

NALTREXONA

un nuevo camino

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

- **PRESIDENTE** PROF. JOSEP DE MIRANDES I GRABOLSA,

- 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 Piera, Presidente de la Unió de las Cámaras Oficiales de Comercio Industria y Navegación.

Excmo. Sra. Dña. 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- 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 Socifoga.

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 1ª Tel. 318 83 01

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

Programa Terapéutico - Prevención contra la Droga
Entidad reconocida e inscrita por el Ministerio del Interior
con el n.º 51.848, Generalitat con el N.º 6.538
y UNESCO con el N.º VIM - ICO 5.041 - ESP. 987/7/84/421

Redacción y administración
C/. Mayor de Gracia Nº 92
Tel. 93 217 9738 - 08012 Barcelona



MAYO DE 1990
AÑO II - N.º 8

SUMARIO

SUMARIO	3
EDITORIAL	5
EL CELUPÁN EN LA DESHABITUACIÓN DE LA HEROÍNA	7
NUEVAS FRONTERAS EN EL TRATAMIENTO ANTIDROGA	21
UN AÑO DE TRABAJO	25
PORQUE TÚ, ERES UNA PERSONA	29
SEGUIMIENTO CLÍNICO, EN ATENCIÓN PRIMARIA, DEL PACIENTE INFECTADO POR EL VIH	33
UNA MUERTE MÁS	39
CAJÓN DE SASTRE	41
SUGERENCIAS PARA AYUDAR A UN TOXICÓMANO	45
EL FENÓMENO DE LA SOBREDOSIS	47
LA DROGA MATA: CRÉEME	52
ESTUDIO "SOBRE LA COCAÍNA"	53
HISTORIA CLÍNICA DE UNA TOXICOMANÍA	71
COMUNIDAD VALENCIANA ¡NO A LA DROGA!	79
VENTANA AL NORTE	81
MUERTES POR SOBREDOSIS	83
NO DESESPERES, SÍ HAY SALIDA	85
DROGAS DE DISEÑO	87
LOS TRANQUILIZANTES	95
LAS ANFETAMINAS	97
LOS ALUCINÓGENOS	100
LOS INHALANTES	102
LA PREVENCIÓN DE LAS DROGAS	105
LA DROGA Y LA CONTRACULTURA	108

«EL CELUPAN (naltrexona clorhidrato) en la deshabituación de la heroína»



Sr. Javier Felip Baquer

Introducción

La dependencia a opiáceos ha sido descrita como una enfermedad crónica, recidivante y de pronóstico desfavorable (1). En 1966, Martin (2) sugirió el empleo de antagonistas de opiáceos con el fin de prevenir la recaída.

Con esta intención se estudió la naloxona, un potente antagonista que no obstante ha sido prácticamente abandonado por su escasa absorción por vía gastrointestinal y la breve duración de su acción (3, 4). La nalorfina, otro antagonista opiáceo, ya no se usa con esta indicación, habiendo demostrado efectos centrales de tipo psicoticomimético (disforia) (5).

Otro antagonista que también tiene una actividad parcial agonista es la ciclazocina, que ofrece una buena absorción per os y una larga duración de acción (6, 7, 8, 9), pero que posee también importantes efectos secundarios.

La metadona es un agonista con larga duración de acción (10). Se emplea, al igual que los otros agonistas de similares características cinéticas, en la terapia de mantenimiento. Sin embargo, el uso de la metadona u otros agonistas de los receptores opiáceos viene a sustituir una sustancia que provoca dependencia por otra. Al contrario, la mejor medida en este sentido parecería ser la sustitución por un antagonista opiáceo puro dotado de las características oportunas.

La naltrexona es el fruto de la búsqueda de un antagonista de tales características. Esta molécula es estructuralmente idéntica a la naloxona, con la excepción de que, en lugar del radical N-álil de ésta, presenta una estructura ciclopropilmetilica. La naltrexona es, además, un antagonista puro de larga duración de acción y con buena absorción oral (11).

La naltrexona fue sintetizada en 1965 por Blumberg y Dayton (12). Este mismo año fue creado el Comité para la Valoración de los antagonistas de los

opiáceos de la Academia Nacional de las Ciencias (13), que permitió el estudio de la naltrexona en cinco centros.

La naltrexona es un antagonista que no provoca dependencia y posee un nivel mínimo de efectos secundarios (10). Al no causar dependencia, este fármaco no está sometido a control por parte de la D.E.A. (Drug Enforcement Administration).

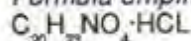
Características fisicoquímicas

Denominación común internacional (D.C.I.):
Naltrexona clorhidrato.

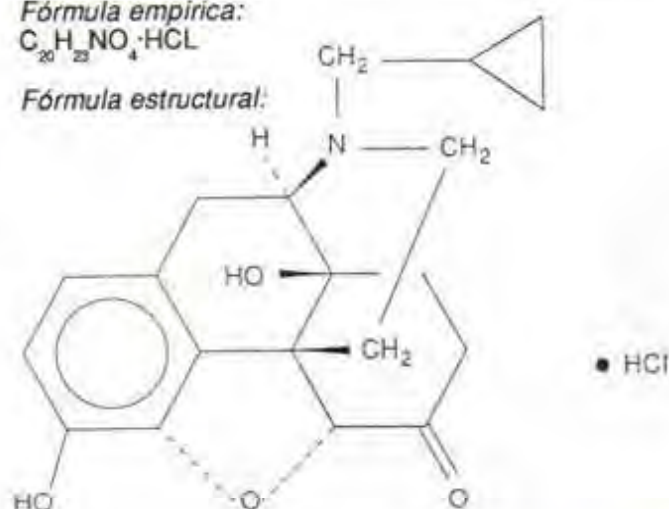
Denominaciones químicas:

- (5 α)-17-(ciclopropilmetil)-4,5-epoxi-3,14-dihidroximorfinan-6-ona, clorhidrato.
- 17-ciclopropilmetil-4,5 α -epoxi-3,14-dihidroximorfinan-6-ona, clorhidrato.
- N-ciclopropilmetil-14-hidroxinordihidromorfinona, clorhidrato.

Fórmula empírica:



Fórmula estructural:



Peso molecular:
377,87

Descripción:
polvo blanquecino

Punto de fusión:
269-271°C

Solubilidad:

en agua (pH 7,4) (37°C) = 165 mg/ml.
en agua (pH 7,52) (25°C) = 87 mg/ml.
en metanol (25°C) = 10 mg/ml.

Farmacología

Farmacología específica

La actividad antagonista de los opiáceos de la naltrexona ha sido investigada en estudios *in vitro* e *in vivo*.

Estudios *in vitro*:

La investigación de la fijación a las membranas cerebrales de la rata ha demostrado la inhibición competitiva por parte de la naltrexona de la fijación de la ^3H -naloxona y ^3H -dihidromorfina al receptor "mu" con una afinidad 5 veces superior a la naloxona.

Se demostró también una buena correlación entre la afinidad de fijación de receptores y la actividad *in vivo* estudiada mediante el "Straub tail test" realizado en el ratón con etonitazeno.

Estudios *in vivo*:

La naltrexona demostró ser muy activa como antagonista de las manifestaciones inducidas por la administración en el animal de sustancias similares a la morfina ("Straub tail test", catalepsia, pérdida del

reflejo de enderezamiento, depresión respiratoria, analgesia, reaparición del síndrome de abstinencia después de interrumpir el tratamiento con opiáceos).

La naltrexona es capaz de desplazar la curva de dosis/efecto del "Straub tail test" y de prevenir la catalepsia por morfina con dosis de 0,012 mg/kg s.c. (subcutánea) y 0,63 mg/kg per os (por boca).

En el "Straub tail test", la potencia de la naltrexona administrada por vía subcutánea fue 1,5 veces superior a la de la naloxona y por lo menos 11 veces superior administrando la naltrexona por vía oral.

En la pérdida del reflejo de enderezamiento, la DE_{50} de la naltrexona *i.v.* fue de 0,0032 mg/kg y en la prevención de la depresión respiratoria, fue de 0,020 mg/kg (12). (Fig. 1).

En la prevención de la catalepsia por morfina, la potencia de la naltrexona s.c. fue 3 veces superior a la de la naloxona y 8,6 veces superior administrando la naltrexona por vía oral.

En el mono toxicodependiente, la dosis de 0,0078 mg/kg s.c. de naltrexona precipitó un síndrome de abstinencia de intensidad leve a moderada, mientras que la dosis de 0,0625 indujo un síndrome de abstinencia grave.

La actividad como antagonista de los opiáceos de la naltrexona se valoró *in vivo* en el ratón y en la rata.

En el ratón, el test de contorsiones permitió calcular una DE_{50} s.c. de 43,5 mg/kg y una DE_{50} p.o de 118 mg/kg. El efecto anticonvulsionante se observó sólo a dosis cercanas al nivel tóxico.

En la rata, utilizando la misma prueba, la DE_{50} s.c. fue mayor de 102,4 mg/kg y prácticamente inactiva, como demuestra la actividad agonista insignificante del fármaco.

Farmacología general

En el sistema nervioso central (SNC), en la rata no se observaron efectos ni en el test conductual, ni

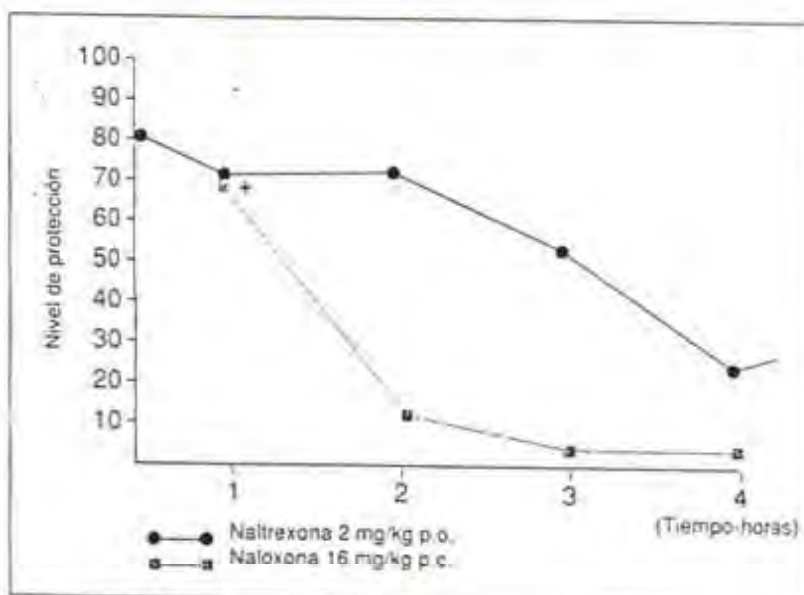


Fig. 1. Naloxona y naltrexona: duración del bloqueo narcótico tras la administración oral en el ratón, medida a través de la prevención de la pérdida del reflejo de enderezamiento inducida por oximorfona (1 mg/kg s.c. ⁽²⁾)

en la respuesta condicionada de evitación donde la naltrexona resultó inactiva a dosis de 5 y 50 mg/kg s.c. En el ratón, el test conductual puso de manifiesto ataxia ($DE_{50} = 187$ mg/kg) y pérdida del reflejo auricular ($DE_{50} = 450$ mg/kg).

En el sistema nervioso autónomo (SNA), en el test realizado sobre ileon de cobaya, se encontró un efecto muy leve de depresión de la contractibilidad inducida eléctricamente. In vivo, en presencia de efectos evidentes sobre el SNA, no se observó ninguna muerte hasta 324 mg/kg per os ni en el ratón ni en la rata.

En el sistema cardiovascular, no se observó ninguna variación significativa de la presión en la rata a dosis de 100 mg/kg per os y en el perro a dosis de 50 mg/kg per os. En el conejo, se comprobó una caída transitoria de la tensión en la arteria carótida a la dosis de 3 mg/kg i.v.

Tests realizados in vitro con tráqueas de cobaya, sólo han mostrado, a nivel del tracto respiratorio, una acción traqueodilatadora muy leve sin efecto espasmógeno alguno sobre la musculatura lisa. En el conejo anestesiado, no hubo ninguna modificación de la frecuencia respiratoria a la dosis de 1,5 mg/kg i.v. y en el perro consciente a la dosis de 50 mg/kg per os.

La naltrexona ejerció un efecto muy leve sobre el aparato gastrointestinal al deprimir la contractibilidad inducida en el ileon de cobaya.

En el transcurso de estudios toxicológicos llevados a cabo en numerosas especies animales, no se observó ningún efecto anoréxico significativo atribuible al tratamiento.

La naltrexona modificó los niveles plasmáticos de testosterona y de la hormona luteinizante con disminución de la actividad sexual en el mono (14).

Farmacocinética

Absorción:

La naltrexona se absorbe bien tras la administración por vía oral, alcanzando niveles plasmáticos máximos a la hora en la mayoría de los individuos (15) (muy similar a la administración por vía intravenosa).

Vías metabólicas:

Una fracción considerable de la naltrexona absorbida sufre el fenómeno de primer paso hepático, dando origen a varios metabolitos.

Las vías metabólicas son varias, la principal es la reducción del grupo 6-oxo al grupo 6-β-hidroxi. Otra vía es la de conjugación (16).

Metabolitos:

El principal es el 6-β-naltrexol. Éste alcanza niveles plasmáticos al menos 10 veces más elevados que los niveles de la sustancia original (17, 18).

Distribución:

La distribución de la naltrexona sigue un modelo

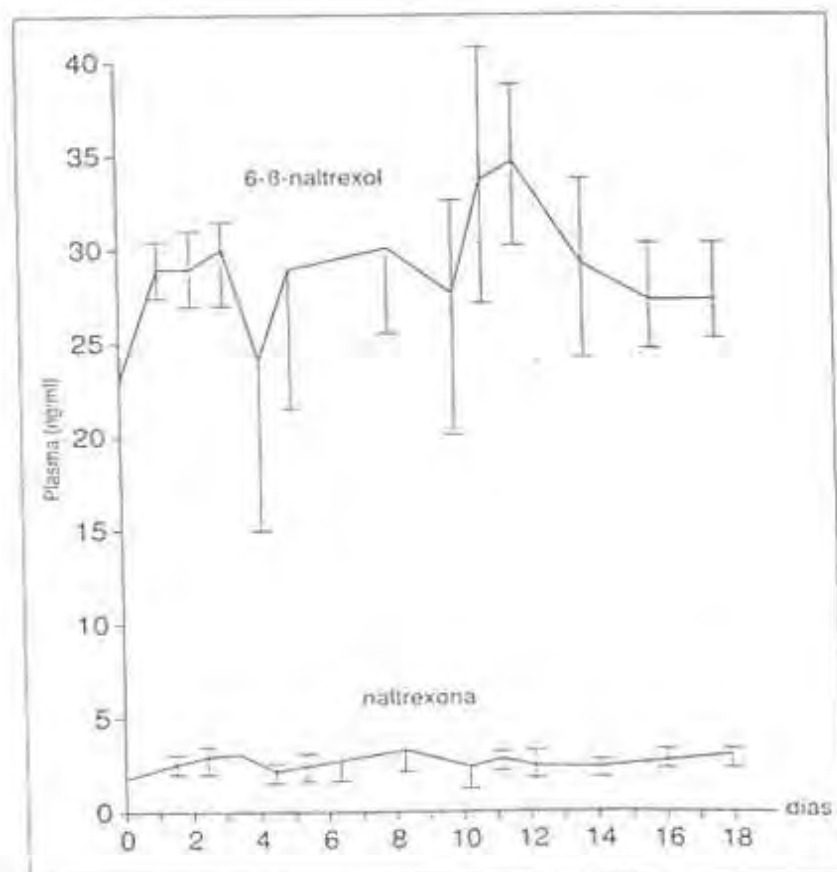


Fig. 2: Niveles plasmáticos de naltrexona y 6-β-naltrexol 24 horas después de una dosis diaria de 100 mg. Los resultados del día 0 representan los niveles plasmáticos 24 horas después de la administración aguda. Cada punto representa la media ± desviación standard.²¹

bicompartmental (19). El volumen de distribución aparente es de, aproximadamente, 1.350 l. (16,20). La fracción no metabolizada pasa rápidamente a tejidos desde donde se libera lentamente a la circulación.

Unión a las proteínas:

La unión de la naltrexona a las proteínas plasmáticas es baja, aproximadamente el 21% (21). Por esto es poco probable que el fármaco pueda desplazar, o ser desplazado por otros fármacos.

Eliminación:

La naltrexona y sus metabolitos se eliminan fundamentalmente por vía renal (24, 25). El aclaramiento renal es de 127 ml/min., lo cual indica que el

fármaco se elimina sólo por filtración. Una pequeña fracción de naltrexona se elimina con las heces (24).

Aclaramiento:

127 ± 5,2 ml/min.

Vida media:

naltrexona: 3,92 ± 2,51 h (23).
6-β-naltrexol: 12,88 ± 4,82 h (26).

Variaciones farmacocinéticas:

Existe una variabilidad inter e intraindividual en la farmacocinética de la naltrexona y del 6-β-naltrexol, como es de esperar en un fármaco sometido a fenómeno de primer paso (18).

Concentraciones plasmáticas medias de naltrexona

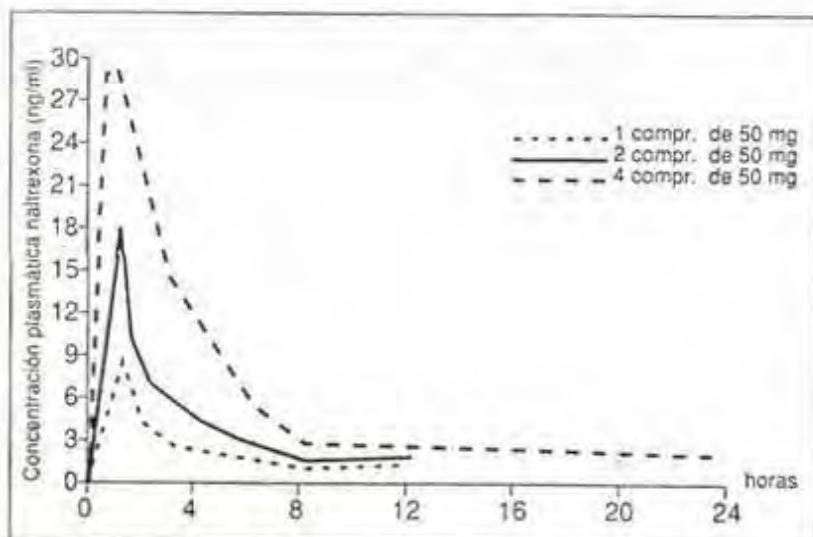


Fig. 3: Concentraciones plasmáticas medias (n = 24) de naltrexona tras la administración de 1, 2 ó 4 comprimidos de 50 mg²³.

Concentraciones plasmáticas medias de 6-β-naltrexol

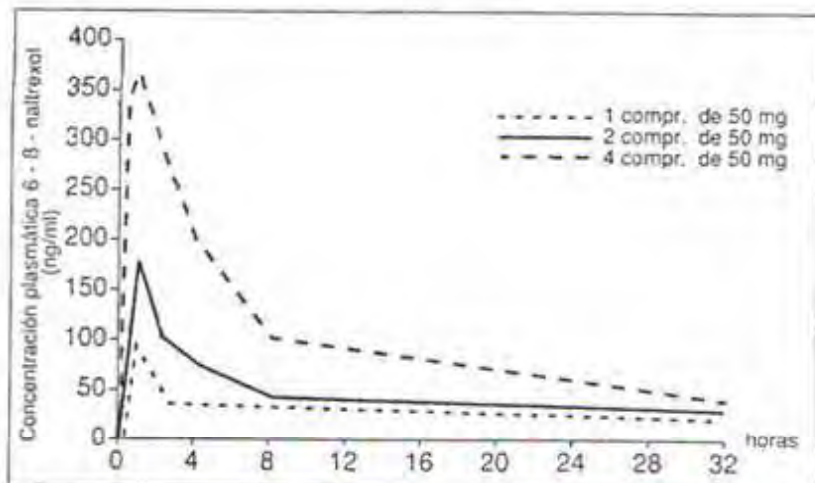


Fig. 4: Concentraciones plasmáticas medias (n = 24) de 6-β-naltrexol tras la administración de 1, 2 ó 4 comprimidos de 50 mg²³.

Farmacodinamia

Se ha demostrado la existencia de cuatro receptores a los opiáceos "mu", "kappa", "sigma" y "delta" (27, 28).

Los receptores "mu" están implicados principalmente en la analgesia, euforia, depresión respiratoria y dependencia física.

Los receptores "kappa", principalmente en la analgesia y sedación.

Los receptores "delta", en la anestesia y los efectos cardiovasculares.

Los receptores "sigma", en la distoria y las alucinaciones.

La nalorfina y la ciclazocina son antagonistas competitivos de los receptores "mu", y también poseen una actividad agonista de los receptores "kappa" y "sigma" (27).

La naltrexona ejerce una acción antagonista competitiva de los "mu", "kappa" y "delta" (29, 30, 28, 26, 31, 32). En el hombre, su potencia antagonista es 17 veces superior a la nalorfina (33). Una dosis de 50 mg de naltrexona es capaz de bloquear la acción de la heroína durante 24 h 100 mg lo hacen durante 48 h y 150 mg durante 72 h (22).

La naltrexona es una antagonista casi puro. De hecho, sólo presenta una leve actividad agonista, evidenciada por la leve miosis durante su administración crónica (22).

Toxicidad subaguda:

La administración intravenosa de naltrexona en el perro durante 3 semanas a dosis hasta 20 mg/kg/día dio lugar a la aparición de hematemesis (relacionada con la dosis), aumento de la diuresis, aumento de la actividad motriz espontánea y baja incidencia de disminución del lagrimeo. Todos los animales sobrevivieron. No se encontró en ningún grupo modificación bioquímica y/o hematológica alguna que pudiera correlacionarse con el tratamiento. En el examen macroscópico e histológico, se observó una disminución del peso de las suprarrenales en las hembras, de todos los grupos, con hallazgos histológicos normales.

