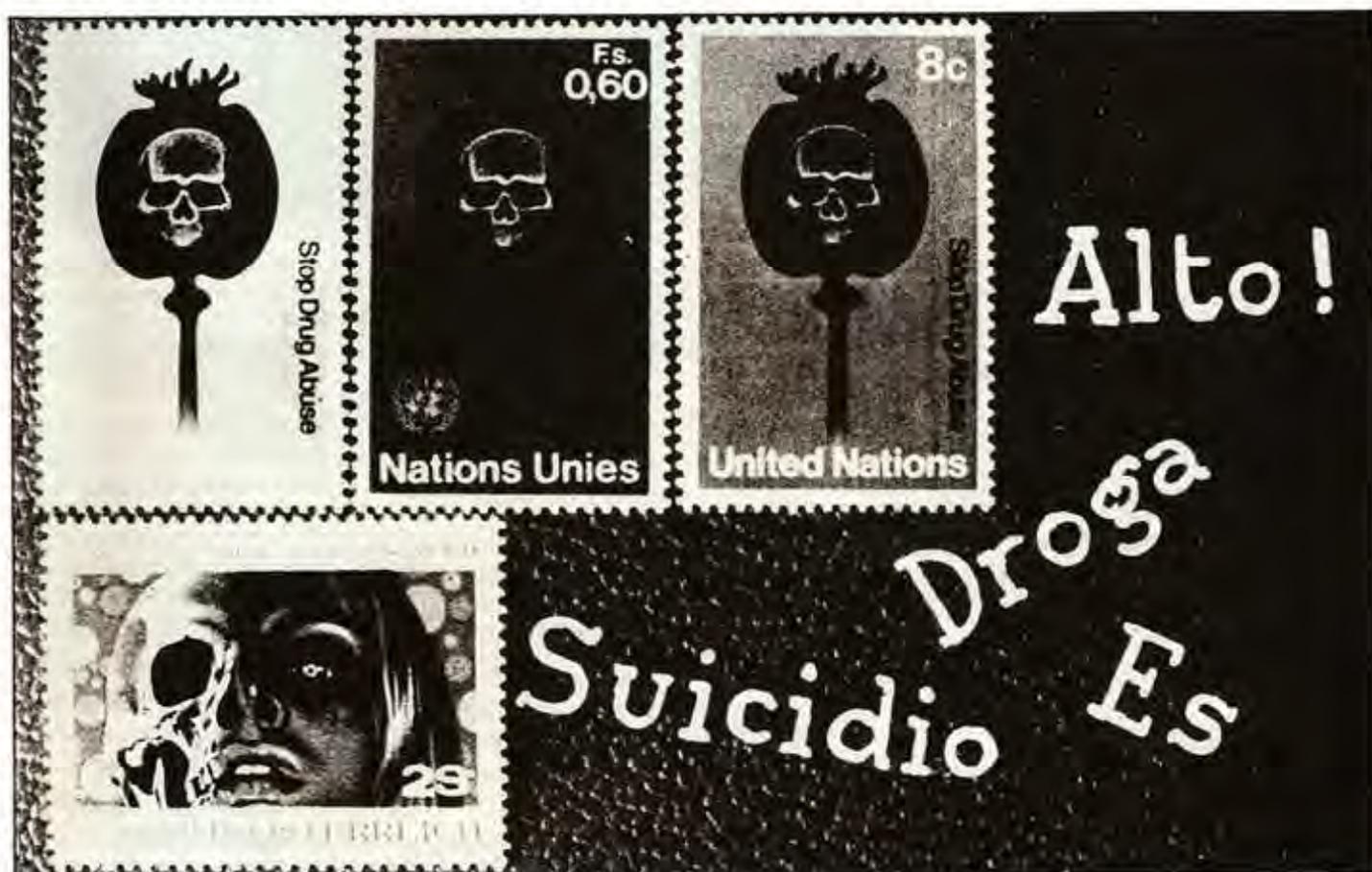
BIBLIOGRAFIA

- 1.- JAMES O. WHITTAKER. Psicopática, personalidad. Interamericana. Psicología. España, 1977, 574-576.
- 2.- FRIEDRICH DROSCH. Psicopatía. Herder. Diccionario de Psicología. Barcelona, 1976, 800.
- 3.- KURT SCHNEIDER. I. Parte General. Ediciones Morata, s.a. Las personalidades psicopáticas. Madrid, 1980, 29-104.
- 4.- JOAQUIN POCH BULLICH. Trastornos de la personalidad. Salvat. Introducción a la psicopatología y psiquiatría. Barcelona, 1983, 653-692.
- 5.- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Trastornos de la personalidad. Masson, s.a. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). Barcelona, 1985, 333-336.
- 6.- VICENTE GRADILLAS. Las personalidades psicopáticas. Editorial Científico-Médica. Introducción a la psiquiatría. Barcelona, 1985, 188-194.

Javier Felip Baquer

EL PROBLEMA DE LA DROGA

CUESTIONES GENERALES



¿QUE ES REALMENTE UNA DROGA?

Encontrar un significado exacto y realista para el término droga, no es tan sencillo como parece a primera vista. Existen sin embargo diferentes definiciones debidas básicamente a su evolución a lo largo del tiempo. Para simplificar, seguiremos los criterios de la O.M.S. —Organización Mundial de la Salud— que son comunmente aceptados en todo el mundo.

Droga es toda sustancia vegetal o química que, introducida en el organismo es capaz de producir una modificación en la conducta del sujeto

Para la OMS, droga es toda sustancia vegetal o química que, introducida en el organismo de un sujeto, por cualquiera de los mecanismos clásicos —ingesta, fricciones, vapores, fumada o inyectada— es capaz de producir una modificación en la conducta del sujeto.

Para una mejor comprensión podríamos hacer dos grandes grupos, en nuestra cultura occidental y más concretamente en nuestro país: drogas de curso legal y drogas de curso ilegal. Drogas de curso legal son por ejemplo el tabaco o el alcohol, entre

otras. Drogas de curso ilegal son por ejemplo la heroína, la cocaína, la marihuana o el hashis.

¿QUE SE ENTIENDE POR TOLERANCIA?

Es un estado de adaptación orgánica mediante el cual, ante la misma cantidad de droga, el organismo presenta una respuesta cada vez menor. Esto tiene como consecuencia que el organismo se adapta a los efectos de la droga y ello crea la necesidad de ir aumentando la cantidad, con el único propósito de obtener los efectos iniciales. De esta forma el organismo se habitúa a la droga y puede llegar a la toma de dosis de hasta 20 veces superior a las normales.