En el ratón, la administración de naltrexona por vía s.c. a dosis de 3 y 15 mg/kg/día durante 30 días no produjo ninguna variación correlacionable con el tratamiento ni el estado general ni en el examen macroscópico e histológico. Con dosis de 300/kg/día, se observaron ligeros cambios en el comportamiento, una leve reducción del desarrollo ponderal de los machos, un leve aumento de la azoemia en las hembras, una leve disminución de la hemoglobina, un leve aumento del peso del hígado y de las suprarrenales. Todos los animales sobrevivieron.

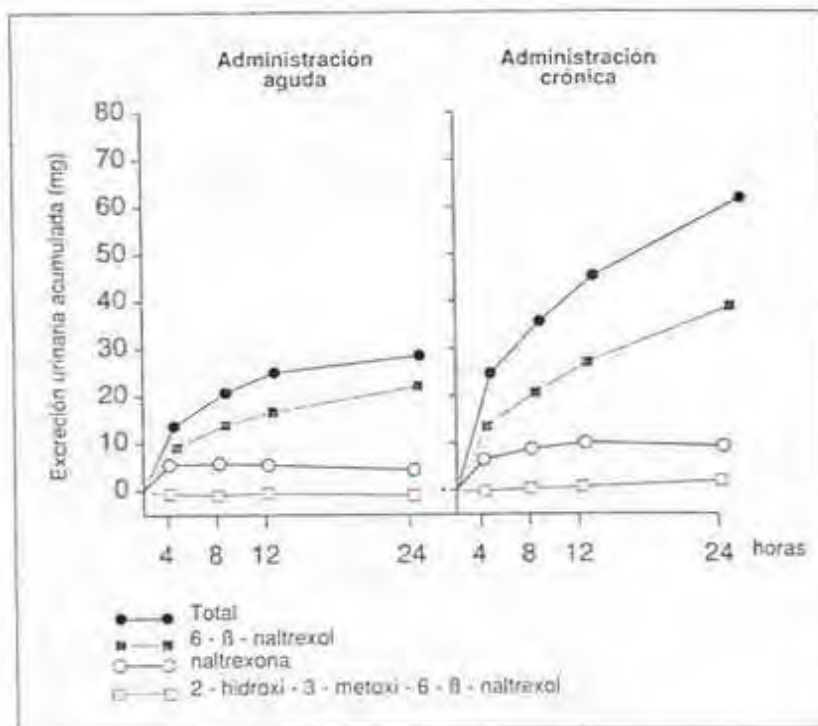


Fig. 5: Excreción urinaria de naltrexona y sus metabolitos tras el tratamiento agudo y crónico con naltrexona²².

Toxicología

Toxicidad aguda:

Los estudios de toxicidad aguda realizados en el ratón, rata, cobaya, perro, mono (34), han dado los siguientes resultados:

Toxicidad crónica:

La administración en el mono de naltrexona por os a dosis hasta 20 mg/kg/día durante un año se mostró generalmente inocua. Se señalaron disminuciones de la ingesta de agua (35, 36, 37) y anorexia (38), pero no está claro si estos efectos son atribui-

Animal	Sexo	Vía de administración		
		Oral	Intravenosa	Subcutánea
Ratón	♂ ♀	1100	95	570
Rata	♂ ♀	1450	110	1930
Cobaya	♂ ♀	1490		301
Perro	♂ ♀	>130	117	200
Morfo	♂ ♀	3000		

bles directamente a la naltrexona o si se trata de manifestaciones secundarias a su acción antagonista sobre las endorfinas.

Carcinogénesis:

No se observó ningún aumento de la incidencia de tumores en los animales tratados con el fármaco.

La naltrexona se administró a ratones per os durante 24 meses a dosis de 30 y 100 mg/kg/día. La incidencia de tumores al final del estudio fue del 44% a la dosis de 30 mg/kg/día, del 40% a la dosis de 100 mg/kg y del 52% en los controles. La aparición de tumores a lo largo del tiempo no pudo correlacionarse ni con la dosis ni con el sexo.

La administración de naltrexona per os a ratas durante 24 meses a dosis de 30 y 100 mg/kg/día no produjo ninguna evidencia de aumento en la incidencia de tumores en los animales tratados con el fármaco respecto a los controles (frecuencia de aparición de tumores: 30 mg/kg/día = 48%; 100 mg/kg/día = 37%; control = 41%).

Por consiguiente, la naltrexona está totalmente desprovista de potencial carcinogénico.

Mutagénesis:

Los estudios realizados para valorar la mutagenicidad genética y cromosómica han dado resultados positivos en alguna prueba in vitro; sin embargo, ha habido un número significativo y relevante de respuestas negativas tanto en los test in vitro como en los estudios in vivo.

Ello permite concluir que la naltrexona no es un agente mutágeno.

Teratogénesis:

Se administró naltrexona a ratas hembras desde el 6.º hasta el 15.º día de la gestación, a dosis de 20, 60 y 200 mg/kg/día. No se observaron efectos o anomalías fetales evidentes correlacionables con el tratamiento.

Estudios de fertilidad y toxicidad peri y postnatal:

Estudios realizados en la rata con administración

de naltrexona per os a dosis hasta 100 mg/kg/día produjeron una leve disminución de la fertilidad y una mayor frecuencia de pseudoembarazos con una duración normal de la gestación. Además, hubo un aumento de los animales nacidos muertos y disminución de la supervivencia; las crías presentaban una talla, reflejos, desarrollo físico, comportamiento, desarrollo sexual y capacidad reproductiva normales. No se observó ninguna anomalía evidente atribuible al tratamiento.

En la rata, la naltrexona se administró per os a dosis de 10, 30 y 100 mg/kg/día desde el 15.º día de la gestación hasta el 21.º día después del parto. En el animal madre, se observaron aumento de la salivación, disminución dosis-dependiente del desarrollo ponderal con disminución del efecto a medida que proseguía el tratamiento. La duración de la gestación fue normal.

En cuanto a las crías, tanto el número de animales nacidos como su desarrollo fueron normales. No se observaron anomalías evidentes atribuibles al tratamiento.

Parto y lactancia:

Se desconoce la influencia de la naltrexona en la duración del trabajo del parto. Asimismo, no se sabe si la naltrexona pasa a la leche materna. Sin embargo, como la mayoría de fármacos son excretados a la leche, la administración de la naltrexona a la mujer lactante debe ser valorada cuidadosamente (39).

Valoración clínica

Se han realizado numerosos estudios de farmacología clínica con la finalidad de perfilar la dosis terapéutica y la eficacia de la naltrexona.

En el estudio realizado por Martin (33) para valorar los efectos antagonistas de la naltrexona en sujetos toxicodependientes, se halló que la dosis de 50 mg/día de naltrexona es suficiente para anular el efecto de 15-30 mg de morfina. De 30 a 50 mg de naltrexona evitaron ampliamente la dependencia física Resnick (40) ha confirmado en las mismas condiciones de tratamiento que 50 mg de naltrexona, anulan el efecto de 25 mg de morfina durante un periodo máximo de 48 horas.

Irwin (41), en voluntarios, estudió comparativamente los efectos antagonistas de la naltrexona, la ciclazocina, y la naloxona administrados por vía oral.

Con la naltrexona, el máximo efecto antagonista obtenido a los 80 minutos de la ingesta persistió durante 24 horas sin efectos agonistas significativos, mientras que con la naloxona fueron necesarias dosis muy elevadas para prolongar el efecto opiáceo en el mismo intervalo de tiempo. El efecto antagonista máximo de la ciclazocina tuvo lugar 3-4 horas después de la administración, acompañado, no obstante, por una excesiva acción depresora de tal intensidad que impidió la administración de las dosis ulteriores necesarias para prolongar el efecto hasta unas 24 horas.

En un estudio multicéntrico realizado con 192 pacientes (42), que fueron asignados por randomización al tratamiento con naltrexona o con placebo, la dosis de naltrexona fue aumentada gradualmente a 350 mg por semana subdivididas en tres administraciones. Se realizó seguimiento durante nueve meses. En los sujetos tratados con naltrexona, se comprobó un menor consumo de morfina y/o metadona respecto a los tratados con placebo y un período más largo de participación en el estudio. Durante el período de seguimiento, en los sujetos tratados con naltrexona la reincidencia a la heroína fue menor.

Algunos resultados de los estudios realizados con naltrexona son difíciles de valorar, debido al número de abandonos ("drop-outs"). Algunos de estos abandonos se han atribuido a las frecuentes visitas clínicas que debían realizar los pacientes.

El bajo nivel de "compliance" representa la principal dificultad en los pacientes tratados con naltrexona, análogamente a lo que se observa en enfermedades que requieren un tratamiento de larga duración. Por consiguiente, un resultado clínico escaso puede deberse a la falta de "compliance" presentada por el paciente.

A diferencia de los sujetos en terapia de mantenimiento con metadona, los pacientes que interrumpen la ingesta de naltrexona no presentan ningún síndrome de abstinencia (38, 43).

Por otra parte, la naltrexona, a diferencia de los opiáceos, no proporciona ningún alivio de síntomas desagradables. La atracción ejercida por los estupefacientes crea un incentivo para interrumpir el uso de naltrexona.

Antes de iniciar la terapia con naltrexona, los pacientes deben estar desintoxicados y en condiciones "drug free" durante al menos 7/10 días con el fin de no precipitar una crisis de abstinencia con el fármaco antagonista (44).

Este período de tiempo entre el cese del uso de estupefacientes y el inicio de la terapia con naltrexona es el período de mayor riesgo de recaída, especialmente si la desintoxicación se realiza en sujetos no hospitalizados (45). Por ello, muchos pacientes vuelven a la terapia de mantenimiento con metadona o al consumo de drogas adquiridas clandestinamente en el mercado, sin tomar nunca la primera dosis de naltrexona (46, 47).

El resultado terapéutico está claramente correlacionado con la duración del tratamiento con naltrexona.

En la búsqueda de los pacientes más idóneos, se ha intentado identificar los factores que permitan predecir el éxito de la terapia. La asociación de la psicoterapia en la terapia con naltrexona ha demostrado ser muy útil y es preferible al uso de naltrexona sola.

Greenstein et al. (48) han puesto de relieve características comunes halladas en los pacientes que permanecen bajo tratamiento con naltrexona durante más de 30 días. Se trata de sujetos con familia y actividad laboral antes del inicio del tratamiento, motivados a continuar la terapia y a evitar recaídas.

La terapia con naltrexona es beneficiosa en cuanto parece proteger al paciente del anhelo compulsivo por la sustancia estupefaciente, que a menudo conduce a la recaída.

La supresión mantenida por parte del fármaco de los efectos de los opiáceos, elimina el refuerzo conductual que empuja al consumo de tales sustancias. Los sujetos más idóneos para la terapia con naltrexona se identifican en pacientes que están completando la desintoxicación de la metadona (o de otros opiáceos) y que están motivados a alcanzar la condición "drug-free", pacientes que desean una terapia de mantenimiento alternativa a la metadona, así como adolescentes que consumen estupefacientes desde hace poco.

Se ha investigado la asociación de naltrexona con clonidina en el tratamiento del síndrome de abstinencia (49). La clonidina, que se utiliza para mitigar los síntomas de la crisis de abstinencia, puede ser útil para acortar el periodo que precede a la administración de naltrexona (50, 51, 52).

La clonidina se utilizó a la dosis de 5 mcg/kg el primer día de tratamiento para atenuar los síntomas físicos de la crisis de abstinencia (53). El segundo día se añadió una dosis inicial de 1 mg de naltrexona para desplazar la metadona residual de los receptores cerebrales. A continuación, la dosis de naltrexona fue aumentada gradualmente a 50 mg/día. Con este régimen terapéutico, la desintoxicación se completó al cuarto día. A partir de entonces, los pacientes continuaban con la terapia de mantenimiento de 50 mg de naltrexona/día.

Posología y modo de empleo

Los tratamientos con naltrexona únicamente deben instaurarse por profesionales experimentados en el tratamiento de las toxicomanías por dependencia a los opiáceos, debiendo estar siempre bajo estricto control médico.

No debe iniciarse la administración de naltrexona sin haberse realizado previamente un test de naloxona con resultado negativo.

Test de naloxona:

Administrar por vía subcutánea 0,8 mg (2 ampollas) de naloxona y mantener al paciente en observación durante 45 minutos. Si el resultado del test es negativo (no aparecen signos ni síntomas de abstinencia a opiáceos) se puede comenzar la terapia de inducción.

Terapia de inducción:

Una vez obtenida la negatividad con la naloxona, se administrará seguidamente 1/2 comprimido de naltrexona (25 mg de naltrexona). El paciente quedará en observación durante 1 hora, al cabo de la cual, si no aparecen signos de abstinencia podrá recibir el resto de la dosis (1/2 comprimido restante 25 mg).

Desde el segundo día, el paciente tomará 1 comprimido (50 mg de naltrexona). Hasta completar la primera semana de tratamiento (días 3.º, 4.º, 5.º, 6.º y 7.º) el sujeto recibirá 1 comprimido de naltrexona al día.

Terapia de mantenimiento:

La dosis total recomendada es de 350 mg/semana, distribuidos según varios esquemas posológicos, siendo los más recomendados los siguientes:

1.ª opción: 1 comprimido de naltrexona al día.

2.ª opción: 2 comprimidos el lunes y miércoles y 3 comprimidos el viernes.

No es aconsejable superar la dosis de 150 mg en un solo día puesto que se ha observado una mayor incidencia de efectos secundarios.

Advertencias:

Debe evitarse la administración de naltrexona con fármacos opiáceos.

En caso de una situación de emergencia en la que se requiera analgesia que sólo pueda lograrse con estos productos, la dosis de éstos puede ser mayor que la habitual. En tal caso, el enfermo deberá estar bajo control médico estricto y en medio hospitalario. Conviene advertir al paciente que la toma de una dosis alta de opiáceos, con el fin de anular el efecto producido por la naltrexona, puede originar una intoxicación aguda de consecuencias posiblemente fatales.

En las personas que consumen drogas opiáceas la administración de este medicamento desencadena un síndrome de abstinencia con síntomas y signos importantes que pueden presentarse desde los cinco primeros minutos hasta dos días después.

Precauciones:

La naltrexona puede producir daño hepático relacionado con la dosis. Debido a su extensa metabolización hepática y a su eliminación urinaria, la administración de naltrexona se llevará a cabo con especial precaución en enfermos con insuficiencia hepática o renal.

La seguridad de la naltrexona en individuos menores de 18 años está aún por establecer.

Contraindicaciones:

La naltrexona está contraindicada en enfermos que:

- Reciben analgésicos opiáceos o narcóticos.
- Con toxicomanía por dependencia a los opiáceos.
- En crisis de abstinencia a los opiáceos.

- No han superado el test de naloxona.
- Presentan análisis de orina positivo a opiáceos.
- Tengan hipersensibilidad a la naltrexona.
- Con insuficiencia hepática grave y/o hepatitis aguda.
- Embarazo.
- Mujeres que estén dando de mamar.

Interacciones:

Los enfermos que toman naltrexona pueden no beneficiarse de medicamentos que contengan opiáceos, como son preparaciones contra la tos y los resfriados, preparaciones antidiarreicas o analgésicos opiáceos. En estos casos deberá evitarse su administración conjunta y recurrir a fármacos alternativos distintos a los opiáceos.

Efectos secundarios:

Si bien no parecen ser graves, es necesario tener presente los siguientes:

- Efectos secundarios con una incidencia superior al 10%: insomnio, ansiedad, nerviosismo, espasmos o dolores musculares, náuseas, vómitos, astenia, dolor muscular, articular y cefaleas.
- Con una incidencia inferior al 10%: anorexia, diarrea, estreñimiento, sed, irritabilidad, inquietud, mareos, erupciones cutáneas, eyaculación retardada, disminución de la libido, escalofríos, lagrimeo, dolor torácico y sudoración.
- Por sistemas y con una frecuencia menor del 1% podemos destacar las siguientes reacciones:

Respiratorio: Congestión nasal, picor, rinoresaca, ronquera, tos.

Cardiovascular: Flebitis, edema, aumento de la presión sanguínea, taquicardia.

Músculo-esquelético: Dolor de espalda, temblores.

Genitourinario: Incremento de la frecuencia y/o disconfort durante la micción.

Dermatológico: Prurito, acné, alopecia.

Psiquiátricos: Depresión, paranoia, fatiga, confusión, desorientación.

Generales: Incremento del apetito, disminución del peso, fiebre, sequedad de boca.

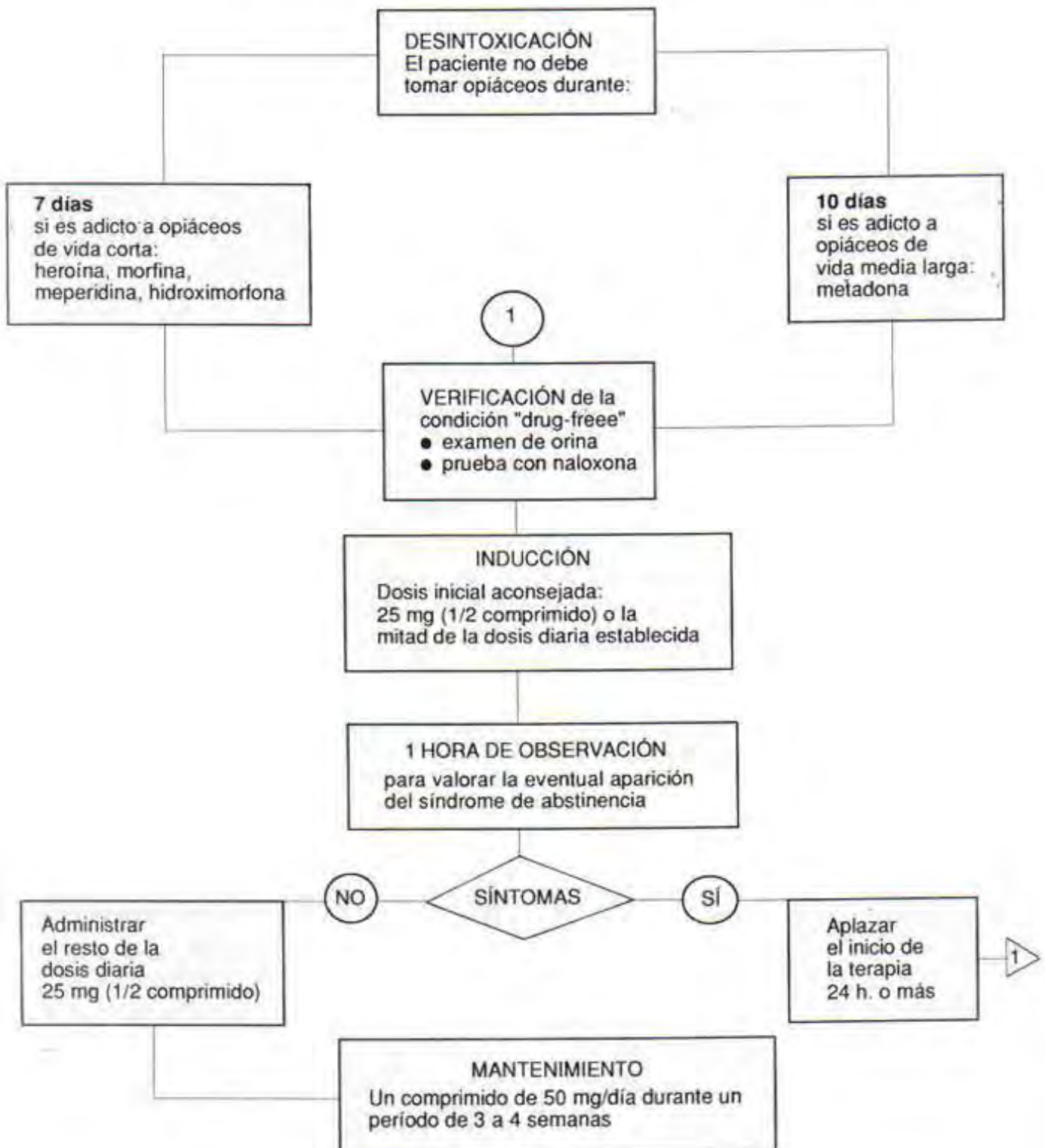
Laboratorio: Ocasionalmente se han descrito anomalías en la función hepática.

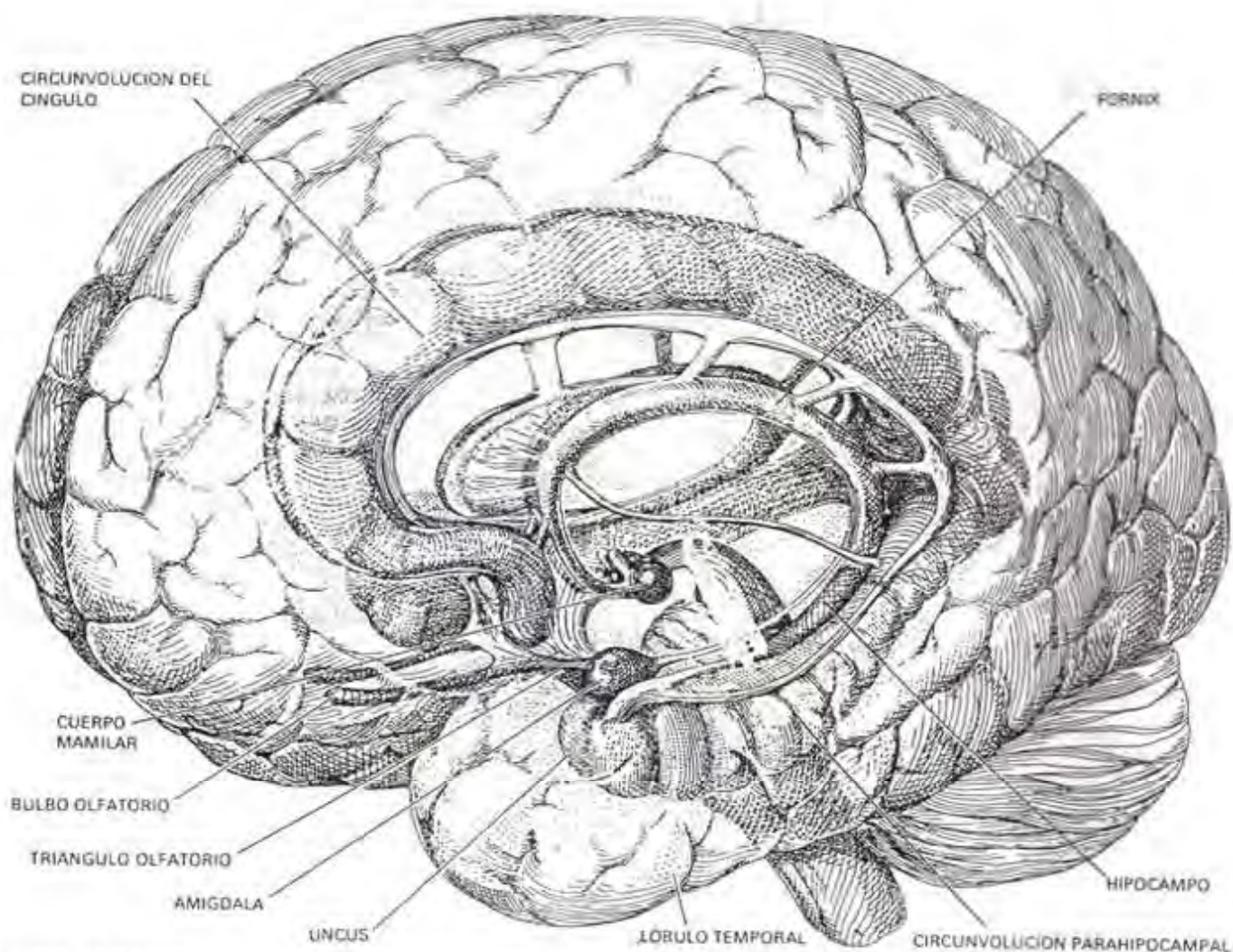
Intoxicación y su tratamiento

No existe experiencia clínica con sobredosis de naltrexona en humanos. La administración masiva de 800 mg de naltrexona, no produjo ningún síntoma de intoxicación.

Si se produjese tal situación se hará tratamiento sintomático en medio hospitalario y control de las constantes vitales.

ORDINOGRAMA DEL TRATAMIENTO CON NALTROXONA CLORHIDRATO





UNOS RECEPTORES OPIACEOS (localizados en el cerebro) quedaron al descubierto al medir la unión específica entre drogas opiáceas radiactivas y fragmentos de células procedentes de distintas regiones cerebrales. Se encontró una mayor densidad de uniones en las células del sistema límbico (*ten color*), que es un conjunto de regiones primitivas desde el punto de vista evolutivo, situado en el centro del cerebro y cuya fun-

ción primaria está relacionada con el olfato en los vertebrados inferiores y con la aparición de las emociones en el hombre. La elevada concentración de receptores en el sistema límbico sugiere que allí es donde los compuestos opiáceos ejercen sus acciones inductoras de euforia, y manifiesta también que podría haber uno o más opiáceos endógenos que influyen en la modificación del componente emocional del dolor.

1. Goldstein, A., "Heroin addiction: Sequential treatment employing pharmacologic supports", *Arch. Gen. Psychiatr.*, 1976; 33: 353-358.
2. Martin, W. R., Gorodetzky, C. W., et McClane, T. K., "An experimental study in the treatment of narcotic addicts with cyclazocine", *Clin. Pharmacol. Ther.*, 1966; 7: 455-465.
3. Kleber, H. D., "Clinical experiences with narcotic antagonists", in: "Opiate Addiction: Origins and Treatment", S. Fischer et A. M. Freedman. (Eds.) New York: V. H. Winston & Sons, Inc, 1973; 211-220.
4. Pierson, P. S., Rapkin, R. M. et Kleber, H. D., "Naloxone in the treatment of the young heroin abuser", *Am. J. Drug Alcohol. Abuse*, 1974; 1: 243-252.
5. Martin, W. R., Fraser, H. F., Gorodetzky, C. W. et al., "Studies of the dependence producing potential of the narcotic antagonist-2-cyclopropylmethyl-2-hydroxy-5-9-dimethyl-6,7-benzomorphan (cyclazocine, Win 20 740 Arcl II C.3)", *J. Pharmacol. Exp. Ther.*, 1965; 150: 426-436.
6. Freedman, A., Fink, M., Sharoff, R. et al., "Clinical studies of cyclazocine in the treatment of narcotic addiction", *Am. J. Psychiatr.*, 1968; 124: 1499-1504.

7. Kleber, H. D., Kinsella, J. K., Riordan, C. et al., "The use of the cyclazocine in treating narcotic addicts in a low intervention setting", *Arch. Gen. Psychiatr.*, 1974; 30: 37-42.
8. Resnick, R. B., Fink, M. et Freedman, A. M., "A cyclazocine typology in opiate dependence", *Am. J. Psychiatr.*, 1970; 126/9: 1256-1260.
9. Resnick, R. B., Fink, M. et Freedman, A. M., "Cyclazocine treatment of opiate dependence: A progress report", *Comp. Psychiatr.*, 1971; 12: 491-502.
10. Greenstein, R. A., Resnick, R. B. et Resnick, E., "Methadone and naltrexone in the treatment of heroin dependence", *Psychiatr. Clin. N. Am.*, 1984; 7: 671-679.
11. Archer, S., "Historical perspective on the chemistry and development of naltrexone", in: "Narcotic Antagonists: Naltrexone Pharmacology and Sustained-Release Preparations". NIDA Research Monograph 28. R. E. Willette, et G. Barnett. (Eds.) U. S. Dept. of Health and Human Services, 1980: 3-10.
12. Blumberg, H. et Dayton, H. B., "Naloxone, naltrexone and related noroxymorphones", in: "Narcotic Antagonists". M. C. Braude, L. S. Harris, E. L. May et al. (Eds.) New York: Raven Press, 1974; 33-43.

13. **Ginzburg, H. M. et Glass, W. J.**, "The role of the National Institute on Drug Abuse in the development of naltrexone", *J. Clin. Psych.*, 1984; 45 (9. Pt. 2): 4-6.
14. **Meller, R. E., Keverne, E. B. et Hebert, J.**, "Behavioural and endocrine effects of naltrexone in male talapoin monkeys", *Pharmacol. Biochem. Behav.*, 1980; 13: 663-672.
15. **Verebey, K., Chedekel, M. A., Mule, S. J., et al.**, "Isolation and identification of a new metabolite of naltrexone in human blood and urine", *Res. Commun. Chem. Pathol. Pharmacol.*, 1975; 12: 67-84.
16. **Wall, M. E., Brine, D. R. et Pérez-Reyes, M.**, "The metabolism of naltrexone in man", In: "Narcotic Antagonists: Naltrexone Pharmacology and Sustained-Release Preparations", NIDA Research Monograph 28. R. E. Willette et G. Barnett (Eds.) U. S. Dept. of Health and Human Services, 1980; 105-130.
17. **Cone, E. J., Gorodetzky, C. W. et Yeth, S. Y.**, "The urinary excretion profile of naltrexone and metabolites in man", *Drug. Metab. Disp.*, 1974; 2: 506-512.
18. **Verebey, K.**, "Quantitative determination of naltrexone, 6 β -naltrexol and 2-hydroxy-3-methoxy-6 β -naltrexol (HMN) in human plasma, red blood cells, saliva and urine by gas liquid chromatography", *Ibid.* 1980: 36-51.
19. **Kogan, M. J., Verebey, K. et Mule, S. J.**, "Estimation of the systemic availability and other pharmacokinetic parameters of naltrexone in man after acute and chronic oral administration", *Res. Commun. Chem. Pathol. Pharmacol.*, 1977; 18: 29-34.
20. **Bullingham, R. E. S., McQuay, H. J. et Moore, R. A.**, "Clinical pharmacokinetics of narcotic agonist-antagonist drugs", *Clin. Pharmacokinet.*, 1983; 8: 332-343.
21. **Ludden, T. M., Malspeis, L., Baggot, J. D. et al.**, "Tritiated naltrexone binding in plasma from several species and tissue distribution in mice", *J. Pharm. Sci.*, 1976; 65: 712-716.
22. **Verebey, K., Volavka, J., Mule, S. J. et al.**, "Naltrexone: Disposition, metabolism and effects after acute and chronic dosing", *Clin. Pharmacol. Ther.*, 1976; 20: 315-328.
23. **Meyer, M. C., Straughin, A. B., Lo, M.-W. et al.**, "Bioequivalence dose-proportionality and pharmacokinetics of naltrexone after oral administration", *J. Clin. Psychiatr.*, 1984; 45 (9. Pt. 2): 15-19.
24. **Verebey, K.**, "The clinical pharmacology of naltrexone: Pharmacology and pharmacodynamics", In: "Narcotic Antagonists: Naltrexone Pharmacology and Sustained-Release Preparations", NIDA Research Monograph 28. R. E. Willette, et G. Barnett. (Eds.) U. S. Dept. of Health and Human Services, 1980; 147-158.
25. **Wall, M. E., Brine, D. R. et Pérez-Reyes, M.**, "Metabolism and disposition of naltrexone in man after oral and intravenous administration", *Drug. Metab. Disp.*, 1981; 9: 369-375.
26. **Rotham, R. B., Bowen, W. D., Schumacher, U. K. et Pert, C. B.**, "Effect of beta-FNA on opiate receptor binding: Preliminary evidence for two types of mu receptors", *Eur. J. Pharmacol.*, 1983; 95 (1-2): 147-148.
27. **Jaffe, J. H. et Martin, W. R.**, "Opioid analgesics and antagonists", In: *Goddman and Gilman's. "The Pharmacological Basis of Therapeutics"*, Ed. 6. A. G. Gilman, L. S. Goodman and A. Gilman (Eds.) New York: MacMillan Publishing Co., Inc., 1980; 521-522.
28. **Kosterlitz, H. W., Lord, J. A. H., Paterson, S. J. et al.**, "Effects of changes in the structure of enkephalins and of narcotic analgesic drugs on their interactions with μ - and δ -receptors", *Brit. J. Pharmacol.*, 1980; 68: 333-342.
29. **Belenky, G. L., Gellinas-Sorell, D., Kenner, J. R. et Holaday, J. W.**, "Evidence for delta-receptor involvement in the post-ictal antinociceptive responses to electroconvulsive shock in rats", *Life Sci.*, 1983; 33 (Suppl. 1): 583-585.
30. **Holaday, J. W. et D'Amato, R. J.**, "Multiple opioid receptors: Evidence for mu-delta binding site interactions in endotoxic shock", *Life Sci.*, 1983; 33 (Suppl. 1): 703-706.
31. **Takemori, A. E. et Portoghese, P. S.**, "Comparative antagonism by naltrexone and naloxone of mu, kappa and delta agonists", *Eur. J. Pharmacol.*, 1983; 104: 101-104.
32. **Vaupel, D. B.**, "Naltrexone fails to antagonize the sigma effects of PCP and SKF 10.047 in teh dog", *Eur. J. Pharmacol.*, 1983; 92: 269-274.
33. **Martin, W. R., Jasinski, D. R. et Mansky, P. A.**, "Naltrexone, an antagonist for the treatment of heroin dependence: Effects in man", *Arch. Gen. Psychiatr.*, 1973; 28: 784-791.
34. **Julius, D. et Renault, P. (Eds.)**, "Narcotic Antagonists: Naltrexone Progress Report", National Institute on Drug Abuse (NIDA), Research Monograph 9. Washington, D. C.: U. S. Government Printing Office, 1976.
35. **Brown, D. R. et Holtzman, S. G.**, "Suppression of drinking by pure antagonists in rats and monkeys", *Fed. Proc.*, 1980; 39: 995.
36. **Funk, H. et Rosen, J. B.**, "Suppressant effects of naltrexone on water intake in rats", *Pharmacol. Biochem. Behav.*, 1979; 11: 387-390.
37. **Holtzman, S. G.**, "Effects of narcotic antagonists on fluid intake in the rat", *Life Sci.*, 1975; 16: 1465-1470.
38. **Lowy, M. T. et YIM, G. K. W.**, "The anorexic effect of naltrexone is independent of its suppressant effect on water intake", *Neuropharmacol.*, 1981; 20: 883-886.
39. "Pharmaceuticals. Trexan prescribing information", Data on file, DuPont.
40. **Resnick, R. B., Volavka, J., Freedman, A. M. et al.**, "Studies of EN-1639A (naltrexone): A new narcotic antagonist", *Am. J. Psychiatr.*, 1974; 131: 646-650.
41. **Irwin, S., Kinohi, R. G., Cooler, P. M. et al.**, "Acute time-dose response effects of cyclazocine, naltrexone and naloxone in man", *Comm. Probl. Drug Depend. (Cambridge)*, 1974; 931-947.
42. **Kleber, H. D., Hurler, M., Savage, C. et al.**, "Final report: Double-blind, placebo controlled study administered by the National Academy of Sciences to evaluate the safety and efficacy of the narcotic antagonist, naltrexone", BRINAS-T/74-3/77.
43. **Misra, A.**, "Current status of preclinical research on disposition, pharmacokinetics and metabolism of naltrexone", In: "Narcotic Antagonists: Naltrexone Pharmacology and Sustained-Release Preparations", NIDA Research Monograph 28. R. E. Willette et Barnett (Eds.) U. S. Dept. of Health and Human Services, 1981; 132-146.
44. **Gold, M. S., Dackis, C. A., Pottash, A. L. C. et al.**, "Naltrexone, opiate addiction and endorphins", *Med. Res. Rev.*, 1982; 2: 211-246.
45. **Wikler, A.**, "Conditioning factors in opiate addiction and relapse", In: "Narcotics", Wilner, D. I., Kossbaum, G. G., eds. New York: McGraw-Hill, 1965; 85-100.
46. **Rawson, R. A. et Tennant, F. S., Jr.**, "Five year follow-up of opiate addicts with naltrexone and behavior therapy", *Nat. Inst. Drug Abuse Res. Mono. Ser.*, 1984; 49: 289-295.
47. "Clinical evaluation of naltrexone treatment of opiate-dependent individuals", "Report of the National Research Council Committee on Clinical Evaluation of Narcotic Antagonists", *Arch. Gen. Psychiatr.* 1978; 35: 335-340.
48. **Greenstein, R. A., Evans, B. D., MC, Lellan, A. T. et al.**, "Predictors of favorable outcome following naltrexone treatment", *Drug Alcohol Depend.*, 1983; 12: 173-180.

49. Charney, D. S., Riordan, C. E., Kleber, H. D. et al., "Clonidine and naltrexone. A safe effective and rapid treatment of abrupt withdrawal from methadone therapy", *Arch. Gen. Psychiatry*, 1982; 39: 1327-1332.
50. Ginzburg, H. M., "Naltrexone and clonidine: Alternatives to methadone" (editorial), *Am. Fam. Physician*, 1983; 28: 100-102.
51. Gold, M. S., Redmon, D. E. Jr. et Kleber, H. D., "Clonidine blocks acute opiate withdrawal symptoms", *Lancet*, 1978; 2: 599-602.
52. Gold, M. S., Pottash, A. C., Sweeny, D. R. et al., "Opiate withdrawal using clonidine", *JAMA*, 1980; 243: 343-346.
53. Gold, M. S., Redmond, D. E. Jr. et Kleber, H. D., "Clonidine in opiate withdrawal", *Lancet*, 1978; 1: 929-930.
54. Volavka, J., Resnick, R. B., Kestenbaum, R. S. et al., "Short-term effects of naltrexone in 155 heroin addicts", *Biol. Psychiatry*, 1976; 11: 679-685.
55. O'Brien, C. P., Greenstein, R. A., Mintz, J. et al., "Clinical experience with naltrexone", *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 1975; 2: 365-377.
56. Lewis, D., Hersch, R., Black, R. et al., "Use of narcotic antagonists (naltrexone) in an addiction treatment program", *NIDA Res. Mon.*, 1976; 99-105.
57. Hurzeler, M., Gerwitz, D. et Kleber, H. D., "Varying clinical contexts for administering naltrexone", In: "Narcotic Antagonists: Naltrexone", NIDA Research Monograph 9, D. Julius et P. Renault (Eds.), U. S. Dept. of Health and Human Services, 1976; 48-66.
58. Brahen, L. S., Capone, T., Wiechert, V. et al., "Naltrexone and cyclazocine. A controlled treatment study", *Arch. Gen. Psychiatr.*, 1977; 34: 1181-1184.
59. Savage, C., Kleber, H. D., Hurzeler, M. et al., "Final report: National Institutes on Drug Abuse studies evaluating the safety of the narcotic antagonist, naltrexone", BRINIDA-T/55-5/77.
60. Schecter, A. J., Friedman, J. G. et Grossman, D. J., "Clinical use of naltrexone (EN-1639A): Part I: Safety and efficacy in pilot studies", *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 1974; 1: 253-269.
- 61.a Verebey, K. et Mule, S. J., "Naltrexone, 6β-Naltrexol and 2-hydroxy-3-methoxy-6β-naltrexol plasma levels in schizophrenic patients after large oral doses of naltrexone", *NIDA Research Monograph 27*: 1979; 296-301.
- 61.b Simpson, G. M., Branchey, M. H. et Hillary, J., "A trial of naltrexone in chronic schizophrenia", *Curr. Ther. Res.*, 1977; 22: 909-913.

NUEVAS FRONTERAS EN EL TRATAMIENTO ANTIDROGA



Dr. José M.^º Vázquez Vázquez
Colegiado 21463 - Barcelona

Que no piense el toxicómano en su drástico final. Que no piense el toxicómano en su lucha solitaria. Cada día que pasa, conocemos más a fondo el problema y cada día son más las armas de que disponemos para luchar contra esta plaga que se abate sobre nuestra sociedad.

Antes de proseguir en el estudio de estos nuevos campos de investigación, debemos recordar una serie de apuntes técnicos que nos ayudarán en la comprensión del mecanismo de acción de las drogas. Todos los estudios actuales, coinciden en la existencia de un Sistema Neuroendocrino endorfinico en los humanos; describiéndose diferentes tipos de receptores opiáceos (incluso a nivel extraneuronal), en los cuales actuarían los opiáceos endógenos (Endorfinas) y los exógenos (Opio y derivados). Estos receptores y sus neurotransmisores estarían relacionados con funciones vitales como el apetito, el sueño, la vigilia, el humor, el balance energético, etc... Así, el uso crónico de opiáceos (heroína), actuaría en dichos receptores y produciría una serie de efectos. Una de esas consecuencias sería, por ejemplo, el inhibir (paralizar) el Sistema Neuroadrenérgico. Por ello, si se suspende bruscamente la administración de opiáceos, este sistema inhibido se libera y se activa, desencadenando un Sd. de Abstinencia.

¿Qué podemos hacer ante un cuadro clínico de este tipo?

— Conducta abstencionista.
Dar medidas de soporte vital.

— Conducta intervencionista.
Dar medicación para el control de los síntomas.

Hoy en día, la conducta intervencionista prevalece sobre la abstencionista. Es decir, las corrientes actuales en las terapias antidroga proponen el tratar la problemática de la droga con todas las armas que sean posibles.

Nuestro centro basa su intervención en la práctica de una desintoxicación progresiva y el planteamiento de una posterior terapia con naltrexona. Es la misión de este artículo, el profundizar en el conocimiento del programa de mantenimiento con naltrexona y, asimismo, de otras herramientas biofarmacológicas.

Es pues, el Sd. de Abstinencia, la resultante de una excesiva actuación del Sistema Noradrenérgico. Bastaría, pues, encontrar sustancias que inhibieran a dicho sistema: es decir, bloqueasen a la noradrenalina a nivel de las sinapsis e incluso a nivel central. Estas sustancias pertenecen al grupo de los agonistas α_2 : Clonidina y Guanfacina.

Estudios realizados han demostrado la efectividad de dichos fármacos. Un alto % de casos que eran desfavorables, eran consumidores crónicos de Rohipnol. Al asociar ambos, este % disminuía. El resto que aún presentaban molestias, resultaron ser poliadicotos. Si se añadían el tratamiento la Clotiapina (neuroléptico), prácticamente se pudo controlar a la mayoría de los pacientes estudiados.

Esta terapia se hacía en función del peso del paciente, de la cantidad de droga consumida y bajo una pauta de retirada del fármaco a partir del cuarto día y en reducción progresiva.

Los efectos secundarios para

la clonidina serían las mialgias y el lagrimeo; siendo para la guanfacina, los escalofríos, rinorrea sudoración y bostezos.

Dentro de los efectos indeseables fueron de la guanfacina el torpor mental y la inestabilidad, siendo para la clonidina, la somnolencia y los acúfenos.

No obstante, los efectos indeseables corrían paralelos a las dosis aplicadas. Como eran muy pocos los pacientes que necesitaban altas dosis, las conclusiones no pueden ser definitivas. Un punto básico son los efectos cardiovasculares, como son la hipotensión y la bradicardia; por lo que, hay que considerarlos independientemente.

En líneas generales se obtienen un 70% de altas. Sin embargo, por los efectos indeseables y su control, pensamos que son fármacos que deben ser sometidos a control hospitalario; aunque si consiguiéramos un buen control socio-médico-familiar podrían llegar a ser aplicados de forma ambulatoria.

Otra sustancia que actúa bloqueando los receptores a nivel sináptico, impidiendo la acción de la heroína, es la Naltrexona. Esta es una suerte de "antídoto preventivo", y un protector de alta especificidad. La Naltrexona fue sintetizada en 1965 por Blumberg y Dayton. Es un antagonista casi puro de los opiáceos, que no produce dependencia y escasos efectos secundarios. La dosis oral media es de 350 mg/semana, siendo la dosis diaria de 50 mg, administrada durante un año. Al bloquearse los receptores, no se obtienen sensaciones; por lo cual, atenúa y, eventualmente, suprime

los refuerzos. Así logramos, además, una disminución del deseo de droga (craving) y un bloqueo del Sd. de abstinencia condicionado (ciertos olores, visiones, situaciones que generan respuestas abstinentes, que son el motivo de recaída del toxicómano).

Es hoy la inducción con Naltrexona la farmacoterapia de elección en el tratamiento de la heroíno-dependencia. Ahora bien, no se debe utilizar en solitario, sino junto a medidas psicoterapéuticas que refuercen la acción del tratamiento.