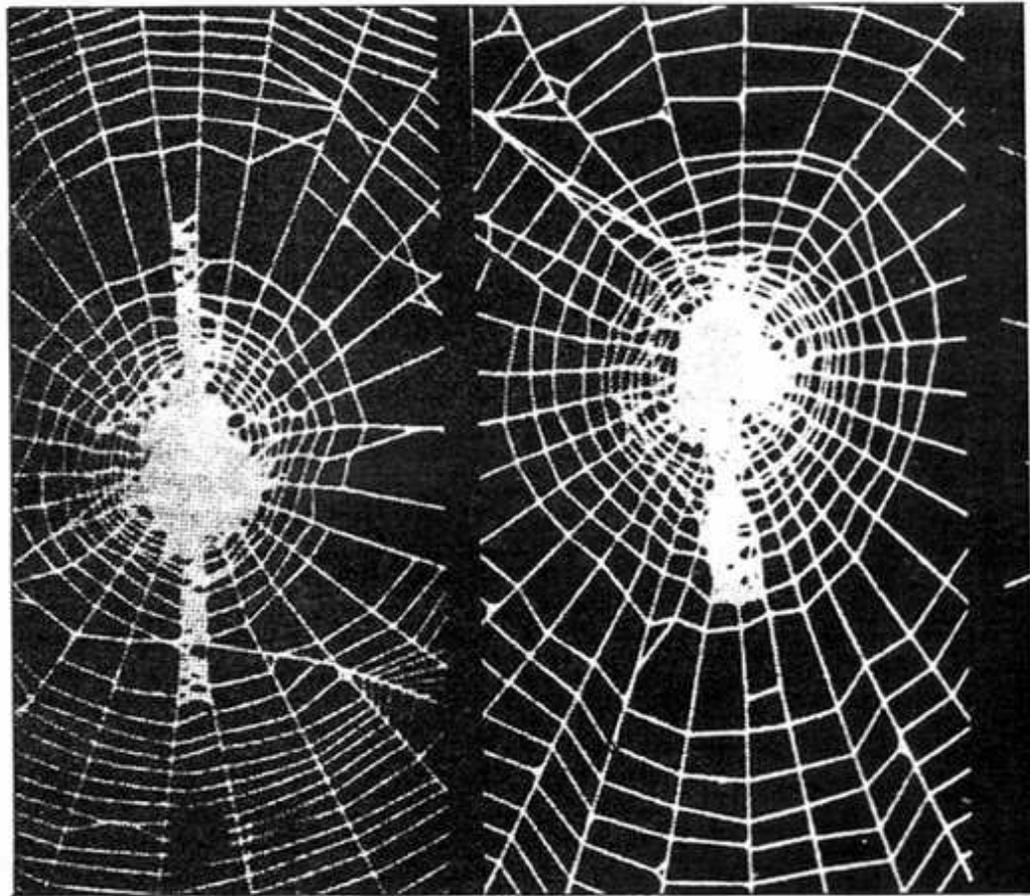
La dosis terapéutica de morfina es de 10 centigramos, 3 ó 4 veces al día. Este límite puede ser ampliamente superado y llegar a la toma de 4 ó 5 gramos en 24 horas, cantidad máxima capaz de tolerar un individuo fuertemente habituado.

Según algunos autores, se ha comprobado que pueden aparecer síntomas de tolerancia en menos de una semana e incluso a partir de la primera dosis

¿CON QUE RAPIDEZ APARECE LA TOLERANCIA?

La tolerancia se desarrolla más o menos rápidamente, según las circunstancias y la droga: 3-4 días para la heroína, 10 días para las anfetaminas y 25 días para los alucinógenos en general.

Según algunos autores, pueden presentarse síntomas de abstinencia hasta la segunda semana. Según otros, se ha comprobado que pueden aparecer síntomas de tolerancia en menos de una semana e incluso a partir de la primera dosis y que luego se intensifican a medida que prosigue la intoxicación.



¿QUE ES EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Los malestares que se presentan cuando se suprime la administración de una droga, están integrados por una serie de signos y de síntomas de naturaleza física y síquica, que varían según la droga.

Los calambres en músculos, dolores, vómitos, escalofríos, etc. son sólo algunos de los síntomas que se presentan al suspender la administración de determinadas drogas. En el argot del heroinómano, al síndrome se le conoce con el nombre de «mono».

¿CUANDO APARECE EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA?

Cuando se suspende de forma brusca la administración de la droga aparece el citado síndrome, cuyos síntomas más destacados, en el caso de la heroína, son: sudor generalizado, palpitaciones, calambres musculares, dolor abdominal, diarrea, lacrimo y presencia de abundante mucosidad en la nariz. Estos síntomas se incrementan hacia las 12 ó 16 horas después de suspender la droga. Como los sujetos que toman la droga no están acostum-

brados al sufrimiento físico, debido a que la droga les proporciona una existencia sedada y sin dolor, ésta es una de las principales causas por las que el individuo sufrirá rápidamente recaídas.

Hay que tener en cuenta que la heroína —derivado de la morfina—, es un potente analgésico que anula las defensas naturales contra el dolor que tiene el cuerpo humano, de manera que un heroinómano que dejara de administrarse las dosis habituales se encontraría sin los efectos analgésicos de la heroína y también sin las defensas naturales contra el dolor que todos tenemos.

¿QUÉ TIPOS DE DEPENDENCIA HAY REALMENTE?

La dependencia es un estado en que el sujeto necesita recurrir a la droga con regularidad, para superar los obstáculos que se le imponen en su vida diaria.

Se habla de Dependencia psíquica, cuando la necesidad de la droga produce una sensación de satisfacción y un impulso psíquico que exige la administración periódica o continuada de esa droga, con el fin de obtener placer o evitar un estado de malestar. Todas las drogas producen dependencia psíquica en formas diferentes según cada caso.



¿QUÉ SE ENTIENDE POR DEPENDENCIA A LA DROGA

Las reacciones que las drogas provocan en el organismo, modifican el comportamiento psicológico, físico y social del individuo. Una de estas modificaciones, es que determinadas personas muestran un impulso irreprimible de continuar administrándose la droga, en una forma periódica o continuada, para poder seguir experimentando los efectos inmediatos que estas sustancias producen.

¿CUANDO SE PUEDE DECIR QUE EMPIEZA EL ABUSO DE DROGAS?

No se puede hablar de abuso de droga cuando de entrada el mero uso de una droga ya es, por definición, perjudicial.

¿EN QUE CONSISTE LA PELIGROSIDAD DE LAS DROGAS?

Los efectos de las drogas, y su peligrosidad, dependen de muchos factores, tales como las dosis, la frecuencia con que se usan, las razones por las que se toman, el estado físico y psíquico del individuo, el ambiente social que le rodea y algo que con frecuencia se olvida: la combinación o mezcla de varias drogas a la vez.

La peligrosidad de las drogas consiste en que encierran siempre una gran trampa, pues nada tiene que ver la forma de presentarla con las consecuencias reales que se encuentran cuando ya es tan difícil prescindir de ella.