La Naltrexona funcionará si existe una buena motivación para rehabilitarse. Cuando ello no es así el tratamiento fracasará. No es autosuficiente. Protege al drogadicto en las recaídas, acompañándole en su rehabilitación psicológica y social. Como dice O'Brien da un tiempo al toxicómano para que se reencuentre, se motive y acometa cambios significativos en su vida. Este autor (O'Brien) y su grupo proponen un futuro basado en la desensibilización sistemática, inducción hipnótica en los estados ansioso-depresivos, extinción de estímulos precipitantes, terapias cognitivas, etc...

Otro campo futuro a desarrollar es una prevención de mayor especificidad: la isoimmunización (activa o pasiva); aunque esto está muy lejos y no exento de grandes obstáculos (toxicidad, saturación, etc...).

El mejor futuro está en hallar un medicamento anticraving, pero de ello hablaré seguidamente.

Quisiera, ahora, hacer una referencia a la farmacoterapia del cocainismo. Hasta 1984, sólo se trataba la depresión post-consumo que se producía. Pero hoy,

esto ha cambiado totalmente. Recordemos que la cocaína produce la activación del sistema Dopaminérgico (Rush cocainico). Energía, omnipotencia, euforia, insomnio, anorexia, superestima. Todo ello debido al bloqueo de la recaptación de dopamina, activando el sistema.

El consumo crónico, en cambio, produce lo contrario (Crash), anergia, distoría y depresión. De ahí que el cocainómano intente volver una y otra vez a la cocaína para recuperar la actividad dopaminérgica perdida, y ello es debido a que inhibe la acción de la dopamina y disminuye su concentración cerebral.

Todo ello nos introduce en un nuevo campo farmacológico: Agonistas dopaminérgicos en los cuales se está trabajando. Son una serie de sustancias que intentan activar el sistema dopaminérgico, pero sin depleccionar dopamina ni producir dependencia. Es decir, se está intentando buscar una farmacoterapia anti-craving, que mantenga saciado el apetito de cocaína sin producir dependencia ni alteraciones en el estado de ánimo. Pronto dispondremos de fármacos verdaderamente útiles para evitar el recidivismo de los toxicómanos. Se pretende, pues, acceder al substrato neuroquímico del placer y su mecanismo de actuación, para poder realizar un control de los mismos (centros neuronales reforzadores, descubiertos hace 30 años).

Conocer a fondo el campo de la neurotransmisión (Dopamina, Nor-adrenalina, etc...) es un arduo trabajo pero nos proporcionará esos fármacos anticraving y no sólo para cocaína y heroína, sino también para la nicotina y otras sustancias tóxicas. Estos nuevos

fármacos podrán administrarse en forma DEPOTT mensual.

No obstante aunque la ingeniería genética avance a pasos agigantados y obtengamos dichos fármacos, el toxicómano tiene el patrimonio de su curación. A pesar de todo siempre habrá un grupo de toxicómanos que no querrá rehabilitarse. Como nos comenta el doctor Solé Puig, el dejar definitivamente una droga radica, básicamente, en la conciencia del individuo. Llegar a dicha conciencia es muy difícil y aunque pudiésemos no sabemos si éticamente sería deseable.

BIBLIOGRAFÍA

J. R. Solé Puig. TERAPIA ANTIDROGA. Manuales SALVAT, 1989.

F. J. Del Valle Rodríguez. Bases patológicas moleculares y terapéuticas posibles del Síndrome de Abstinencia aguda a opiáceos. Información terapéutica de la Seguridad Social. Vol. 12, n.º 6 junio 1988. ISSN: 0210-9417.

Farrera Rozman. MEDICINA INTERNA. Ediciones DOYMA, 1988.

Dackis, C. A., y Gold, M. S.: New concepts in cocaine addiction the dopamine hypothesis. Neurosci. Biobehav. Rev. 9, 1-9, 1984.

O'Brien, C. P.: Summary. in a new approach to the management of opioid dependence: Naltrexone, an oral antagonist. J. Clin. Psychiatry, 45, 3-58, 1978.

Valbuena Briones, A. LAS TOXICOMANÍAS. PROBLEMAS MÉDICOS Y PSIQUIÁTRICOS. Salvat editores, 1986.

UN AÑO DE TRABAJO



Dr. Josep M.^º Vidal Elias
Col·legiat 19826 - Barcelona

Ahora hace un año, y un poco más, inicié mi trabajo de colaboración en nuestro centro, dedicado a la desintoxicación de drogadictos y a su posible reincorporación a la sociedad, teniendo como base para el mismo unos conocimientos científicos elementales y una experiencia ambulatoria básica, amén de una ilusión para encarar dicho reto, tan importante y tan exigente. Todo ello contribuyó a que los inicios no fueran muy afortunados, con una **valoración médica negativa**, por cuanto el nivel de resultados positivos en el protocolo establecido fue mínimo, inferior al esperado y deseado. Por contra, adquirí una experiencia considerable en el **trato personal y humano** de los pacientes, conocimiento de sus circunstancias, de su lucha diaria, de su entorno familiar, de su "manejo" de la situación, de sus cambios de humor..., consiguiendo, por todo ello, un mejor acercamiento a los mismos. Así, empecé a variar sustancialmente el planteamiento de trabajo y la medicación, erradicando **agonistas** (sustancias alíneas) de la droga, como buprenorfina y similares, a fin de evitar su comercio y la problemática que ello conllevaba a otros profesionales de la sanidad (farmacéuticos, médicos de ambulatorio...); también empecé a exigir un mayor seguimiento por parte del tutor responsabilizado en el seguimiento y control del drogadicto. Y, finalmente, se introdujo el tratamiento con naltrexona, **antagonista opiáceo**, que representa un cambio global de planteamiento

curativo, puesto que hasta la fecha el mismo sólo significaba, en la mayoría de los casos, un "parche", un mal parche, puesto que su seguimiento, ya comentado, era mínimo. Además, permite a los pacientes que trabajan no tener que desconectar de su situación, que significa el mantenimiento de su familia, y no tenerla que abandonar para hacer un seguimiento en un centro de terapia grupal o "granja", del mismo nuestra valoración es irregular, puesto que para unos ha funcionado a favor y para otros, quizás en número superior, en contra.

En este momento, y en vista del gran número de casos existentes en nuestro centro, se incorporó al mismo, mi compañero y amigo, el doctor J. M. Vazquez, quien partiendo de una misma base científica, aportó un espíritu diferente, más dinámico y riguroso, más duro, pero también, más eficiente tanto a nivel de la tutoría como del seguimiento de la medicación, como del control analítico y semiótico (signos y síntomas) de los pacientes. El cambio empezó a notarse de forma apreciable, tanto cualitativa como cuantitativamente, favoreciéndose por la incorporación de otro profesional de gran valía y capacidad, D. Antonio Rodríguez, psicólogo con una gran preparación y tremendamente ilusionado en su trabajo con los "chicos", como él los llama cariñosamente. Por último, se estableció contacto con las inspectoras médico del centro del ICS más cercano al nuestro, para darles a conocer nuestro protocolo,

similar al de los centros específicos suyos, y poder facilitar el seguimiento de nuestros pacientes respecto a la medicación y a la analítica por parte de su médico de cabecera, evitando un coste económico importante en personas cuya situación individual no suele ser excesivamente favorable, y facilitando nuestra labor.

Todo este cambio es el que propicia el momento actual, que desde la perspectiva médica puede considerarse de **notable**, por las posibilidades de realización que se presentan. Así, cabe destacar como dato importante el porcentaje elevado de pacientes que siguen la pauta de control con Naltrexona (Celupan[®]), considerada, por muchos especialistas, básica en el seguimiento de una terapéutica avanzada y con posibilidades de éxito. Este puede y debe ser el camino, a seguir, siempre que sepamos llevar controlados otros factores que influyen en los pacientes, tanto médicos como psicológicos. Desde el punto de vista médico, cabe resaltar la importancia de los marcadores hepáticos y de los marcadores HIV; respecto a los marcadores hepáticos por la importancia en la evolución hacia una hepatitis crónica que su presencia tiene, y respecto a los pacientes HIV positivos por el doble seguimiento que precisan, uno imbrinca aspectos psicológicos con carga negativa, favoreciendo actitudes poco propicias a un buen desarrollo protocolario; y el otro afecta al control

ambulatorio y a medidas higiénicas de dichos pacientes. Desde el punto de vista psicológico, un buen control por especialistas es agradecido, y deseado, para sentirse más estimulados en la acción a realizar. Por ello, sería interesante considerar la posibilidad de la terapia grupal (parecida a la que se ejerce con los alcohólicos), para un estímulo de refuerzo interactivo.

Y, finalmente señalar la importancia de la **tutoría**, figura del tu-

tor, básica para que el seguimiento de todo el proceso sea lo más eficaz posible, puesto que es quien mejor conoce al enfermo, quien más horas pasa con él y, por lo tanto, quien sabe por donde pueden existir elementos de descontrol, advirtiéndolos a tiempo, si es posible, y corrigiéndolos. Por todo ello, deben de mostrar posturas de máxima inflexibilidad en las normas y consejos del médico y/o psicólogo, para que la probabilidad de llegar a una situación favorable sea máxima, teniendo en cuenta que el procedimiento

es largo, un año como mínimo, y el riesgo de recaída alto, por lo tanto.

Deseando que la próxima valoración sea más positiva, y que los resultados obtenidos se acerquen a nuestros deseos, siendo realistas en su obtención, vamos a seguir en la línea trazada con tanto esfuerzo, aceptando aquellas aportaciones que nos permitan mejorar y aumentar nuestros conocimientos.

Barcelona, 25 de marzo de 1990

Porque tú, eres una persona



Dr. Antonio Rodriguez Ferreres

Psicólogo Psicometrista
Diplomado por el Centro
internacional de Psicología
de Barcelona

Los que llevamos tiempo intentando aportar nuestro granito de arena en la lucha contra la droga nos hemos forjado una idea muy concreta y seria: Lo importante es la persona; este ser humano que se encuentra en la encrucijada de no saber qué camino tomar, de cómo salir de este hoyo profundo en el que ha caído. Esta persona que ha perdido parte de su equipaje como tal, o al que a veces ya no le queda nada, que se detiene y mira con ojos interrogantes como si se preguntase. ¿Es a mí?

Para ti es el estímulo que queremos comunicarte. Existe esperanza, hay salida, otras personas lo hicieron antes que tú. Mírate por favor, valórate, no por tus circunstancias actuales, sino por lo que eres en realidad. Al igual que nosotros, tú eres una persona, y como tal, tú eres lo más importante para nosotros.

En nuestro país cuando aparece el tema de la drogadicción la gente se horroriza, se asusta o simplemente "se va"; todo ello causado por una propaganda explosiva y morbosa que se ha hecho en muchos casos de los drogadictos. Es cierto que el problema de las drogas ha sacudido nuestro mundo, nuestra sociedad, y muchos de nuestros hogares han sido invadidos por este grave conflicto: Hombres y mujeres, jóvenes y adolescentes que un día manifiestan ser drogodependientes, unas veces voluntariamente; otras, porque acosados por circunstancias insostenibles, no pudieron más y lloraron su situación pidiendo ayuda.

A veces fueron los mismos familiares quienes frente a actitudes anormales, comportamientos extraños y situaciones violentas, interrogaron y, con tristeza y amargura, tuvieron que aceptar que aquel ser amado estaba atrapado por la droga.

Como psicólogo creo que es aquí, donde corresponde hacer un enfoque correcto de la situación, que siendo terrible, no debe de ser traumática. Mi orientación en este caso es la de mirar el problema de frente para lograr salir victoriosos. La unidad familiar (que en ocasiones no existe), debe ponerse de manifiesto.

En primer lugar, la situación empezará a ser positiva cuando la persona afectada por la droga entienda su situación, pues de lo contrario todos los esfuerzos serán estériles. No puede haber ayuda por parte de nadie, mientras el drogadicto no acepte y se conciente de que está enfermo, gravemente enfermo, mortalmente enfermo y que de no empezar inmediatamente el tratamiento la situación puede ser irreversible.

¿Cuándo empezó el problema? Según estadísticas, la mayoría de veces todo empezó de la forma más sencilla: En E.G.B. se empezó a fumar tabaco pasando a continuación en poco tiempo a la experiencia del "porro" y del alcohol. Una vez abiertas estas puertas el joven puede ser invadido por todo tipo de tóxicos, anfetaminas, que temporalmente aumentan la actividad y combaten la sensación de fatiga, desvelan y se emplean como estimulantes, psicótropos que provocan principalmente alteraciones psíquicas y crean una gran dependencia. El siguiente paso suelen ser los ácidos L.S.D. cocaína, hasta llegar a la heroína.

En este estado la persona empieza a anularse como tal angustia real, anorexia; todos sus mecanismos se alteran y enferman, produciendo trastornos

de personalidad, falta de rendimiento en su trabajo, desconexión del núcleo familiar y social, y abandono de su relación con los demás para reducir su contacto sólo con aquellas personas que viven su misma problemática. La situación económica se hace insostenible hasta el extremo de actuar como nunca se había hecho; esto añade al problema somático lesiones psíquicas que se agravan en cada actuación, consolidando un cuadro psicossomático degenerativo grave a medida que el individuo va tocando "situaciones límite".

Podríamos extendernos en laberintos y encrucijadas tales que quedaríamos asombrados de ver hasta donde la droga puede llevar a una persona.

¿Cuál es la solución? ¿Existe realmente una salida? Afortunadamente sí, hoy podemos ver como son muchos los que escapan de la trampa mortal de la drogodependencia.

Es necesario hacer énfasis en que solamente cuando la persona afectada toca fondo, es decir, acepta que está enfermo y desea curarse, puede empezarse todo el tratamiento de desintoxicación, curación y rehabilitación.

La droga creó una dependencia que aparece con sus demandas cuando no se administran las dosis periódicas, este síndrome de abstinencia es perfectamente superable con un tratamiento adecuado y estudiando según cada caso, por lo que es necesaria la asistencia médica.

La Coordinadora Nacional de la Lucha Antidroga posee un equipo cualificado para estudiar a nivel personal cada persona afectada y bajo tutoría de los familiares o personas allegadas se inicia el programa terapéutico; la preparación psicológica, la desintoxicación física, la reinserción social y finalmente un programa de seguimiento.

En casos difíciles es necesaria una psicoterapia de ayuda que puede ser gestal. Los trastornos psíquicos pueden llegar a ser a nivel de psicosis exógenas degenerativa, esquizofrenia paranoide maniacodepresiva, todos producidos por el uso y abuso de opiáceos.

La aplicación de los tests psicoanalíticos es útil para situar y localizar el estado de la persona. Los más útiles en estos casos son el cuestionario de personalidad M.M.P.I., con las escalas Hipocondriasis, Depresión, Histeria, Desviación Psicopática, Masculinidad, Femenidad, Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia, Hipomanía, Introversión social, etc.

También existen las escalas adicionales de fuerza del yo: dependencia, dominancia, responsabilidad y control.

El test más valioso hoy en psicología es el test proyectivo de Rorschach capaz de detectar incluso a nivel orgánico cualquier alteración o desviación.

Con los datos obtenidos se sigue trabajando paralelamente a la desintoxicación orgánica, con psicoterapia directa (la aplicada al paciente) y la psicoterapia indirecta (la aplicada a las personas que conviven con el enfermo).

La terapia no es *sintomática*, es decir, no se trata de combatir los síntomas prescindiendo de las causas, sino que es *causal*, en la que no se actúa directamente sobre los síntomas, sino que se aspira a suprimirlos, descubriendo los factores causales y procurando eliminarlos.

Los métodos usados son los de sugestión; se propone descubrir el conflicto, y suprimir sus efectos perturbadores por medio de: Sugestión en el individuo despierto, Autosugestión, Relajación, Sofrología, Persuasión y métodos de entrenamiento que procuran dar mayor firmeza a la voluntad de la persona.

La psicoterapia usada suele ser también la del diálogo, que ayudan a liberar en la persona potencias que llevan a un proceso de crecimiento (adaptación emocional más madura). Esta psicoterapia es breve o focal, es decir, se analiza sólo un conflicto actual básico (foco) del sujeto, en este caso la drogodependencia y sus consecuencias.

Todo ello porque hay salida, lo sabemos, y porque por encima de todos los conceptos y situaciones, *TÚ, QUERIDO AMIGO TOXICÓMANO*, eres para nosotros *LÓ MÁS IMPORTANTE, PORQUE TÚ ERES UNA PERSONA*.

ANTONIO RODRÍGUEZ FERRERES

Seguimiento clínico, en atención primaria, del paciente infectado por el VIH

A pesar de la infección por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) va a suponer un reto para todo nuestro sistema sanitario, el personal de asistencia primaria, médico, ATS, psicólogo..., es pieza clave en la atención a estos pacientes, desempeñando un importante papel en su asistencia médica, en su apoyo psicológico y en la educación sanitaria, que a ellos y sus familiares, debe proporcionárseles.

Destacaremos que en nuestro medio, España (y en Italia), el mayor porcentaje de pacientes afectados de VIH reside en personas adictas al consumo de drogas por vía parenteral (ADVP), mientras que en el resto de países con dicha infección (excepción de África, continente con otras connotaciones), el grupo mayoritario es el de los homosexuales. Por ello, dirigimos este artículo a los mismos, basado en un estudio realizado por el Servicio Vasco de Salud, Plan del SIDA.

Señalar, por todo ello, que la relación de afectación varón/hembra es, en los ADVP, de 5/1, mientras que en homosexuales se establece alrededor de 10/1. También que la cifra de seropositivos en dicha población oscila entre el 70/80%, siendo la tasa de seroconversión anual cercana al 50%.

Además, cabe subrayar la importancia que tiene el acceso a la información sobre la situación del paciente y su historia clínica, que debe quedar restringida al personal sanitario necesario, dadas las consecuencias sociales que puede tener su divulgación.

Estadios clínicos

Desde el punto de vista práctico, y para que la clasificación sea más sencilla de entender, dividiremos a las personas infectadas por el VIH en tres grupos (no nos referiremos a la clasificación actual, modificada, dada por el CDC de Atlanta, año 1987).

— *Los portadores asintomáticos*, son aquellas personas con anticuerpos frente al VIH, pero que no tienen síntomas.

— *Los pacientes con complejo relacionado con el SIDA (CRS)*, término que tiende a desaparecer en su uso, son los que presentan la forma menor de la enfermedad.

— *Los pacientes con SIDA*, son aquellos con la forma grave de la enfermedad.

Para el término CRS usamos un sentido amplio de práctica, incluyendo la patología relacionada con el VIH que tiene una persona infectada que **no** reúne los criterios de SIDA. Tenemos en este apartado a la Candidiasis oral, TBC pulmonar, Herpes Zoster, pérdida de peso superior al 10% del peso corporal (el síndrome caquéctico es **DIAGNÓSTICO DE SIDA**), diarrea inexplicada de más de un mes de evolución, anemia, leucopenia, linfopenia, descenso de los linfos T4...

En los toxicómanos este cuadro es más difícil de reconocer, ya que muchos de los signos y síntomas

de los pacientes con CRS son similares a los que presentan ellos como consecuencia directa de su toxicomanía. Así, por ejemplo, un toxicómano, que se inyecta heroína puede tener picos febriles secundarios a la inyección de productos pirógenos; durante los periodos de abstinencia puede presentar diarrea y sudación; una alimentación inadecuada puede producir adelgazamiento y, finalmente, inyecciones repetidas de heroína en malas condiciones higiénicas pueden producir hiperplasia y aumento del tamaño de los ganglios linfáticos. Por todo ello, en los toxicómanos es preciso estudiar bien la cronología de los síntomas y ver si guardan relación con la propia drogadicción activa o si son independientes. Aquí nos será de gran utilidad la realización de analítica que nos señale anemia, leucopenia..., apoyando la clínica secundaria a infección por el VIH y no por la droga.

Una parte todavía desconocida con exactitud de los pacientes con CRS evolucionará hacia el SIDA, con mayor riesgo para los poseedores de tasa de linfos T4 baja.

Respecto al **SIDA**, establecemos tres grandes categorías de procesos que se definen como SIDA:

- *Infecciones oportunistas*, destacando candidiasis esofágica, tuberculosis extrapulmonar, toxoplasmosis cerebral, neumonía por *P. carinii*, leucoencefalopatía multifocal progresiva (cuadros que ya describiremos en otro tema específico para SIDA).

- *Cánceres*, destacando el sarcoma de Kaposi, siendo raro en nuestro medio puesto que afecta a personas infectadas por vía sexual.

- *Afección neurológica por el VIH*, provocando directamente alteraciones neurológicas y psiquiátricas, a veces graves, destacando la encefalopatía por VIH.

RECOMENDACIONES GENERALES para el seguimiento clínico del paciente seropositivo

Controles médicos, siendo recomendable cada 6/12 meses, pero dada la situación psicológica en la que se encuentra el paciente, es conveniente indicarles que pueden acudir a consulta cuando lo necesiten, ya que en numerosas ocasiones unos minutos de conversación pueden suponer un importante apoyo psicológico. Ello es así ya que en los primeros meses (y desde los primeros días) que siguen a la comunicación de la seropositividad, estas personas se observan casi obsesivamente y la disponibilidad de los profesionales debe ser grande.

Régimen de vida y alimentación, han de ser metódicos, evitando los excesos y durmiendo 8 horas diarias (ambos puntos suelen ser problemáticos en su consecución, como tenemos comprobado en nuestra consulta). El ejercicio **REGULAR** es conveniente, debiéndose evitar los deportes de competición o

aquellos muy prolongados y empezando por paseos o practicando la natación (muy recomendable).

La ALIMENTACIÓN debe ser la normal, procurando encontrar una dieta equilibrada, pudiéndose recomendar suplementos vitamínicos (en los casos con alteraciones de las pruebas hepáticas, transaminasas..., mínimas, así se efectúa). EL ALCOHOL tomado en cantidades moderadas no es nocivo, pero debe contraindicarse en los casos anteriores (aumento transaminasas); mientras que el TABACO es *perjudicial*, ya que favorece las infecciones pulmonares, destacando la proporción mayoritaria de nuestros pacientes que fuman y la tasa de tabaco consumida (muy alta). Y, finalmente, la HEROÍNA es perjudicial por dos razones: porque disminuye la capacidad de defensa de nuestro organismo y porque produce nuevas reinfecciones por el VIH, al compartir jeringuillas.

Vacunas, las vacunas fabricadas a partir de gérmenes muertos son inofensivas. Las personas seropositivas (asintomáticas y enfermas) pueden ser vacunadas sin problemas contra la Hepatitis B, el Tétanos o la Polio (con la vacuna inyectable Salk). Respecto a las vacunas obtenidas a partir de gérmenes atenuados, como la polio oral (Sabin), triple vírica, fiebre amarilla o BCG no estaban indicadas en personas seropositivas, aunque parece que pueden ser administradas a portadores asintomáticos; de todas maneras, se sustituirá la vacuna oral de la polio por la intramuscular y no se dará nunca la BCG. Habrá que controlar a los demás familiares del paciente toxicómano, puesto que si alguno de ellos presenta HIV positivo, las vacunas con gérmenes atenuados pueden afectarles. Los enfermos tienen una menor capacidad de producción de AC (anticuerpos), por lo que se recomienda una doble dosis de vacuna.

SEGUIMIENTO CLÍNICO de dichos pacientes

Cuando se realiza a una persona la serología frente al VIH, se rellena una hoja con los datos epidemiológicos básicos. Si dicha serología es *positiva*, se remite al paciente a su médico de cabecera, para que éste efectúe su seguimiento. Una orientación para realizar este seguimiento clínico (que es importante, puesto que existe un desconocimiento o limitación en su realización) es la siguiente:

Historia y exploración básicas, realizando en la primera visita una historia inicial, indagando entre los antecedentes personales la existencia de hepatitis, enfermedades venéreas, candidiasis oral, herpes zoster y tuberculosis. Referente a la enfermedad actual, si existe, se hará referencia a aspectos como fiebre de duración superior a un mes, astenia y anorexia, pérdida ponderal superior al 10% del peso corporal; tos persistente o disnea no habitual; disfagia o diarrea persistente (superior al mes); cefalea inusual, alteraciones comportamiento, convulsiones, afección de pares craneales, trastornos sensitivos y/o motores y candidiasis orofaríngea, herpes simple o zoster, lesiones cutáneas sugestivas de Sarcoma de Kaposi.

En el examen físico es importante destacar o prestar atención a lesiones cutáneas, candidiasis orofaríngea (placas blanquecinas en mucosa bucal y/o lingual) y adenopatías en las cadenas laterocervicales, supraclaviculares y axilares.

Pruebas de laboratorio, realizando un hemograma

completo (con recuento y fórmula leucocitarios, hematócrito y plaquetas), suficiente para un estudio básico, añadiendo serología para hepatitis, lúes, citomegalovirus, toxoplasma... y enzimología hepática y funcionamiento renal (en nuestro centro es de riguroso seguimiento para la práctica de la terapia de inducción con naltrexona). A destacar la posibilidad de las serologías falsamente positivas para sífilis —RPR, VDRL—, por lo que se confirmarán con FTA-ABS.

Control evolutivo, clasificando a los individuos, según los datos anteriores obtenidos, en tres grupos:

Primero. — Paciente asintomático, con exploración y analítica normales. La actitud a seguir es la de controles médicos regulares, cada 6 ó 12 meses, incluyendo física y analítica (hematócrito, recuento y fórmula leucocitarios y plaquetas, añadiendo, en los pacientes que siguen pauta de naltrexona, control enzimático hepático).

Segundo. — Paciente asintomático, con alteración analítica (Hb < 12 g, Leucocitos < 4.000, Linfocitos < 1.000 y Plaquetas < 150.000). Envío NO urgente a consulta externa hospitalaria para la realización de estudios de inmunidad. Aquí cabe destacar, como más conocido, la cantidad de Linfocitos T4 (CD4) y la Relación T4/T8; el segundo parámetro más utilizado es el estudio de las Beta 2 microglobulinas, cuya alteración suele estar correlacionada con la de los Linfocitos T4, y, finalmente, destacar el Multitest, uno de los mejores medios para apreciar la inmunidad celular y, por lo tanto, del pronóstico dentro de la evolución del VIH.

Tercero. — Paciente clínicamente sintomático. La actitud dependerá de la clínica, señalando que los

pacientes portadores del VIH pueden presentar infecciones corrientes, como cuadros gripales... que podrán ser atendidos y tratados sin problemas.

Si aparece clínica constitucional (pérdida ponderal, astenia, anorexia...) deberán ser remitidos a consulta externa hospitalaria. Con clínica respiratoria veremos si es AGUDA, con presencia o no de insuficiencia respiratoria. Realizaremos RX de tórax y, en su caso, lo enviaremos a urgencias hospitalarias; si es SUB-AGUDA, con tos de más de tres semanas y/o disnea de esfuerzo irá a consulta externa.

Ante clínica digestiva lo enviaremos a urgencias si presenta disfagia o a consultas externas con diarrea (diferenciando entre aguda o persistente).

En clínica neurológica destacaremos la AGUDA que enviaremos a urgencias y la SUB a consulta externa.

Y la clínica mucocutánea exigirá control externo.

APOYO PSICOLÓGICO al paciente seropositivo

Por las características de la enfermedad, las vías de contagio y el contexto social en que se da, el SIDA es una enfermedad que despierta *ansiedades* muy primarias en todos nosotros y, aunque la solución del problema es, hoy por hoy, estrictamente médico, en la realidad concreta invade todas las áreas de la vida de la persona afectada y de su entorno. Por ello, haremos un *abordaje bio-psicosocial*.

Cuando a una persona se le comunica su seropositividad se produce una intensa reacción emocional, relacionada con la información previa (creemos que muy importante, por la gran cantidad existente, muy discontinua y con tendencia a confundir), las características de la personalidad y la situación en el marco social.

Así, destacaremos ideas de presencia de la muerte, por las características específicas de este virus, que mina las defensas del organismo, sin saber cuando va a empezar, convirtiéndose en un *pensamiento obsesivo*, generando una situación de estrés. Ante ello aparecen reacciones emocionales de impotencia, ansiedad, angustia e inseguridad.

Da lugar a alteraciones emocionales, con sentimientos contradictorios y alternantes (maniaco-depresivos), que crean discontinuidad y/o abandono de la pauta de desintoxicación y deshabitación.

También a retraimiento social, por las ansiedades y temores que provoca, en el entorno, que una persona sea portadora. Da lugar a un replanteamiento de las relaciones y de la vida social, en las que hay que incorporar el riesgo al contagio y a la incertidumbre ante el futuro.

Por todo ello, se genera en el individuo una situación de fuerte *depresión* (contrastada en nuestra consulta), en la que las ideas suicidas aparecen como forma de poner fin a la tensión. Estos fenómenos van a tener mayor o menor intensidad según la personalidad del paciente y del soporte social con el que cuenta.

PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN

Debido a que el SIDA es una enfermedad transmisible (debiéndose remarcar las varias vías existentes, no todas ellas valoradas oportunamente), el aspecto de la prevención es básico y, por ello, la educación sanitaria debe ocupar un lugar fundamental en la relación del profesional de la salud con la persona infectada por el VIH.

— **Relaciones sexuales:** Como ya hemos visto, aunque no tengan ningún síntoma, las personas infectadas por el VIH *pueden* transmitir la infección a sus parejas sexuales. Por ello es importante insistir en que *deben utilizar preservativos en TODAS las relaciones sexuales* que incluyan penetración vaginal, anal o bucal. Es de destacar que en la comunidad homosexual, muy sensibilizada respecto al tema, la incidencia de positividad ha disminuido de manera generalizada, mientras que en el colectivo toxicómano y con relaciones heterosexuales ha ido aumentando, debido a la falta de prevención.

Existen otras prácticas sexuales que no tienen riesgo, o éste es mínimo, y que por tanto se pueden realizar, como el masaje o las caricias fuera de las zonas genitales, los besos íntimos boca a boca, los besos en la piel y la masturbación mutua.

— **Embarazo:** Las mujeres seropositivas, o aquellas cuya pareja sexual sea portadora, deben tener en cuenta que, si quedan embarazadas, su futuro hijo tiene un elevado riesgo de nacer infectado. En un estudio realizado en España, noviembre 89, se destaca que la *tasa de infección se sitúa alrededor del 25%*,

valorando que el 95% de las madres eran ADVP, siendo asintomáticas un 84% (en Italia, esta tasa se sitúa alrededor del 32,5%).

Las posibilidades de transmisión son tres:

a) Prenatal, observándose el genoma del virus en abortos de 15-20 semanas o en prematuros de 28 semanas.

b) Intraparto, por las secreciones vaginales y los momentos finales del mismo, que son los más agresivos para el recién nacido.

c) Postnatal, por la lactancia materna, afectando a la relación madre-hijo y por el mayor coste de la lactancia artificial. Esta vía no está muy clarificada, pero la actitud generalizada es la de recomendar la lactancia artificial si se conoce la existencia de HIV, siendo la discusión cuando esta positividad no existe.

A destacar que no existe *factor materno* que facilite la infección, no tiene por que afectar a todos los hijos que nazcan de una madre HIV positiva, pero el riesgo es suficiente. Por ello, las mujeres infectadas pueden interrumpir legalmente su embarazo dentro de las primeras 22 semanas de gestación.

Sería imprescindible que *ninguna mujer* HIV positiva quedara embarazada o si ella es HIV negativa y él HIV positivo, evitar contacto sexual no seguro.

— **Niños:** La posibilidad de que los niños transmitan el VIH a sus contactos preocupa a los miembros de sus familias, escuelas, guarderías y otros marcos en los que asiste el niño. Los casos notificados a los CDC (Centros de Control de la Enfermedad) y varios estudios de contactos íntimos de pacientes afectados por el virus sugieren que el riesgo de transmisión en estas situaciones es muy bajo. Esto se centraba en estudio de adultos y niños mayores.

Un estudio realizado en niños de menor edad, que babean, muerden, se llevan los juguetes a la boca y son incontinentes ha demostrado que *NO existe transmisión intradomiciliaria alguna*, a pesar del contacto íntimo (abrazarse, besarse, compartir objetos,...); incluso tampoco ha podido demostrarse dicha transmisión por medio de las mordeduras. Por todo ello, se llegó a la conclusión de que la transmisión del VIH por contacto con familiares, en la escuela, guardería y otros no sexuales ES MUY RARA.

— **Drogadicción:** Los heroinómanos NUNCA deben compartir jeringuillas o agujas. Esta es la forma de diseminación más frecuente del VIH en nuestra comunidad (y que no ha disminuido en estos años, a pesar de las advertencias y campañas). Si en un momento dado no dispusiesen de jeringuillas propias y tuvieran que compartir las de otros, deberán desinfectarlas con lejía (llenándolas y vaciándolas varias veces) y aclarándolas, después, bien con agua (también varias veces).

— **Donaciones:** NINGÚN individuo seropositivo debe donar órganos, sangre, tejidos o esperma. En realidad, toda persona que haya tenido *prácticas de RIESGO* (toxicómanos, personas sexualmente promiscuas, personas que hayan tenido contactos sexuales con individuos seropositivos) deben abstenerse de donarlos.

Por ello los controles deben ser estrictos y ya están marcados, por Ley, para los hospitales, y los controles

a realizar para cualquier donación, sobre todo sanguínea.

— **Ocupacional:** El riesgo por un solo contacto se sitúa alrededor del 0,37% de entre aquellas personas que sufren un contacto directo, pinchazo con aguja; es un riesgo bajo, pero que no conviene minimizar. Últimamente se está iniciando una campaña a favor de declarar el SIDA como una enfermedad ocupacional más.

¿A quién decirselo?

Debido a la información poco objetiva que los medios de comunicación dan sobre el SIDA, se recomienda a los portadores del VIH que comuniquen el resultado de la prueba al menor número de personas. Es aconsejable decirlo a algunas personas de confianza y hay una GRAVE RESPONSABILIDAD respecto a los/as compañeros/as sexuales. Se debe ser prudente al decirlo en el trabajo. En general, dichos compañeros no necesitan saberlo.

También se debe informar de esta situación al MÉDICO y ATS de Atención Primaria, al dentista, a traumatólogos, ginecólogos, cirujanos y, en general, a todo el personal sanitario que vaya a realizar alguna intervención en la que se pueda producir sangrado o contacto con mucosas.

— **Normas de higiene:** Una persona infectada por el VIH NO SUPONE ningún riesgo para los demás en el ámbito de las relaciones sociales, familiares, laborales y escolares, si se adoptan unas sencillas normas de higiene.

1) Respecto a vajilla y cubiertos, no precisan de especiales, lavándose de forma habitual con los detergentes ordinarios o lavavajillas. Si presentan sangrado de boca o encías serán exclusivos para ellos y se introducirán, tras su uso, en una dilución de lejía al 10% (una parte de lejía doméstica con nueve de agua) durante 10-30 minutos.

2) Lavado de ropa, se puede lavar con la de la familia, excepto presenten manchas de sangre u otros fluidos; así, se lavarán separadamente en un programa de lavadora automática a temperatura de 60 grados o más, durante 30 minutos.

3) Baños, se pueden compartir. Si presentan heridas sangrantes en el ano, es conveniente verter lejía en el inodoro tras su uso.

4) Maquinilla de afeitar y efectos dentales, deben ser personales, sin compartir.

5) Heridas, se desinfectará con povidona yodada o con alcohol de 70 grados, preferiblemente, o de 96 en su defecto y cubrirlo con tirta u otro apósito impermeable hasta que haya curado completamente.

6) Salpicaduras de sangre, vómitos o heces sobre suelos o superficies, se verterá lejía diluida al 10%, cubriéndose con toallas o pañuelos de papel que se eliminarán por el inodoro. Si se produjesen sobre otras personas, éstas se lavarán inmediatamente con agua y jabón, si es en la piel: En mucosas, oculares o bucales, lo harán con agua abundante.

7) Residuos, como vendas, apósitos y gasa, que hayan estado en contacto con sangre u otros fluidos, se introducirán en una DOBLE bolsa de plástico resistente, perfectamente cerrada, y se eliminarán con el resto de la basura.

Finalmente, señalar que, en nuestro centro, iniciada la terapéutica de desintoxicación y deshabitación, se lleva a cabo, como ya se ha ido señalando, por parte del personal sanitario (médicos, psicólogos,...), el seguimiento clínico de los pacientes en base a un riguroso control analítico y semiótico (de signos y síntomas), favoreciendo la intercomunicación paciente-médico, facilitando toda aquella información que redundará en una mejor prevención y mejor control de los mismos y de sus familiares.

JOSEP MARÍA VIDAL ELÍAS

UNA MUERTE MAS



José Gómez cambió absolutamente todo por la droga y por la droga murió absolutamente solo. Lo que es la vida, José, ya desde niño, tuvo una familia ejemplar, tenía cariño, comprensión, educación, en fin una familia acomodada. Y sobre todo una madre que se desvivió por él, que compartió, en todo momento su gran problema y que luchó y luchó hasta la extenuación, y por todo ello, pese al dramático final, Mari Cruz tiene su conciencia muy tranquila, pero un tremendo dolor que siempre le quedará y algo terrible, la sen-



sación de "impotencia" de no haber podido conseguir, por lo que tanto luchó, y tener que resignarse a perder a su hijo, en plena juventud. Quisiéramos con esta historia, hacer ver de nuevo la realidad de las toxicomanías, que sirva, para que quizás uno de vosotros definitivamente emprenda el camino de la vida.

Soy una madre profundamente afectada por el gran problema que supone para la sociedad "LA DROGA". A pesar de todo el apoyo, tanto moral como económico, que presté a mi hijo, no pude conseguir salvarlo de esa trampa mortal en la que cayó, de la cual, si no tienes una gran fuerza de voluntad, es muy difícil salir, por no decir imposible.

La ayuda de la familia es fundamental pero si ellos no quieren todo el esfuerzo está de más.

Yo como madre, bastante conocedora del problema de las toxicomanías y por desgracia afectada por el dolor de una muerte, pienso que este tremendo problema, de una forma u otra, afecta a todo el país, porque el que no lo tiene directamente en su familia, que ya es tremendo, también lo tiene que padecer, ya que no me digan que la inseguridad ciudadana, principalmente es por el problema de las drogas, la padece todo el mundo y aunque el Gobierno y las Comunidades Autónomas están haciendo bastante no sólo es insuficiente sino que además es inadecuado, porque el problema de las toxicomanías es más que un problema de Justicia, de Sanidad y esto se tiene muy poco en cuenta. Pensemos que antes que delincuentes son "enfermos" y la obligación de los mandatarios de un país (y más si es democrático) es curar a los enfermos, pero no ingresarlos horas, hasta que pasen el síndrome de abstinencia o mono, como dicen ellos en su propio lenguaje.

Eso no es forma de curar a un toxicómano, con ello sólo se consigue que salgan con más ganas de buscar a esos criminales "Camellos" que se están llenando los bolsillos a costa de unas "muertes inocentes".

Me uno a la opinión del señor Gutiérrez Mellado, al cual le doy toda la razón en la opinión que exponía en una revista, en la que decía que le había conmovido enormemente la tragedia que vivía un amigo suyo, con un hijo que había caído en la droga, ya que no sólo no se vive, sino que es un auténtico infierno, efectivamente así es, porque en la familia que por desgracia entra esta "lacra" no sólo no viven ellos, sino que no dejan vivir a los demás.

A pesar de mi gran dolor, del que nunca me recuperaré por la pérdida de este hijo, pienso seguir luchando contra la droga y tratando de ayudar a otros jóvenes que estén dispuestos a salir de este drama tan terrible, es una pena que las plazas y parques de este país en lugar de ser un sitio de ocio, sean unos verdaderos "picaderos" de drogadictos, aunque, realmente, más que una pena es una gran vergüenza.

También hago un llamamiento a toda la sociedad para que se piense en la "prevención" y se informe a los jóvenes en los colegios del terrible problema y gran peligro de las drogas.

Tengamos muy claro que "hablar de drogas es hablar de muerte."

MARI CRUZ BORRERO

CAJON DE SASTRE

A modo de esquema inicial, la enfermedad toxicomaníaca es el resultado de la interacción de tres factores:

- Contexto sociocultural.
- Personalidad y condiciones biológicas del sujeto.
- Peculiar objeto de adicción en cuestión.

Sobre el contexto sociocultural y el peculiar objeto de adicción prefiero comentarlo en otra ocasión; acerca de la personalidad y condiciones biológicas del sujeto se podría comentar también muchísimo, sin embargo en esta enfermedad hay pautas de conducta muy llamativas que conviene resaltar, por ejemplo sabemos que los opiáceos abundan entre los internos de las prisiones, pero discurremos acerca de lo siguiente: Generalmente van a ellas sujetos que biográficamente se encuentran desprovistos de afecto; esto conlleva un sentimiento de descrédito sobre el sentimiento de autoestima y aumenta la susceptibilidad frente a las ofensas y las agresiones.

El entorno agresivo produce un "aprendizaje" de la agresividad. Estados depresivos producen sentimientos de melancolía y angustia que generan impulsos de agresividad "dirigidos contra sí mismo"; con lo que gran parte de la población reclusa se autolesiona y son éstos en su mayor parte quienes presentan una afectación narcisista de la personalidad. Es como si la autoagresión fuese una forma patológica de comunicación que expresa unos sentimientos ofendidos que en ese momento vivencia a través de la agresividad hacia sí mismo.

A modo de sugerencia en las prisiones puede intentarse como terapéutica de esa conducta, intentar explicarles qué les pasa: cine-fórum, expresión plástica, literaria o dinámica, en una palabra "sublimar sus sentimientos de autoagresión", y de paso informarles acerca de las drogas.

Sospecho que el toxicómano deviene en forma no ineluctable y no irreversible. Creo que existe una concatenación de ciertos acontecimientos que desde el nacimiento marcan al individuo "condicionándole" una personalidad patológica, si tal individuo tropieza con la droga el toxicómano quedará formado. De niños son "aparentemente normales" en unas familias "aparentemente normales", pero niños con algunas o alguna rotura en el desarrollo evolutivo de la personalidad. Hay que proceder pues siempre que se pueda a efectuar la anamnesis de la familia del toxicómano. Tratar de averiguar cuál fue y es su entorno familiar y social, lo no "revelado" que comúnmente suele ser una

familia psicótica. La "rotura" sucede dentro del sistema madre-niño, cuando dentro de la relación afectiva no funciona o sólo en parte, con frecuencia la madre no deseaba el nacimiento del hijo, lo que manifestará después. El padre con frecuencia es autoritario y "dominante" hacia el hijo, o que cualquiera de los padres suplante al otro en su función de padre o madre. En cierto modo y por así decirlo el toxicómano vive en su "interior" un conflicto "no resuelto", que tienen el narcisismo roto, que poseen un número indeterminado de decepciones repetidas. Es como si el niño fuese un perverso polimorfo en su primera infancia y que el toxicómano intentará revivir aquellos momentos en que para él fueron felices adoptando una conducta perversa. Como si la heroína buscase llenar un vacío, alucinar lo real, como si con la heroína buscase también anular la realidad, frente a su angustia existencial y total, volver al estado del bebé sin angustia, ni sexualidad, por lo tanto sin problemas; es como si el toxicómano se encontrase como portador de una carencia arcaica y que le resultase un sufrimiento el aprendizaje de las leyes a que le somete familia y sociedad, él a este sufrimiento contraponen el placer y el juego. Tiene rechazo a la realidad y en su hedonismo se niega a crecer (complejo de Peter Pan), su juego es sadomasoquista, va a jugar a hacer sufrir a la familia, a fugarse, a dar miedo, a darse miedo (es sorprendente la fascinación del pre-toxicómano por las películas de miedo y terror); juego cada vez más perverso y por obligación, hay en él distancia entre lo percibido y por percibir que le da un sentimiento de paranoia. Descubre su cuerpo como fuente de placer, posee un cuerpo del que obtiene placer cuando quiere. Tienen de niños extrema dificultad en perder el miedo a la oscuridad, y dificultad en levantarse de la cama. Los elementos de excitación serán almacenados en la memoria como únicos momentos dignos de ser vividos y serán buscados de manera voluntarista para ser sentidos de nuevo, sea cual sea el precio que haya que pagar. Y cuando se encuentre la droga en el camino, habrá una fusión y el toxicómano estará creado. También en ellos el transcurrir del tiempo es fuente de angustia y buscan anular esa percepción, muchos tienen alguna actividad (escuchar música, ver televisión) que les anula esa sensación de "pasar el tiempo" y pasan horas tranquilos en ella. Poseen una ansiedad desproporcionada y desean sus logros con inmediatez. Susceptibles al máximo: cada herida o frustración causa estragos insospechados en su narcisismo. Es fundamental pues en la terapéutica de tales pacientes

ayudarles a tener capacidad para aguantar las frustraciones y para expresar los sentimientos de culpa de otro modo que no sea con actuaciones impulsivas.