¿EXISTEN REALMENTE DROGAS DURAS Y BLANCAS?

Esta es una clasificación utilizada en medios no especializados y que ha llegado a ser ampliamente difundida. No existen bases científicas que sustenten esta diferenciación, por lo que la consideramos del todo inapropiada.

Esa pretendida diferenciación de drogas duras y blandas no tiene base ni sentido científico alguno

Drogodependiente se ha convertido en el último eslabón de una cadena de distribución de droga, cuyos "peces gordos" no tendrán ningún interés en que deje de ser un buen consumidor de ella

La «Dependencia física», es un estado de adaptación que se manifiesta con intensos trastornos físicos cuando se suspende la administración de una droga.

Hay una tercera dependencia, es la que podríamos llamar «Dependencia Social», consecuencia de la marginación social y especialmente del hecho de que el drogodependiente se ha convertido en el último eslabón de una cadena de distribución de droga, cuyos «peces gordos» no tendrán ningún interés en que deje de ser un buen consumidor de ella.

La palabra «droga blanda», transmite la falsa idea de que tal o cual droga no resulta perjudicial. Sin embargo, científicamente, la droga considerada como la más blanda puede llegar a producir gravísimos trastornos. La marihuana por ejemplo, es dañina, ya que produce efectos totalmente imprevistos, que se están descubriendo debido a la naturaleza de la misma y también del individuo que la toma.



No deben, pues, utilizarse términos, ya que además de inexactos conducen frecuentemente a errores.

Se observa, además, que un porcentaje muy elevado de los que empiezan con unas drogas, a no tardar continúan con otras; y la práctica totalidad de los que han llegado a unas drogas determinadas han necesitado el paso previo por otras.

Es importante tener en cuenta que la mayoría de los toxicómanos, rápidamente llegan a ser politoxicómanos.

En realidad, las relaciones de las personas con las drogas no origina grupos en compartimentos estancos, sino que se forma una «escalada».

Esa pretendida diferenciación de drogas duras y blandas no tiene base ni sentido científico alguno. La han creado los traficantes para promoción de su extraordinario negocio; lo que ocurre, es que hay personas que por ignorancia les hacen el juego.

La verdadera disyuntiva es: Droga o Salud; o bien: pactar la autodestrucción con la muerte o vivir.

¿CUALES SON LAS CAUSAS POR LAS QUE UN SECTOR TAN IMPORTANTE DE LA JUVENTUD CAE EN LA DROGA?

Muchas y muy diversas son las causas. Para una mejor comprensión podemos hacer tres grandes grupos: 1.º causas psicológicas, 2.º causas sociológicas y 3.º las derivadas de la existencia de la droga, de su presencia y una terrible presión de venta, potenciada por la engañosa publicidad y la clara apología.

Por otra parte, la personalidad del joven representa un factor de propensión. Hay, pues, un conjunto de motivaciones psicológicas, que resultaría muy largo de enumerar.

Hay otra serie de causas ambientales o factores sociológicos: el problema del paro, la masificación de las grandes ciudades, la carencia de vivienda digna, etc.

Vamos a enumerar en forma resumida, «indicativa solamente», las causas sociológicas más importantes que inducen al individuo al consumo de drogas:

- Ambientes socio-culturales favorables al empleo de drogas, con el propósito de evadirse de la realidad ambiental.



- Frustraciones en general, ya sean de tipo amoroso, sexuales, sociales, laborales, de estudios, etc.

Hay causas ambientales o factores sociológicos: el problema del paro, la masificación de las grandes ciudades, la carencia de vivienda digna, etc.

- La gran cantidad y diversidad de medicamentos existentes, a los cuales se les atribuyen propiedades totalmente equivocadas.

Incluso determinados políticos han hecho directa o indirectamente publicidad en favor de las drogas

- El ritmo de vida actual, con el cambio de la escala de valores, el relajamiento de los vínculos tradicionales, la rotura familiar, etc.
- La rebeldía de la juventud frente al mundo adulto que juzga absurdo, junto a la desaparición de cualquier tipo de freno frente a la curiosidad y los placeres.
- El anonimato del individuo, el deseo irresponsable de imitar a los ídolos de moda, su rebeldía frente al modo de vida actual, comercializado, mecanizado y politizado.

Madres toxicómanas, dan a luz a hijos que precisan de drogas desde el mismo momento de su nacimiento

- El desconocimiento total que se tiene de las drogas o el mal conocimiento de las mismas y de sus verdaderos peligros.

En otro aspecto, una serie de fenómenos que son causa directa del uso de las drogas, si bien con carácter ocasional o excepcional:

- Origen terapéutico: del que tanto se habla y que en realidad es mucho mayor del que se supone.
- Origen profesional: la toxicomanía es frecuente entre las clases sanitarias, debido a la mayor facilidad que tienen de acceso a las drogas.
- Origen congénito: madres toxicómanas, dan a luz a hijos que precisan de drogas desde el mismo momento de su nacimiento.
- Complacencia: se adquiere el hábito por complacer a un amigo, compañero, familiar, cónyuge, etc.
- Estados efectivos: existen individuos reacios a olvidar cualquier contratiempo, desgracia, desavenencia, infortunio, pena o disgusto. Piensan que la droga les hará olvidar.
- Tradición: existen determinados grupos o núcleos de población que usan las drogas por tradición, costumbre o necesidad, desde hace generaciones: caso de la coca y los alucinógenos.
- Traficante: sin ellos los usos ilegales no progresarían.
- Turismo: este fenómeno tan extendido y que beneficia en deter-



minados aspectos a muchos países, es causa directa que influye sobre la propagación de estos usos.

Casi se puede asegurar, que el incremento de estos usos, corre paralelo a la importancia del turismo.

- Incidencia importante tienen los movimientos en favor de las drogas, los cuales deben ser considerados como causa de propagación, extensión y aumento. Uno de los más conocidos, fue el movimiento psicodélico en favor de la LSD, aunque existen otros muchos.
- Hay que señalar como factor muy importante el proselitismo, propaganda o apología más o menos encubierta: los medios de difusión, radio, TV, libros, revistas, incluso determinados políticos—in-



voluntaria o conscientemente—han hecho directa o indirectamente publicidad en favor de las drogas, además de desorientar a las masas, con noticias, programas e ideas distorsionadas y en algunos casos falsas de estas drogas y en especial de los problemas que sus usos conllevan.

La Organización Mundial de la Salud, analiza el tema en un estudio, desde el punto de vista de las motivaciones subjetivas del afectado. Resultaron las siguientes: 1.º la curiosidad, 2.º el desinterés de los padres, 3.º la falta de disciplina en el hogar, 4.º las derivadas de un hogar con continuos conflictos, discusiones: hogares rotos.