Convendría también que cuando un toxicómano acude a efectuar algún programa terapéutico someterle a él y a ser posible a su familia a un profundo análisis psicológico, por ejemplo pasarles sistemáticamente el cuestionario de personalidad de 550 preguntas creado en los años cuarenta, el "Minnesota Multiphasic Personality Inventory". Es pues importante tratar al toxicómano y a la familia entera haciéndoles la psicoterapia que se considere oportuna para cada caso. Y con todo teniendo en cuenta la premura en el tiempo ya que el componente de autoagresión y autocastigo de la droga, podría ser una forma de postergar el peligro de suicidio que estaría latente en el toxicómano. El autocastigo y la autoagresión se hace más intenso en la medida que el modelo familiar se acerca al tipo de familia estructurada como: padre descalificado/madre víctima/paciente toxicómano culpabilizado, donde el toxicómano manifiesta su conflicto de relación dentro de la familia. Su culpa actuada con respecto a la familia, y en concreto a la madre — que sufre por él— se agiganta, y no hay nada que pueda hacer para pagarla salvo la muerte. En este sentido, en algunas familias, especialmente en las de este tipo, se asume incluso por el propio paciente toxicómano que la heroína acabará con su vida. La adicción cumple la función de actuar la culpa, a través de sobredosis o accidentes de administración.

Obsérvese si no que podemos hallar en las familias de algunos toxicómanos: divorcio, desentimiento, ausencia de un padre, ausencia de la madre, padre que abandona a la familia; o por contra familias en apariencia normales con padres que efectúan críticas negativas acerca de la sociedad actual en general en función de los problemas que les acarrearán sus hijos, relaciones padres-hijos muy perturbadas casi deterioradas: ausencia de relación con el padre que no tiene interés por el hijo, una madre posesiva. También llama la atención que algunas veces la familia del toxicómano sobre éste ignoran que se droga y lleva tiempo haciéndolo, dicen que "si no hubiese droga no habría

problema", que "con castigar a los traficantes se arreglaría", o bien que "antes no daba problemas" también podemos encontrar padres cómplices con el toxicómano: toleran su adicción, o bien "desean la muerte del hijo o hija". Observar pues el mito familiar en el que cada cual representa su papel y aunque sufra por él porque no esté conforme lo mantendrá: se opondrá con todas sus fuerzas a su evidencia, pues es tabú. El mito explica los comportamientos de la familia pero oculta las causas de dichos comportamientos. Otro ejemplo es que se han encontrado en ocasiones inversión de papeles como "hijo patricado" (que asume el papel de adulto) o malestar entre padre y madre por uniones secretas con los hijos llegando hasta relaciones incestuosas. Cabe preguntarse pues: ¿para quién se droga?, ¿a quién protege más?, ¿qué es lo que el síntoma permite evitar a la familia?

Realmente la curación de la toxicomanía es harto difícil; cuando además se trata de una enfermedad en la que inciden tantos factores coadyudantes, por ejemplo ¿qué hacer con el factor entorno?, las granjas o comunidades terapéuticas suponen un aislamiento del individuo, pero llega el día en que sale de ellas y lo más normal es que regrese al ambiente en que están sus antiguas amistades (algunas todavía con su toxicomanía), tal vez los padres o familiares sigan mostrando una conducta igual hacia el toxicómano que regresa rehabilitado, es decir que es casi una actitud individualizada de cada toxicómano frente a su enfermedad, es decirles que son ellos quienes han de cambiar, porque en cuestión el entorno o cambia muy poco a nada en absoluto y el toxicómano deberá regresar tan distinto en su actitud "interior" como para triunfar ante todos los estímulos nociógenos que le incitarán el volver a la droga. Es concretamente necesario ir más allá de impartirles una medicación que le palía sus síntomas físicos, hay que informales y reiniciarlos o iniciarlos en actitudes de conducta positiva frente a la realidad, hay que hacer que ellos se conozcan en el porqué incluso de sus ideas, de sus pensamientos, ello requiere la cooperación por supuesto del toxicómano, de sus familias, del médico, del psicólogo, psiquiatra, sociólogos, y de la estrecha colaboración entre los centros

que se dedican a tratar la enfermedad, sabemos todos que un toxicómano puede pasar por varios de ellos y cada vez que es acogido en uno hay que repetirle pruebas o se pierde información que otro centro anterior ya tenía, que también hay a veces que individualizar un tratamiento hasta el punto de "aislar" al paciente porque el mero contacto con otros que están en proceso de curación como él puede hacerle desear la droga. Recuerdo una persona que me decía que cuando iba al taller terapéutico de jardinería y veía llegar a sus compañeros "colocados" ella tenía deseos de ponerse como ellos, y al final... lo hizo, y empezó con recaídas más frecuentes cada vez. Las drogas son, como se sabe, un problema internacional, si tenemos una parte de la población que es susceptible a drogarse, ¿qué se puede hacer cuando la droga entra a "manos llenas" en un país?

Ya cerca del siglo XXI el progreso social, bien entendido, ha conseguido casi dominar ciertas patologías, pero se ha visto que la medicina asistencial en el sentido clásico del término resulta muy cara, por contra el viejo aforismo "más vale prevenir que curar" es lo procedente, y esto implica otro "gasto" en informar a la población todavía más de lo que se viene haciendo, por ejemplo en el aspecto de la nutrición hay que insistir más en que las bebidas alcohólicas son un tóxico, en que fumar produce inexorablemente el cáncer de pulmón y además es atentado contra la vida de los "no fumadores", que las grasas ingeridas en cantidad excesiva producen entre otras enfermedades la arteriosclerosis de cuya muestra adjunto unas fotografías en color para el presente artículo. Es, insisto, una filosofía muy general de higiene, de profilaxis, en que la droga sea una alternativa muy difícil por el hecho de que sea más fácil tener y mantener un estado de buena salud física y mental que perderlo. De hecho la forma de vivir en cada momento histórico ha tenido unas consecuencias para la salud, y las enfermedades a mi entender siguen por así decirlo unas tendencias, unas "modas". El toxicómano es el resultado de una de estas modas, consecuencia de un modo de vivir y entender la vida, de unos medios, forma de producción, tecnología que antes no estaban. Entre los jóvenes ha aumentado la delincuencia, las tentativas de suicidio, la patología mental, y ha derivado en una "subcultura" que caracteriza cierto sector de la "movida juvenil", pues mientras que las causas sociales y psicológicas no se resuelvan, el tratamiento terapéutico de los toxicómanos carecerá de la eficacia que sería deseable alcanzar. En ocasiones me he preguntado si actualmente comienza a existir una verdadera "sociopatía de masa", se sabe que de una población de niños inadaptados salen aproximadamente un tercio de adultos inadaptados que luego van a terminar en una muerte real o social (hospital, presidio); se admite desde los trabajos de Aichorn que los problemas caracteriales graves del sociópata están ligados a situaciones traumáticas vividas en la infancia, y es por tanto ahí donde se tiene que incidir efectivamente con programas sociales y políticos que faciliten un entorno adecuado para que el niño no se malogre.

Si ese niño al que me refería queda constituido en un sociópata, tendrá una incapacidad para aceptar la realidad, arrastrándose a una agresividad perpetuamente reactivada por la sanción.

Y para terminar recordar que tras un "pico" se produce una ligera desviación en algunas variables psicológicas, detectables con técnicas refinadas, que se prolongan hasta durante 10 meses (abstinencia prolongada), eso tal vez puede sugerir un baremo de tiempo mínimo de permanencia en granjas que sea de un año como mínimo.

En cuanto a la atención de los toxicómanos, citaré que cuando acuden a un servicio de urgencias solicitando medicación para el "mono", al menos debería dárseles los fármacos correspondientes para superar ese estado morbo y posteriormente iniciar un programa terapéutico en centros dedicados exclusivamente a ellos o bien que en el caso de que esos centros estén saturados, al objeto de evitar largas listas de espera, pudiesen ser atendidos en centros de asistencia primaria hasta lograr plaza en esos centros, piénsese en las consecuencias actuales sociales que implica el no atender a un toxicómano cuando lo solicita.

A lo largo del presente artículo he tratado tan siquiera de esbozar ciertos aspectos que hace tiempo deseaba hacer a fin de generar inquietudes alrededor de los mismos con vistas a realizar posibles soluciones, gracias por haberlo leído hasta el final.

REDACCIÓN

BIBLIOGRAFÍA

- R. Battestini y F. X. Moreno, "Autoagressivitat i entorn". *Annals de Medicina*. Volum LXXV n.º 7; 1989: 165.
- Claude Olievenstein "La vida del toxicómano". Ed. Fundamentos. 1986.
- Mercedes Rodríguez Pérez y M.ª Rosario Sanz Cuesta, "La familia del toxicómano desde un abordaje sistémico" (1). *Comunidad y drogas*, Monografía n.º 1. Mayo 1987. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Maurice Victor y Raymond D. Adams, "Opiáceos y analgésicos sintéticos". *Principios de medicina interna*, McGraw Hill. 1983: 1782.

SUGERENCIAS PARA AYUDAR A UN TOXICÓMANO

No intentar ayudarlo si no quiere, hacerlo sólo cuando admita su adicción y solicite nuestra ayuda; no justificéis jamás su conducta; no permitáis que manipule vuestra vida. *Cuidad de no darle un ultimátum*, no sea que luego lo lamentemos.

Si solicita ayuda, darle apoyo y cariño, hablarle claramente y fomentar su amor propio y seguridad en sí mismo recordándole (para ello hay que conocerle bien) sus aptitudes y enseñándole dónde, cuándo y cómo puede desarrollarlas.

No le riñáis, ni destruyáis sus previsiones, perjudicará la confianza que él o ella haya depositado en vosotros, ayudarle pero sin crear una total dependencia hacia vosotros, pues menoscabaría el progreso de su autoconfianza y seguridad en sí mismo.

Todo toxicómano debe ponerse en manos de un equipo terapéutico especializado en el tratamiento de las toxicomanías, al tiempo se deberá controlar su asistencia y recaídas. Si deja de asistir no le forcéis a volver.

Disponer de los números de teléfono del médico y/o servicio de urgencias, o unidad de toxicomanías en donde lo atienden, o lo puedan atender. Tener nociones sobre primeros auxilios, si el adicto da muestras de conducta agresiva. Llamad a la policía, a su médico y a una ambulancia. Si observáis en él o ella psicopatología: confusión, alucinaciones, delirios, solicitad ayuda médica urgente.

Cuando un toxicómano deja su adicción se situará en un ambiente tranquilo (vivienda, etc.). Las presiones y tensiones externas se reducirán al mínimo, necesitan apoyo y ánimo; según la droga pueden presentar confusión mental y depresión profunda ello es pasajero, lo ideal es efectuar la desintoxicación en una institución idónea para ello.

Es perder el tiempo iniciar una cura si no se mejoran las circunstancias personales del adicto, *procurando erradicar los problemas y presiones que le llevaron, en primer lugar, a necesitar drogas.*

No obstante conviene no olvidar que para un buen "pronóstico" se consideran condiciones favorables:

- El poco tiempo de consumo de la droga.
- El consumo no parenteral.
- La personalidad de fondo.
- Grado de integración social.

Mi experiencia personal referente a lo que he vivido en relación con los toxicómanos, es que *es muy fácil cometer un error conductal en nuestra relación con ellos y echar a perder lo que habíamos logrado en su curación o perder la confianza que tenían en nosotros, en ellos, o en ambos.* El no proporcionarles un apoyo moral y la falta de ayuda familiar, es muy contraproducente. Como asevera el Dr. Freixa: "El estilo de vida al que los heroinómanos se ven abocados es mucho más grave que la cantidad y la calidad de la droga que toman."

EL FENOMENO DE LA SOBREDOSIS

La morfina es un depresor primario y continuo de la respiración, al menos en parte, en virtud de un efecto directo sobre los centros respiratorios del tronco cerebral. La depresión respiratoria es discernible incluso con dosis demasiado pequeñas para perturbar la conciencia, y aumenta progresivamente junto con la dosis. En el hombre, la muerte por envenenamiento con morfina se debe casi siempre a paro respiratorio. Las dosis terapéuticas de morfina en el hombre deprimen todas las fases de la actividad respiratoria (velocidad, volumen minuto e intercambio ventilatorio pulmonar). El menor volumen respiratorio se debe principalmente a la respiración más lenta, y en cantidades tóxicas las respiraciones pueden ser sólo 3 o 4 en el minuto. La morfina y los opiáceos afines pueden también producir respiración irregular y periódica; en el hombre, esto se ve a menudo incluso con dosis terapéuticas.

La depresión respiratoria máxima se produce unos 7 minutos después de la administración intravenosa de morfina, pero puede no producirse hasta 30 minutos después de la administración intramuscular o hasta 90 minutos después de la administración subcutánea. La sensibilidad del centro respiratorio comienza a normalizarse a las 2 o 3 horas, pero el volumen minuto respiratorio sigue estando muy por debajo del normal durante hasta 4 o 5 horas después de las dosis terapéuticas.

El mecanismo de la depresión respiratoria por la morfina implica una reducción de la respuesta de los centros respiratorios del tronco cerebral a los aumentos de tensión del anhídrido carbónico (P_{CO_2}). Los opiáceos también deprimen los centros protuberanciales y bulbares que regulan la ritmicidad respiratoria y la respuesta de los centros respiratorios bulbares a la estimulación eléctrica (véase Pentiah y col., 1966; Flórez y col., 1968).

La influencia de diversos estímulos aferentes sobre el centro respiratorio no es afectada en el mismo grado. La estimulación hipóxica de los quimiorreceptores puede ser todavía efectiva cuando el centro respiratorio muestra menor respuesta al CO_2 . Cuando el principal estímulo de la respiración es la hipoxia, la inhala-

ción de altas tensiones de O_2 puede producir apnea. Además de una marcada depresión de la regulación automática de la respiración, el control voluntario de esta última también puede alterarse. Después de grandes dosis de morfina o análogos sintéticos, los pacientes respiran si así se les ordena, pero de lo contrario pueden permanecer relativamente apnéicos.

Minutos después de una dosis terapéutica intravenosa de morfina, se produce una disminución del volumen minuto seguida de un aumento de CO_2 sanguíneo y en el aire alveolar. Al acumularse el CO_2 se estimula nuevamente al centro respiratorio en un grado permitido por el opiáceo. De esta manera, la frecuencia respiratoria y a veces hasta el volumen minuto pueden ser indicadores engañosos del grado de depresión respiratoria. El sueño natural también produce una disminución de la sensibilidad del centro bulbar al CO_2 , y los efectos de la morfina y el sueño son aditivos.

En dosis equianalgésicas, la respiración en el hombre se deprime con la codeína y la morfina parenterales aproximadamente en el mismo grado (120 mg. de codeína, 10 mg. de morfina), pero la muerte por sobredosis de la codeína es rara. Numerosos estudios han comparado a la morfina con otros opiáceos en cuanto a su proporción de analgésico y depresor de la actividad respiratoria. Está claro que todos los opiáceos son capaces de producir depresión respiratoria, y casi todos los estudios han comprobado que cuando se usan dosis equianalgésicas, el grado de depresión respiratoria observada no difiere mayormente del que se ve con la morfina (véase Eckenhoff y Oech, 1960).

La morfina y los opiáceos afines también deprimen el reflejo tusígeno, al menos en parte, por efecto directo sobre un centro tusígeno del bulbo raquídeo (Chakravarty y col., 1956). No existe relación obligatoria entre la depresión de la respiración y la depresión de la tos, y se conocen efectivos agentes antitusivos que no deprimen la respiración.

Debido a que la alta frecuencia de adicción conduce a un uso irregular y no médico, el envenenamiento opioide no es accidente raro. La intoxicación puede sobrevenir como resultado de su ingestión con propósitos suicidas, por error en el cálculo de la dosis,

variaciones en la potencia de la droga o hipersensibilidad. Dosis relativamente pequeñas pueden ser tóxicas en los niños que suelen manifestar aumento en la susceptibilidad. Lo mismo sucede en adultos con mixe-dema, enfermedad de Addison, hepatopatías crónicas o neumonía. Se presentan muchos casos de intoxicación aguda en adictos que ignoran que la tolerancia a los opioides declina rápidamente cuando se suprime el fármaco, de modo que cuando retornan al hábito una dosis que anteriormente fue bien tolerada puede ser mortal.

Las manifestaciones clínicas de la intoxicación aguda incluyen diversos grados de insensibilidad, respiración superficial, frecuencia respiratoria baja (2-4 ciclos por minuto), o respiración periódica, miosis, bradicardia e hipotermia. En las formas más intensas se dilatan las pupilas, hay cianosis de las mucosas y colapso circulatorio. La causa inmediata de la muerte es la depresión respiratoria y la asfixia consecuente. Los pacientes que han tenido un paro cardiorrespiratorio pueden quedar con encefalopatía anóxica como secuela. Otros que se recuperan del coma pueden, ocasionalmente, revelar una hemiplejía debida probablemente a oclusión vascular. Los únicos síntomas en los casos con intoxicaciones leves son anorexia, náusea, vómito, estreñimiento y pérdida de la libido.

La intoxicación grave por opioides requiere intervención inmediata. Si hay depresión respiratoria se debe intubar al paciente y conectarle un respirador. La presencia de hipotensión requiere que se establezca una vía venosa para comenzar el reemplazo de líquidos. Pueden ser necesarias aminas presoras. Si el paciente tiene intubación endotraqueal y está en coma, puede ser útil el lavado gástrico (después de una ingestión bucal). Este procedimiento puede ser eficaz aun muchas horas después de la ingestión, ya que a consecuencia del intenso piloroespasmo que se presenta en gran parte del fármaco es retenido en el estómago. Si el paciente no responde rápidamente a estas medidas debe administrarse naloxona (Narcan). Este es un antídoto específico para los opiáceos y también para los analgésicos sintéticos. Actualmente se le prefiere sobre la N-alilnormorfina (Nalline), pues la naloxona carece de propiedades agonísticas; por tanto, no depri-

mirá más la respiración, aun en caso de un error diagnóstico. En la intoxicación por opioides la dosis de naloxona es de 0,7 mg. para 70 Kg. administrada lentamente por vía intravenosa, que se repite una o dos veces más a intervalos de cinco minutos. Los principales signos de que se han antagonizado los efectos de los opioides son taquipnea y midriasis. De hecho, si la naloxona no causa tal respuesta se puede dudar del diagnóstico de intoxicación por opioides. Una vez que se obtiene una buena respuesta respiratoria al antídoto, se debe observar cuidadosamente al paciente durante 24 horas y se pueden administrar otras dosis (50 por ciento mayores que las anteriormente efectivas) intramuscularmente, tan frecuente como sea necesario. La naloxona tiene muy poco efecto directo sobre la conciencia y el sopor puede persistir por muchas horas. Esto no es peligroso, siempre que la respiración se mantenga bien.

La naloxona debe usarse con precaución si se piensa que el individuo con intoxicación aguda es un adicto. Una vez que el paciente haya recuperado la conciencia, aproximadamente en ocho horas, pueden manifestarse signos de síndrome de supresión como lagrimeo, rinorrea, piloerección, sudación profusa, etc., y puede ser necesario un tratamiento sintomático. Otros síntomas son náusea y dolor abdominal intenso, debidos, tal vez, a pancreatitis (consecutiva al espasmo del esfínter de Oddi).

REDACCIÓN

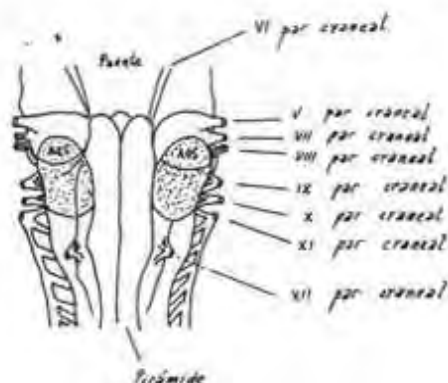
Javier Felip Baquer

BIBLIOGRAFÍA

Jerome H. Jaffe y William R. Martin. "Analgésicos y antagonistas opiáceos". (The Pharmacological Basis of Therapeutics). Macmillan Publishing Co., Inc. 1982; 501-502.

Maurice Victor, Raymond D. Adams. Harrison's principles of internal medicine. Mc Graw-Hill, Inc., 1986; tomo II, 1779-1780.

SOBREDOSIS



Áreas quimiosensibles (AQS) en la superficie ventral del bulbo raquídeo (Ganong "Fisiología médica").

LA DROGA MATA: CREEME

[3-5-90] BARCELONA

ESTHER

El escrito lo mandé para que lo leas, y si os gustase y se puede publicar en la revista, la verdad es que me hacía mucha ilusión, si hubiese un rinconcillo.

Mi Hobby siempre ha sido escribir.

Quiero sentirme útil, en este tema, que tanto me cuesta superar a un, al llevarlo en la mente, ^{(como) ahora} ~~carcomiéndome la~~

Pero Gracias a Dios también tengo lucidez mental.

Atent. Yolanda Quij GRACIAS

Dios te compensará tu esfuerzo por los demás. Y.S.



He visto un amigo roto. Lo he visto al límite de la desesperación, en límite de aguante. Su aspecto era quebrado. Joven pero enfermo, envenenado por una droga dura.