Las causas psicológicas y las sociológicas —con ser muy importantes— hay que considerarlas como factores de propensión. Nos equivocáramos si quisieramos encontrar en estos factores la explicación total al fenómeno actual de drogadicción juvenil. La juventud ha estado en todos los momentos históricos y en todas las latitudes, sometida a desajustes psicológicos y sociales. Estas causas (que han existido desde siempre) no pueden producir —por sí solas— como efecto la drogadicción juvenil, que es un fenómeno nuevo por el que tantos chicos y chicas están muriéndose todos los días. Hacen falta otras causas y éstas son las derivadas de una organización mundial con enormes intereses creados que se manifiestan en una enorme «presión de venta» y objetivos planificados de largo alcance.

Según varios estudios de epidemiología, cada heroinómano genera una media de cuatro heroinómanos más, que a su vez cada uno de ellos generará a otros cuatro. Ello induce un factor de crecimiento progresivo de la drogadicción: Cada uno de ellos tiene que hacer nuevos adeptos, para seguidamente suministrarles y obtener así esa importante cantidad que cada día necesitan. La presión del mercado, es en consecuencia un factor de drogadicción muy importante.

No podemos olvidar que la drogadicción implica un no saber encontrar un sentimiento a la vida: la pérdida de credibilidad de algunos valores e ideales no sustituidos por otros.

En definitiva, podríamos decir que existe una coincidencia de tiempo y lugar, entre, por una parte la feroz presión de venta y por otra el vacío de valores morales y religiosos y la pérdida de sentido trascendente de la vida.

Existe una coincidencia entre la feroz presión de venta y la pérdida de sentido trascendente de la vida

EL TABACO

PLANTACION DE TABACO



¿ES CIERTO QUE EN ESPAÑA, EL CONSUMO DE TABACO HA AUMENTADO MUCHO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS?

Efectivamente, el consumo de cigarrillos en el año 1950 era de 430 por cada persona adulta y al año. Esta cantidad se ha incrementado considerablemente pasando a ser de 2.260 cigarrillos al año, por cada adulto, en el año 1973. Ello sitúa a España a un nivel de consumo de tabaco muy por encima de la media

El consumo de tabaco en España. Es la droga más frecuente y la que más graves consecuencias sanitarias, sociales y económicas produce.

mundial.

España es el país europeo donde la venta de tabaco ha crecido más en los últimos años.

También, España es el país europeo donde el tabaco es más barato.

Estudios realizados en Cataluña revelan que los fumadores representan 37,6% de la población. Los no fumadores son el 50,2%. Mientras que los ex fumadores representan el 11,3%.

Realmente, el consumo de tabaco en España va en aumento. Es la droga más frecuente del país y la que más graves consecuencias sanitarias, sociales y económicas produce.



¿LA NICOTINA ES LA CAUSANTE DE LA DEPENDENCIA DEL TABACO?

Efectivamente. Además provoca problemas circulatorios y digestivos. Produce la tos típica del fumador y disminuye la defensa pulmonar, lo que facilita las infecciones respiratorias como la laringitis, la bronquitis crónica, etc.

¿QUE EFECTOS PUEDEN PRODUCIR LOS ALQUITRANES?

Los alquitranes que contiene el tabaco, puede producir cáncer en los labios, laringe o pulmones.

Cabe añadir que la Organización Mundial de la Salud, ha llegado a la conclusión de que el tabaquismo es la principal causa evitable de enfermedades en los países desarrollados.

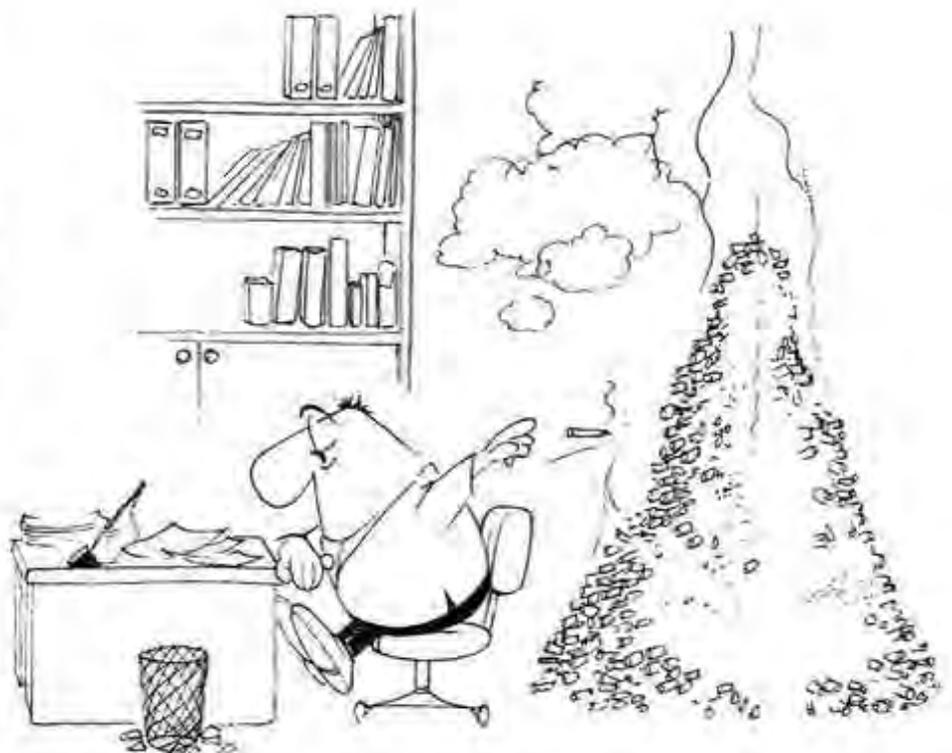
¿LOS EFECTOS PERJUDICIALES DEL TABACO A QUE COMPONENTES SE DEBEN?

Fundamentalmente a tres: 1.º el monóxido de carbono, 2.º la nicotina y otros irritantes del aparato respiratorio y del aparato digestivo y 3.º los alquitranes, que son agentes cancerígenos.

¿CUALES SON LOS EFECTOS DEL MONOXIDO DE CARBONO?

En primer lugar, disminuye la ca-

pacidad de transporte de oxígeno de la sangre. Ello afecta a la capacidad respiratoria e influye en el rendimiento físico y deportivo; también aumenta el riesgo de trastornos cardiovasculares como el infarto de miocardio.



¿QUE ES LA HEROINA?

Cuando finaliza el pasado siglo XIX, y mientras la morfina —derivado del opio— hacía estragos en toda Europa y América, unos químicos alemanes creen haber dado con una sustancia que cura todos los males incluida la morfinomanía, a la que llamaron «Droga Heroica» o «Heroína», por sus propiedades espectaculares. El descubrimiento se le reconoce al químico L. Dreser, en el año 1874.

Los primeros ensayos de la droga se hicieron en la clínica de la universidad de Berlín en 1898 y sus resultados fueron espectaculares; tanto, que se pensó haber encontrado un medicamento que curaba la tuberculosis. Poco después se utiliza pensando que se trataba de un antídoto de la morfina, motivo por el cual fue administrada a todos los morfinómanos de la época con la esperanza de curarles de su hábito. Sin embargo, la realidad fue muy diferente como ha podido comprobarse.

Llega al usuario con una riqueza entre el 5 y el 3%, de manera que entre el 95 y el 97% son sustancias varias, a cual de ellas más peligrosas.

Años más tarde, otra guerra, la del Vietnam, hizo resurgir esta droga, en especial entre la juventud, a la cual nos llamaron «caballo» y otros «jinete de la Apocalipsis».

La heroína es un derivado del opio con efectos analgésicos, e induce al sueño. Es 10 a 15 veces más potente que la propia morfina, de la cual se obtiene por un simple proceso de acetilación.

Cuando es pura tiene el aspecto de un polvo blanco cristalino, de grano tan fino que desaparece por fricción entre los dedos. Cuando es de calidad inferior —contrabando—, posee distintos aspectos: blancuzca, amarillenta, pardo rojiza—, según su grado de pureza.

En el mercado, se encuentra la heroína parda o heroína n.º 1 en grandes panes de color parduzco a gris; en forma de granulado fino y



SUSTANCIAS DE CORTE

color marrón, llamado azúcar tostado —brown sugar— o heroína n.º 3 que contiene cafeína y en algunos casos barbital, también existe la heroína bruta o base, sin aditivos, heroína n.º 2, y la blanca o heroína n.º 4 o heroína pura.

Se toma: «snifada», por ingestión bucal, fumada, y especialmente por inyección venosa.

En la calle es muy raro encontrarla en estado puro, siempre se encuentra «cortada», (mezclada) por lo que es necesario vigilar las muestras puras con el fin de evitar la sobredosis. Pero mucho más peligroso es el «corte», es decir los productos, con que se adultera.

Las muestras que se venden en la calle, acostumbran a ser de 50 a 100 mgr de polvo, «cortada» varias veces y que llega al usuario con una riqueza entre el 5 y el 3%, de manera que entre el 95 y el 97% son sustancias varias, a cual de ellas más peligrosas.

Su precio oscila en el mercado negro; fluctua constantemente DEPENDIENDO del momento, abundancia o escasez de la droga, del día, de la presión policial y sobre todo de la calidad.

La sobredosis de esta droga constituye uno de los principales peligros y es responsable de gran cantidad de muertes repentinas.

La incidencia en el abuso de heroína varía según el país de que se trate. En los EE.UU. se calcula que

En España, en los últimos cuatro años ha aumentado la incidencia de forma alarmante.

existen unos 800.000 adictos. En Francia y Alemania, se calcula que existen unos 150.000 dependientes de esta droga. En España, en los últimos cuatro años ha aumentado la incidencia de forma alarmante. Se calcula que en la actualidad existen en España unas 116.000 personas aproximadamente, adictas a la heroína; hay que señalar la dificultad de realizar estadísticas en este campo.

El individuo dependiente de la heroína debido a que esta droga desarrolla una intensa dependencia física, siente la necesidad de nuevas dosis; puede variar según las circunstancias y el sujeto (de 3 a 4 veces diarias, pudiendo llegar incluso a «picarse» hasta 10 veces en un día).

¿QUE DAÑOS FISICOS CAUSA LA HEROINA?

El dependiente de esta droga presenta un grave deterioro físico y psi-



La tasa de mortalidad entre la población, es de 28 veces más elevada que la de la población en general. Se calcula, que una vez iniciados, si no encuentran y siguen el difícil camino de su curación, su promedio de vida oscila entre los 8 y 10 años.

quico, por lo que tiende a descuidar los mínimos cuidados de higiene.

Las enfermedades del hígado son muy frecuentes, ya que el material que usan cuando se inyectan está casi siempre sucio, debido principalmente al mal uso del mismo (intercambio de agujas, poca limpieza, etc.). La malnutrición de hepatitis vírica, la cirrosis post hepática y las infecciones (SIDA), le llevarán a diversas complicaciones e incluso a la muerte. Con frecuencia sufren tromboflebitis y en consecuencia las posibilidades de muerte por embolia son elevadas. Las infecciones desembocan fácilmente en endocarditis bacteriana y septicemias.

Las muertes por sobredosis son muy frecuentes. La heroína de la calle está siempre adulterada; sin embargo ni el traficante ni el adicto conocen con exactitud su pureza. Algunos individuos después de curas de desintoxicación o de abstinencia forzosa vuelven a inyectarse las mismas dosis a las que anteriormente estaban acostumbrados; sin embargo, durante estos paréntesis la tolerancia ha disminuido considerablemente y lo que antes era una dosis normal y corriente, ahora puede convertirse en una sobredosis con consecuencias mortales.

La tasa de mortalidad entre la población, es 28 veces más elevada que la de la población en general; dado que se inician en la adolescencia y juventud, la muerte antes de los 30 años es cosa normal. Se calcula,

que una vez iniciados, si no encuentran y siguen el difícil camino de su curación, su promedio de vida oscila entre los 8 y 10 años.

¿CUALQUIER PERSONA PUEDE VOLVERSE DEPENDIENTE DE LA HEROINA?

Sí, si está bajo los efectos de la droga en forma repetida y regular, ya que se desarrolla rápidamente a una gran dependencia y surge con gran fuerza el deseo de repetir la experiencia.

¿EXISTE, REALMENTE RELACION HEROINA-DELINCUENCIA?

La heroína como droga depresora del Sistema Nervioso Central, no conduce por sí misma a la delincuencia. Indirectamente sí lo hace, ya que la droga desarrolla una enorme confianza en el sujeto, que unido al relajamiento moral y su forma de vida, le puede conducir a conductas sicopáticas.

La necesidad que sienten por la droga durante los períodos de abstinencia, hace que los sujetos corran enormes riesgos, con tal de conseguirla.

La proporción de crímenes adjudicables al uso de la heroína es muy



Los heroinómanos que quieren curarse y se someten a un programa terapéutico completo, son perfectamente curables.

La dependencia física es más fácil de superar, mientras que la psicológica es mucho más difícil, pudiéndose tardar incluso años en conseguirlo.

saciones, pensamientos, inquietudes, amigos y ambiciones están centrados en la droga; el adicto somete incluso a su propia familia, a su trabajo y a su entorno en general a la dictadura de la heroína. En estas condiciones la readaptación del individuo no resulta fácil y, por el contrario, es sumamente sencillo volver a ella.