Por favor atiende este aviso: No te drogues.

No confíes, ni creas en cielos ni en glorias ficticias.

No lo hagas, que todo es mentira y acaba en tragedia.

Si te incitan, no te anules. No permitas que te engañen.

No te hagas sumiso de la droga, que te esclavizará, y anulará tu propia conciencia.

No te embriagues en psicodélicos humos, ni te pinches, ni esnifes el polvo de la muerte blanca que todo termina en dolores de entrañas que abrasan toda tu existencia.

Y no te creas o pienses que existe retorno, remedio o amparo. No lo creas. Yo te aviso que todo es mentira.

Sólo existe la pena de ver que te pudres sin remedio alguno estúpidamente, como una carroña viviente tirada por el suelo.

Yo también me creí que existía retorno, siempre que quisiera y que todo era un juego excitante sin mayor problema.

NO, no lo creas amigo. A partir de iniciarte en la droga, la droga te engaña y te engancha, te cuelga y corroe tu cuerpo y tu alma, y luego pervives enfermo, repleto de asco y vergüenza, pidiéndole a Dios que acabe contigo...

Da este aviso: El drogarse no te hace más hombre ni más libre. Al contrario, no tienes salida, ni escape, estúpidamente no consigues metas, no consigues nada. Te pudres y caes al abismo.

Déjate ayudar a ti mismo, date una oportunidad, entonces lo conseguiremos.

Y. S.

ESTUDIO SOBRE «LA COCAINA»

PREFACIO

Este artículo no aboga por el uso, la posesión o la venta de la cocaína. El lector debe saber que el uso, la posesión y la venta de cocaína son ilegales. Sin embargo, el hecho de que el uso de la cocaína sea ilegal no ha evitado la existencia de cientos de miles de consumidores, los cuales diariamente ponen su salud y su vida en manos de los traficantes que manufacturan, importan y distribuyen la cocaína a través de los Estados Unidos. Tal como están las cosas, no parece que el traficante se tome muy seriamente su responsabilidad; así al consumidor se le deja en la elección entre confiar en el mercado negro o aprender a identificar el contenido de su compra.

El autor siente la responsabilidad humana y moral de presentar esta información y con este espíritu presenta este artículo.

Se debe especial mención a dos libros, los cuales han dado al autor discernimiento y profundidad en la preparación de este artículo. Ambos son altamente recomendables como lectura adicional.

The History of Coca (AND/OR Ed. 1974) de W. Golden Mortimer. Originalmente publicado en 1901, contiene el mejor y más completo trabajo adquirible sobre el descubrimiento, desarrollo e impacto del uso de la coca en la historia.

Licit and Illicit Drugs (Little, Brown, and C. 1972), de Edward N. Brecher y los editores de *Consumers Reports*. Traza el desarrollo, uso y control de la coca en los tiempos actuales y provee de uno de los trabajos más objetivos sobre los efectos, distribución y legalidad del uso de la coca y mercado utilizable.

Agradecimientos y reconocimientos varios.

INTRODUCCION

En años recientes han sido publicados muchos libros acerca de la coca. Casi todas estas publicaciones, aunque tenían una valiosa información, no enfocaban los problemas de cara al consumidor. La intención de este artículo es proveer al lector de las herramientas necesarias para desarrollar un conocimiento experto de la cocaína ilegal.

Leyendo este artículo y aplicando sus resultados, varias veces en situaciones prácticas, el lector podrá rápidamente desarrollar su percepción hasta el punto de total confianza en sus juicios sobre el mercado.

De ninguna manera la publicación de esta información es una incitación al uso de la cocaína. Es presentado como una respuesta a problemas existentes. El uso de la coca, está muy extendido y gana popularidad rápidamente. Históricamente la gente ha hecho su propia elección de cara a la ingestión de sustancias que alteran la conciencia, y sin esta información la elección ya no sigue siendo de ellos, pues la coca que compran puede estar, y normalmente lo está, diluida con sustancias alternativas muchas de las cuales son dañinas. Una guía práctica como este artículo puede ayudar a solucionar esta situación.

Debido a la naturaleza de la cocaína y a los mitos que la rodean, incluso un libro práctico sobre ella puede ser algo artístico. Y qué mejor presentación que esta de Pittigrillis en su clásica novela "Cocaine" publicada en Italia en 1921.

"Seguro, todos nos matamos a nosotros mismos. Todos nosotros, hombres de nuestro tiempo. Y el vasto veneno de la coca es sin embargo un símbolo de la

muerte al cual todos sucumbimos. La cocaína no es sólo el hidrocloreto de cocaína; es también la vehemente, sutil y dulce muerte, es verdad, negras sombras como un cataclismo sin nombre que inflingimos sobre nosotros mismos voluntariamente con diferentes voces y diferentes palabras mientras esperamos la consumación de nuestro destino."

COCAINA Y SALUD

Como se hizo notar en la introducción, la propuesta de este artículo es anotar los problemas comunes asociados al uso de la cocaína. El uso de la coca durante cortos o largos periodos, puede llevar a muchos problemas de salud. Por esta razón el primer capítulo tratará de la salud.

El uso de la cocaína a través de los siglos prueba la evidencia de que existen en la coca cualidades positivas. De aquí, el aumento extremadamente rápido del uso de la coca en los últimos años. Estas cualidades están muy reconocidas pero las negativas son a menudo ignoradas, no reconocidas o desvalorizadas por el consumidor. Estas características negativas pueden ser tremendamente debilitantes y el conocimiento de su naturaleza y de cómo compensarlas tiene que ser una de las primeras preocupaciones para todo consumidor de coca.

Los dos métodos más comunes de ingestión de cocaína son la inhalación o la inyección. La inyección de cualquier sustancia es por su naturaleza algo extremadamente duro para el sistema circulatorio y nunca debe ser llevado a cabo. La inyección de cocaína es incluso peor que la de otras sustancias, pues fuerza el corazón exageradamente y acor-

ta la vida. Muchas de las sustancias que se usan para adular la cocaína son extremadamente peligrosas cuando se las inyecta; algunas son fatales. También inyectarla puede dejar abscesos en la piel. Este método debe ser rechazado a toda costa. Muchos consumidores de coca que han probado la inyección han descubierto estos hechos dejando así de exponerse ellos mismos a los peligros de este método.

La mayoría de los consumidores usan la inhalación como método de ingestión, el cual se lleva a cabo cortándola (moliéndola) y esnifándola por los conductos nasales con una pequeña cucharilla o con una caña. Las membranas nasales se deterioran con el uso continuado y han de ser protegidas. Cuando la cocaína se asienta sobre las membranas cubriendo el interior nasal y el sinus causa quemaduras y llagas. Después de un tiempo, esto puede llegar a la degeneración de las membranas y puede también comerse el cartilago mismo. Ayuda a prevenir esto el lavarse los conductos nasales con agua templada antes de retirarse por la noche. Rociar las membranas con agua templada usando un vaporizador durante el período de la cocaína ayuda a prevenir los daños y a que la coca penetre mejor en el organismo.

Los efectos de la coca después de la ingestión empezarán a sentirse casi inmediatamente y el efecto completo tardará alrededor de 15 minutos en llegar. El corazón se acelera y la presión sanguínea aumenta. El apetito decrece y la vitalidad se acrecienta. La fatiga desaparece y se hace evidente la condición de euforia. El consumidor está lleno de energía y su estado anímico es elevado considerablemente. De todas formas, estos son la mitad de los efectos de la experiencia con coca. Después de un período, variando desde una a dos horas, los efectos cambian pasando de ser estimulantes a ser depresivos tanto física como psicológicamente. La presión sanguínea y el pulso pasan a estar un poquito por debajo del nivel que existía antes de la ingestión. La vitalidad desaparece, dejando al sujeto pesado, deprimido. Las reacciones negativas parecen más pronunciadas

con la ausencia de la reacción positiva inicial. Cuando más grande es la dosis inicial, más fuerte es la euforia y más fuertes también los eventuales efectos negativos.

La sobredosis de coca es conocida en la práctica; los síntomas son el paro o deficiencia respiratoria. Si esto ocurre, asegurarse de que el sujeto no se ha tragado la lengua y administrar la respiración artificial, llamando a la ambulancia o llevando a la persona inmediatamente al hospital. La dosis fatal está entre 0.2 a 1.2 gramos, pero esto puede variar mucho debido a las extremas diferencias de tolerancia a la cocaína que presentan unos individuos de otros.

En las grandes tomas, la reacción negativa es un contraste tal y tan intensa que el consumidor es inclinado a contrarrestarla por la ingestión de más cocaína. El uso prolongado llevará a hiperestimulación, jaquecas, náuseas, respiración irregular, ansiedad y a veces incluso convulsiones. Después de un largo período de tiempo, esto puede llevar a desórdenes digestivos, severa pérdida de peso, malnutrición, insomnio crónico y desilusión paranoide.

El consumidor habitual debe retener en mente estos efectos y, si la abstinencia periódica está más allá de su fuerza de voluntad, debe tomar precauciones para contrarrestarlos. Una dieta equilibrada es extremadamente importante. Cuando no sienta apetito debe forzarse a sí mismo a comer. El uso de la cocaína quema energía del cuerpo que rápidamente se ha de restablecer para mantener el equilibrio. La ingestión de líquido es importante, pues la coca deshidrata el cuerpo. Si se consume coca en un largo período de tiempo junto a grandes cantidades de alcohol, el alcohol será absorbido por los tejidos con extrema rapidez debido a esta deshidratación, lo cual puede producir intoxicación alcohólica. Para evitar esta intoxicación es bueno tomar agua o jugos de fruta mientras se esnifa y bebe. Un buen suplemento de vitaminas anulará la malnutrición, y es necesaria una extradosis de vitamina C, pues el uso de la coca despoja al cuerpo de esta vitamina.

La cocaína puede también

traer al consumidor habitual problemas psicológicos. Entre estos están las desilusiones paranoides, alucinaciones, ansiedad, depresión y confusión en los procesos de realización de decisiones. La concentración, comprensión y poder de reacción pueden ser perjudicados. Estos síntomas pueden aparecer después de que los efectos de la coca se han ido, o todavía estén bajo su influencia. El efecto variará acorde a la tolerancia del consumidor, al tamaño de la dosis, al período de tiempo que se está bajo su influencia y a la estabilidad psicológica del consumidor. Las alucinaciones generalmente toman la forma de imágenes o escenas visuales y sensaciones de picor en la piel.

El uso de la coca no es fisiológicamente adictivo pero puede serlo psicológicamente. Aunque la línea divisoria no es muy clara, adicción es siempre adicción. La coca puede afectar el juicio, y si el uso prolongado es el caso, el consumidor debe estar al tanto de esto y considerar los resultados eventuales.

CONOCIMIENTO DEL TRAFICO DE LA COCAÍNA

La experiencia del consumidor de cocaína ha sido a menudo triste y decepcionante. Generalmente esto ha sido debido a una combinación de circunstancias. El novato tiene que depender de su contacto para la información acerca de la naturaleza y pureza de la cocaína. Naturalmente, su contacto tiene un interés económico en tal transacción, y además a menudo está tan poco informado como el consumidor. Un contacto sin escrúpulos encuentra que puede incrementar sus beneficios adulterando o pesando de menos su coca, a veces ambos, lo cual significa que podría ser el menos interesado en pasar información acerca de la cocaína. Sin ninguna otra referencia el novato encontrará a menudo cada compra como una cara lección.

Como el uso, venta y posesión de cocaína es ilegal en España, ésta se une a la larga lista de sustancias y servicios que son distribuidos por el mercado negro. La manifestación exterior de esta red de distribución es la de vendedor-

ta la vida. Muchas de las sustancias que se usan para adular la cocaína son extremadamente peligrosas cuando se las inyecta; algunas son fatales. También inyectarla puede dejar abscesos en la piel. Este método debe ser rechazado a toda costa. Muchos consumidores de coca que han probado la inyección han descubierto estos hechos dejando así de exponerse ellos mismos a los peligros de este método.

La mayoría de los consumidores usan la inhalación como método de ingestión, el cual se lleva a cabo cortándola (moliéndola) y esnifándola por los conductos nasales con una pequeña cucharilla o con una caña. Las membranas nasales se deterioran con el uso continuado y han de ser protegidas. Cuando la cocaína se asienta sobre las membranas cubriendo el interior nasal y el sinus causa quemaduras y llagas. Después de un tiempo, esto puede llegar a la degeneración de las membranas y puede también comerse el cartílago mismo. Ayuda a prevenir esto el lavarse los conductos nasales con agua templada antes de retirarse por la noche. Rociar las membranas con agua templada usando un vaporizador durante el período de la cocaína ayuda a prevenir los daños y a que la coca penetre mejor en el organismo.

Los efectos de la coca después de la ingestión empezarán a sentirse casi inmediatamente y el efecto completo tardará alrededor de 15 minutos en llegar. El corazón se acelera y la presión sanguínea aumenta. El apetito decrece y la vitalidad se acrecienta. La fatiga desaparece y se hace evidente la condición de euforia. El consumidor está lleno de energía y su estado anímico es elevado considerablemente. De todas formas, estos son la mitad de los efectos de la experiencia con coca. Después de un período, variando desde una a dos horas, los efectos cambian pasando de ser estimulantes a ser depresivos tanto física como psicológicamente. La presión sanguínea y el pulso pasan a estar un poquito por debajo del nivel que existía antes de la ingestión. La vitalidad desaparece, dejando al sujeto pesado, deprimido. Las reacciones negativas parecen más pronunciadas

con la ausencia de la reacción positiva inicial. Cuando más grande es la dosis inicial, más fuerte es la euforia y más fuertes también los eventuales efectos negativos.

La sobredosis de coca es conocida en la práctica; los síntomas son el paro o deficiencia respiratoria. Si esto ocurre, asegurarse de que el sujeto no se ha tragado la lengua y administrar la respiración artificial, llamando a la ambulancia o llevando a la persona inmediatamente al hospital. La dosis fatal está entre 0.2 a 1.2 gramos, pero esto puede variar mucho debido a las extremas diferencias de tolerancia a la cocaína que presentan unos individuos de otros.

En las grandes tomas, la reacción negativa es un contraste tal y tan intensa que el consumidor es inclinado a contrarrestarla por la ingestión de más cocaína. El uso prolongado llevará a hiperestimulación, jaquecas, náuseas, respiración irregular, ansiedad y a veces incluso convulsiones. Después de un largo período de tiempo, esto puede llevar a desórdenes digestivos, severa pérdida de peso, malnutrición, insomnio crónico y desilusión paranoide.

El consumidor habitual debe retener en mente estos efectos y, si la abstinencia periódica está más allá de su fuerza de voluntad, debe tomar precauciones para contrarrestarlos. Una dieta equilibrada es extremadamente importante. Cuando no sienta apetito debe forzarse a sí mismo a comer. El uso de la cocaína quema energía del cuerpo que rápidamente se ha de restablecer para mantener el equilibrio. La ingestión de líquido es importante, pues la coca deshidrata el cuerpo. Si se consume coca en un largo período de tiempo junto a grandes cantidades de alcohol, el alcohol será absorbido por los tejidos con extrema rapidez debido a esta deshidratación, lo cual puede producir intoxicación alcohólica. Para evitar esta intoxicación es bueno tomar agua o jugos de fruta mientras se esnifa y bebe. Un buen suplemento de vitaminas anulará la malnutrición, y es necesaria una extradosis de vitamina C, pues el uso de la coca despoja al cuerpo de esta vitamina.

La cocaína puede también

traer al consumidor habitual problemas psicológicos. Entre estos están las desilusiones paranoides, alucinaciones, ansiedad, depresión y confusión en los procesos de realización de decisiones. La concentración, comprensión y poder de reacción pueden ser perjudicados. Estos síntomas pueden aparecer después de que los efectos de la coca se han ido, o todavía estén bajo su influencia. El efecto variará acorde a la tolerancia del consumidor, al tamaño de la dosis, al período de tiempo que se está bajo su influencia y a la estabilidad psicológica del consumidor. Las alucinaciones generalmente toman la forma de imágenes o escenas visuales y sensaciones de picor en la piel.

El uso de la coca no es fisiológicamente adictivo pero puede serlo psicológicamente. Aunque la línea divisoria no es muy clara, adicción es siempre adicción. La coca puede afectar el juicio, y si el uso prolongado es el caso, el consumidor debe estar al tanto de esto y considerar los resultados eventuales.

CONOCIMIENTO DEL TRAFICO DE LA COCAÍNA

La experiencia del consumidor de cocaína ha sido a menudo triste y decepcionante. Generalmente esto ha sido debido a una combinación de circunstancias. El novato tiene que depender de su contacto para la información acerca de la naturaleza y pureza de la cocaína. Naturalmente, su contacto tiene un interés económico en tal transacción, y además a menudo está tan poco informado como el consumidor. Un contacto sin escrúpulos encuentra que puede incrementar sus beneficios adulterando o pesando de menos su coca, a veces ambos, lo cual significa que podría ser el menos interesado en pasar información acerca de la cocaína. Sin ninguna otra referencia el novato encontrará a menudo cada compra como una cara lección.

Como el uso, venta y posesión de cocaína es ilegal en España, ésta se une a la larga lista de sustancias y servicios que son distribuidos por el mercado negro. La manifestación exterior de esta red de distribución es la de vendedor-

consumidor a nivel de calle. El vendedor de calle es naturalmente cauteloso al formar contactos con clientes y la mayoría de su clientela es por referencias de amigos. El primer contacto del consumidor con el "origen" es generalmente un evento social; es decir que el lazo formado es algo que podríamos llamar un negocio entre amigos. Si el negocio se ha de hacer, esta es ciertamente la mejor forma, aunque también puede ser la peor si alguna de las partes se siente engañada ya que ven la relación no sólo como un negocio. En otras palabras, se sentirá timado por un amigo. En esta situación el consumidor es quien mejor puede acabar con ella, combinando el conocimiento de lo que es la cocaína con buen sentido común.

No es el ánimo de este artículo enseñar a la gente cómo negociar con la coca. Hasta el comprador a nivel de calle está constantemente expuesto al vendedor que se costea la coca que consume vendiendo cantidades moderadas. Así el consumidor debe estar enterado de cómo funciona todo el proceso del tráfico de la coca, qué problemas existen en su origen, y qué beneficio se saca generalmente. Un cierto acercamiento a estas cuestiones ayudará al consumidor en situaciones que de otra forma podrían ser inesperadas.

Contrariamente a la imagen que se da del vendedor de calle medio, éste está lejos de ser así. En la mayoría de los casos es alguien a quien le gusta la coca y compra en pequeñas cantidades, vendiendo lo suficiente para pagar su propia consumición. Un

modelo común de éste es el pequeño vendedor de marihuana que ocasionalmente vende también coca. Este, normalmente hace dinero vendiendo marihuana y tiende a tomar con el provecho que saca de su venta. El vendedor de calle que saca buen beneficio de su venta, por lo general tiende a aumentarlo cada vez más y sobre todo mediante la adulteración que es el caso más corriente.

El riesgo que envuelve a éste, penas legales aparte, no es muy diferente del del consumidor. Debe ser muy cauto para asegurar la comodidad y el peso correcto.

El pase más común a este nivel es de un cuarto a media onza (7-14 gr.) y le puede costar caro, si no compra sobre una muestra o no aprende que primero es el pesaje, la confianza con quien negocia y después el dinero... etc.

Una vez se ha hecho esta operación, entonces la coca se divide en pequeñas cantidades, generalmente en medios gramos o gramos, y se mete en sobres que serán de papel fino y suave y sin

tinta impresa... con lo cual el paquete estará preparado para el consumidor.

De cara a detectar las adulteraciones, los test que proporciona este artículo son exactos y claros, y evidentemente, tanto si compras grandes cantidades como si las compras pequeñas, el llevar contigo una pequeña botella de lejía te dará la seguridad que podrías tener siendo un experto en la cocaína.

ADULTERANTES

La cocaína es traída a España muchas veces adulterada hasta tal punto que aumenta su precio. Un pase de importación es hecho profesionalmente, por lo general reduciendo la coca y el adulterante a líquido y reconstruyéndolo en roca, apareciendo así como una losa. Cuando es adulterada a nivel de consumidor, muy a menudo el adulterante es simplemente mezclado con la coca. Siguiendo los métodos de la sección de pruebas de este artículo, es generalmente fácil identificar los adulterantes, aun sin saber por qué método ha sido adulterada la cocaína.

Los adulterantes que se verán en los siguientes párrafos son los agentes más comúnmente usados. De todas maneras puede haber alguno que se utilice y no esté en la lista, sobre todo teniendo en cuenta las inmensas posibilidades que tendría un inescrupuloso vendedor de calle. También es una certeza, como la experiencia del consumidor experto prueba, que el mercado negro intentará encontrar el adulterante que sea más difícil todavía de detectar. La forma de protegerse el consumidor a sí mismo es conociendo la reacción que la cocaína y los adulterantes tienen en los test y los efectos que su ingestión produce, con lo cual toda reacción desconocida le hará saber que se trata de otra adulteración.

El agente más usado en las adulteraciones de cocaína es el manitol. Si la coca ha de ser adulterada, este laxante para niños es, por mucho, el menos peligroso en cuanto a efectos perjudicia-

les para el cuerpo y la cocaína. Debido a la gran similitud entre la forma que cristaliza la cocaína y el manitol, éste es el agente normalmente utilizado cuando la cocaína se reduce a líquido, se adultera y se reconstruye.

Azúcares como la lactosa y dextrosa son muy utilizados y no peligrosos. De todas maneras debilitan la cocaína y causan goteo nasal.

El Inositol es un compuesto de vitamina B el cual produce goteo de nariz mayor que la lactosa. Debido a la fácil adquisición del Inositol, se ha ido incrementando su uso a nivel de calle.

La quinina, en el pasado utilizada para estirar la heroína, es a veces encontrada en la cocaína. Se recomienda seriamente no ingerir cocaína con esta adulteración. La quinina puede producir en el cuerpo una reacción separada de la de la coca. El estado de ánimo producido cuando se ingiere quinina es depresivo. Produce zumbido en los oídos, perjudica la vista y puede llevar a náuseas y jaquecas. La membrana nasal

puede llegar a quedar completamente abrasada con una ingestión continuada de quinina. Estos efectos pueden no hacerse visibles en una ingestión inicial, pero se harán muy pronunciados con varias ingestiones al cabo de unas horas. Afortunadamente la quinina es muy fácilmente detectable en el test de la lejía y el del punto de fusión.