La dependencia psicológica es muy intensa y se hace sentir a través de los recuerdos. La dependencia física es más fácil de superar, mientras que la psicológica es mucho más difícil, pudiéndose tardar incluso años en conseguirlo.

¿QUE ES LO QUE ESTAN HACIENDO LOS ORGANISMOS OFICIALES PARA AYUDAR A LOS HEROINOMANOS QUE QUIEREN CURARSE?

Realmente, no creemos que sean los organismos oficiales los más adecuados para —ellos directamente— abortar la terapéutica de los heroinómanos.

El heroinómano en un enfermo, pero no podemos confundirlo con un

enfermo convencional, su enfermedad se desarrolla a tres niveles simultáneos: a nivel físico, a nivel psicológico y a nivel social. Se olvida casi sistemáticamente este tercer nivel y sus consecuencias concretas. El heroinómano es una persona, que se apartó de la sociedad, lleva mucho tiempo marginado de ella. La sociedad le rechaza y él vive de espaldas a ella. Sus robos, atracos, etc., no sólo son la forma de proveerse de la dosis de droga que necesita, sino a la vez es una forma de manifestar, su repudio a la sociedad. Así la castiga.

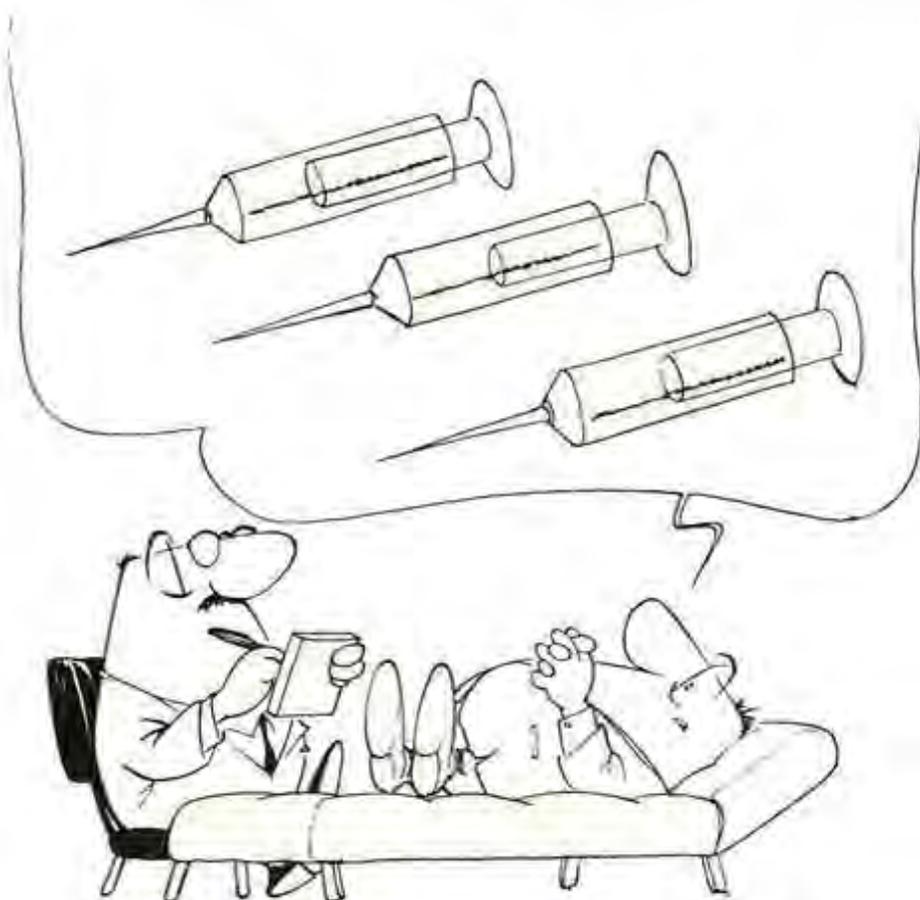
El heroinómano ha tenido que vivir escondiéndose de la sociedad y de sus fuerzas de orden público. Desde esta realidad, la posible oferta terapéutica de un centro oficial no representará ninguna motivación especial para que el joven heroinómano quiera curarse.

Esto, en los Estados Unidos lo saben muy bien. En este tema tan delicado no caben «inventos», es la vida de miles de jóvenes la que está en juego. La línea segura es la que ofrece Estados Unidos; no en vano es el país donde primero empezó el terrible problema de la droga, y, en consecuencia, es el país con más dilatada experiencia en combatirla.

En los Estados Unidos los centros de curación de heroinómanos son privados y fuertemente subvencionados por el estado que a la vez ejerce una supervisión.

Hay que tener en cuenta que llevan prácticamente veinte años luchando contra la droga y evalúan rigurosamente los resultados de todas sus actuaciones y campañas. Como resultado de esta experiencia, los centros de curación de heroinómanos son privados y fuertemente subvencionados por el estado que a la vez ejerce una supervisión de la labor terapéutica que realizan las distintas instituciones privadas.

Como resultado, se observa que mientras en España y demás países europeos el número de jóvenes que van quedando enganchados a la he-



roina sigue aumentando sin cesar, en Estados Unidos el número de heroinómanos está descendiendo.

Las comunidades terapéuticas en Estados Unidos cubren las necesidades de la demanda. Todas ellas son privadas (reciben financiación del dinero federal, del presupuesto del Estado y de los fondos del Condado). El papel principal lo desarrollan los profesionales titulados. El papel de los ex-toxicómanos es de apoyo y colaboración.

La posible oferta terapéutica de un centro oficial no representará ninguna motivación especial para que el joven heroinómano quiera curarse.

¿QUE ES LA METADONA? ¿SON EFECTIVOS LOS TRATAMIENTOS CON ESTA SUSTANCIA?

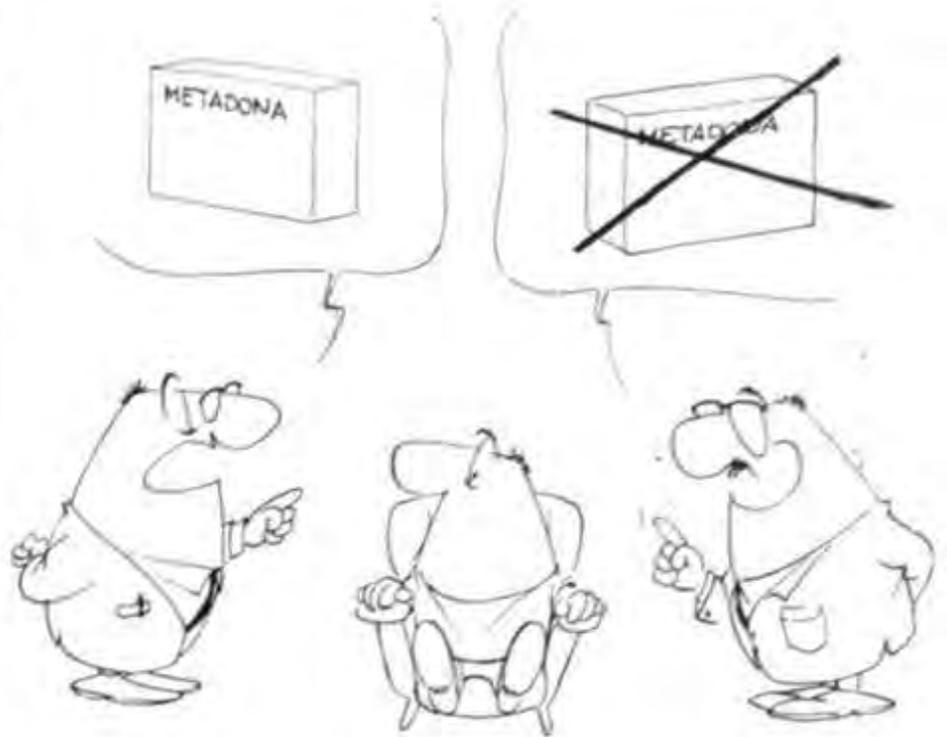
Sustancia aislada en 1941 por un grupo de científicos alemanes. Se la utiliza para sustituir a los derivados del opio en la terapia contra el dolor.

Su empleo desarrolla tolerancia y dependencia; sin embargo, aparecen más lentamente que en el caso de la morfina y aunque posee propiedades toxicománicas bien marcadas, su empleo conlleva mucho menos riesgo. También los síntomas de abstinencia son menos severos y además aparecen muy lentamente, por lo que se la utiliza en los tratamientos de desintoxicación de la morfina y heroína.

Se trata de un polvo blanco, fino al tacto, soluble en agua y en otros disolventes.

En España ya se han detectado casos de uso ilegal de esta droga, cuya fuente de suministro son los desvíos del mercado legal (falsificación de recetas, robos en farmacias y hospitales, tratamientos ambulatorios y otros).

Cuando a un heroinómano se le da metadona por vía oral, las molestias propias del síndrome de abstinencia por opiáceos no aparecen, ya que estamos sustituyendo una droga por otra cuyo síndrome de abstinencia es mucho más largo.



El empleo de esta droga en los últimos tiempos ha alcanzado enorme popularidad en determinados centros de desintoxicación. Sin embargo, todavía no existe una total unanimidad en cuanto a sus resultados.

¿EXISTEN VARIOS METODOS DE DESHABITUACION CON METADONA?

Existen dos métodos generales durante unos 10/15 días, con el fin de disminuir los síntomas de la abstinencia. Pasado este periodo, el paciente continua con tratamiento de rehabilitación psicológica, laboral y de inserción social.

Otro método, utilizado especialmente en los EE.UU., consiste en la administración de la droga como terapia de mantenimiento y de forma permanente. Estos enfermos llegan a depender de la metadona y necesitan dosis diarias de esta droga.

¿CUALES SON LOS INCONVENIENTES Y LOS RIESGOS DE LA METADONA?

Estos tratamientos tienen el inconveniente de que, tanto la depen-

El empleo de metadona sin control, puede producir la muerte por sobredosis.

dencia de la droga como la necesidad de tener que asistir diariamente al establecimiento sanitario todos los días para recibir su dosis, pueden ser de interferencias en el trabajo, estudios o actividad general del individuo que la utiliza.

Los riesgos del empleo de la metadona en los tratamientos de deshabitación y de sostén son escasos, ya que sus dosis son calculadas y administradas por personal especializado.

Sin embargo el empleo de metadona sin control, puede producir la muerte por sobredosis, ya que el individuo no conoce las dosis apropiadas o no posee la tolerancia apropiada.

Pero quizá el inconveniente más grave consiste en que con frecuencia el adicto vende buena parte de sus dosis en el mercado negro, con lo que se financia inmediatamente heroína.

LA COCAINA

¿POR QUE SE CONSUME COCAINA?

Se consume fundamentalmente porque los efectos euforizantes de esta droga a corto plazo son muy numerosos e intensos. Algunos individuos, en especial de clases acomodadas, lo consideran como un snobismo.

La cocaína modifica intensamente la efectividad, provocando sentimientos de superioridad y de aparente fuerza física. Estos sentimientos van acompañados de una reducción momentánea de la fatiga, la cual permanece enmascarada bajo los efectos de la droga.

¿CUALES SON LOS EFECTOS INMEDIATOS Y A LARGO PLAZO DE LA COCAINA?

Los efectos sobre la actividad sexual, tan prolongados, no han sido demostrados científicamente. A este respecto existen diferentes teorías: 1) - que exalta la función sexual por estimulación del Sistema Nervioso Central. 2) - que desbloquea la inhibición por aumento de la autoconfianza. 3) - que influye por sugestión al ser considerada esta droga como el símbolo de la «dolce vida». Sin embargo, lo que sí está claro, es que el uso crónico de esta droga produce —entre otras consecuencias— en el hombre la pérdida de la erección y eyaculación, y en la mujer es causa de frigidez.

Uso crónico de esta droga produce en el hombre la pérdida de la erección y la eyaculación, y en la mujer es causa de frigidez.

Inmediatos: exaltación del estado de ánimo, disminución de la fatiga y una aparente mayor lucidez. Este



estado de euforia dura aproximadamente una hora, transcurrida la cual aparece el cansancio, la apatía y la angustia, lo que provoca que el individuo debe ingerir más dosis. En el estado de euforia, los sujetos suelen ser más rápidos en los cálculos y en la asociación de ideas, aunque suelen cometer más errores.

A largo plazo los efectos dependen de la dosis y de la frecuencia de las tomas. La inhalación repetida provoca erosiones en la mucosa nasal —rinitis—, en algunos casos se observan ulceraciones e incluso rotura del tabique nasal, pérdida de la erección y eyaculación, en el hombre y frigidez en la mujer.

¿HAY RELACION COCAINA-DELINCUENCIA?

La cocaína por su capacidad estimulante, facilita las conductas violentas, sobretodo en las personas predispuestas a ello. Algunas veces es utilizada para despertar la confianza en sí mismo y poder así cometer cualquier otro delictivo, que sin su influencia no serían capaces de realizar. La cocaína proporciona lucidez momentánea y suficiente control (a diferencia del alcohol, que entorpece la ejecución del acto).

Provoca reacciones paranoicas o psicóticas, por lo que el individuo puede reaccionar de forma agresiva

al presumir que se siente perseguido o simplemente vigilado.

¿CUALES SON LAS CONSECUENCIAS PRINCIPALES DEL CONSUMO DE COCA?

El individuo se vuelve irritable, intranquilo y desganado. Los cuadros de paranoia y delirio persecutorio se presentan con frecuencia en la psicosis cocaínica; durante estos períodos, aparecen alucinaciones visuales y experimentan experiencias terroríficas. Cuando la cocaína se utiliza por vía venosa, los efectos son más rápidos y las intoxicaciones más fuertes que cuando es snifada.

¿PRODUCE DEPENDENCIA LA COCAINA?

No existe evidencia clínica de que la cocaína produzca dependencia física y síndrome de abstinencia. En cambio la dependencia psicológica es muy fuerte, lo que provoca un aumento de su consumo.

Pasados los efectos de la droga, se siente apatía, depresión, irritabilidad, sensaciones que pueden persistir durante muchos días. Para evitar este doloroso estado, el sujeto recurre de nuevo a la droga, con lo cual empieza de nuevo el ciclo.

EL "PORRO"

¿QUE ES EL «PORRO» Y EL «CANUTO»

El popular PORRO español, es una mezcla de tabaco rubio —Fortuna es el más utilizado— con una pequeña cantidad de haschisch.

El CANUTO, es el típico cigarrillo de marihuana, sola o mezclada con tabaco negro.

La resina de cannabis disuelta en alcohol y luego destilada, produce un producto muy concentrado, con aspecto de aceite viscoso, parecido al aceite de automóvil usado. Posee color verde oscuro a pardo, es insoluble en agua en la que flota y desprende un fuerte olor aromático muy típico. Se trata del ACEITE DE HASCHISCH. Su fuerte concentración de THC, unido a su reducido volumen ha hecho de este producto uno de los más solicitados en el contrabando.

Existen muchos prejuicios con respecto a la marihuana.

La información sobre esta droga ha provocado diferentes actitudes sociales, que van desde un total y temeroso rechazo, hasta el otro extremo que aboga por su liberalización.

Muchos piensan que el uso de esta droga pertenece solo a grupos determinados, como pueden ser los hippies, marginados, desempleados, delincuentes, etc. Sin embargo la información que se tiene en la actualidad demuestra que la realidad es otra y que la droga no es utilizada exclusivamente por determinados grupos.

Existe una actitud ambivalente frente a la marihuana, de aceptación y rechazo social, lo que mantiene las actitudes y opiniones no científicas alrededor de este tema.

¿CUALES SON LOS EFECTOS DE LA MARIHUANA?

La marihuana produce efectos diferentes, según sea la dosis de THC ingerida. No es lo mismo, fumar marihuana mexicana con un contenido entre 5 y 10 mgrs. de THC, que la procedente de Africa o del Líbano, cuyo contenido en THC, es infinitamente superior.

La personalidad del consumidor

influye también en sus efectos, ya que éstos están siempre sujetos a lo que el individuo espera obtener de la droga. Como ejemplo de ello podemos citar el snobismo de fumar cáscaras de plátano, con lo que muchos individuos han creído revivir episodios psicodélicos, cuando en realidad es imposible, dado que estas cáscaras son químicamente inactivas.

La mayoría de fumadores sufren un aumento de las pulsaciones, enrojecimiento de los ojos, sequedad de boca y garganta, disminución de la temperatura y aumento del apetito. Algunos sienten euforia, mientras que otros se relajan, existiendo una predisposición para la risa. Au-

menta la percepción de todos los sentidos, estando alterada en algunos de ellos.

A nivel mental, se observan pérdidas de memoria y distorsiones en la percepción del tiempo y lugar. Si presenta alucinaciones visuales y auditivas.

En ocasiones se observan reacciones de ansiedad y pánico —ma viaje— especialmente entre los principiantes. Individuos ya experimentados pueden también sufrir un ma viaje, como consecuencia del empleo de marihuana en dosis muy altas y no acostumbradas.

Otras veces se observan sentimientos de pérdida de control y sensación de volverse locos.





La marihuana produce un aumento de tolerancia, la cual provoca el desarrollo de dependencia psicológica.

La marihuana produce un aumento de tolerancia, la cual provoca el desarrollo de dependencia psicológica: ello implica que cada día se necesita mayor cantidad para apreciar idénticos efectos, y por otro lado se siente la necesidad de continuar con la droga por miedo a lo que pueda sobrevenir.

Existen evidencias de que el uso de esta droga produce daños cromosomáticos clínicamente signifi-

cativos. Sin embargo, esta cuestión se encuentra todavía pendiente de dictaminar de forma definitiva.

La mezcla de marihuana y alcohol, hace que la frecuencia cardíaca disminuya su ritmo de forma abrupta. En algunos casos se constata una disminución a solo 40 latidos por minuto. El consumo de ambas sustancias simultáneamente es más peligroso que si solo se usan aisladamente. La conducción de automóviles bajo la influencia de ambas sustancias, resulta extremadamente peligrosa.

Entre los consumidores de marihuana se dan gran número de accidentes de tráfico, debido a problemas de habilidad para conducir, consecuencia de los trastornos en la concentración; Estos problemas, junto con la habilidad motora, perduran varias horas pasada la última toma y sin que el individuo se percate de ello, lo que constituye un mayor peligro.

LOS BARBITURICOS

¿QUE SON LOS BARBITURICOS?

Son compuestos derivados del ácido barbitúrico, poseen propiedades hipnóticas y a dosis pequeñas actúan como sedantes.

Fueron aisladas en el año 1863 por von Bayer en el día de Santa Bárbara, por lo que fueron bautizadas como compuestos barbitúricos. Sin embargo no fueron utilizados hasta finales de 1903 en que se aisló el Veronal —ácido dietilbarbitúrico—. Desde esta fecha se han ido aislando, fabricando y comercializando más de 500 compuestos, de entre los cuales destacan por su importancia, el pentotal, veronal, barbital, fenobarbital o luminal, etc.

El consumo de estas drogas es realmente asombroso. Sin embargo el mercado negro o contrabando ha sido prácticamente inexistente hasta la actualidad, debido a su fácil adquisición en farmacias. Hoy en día ya se detectan casos de contrabando de estas drogas.

Inicialmente se administraban por vía oral; sin embargo poco a poco se ha ido sustituyendo por la vía venosa. Puramente se toman solos, casi



Estas drogas poseen un fuerte potencial para provocar dependencia, tolerancia y abstinencia.

siempre asociados con alcohol, estimulantes, morfina o heroína. Son muy utilizados como medio para llegar al suicidio.

Estas drogas poseen un fuerte potencial para provocar dependencia, tolerancia y abstinencia. Es importante recalcar estas propiedades, ya que muchas personas desconocen que el cuadro de tolerancia y abstinencia resulta con frecuencia más intenso y severo que el que se desarrolla en la privación de la heroína.



Peco 1978