Anestésicos locales, generalmente procaina, no son muy a menudo utilizados para adulterar cocaína, pero si muchas veces para crear un producto similar a la cocaína. Si la coca ha sido mezclada con procaina al ingerirla se da como una reacción alérgica y un efecto de entumecimiento de la cara muy desagradable y que dura varias horas. Si un anestésico local es inyectado intravenosamente, puede causar la muerte. ¡Cuidado!

Metanfetamina, Bencedrina y a veces Dexedrina son generalmente los estimulantes que se encuentran en el mercado ilegal. Estos son ocasionalmente usados como adulterantes. Suelen utilizarse para recuperar el efecto

estimulante en la cocaína demasiado adulterada. En ocasiones han sido mezclados con otras sustancias para simular cocaína, generalmente con procaina o quinina. Producen severa picazón en la nariz cuando se esnifa, tiene un fuerte sabor amargo y es fácilmente detectable con el test de la lejía.

PRUEBA DE LA LEJÍA

Las pruebas de la cocaína requieren algo más que un concienzudo conocimiento de los procedimientos. El que hace las pruebas tiene que desarrollar también una sensibilidad para analizar resultados aplicando el sentido común. El mecanismo de las pruebas es mucho más fácil de lo que podría suponerse, a la vez que los matices de los resultados son más importantes de lo que podría verse. La prueba de la lejía, extraordinariamente funcional, es la más simple para la coca y la más fácil de comprender de cuantas existen.

Lo que persigue la prueba de la lejía es determinar el grado de

pureza de la cocaína así como identificar cualquier adulterante. La lejía se utiliza como agente separador de la coca, lo cual significa que la lejía separa los elementos presentes en la cocaína e identifica cada uno por sus reacciones. La prueba es ideal para pequeños consumidores, puesto que el procedimiento es simple y la lejía fácilmente adquirible, la cantidad de cocaína es diminuta y los resultados inmediatos.

En primer lugar se necesita una botella de lejía y un vaso alto y transparente. Llenar el vaso hasta cerca del borde con lejía y ponerlo bajo una luz. Tomar aproximadamente la décima parte de un gramo de cocaína, procurando coger partes que se hallen en toda la cantidad, y cortarlos finamente con una cuchilla. La cantidad que servirá para cada test es muy pequeña; una línea muy pequeña servirá para tres o cuatro pruebas. Entonces ponerla suavemente sobre la superficie de la lejía y observar.

La cocaína pura permanecerá alrededor de 10 segundos en la superficie de la lejía. Entonces caerá muy lentamente hacia el fondo dejando rayas blancas en el líquido, que desaparecerán completamente, quedando sólo una mancha o pátina de aceite en la superficie, que proviene de los aceites naturales de la coca y los cuales permanecen después del proceso de refinado. Diferentes clases de cocaína no adulterada mostrarán resultados que variarán ligeramente. **La cocaína más pura vacilará más tiempo antes de caer (pero nunca más de 15 segundos); caerá más despacio y desaparecerá completamente, con excepción de la mancha de aceite en la superficie.** Con práctica se puede llegar a determinar el porcentaje aproximado de pureza.

Cuando la cocaína es cortada con manitol, éste se hundirá rá-

pidamente hacia el fondo del vaso y ahí quedará. El residuo aparece como nuboso y queda en el fondo como una capa de polvo. El manitol es más pesado que la cocaína y mucho menos soluble, con lo cual **su separación de la cocaína es inmediata, cayendo ésta directamente al fondo, mientras la coca empieza su lenta reacción en la superficie.**

La lactosa se suelta rápidamente en la lejía y entonces cae hacia el fondo en pequeños granos. La dextrosa se quema de forma efervescente en la superficie y entonces cae de la misma forma que la lactosa. Esta reacción es algo menos distintiva de la del manitol y debe ser bien observada. La cocaína seguirá con su reacción.

El inositol dejará caer partículas que brillan como pequeñas gotas de lluvia inmediatamente después de tocar la superficie. Estas desaparecerán a mitad de camino hacia el fondo, quedando residuo de inositol, tanto en la superficie como en el fondo.

La quinina es una de los adulterantes más fácilmente detectables. Se quemará violentamente en la superficie de la lejía. Después de efervescer en toda la superficie, se juntará y quedará en un punto rojo sobre ella. La aparición del rojo como confirmación de la reacción inicial de la quinina tomará unos pocos minutos. Se daría la misma reacción inicial si el adulterante fuese sal; pero en vez del punto rojo, ésta quedaría en forma de cristales transparentes apiñados en la superficie.

Los estimulantes (anfetaminas, sulfatos o similares) dejarán rastros de color rosa a diferencia del blanco lechoso de la coca. También fácilmente identificables.

Los anestésicos locales

como lidocaína o procaina tendrán la más rápida y positiva reacción: irán directamente hasta el fondo y se volverán de un rojo brillante o naranja.

Curiosamente las adulteraciones más peligrosas para el cuerpo y la cocaína, dan las reacciones más positivas y violentas en la prueba de la lejía. Esta característica hace que esta prueba sea aún más valiosa en situaciones donde el comprador tiene que decidir rápidamente si hacer o no la compra.

El que hace la prueba debe tener presente que puede haber más de un adulterante, lo que es un buen indicador de que la coca ha sido demasiado cortada para ser una compra razonable. Muchas veces se encontrará con reacciones que no se describen aquí; por eso, lo más importante del test de la lejía es identificar la reacción de la coca e identificar las desviaciones de esa reacción. Sólo una diminuta cantidad de cocaína es necesaria para este test, o sea, que si los primeros resultados no son satisfactorios o las reacciones confusas, inténtalo otra vez. Un procedimiento recomendado es probar primero con la cocaína, observando sólo las reacciones de ésta, que son: títubeo sobre la superficie, lentos y blanco-lechosos rastros que caen hacia el fondo, y sin residuos tanto en la superficie como en el fondo con la excepción de la pequeña mancha de aceite en la superficie.

La cocaína reaccionará ligeramente diferente con distintos adulterantes. Esta es muy ligera, y la mayoría de los adulterantes tienen mayor peso específico. Cuando hay uno muy pesado éste arrastra hacia abajo a la coca con rapidez, a veces incluso hasta el fondo, y cuando esto pasa, la coca sube de nuevo, dejando rastros reversos. Otra situación vista a menudo es que pequeñas piezas caen alrededor de 2/3 del

vaso hacia el fondo y entonces se levanta hacia 1/3 de la superficie, dejando rastros de cocaína. Esta reacción es repetida hasta que las partículas se disuelven completamente. Esto es causado por un adulterante pesado que ha sido mezclado o unido por el método de la licuación y reconstitución. La reacción es disparada por el agente pesado que arrastra la cocaína hacia abajo, entonces gotea piezas y pierde peso, con lo cual sube de nuevo y así se va ajustando el peso, según la rapidez de solubilidad de los distintos componentes hasta que se separan por completo.

Si los resultados no coinciden exactamente con la reacción de la coca, debe ser realizada una segunda prueba. Esta vez ha de observarse la desviación de la reacción de la cocaína e intentar identificar el adulterante que causa esa desviación.

Si el adulterante es identificado y es una sustancia no peligrosa (manitol, lactosa o similares), una tercera prueba puede ser útil para determinar en qué grado ha sido adulterada la cocaína. Con práctica y experiencia, se puede hacer una estimación razonable midiendo el tamaño de ambas reacciones en la cantidad usada en la prueba. En este punto, el comprador debe probarla y tomar una decisión comparando la calidad de la cocaína, la naturaleza y tamaño del adulterante y los resultados después de la ingestión con el precio.

Si el adulterante no puede ser identificado, es mejor no hacer la compra. Sustancias que van, desde las sales de magnesio a yesos, han sido utilizados como adulterantes, por fortuna muy raramente. A veces incluso la persona responsable de la adulteración no tiene idea del adulterante usado. Un ejemplo de cómo esto puede suceder sería el novato que intenta incrementar la fuerza de una parte de su producto con anfeta-

minas. Todas las drogas son peligrosas o pueden serlo en ciertas circunstancias, pues muchas reaccionan peligrosamente con otras. Correr el riesgo de ingerir una sustancia desconocida puede ser literalmente mortal.

PRUEBA DEL PUNTO DE FUSIÓN

Para el que desea algo más que una buena apreciación, la prueba del punto de fusión provee de un porcentaje aproximado del cinco por ciento. La exactitud dependerá de variables como la presión barométrica en el momento de la prueba, la buena realización de la prueba y qué adulterantes están presentes en la coca usada. Se pueden compensar estos factores sustituyendo rutinariamente un pequeño porcentaje del resultado. El objeto de la prueba es establecer un porcentaje aplicando calor a la cocaína y midiendo la temperatura en la cual se funde. También los adulterantes pueden ser identificados observando la reacción de la muestra cuando es aplicado el calor. La cocaína farmacéutica se funde a 197° centígrados, los cristales de coca no se funden por debajo de los 100 grados. Entre estos dos puntos, el lugar en que se funde será determinado por la pureza de la coca, el porcentaje en que está cortada y el tipo de adulterante usado. Por ejemplo, una muestra que se funde a 160 grados será aproximadamente del 60% de coca.

El equipo que se necesita para realizar esta prueba son instrumentos muy básicos de química, fácilmente adquiribles en cualquier laboratorio o almacenes de instrumental para estudiantes.

Esta es la lista completa:

1. — Un termómetro de 250°C y 360 milímetros de largo.
2. — Una bureta empalme con mangas a prueba de fuego y pinzas redondas de tamaño medio.
3. — Tubos capilares con un

extremo cerrado, de un diámetro interior de 0.9 a 1.1 mm. y 90 mm. de largo.

4. — Un quemador de alcohol.
5. — Alcohol.
6. — Matraz de fondo ancho (250 milímetros)

7. — Aceite de amapola. El aceite de linaza también funciona pero es menos claro.

8. — Varias tiras de goma gruesa pequeñas.

9. — Una lámpara, cuchilla y un pequeño espejo o cristal.

Fijar la pinza en una barilla de base ancha, colocando en el otro extremo, con seguridad, la botella casi llena de aceite de amapola. El líquido ha de estar aproximadamente a un dedo del cuello de la botella. En lugar de utilizar un tapón de goma para sujetar el termómetro en el frasco, se sugiere enrollarle un trapo hasta que se asiente cómodamente en el cuello del frasco. El termómetro es caro y delicado y se puede romper fácilmente cuando se intenta forzar el tapón para sacarlo. El extremo sumergido debe quedar a un dedo aproximadamente del fondo. Iluminar bien el líquido y poner debajo el quemador de alcohol, haciendo que la punta de la llama quede aproximadamente a un dedo del frasco.

Los procedimientos para llevar a cabo esta prueba pueden parecer complicados al leer las instrucciones; por eso se recomienda leer enteramente este capítulo y seguir las direcciones paso a paso. Después de pocos ensayos se encontrará que es muy simple.

Primero, seleccionar y preparar una muestra de la sustancia a probar de la misma manera que para el test de la lejía. Es importante que la cocaína esté bien picada y mezclada. La cantidad será aproximadamente la de una línea para esnifar.

Seguidamente, introducir la cocaína de la muestra en el tubo capilar haciendo que ésta se quede en el fondo, de la misma forma

que se llenaría un cigarrillo con tabaco, y haciendo que la muestra suba desde el fondo a casi un centímetro. Preparar de la misma manera un segundo capilar.

Ahora la cocaína tiene que ser apretada en el fondo del capilar. Esto se hace introduciendo el capilar por el extremo cerrado en una cañita que se coloca perpendicular al espejo. Quedando el capilar así enfundado, se golpea con la caña en el espejo, y la coca se aprieta en el fondo saliendo también el aire que pueda haber y que de otra forma saldría cuando se calentase la burbuja, haciendo con ello inexacta la prueba.

Colocar los capilares junto al termómetro haciendo que coincidan los extremos inferiores y después de ligarlos a éste con las gomas como se muestra en la página 29, introducirlos en el frasco sumergiéndolos en el aceite. Asegurarse de que la llama esté ajustada correctamente, más o menos a un dedo del cristal. La temperatura deberá elevarse aproximadamente a diez grados por minuto.

Es posible que después de probada una coca ilegal, resulte que no coincide su reacción con ninguno de los patrones descritos en los siguientes párrafos. Esto es debido a un adulterante nuevo o muy raro, o bien a la reacción de más de un adulterante cuando se combina con la coca y se la calienta. El mejor método, ante esto, es ver la reacción de la coca limpia y qué desviaciones de ésta son o no aceptables.

La pureza de la coca ilegal directamente de importación es de un 80 a un 88%. Con coca de esta calidad la reacción producida será completamente definida. Como

ejemplo, supongamos que estamos probando cocaína de una potencia del 85%. Mientras la temperatura sube, la muestra aparecerá como un paquete apretado y blanco en el fondo de los capilares. No habrá ningún cambio hasta después de los 180°C. A 183°C empezará a perder color quedando clara como cristales en un líquido transparente. Empezará entonces a subir evaporándose hasta que a 187°C ya no quedará nada. Debe anotarse la temperatura en que empieza a fundirse y en la que desaparece. Un indicador importante es el número de grados que se requiere para fundir la muestra. Si se requieren de 3 a 5 grados, esto indica que es muy limpia. De 6 a 10 grados indica menos cuidado en el proceso de refinado. Y más de 10 grados son causados por un adulterante. El porcentaje puede hacerse dividiendo la diferencia entre la temperatura inicial 183°C y la final 187°C, con lo cual en este ejemplo la pureza sería de alrededor de 85%.

Uno de los adulterantes más comunes es el manitol. Esta sustancia se funde a 168°C. Si el manitol contenido es de más del 15% del volumen, se notará la reacción antes de llegar a los 168°C. Por ejemplo, supongamos que estamos probando una coca de pureza original del 85%, y que ha sido cortada con un 30% de manitol, quedando así con una potencia del 55% que es una mezcla muy corriente en el mercado. La reacción con esta mezcla empezará hacia los 154°C. La sustancia en el capilar se volverá traslúcida y se verán evaporar los cristales de cocaína. La reacción terminará hacia los 156°C dejan-

do un residuo de cristal líquido en el capilar que se evaporará hacia los 167°C y desapareciendo totalmente a los 170°C. La apariencia del manitol cuando se funde es muy similar a la de la cocaína.

Si la cantidad de manitol es menos del 15%, es decir que por ejemplo en una coca del 85% adulterada con un 10%, lo que daría una potencia del 75%; la reacción empezaría hacia los 166°C en que cambiaría hacia un líquido lechoso con cristales de coca suspendidos. A los 170°C el volumen de la muestra en el capilar se reduce por la evaporación del manitol, quedando cristales de coca que se fundirán entre los 174°C y los 178°C sin dejar residuos.

Los azúcares como adulterantes son casi tan comunes como el manitol. Debido a las diferentes clases de azúcares hay varias reacciones que anotar. El más usado es la lactosa que tiene una temperatura de fusión de 222°C, aunque se ennegrece en el capilar a los 182°C.

Con cocaína originalmente del 81% y adulterada en un 25% con lactosa, el porcentaje aproximado sería del 56%. La reacción empezaría hacia los 153°C y continuaría hasta los 159°C. La reacción observada en estas temperaturas sería la transformación de la cocaína en cristales suspendidos en un fluido lechoso. La coca se fundiría a los 159°C, dejando el líquido, y a los 182°C los capilares estarán ennegrecidos.

La dextrosa se funde a los 150°C ennegreciendo también los capilares. Debido a esta reacción es extremadamente difícil llegar a un porcentaje en esta prueba, por lo que se recomienda para la dextrosa simplemente la prueba de la lejía.

La sucrosa se funde y ennegrece los capilares a los 185°C y la reacción es prácticamente igual que la de la lactosa.

La procaina se funde claramente entre los 165°C y 170°C. Sirven las mismas indicaciones hechas para el manitol aunque es mucho menos recomendable su ingestión.

La quinina tiene en esta prueba una reacción muy distinta. Se fundirá a 95°C y alarga mucho el punto de fusión de la cocaína. Por ejemplo, si una cocaína del 85% es cortada con un 20% de quinina, quedaría en un 65%. La reacción empezaría a los 95°C, punto de fusión de la quinina. Esta fusión se completaría a los 100°C, quedando la cocaína como cristales suspendidos en un fluido claro. La cocaína empezará a fundirse hacia los 140°C y muy lentamente se completará hacia los 185°C. Debido al alargamiento en la fusión es muy difícil dar un porcentaje aproximado. Como la procaina se recomienda no ingerirla.

El inositol se funde a los 250°C, dejando a los 172°C un color ámbar claro en los capilares. Se han de llevar las mismas indicaciones que para la lactosa.

Las anfetaminas no suelen usarse como adulterantes, pues cuando están presentes es raro que haya cocaína; suele ser procaina o quinina. El punto de fusión de las anfetaminas es de 300°C.

La heroína es todavía menos usada como adulterante. Se funde a 130°C.

PRUEBAS ALTERNATIVAS

Existen otras pruebas pero la mayor parte son incompletas y poco prácticas. La más común es la de quemarla sobre una lámina de aluminio, dejando que se evapore lentamente. La cocaína farmacéutica se evapora completamente, mientras que la ilegal dejará un color ámbar. Un azúcar quemará negro, la procaina dejará burbujas antes de evaporarse y otros como manitol y quinina queman exactamente igual que la cocaína farmacéutica.

El método de disolverla en metonal determina la cantidad de adulterante de la muestra. La cocaína se disuelve completamente y lo que queda es adulterante.

También se puede hacer en agua pero es todavía más inexacto. Y mirando por el microscopio se advierte la presencia de adulterante si hay cristales uniformes, ya que los de la coca por ser naturales son irregulares.

De todas las pruebas existentes para determinar la pureza de la cocaína, evidentemente la que más se recomienda es la de la lejía, por ser la más clara y rica en datos. También es recomendable la de la fusión.

Sin embargo, siempre hay la posibilidad de probar la coca ingiriéndola, pues con diferentes coccinas siempre hay sutiles diferencias en los efectos, y así se conocen éstas en la misma forma que con las otras pruebas se conoce y determina el grado de pureza de la sustancia.

APÉNDICE I

La adicción de cocaína

¿Es el uso de la cocaína adictivo o forma hábito? ¿Puede dejarse de consumir sin molestias ni efectos patológicos? La diferencia de opiniones al respecto es grande y aunque a veces los desacuerdos son más bien emocionales, son significativos y merecen atención.

Sigmund Freud publicó *Über Coca* en 1904 y en aquel tiempo su opinión era "que una primera dosis o incluso repetidas dosis no producían deseos compulsivos de volverla a repetir; al contrario, puede sentirse una cierta aversión a la sustancia". También remarcaba el valor de la cocaína para romper el hábito de la morfina: "El tratamiento del hábito de morfina con cocaína, no resulta ser el cambio de una dicción por la otra, pues el uso de la cocaína es sólo temporal". En el marzo del 85 decía que en algunos casos no ayudaba pero que en otros era de mucho valor, e insistía en que se desconocía una adicción de cocaína.

En julio de 1905, Emil Erlenmeyer le refutaba diciendo que la adicción de cocaína era la tercera plaga de la raza humana. Y seis meses después Obersteiner, amigo de Freud y soporte en la terapéutica de la cocaína, se veía afectado por severos trastornos mentales parecidos al delirium

tremens, producidos por el uso de la cocaína.

En 1886, W. A. Hammond, de cirugía general del ejército USA, en una reunión en la Sociedad Neurológica de New York, declaraba que no había hábito ni debilitamiento de la fuerza de voluntad, comparando el uso de la coca con el del tabaco y el café. Las protestas y declaraciones de sorpresa fueron muchas y él alegaba que había convencido a un consumidor casi en delirium sobre los peligros del hábito de la coca, dejándolo en varias semanas. Y que cuando no se deja es por cuestión de preferencia y no de adicción.

Freud se vio compelido en julio de 1887 ha defender el trabajo de Hammond, insistiendo otra vez en que no se conocían casos de adicción de cocaína y modificando su posición original con respecto a los adictos de morfina en el sentido de que si eran adictos a la coca, no era por la sustancia en sí, sino por su propia peculiaridad.

Sin embargo, su amigo Ernst Von Fleischl-Marxow que padecía de una dolorosa enfermedad del sistema nervioso, había cogido una fuerte adicción a la morfina que utilizaba para combatir el dolor. Freud le recomendó que usase la cocaína para quitarse la adicción y el dolor, y en efecto, fue el primer caso conocido en que mediante la cocaína se había dejado el hábito de la morfina; pero también se convirtió en el primer caso conocido en Europa de adicción a la cocaína. La profesionalidad de Freud fue muy discutida y atacada, y por aquellos tiempos además, dos amigos suyos vivían dramáticas situaciones por efectos de la cocaína. Fleischl moría en 1891 por desórdenes nerviosos con deterioro físico y mental causado por el habitual uso de cocaína.

Por el mismo periodo, otro eminente médico director de cirugía de la escuela de Medicina John Hopkins, se hace adicto a la coca mientras investiga en su uso como anestésico local. Sus amigos le apartaron llevándole a un viaje por mar, pero al volver reinició el hábito. Después de varias sesiones en el Butlers Hospital fue diagnosticado como curado, pero después de su muerte se declaró que había sustituido el hábito por el de la morfina, y llevando la adic-

ción quizá hasta su muerte en 1922.

En 1901 Golden Mortimer escribe "History of Coca", declarando que no se conocen envenenamientos por cocaína ni casos de adicción o hábito. Y basa sus descubrimientos en una investigación con 5.000 médicos, cuyos resultados son publicados como apéndice del libro.

Richard Woodley en su libro "Dealer": Retrato de un mercader de cocaína", dice que "una investigación en las respuestas es frustrante. Unos dicen que la coca es adictiva; otros dicen que no; unos dicen que el abuso de la coca está muy extendido; otros dicen que no lo está". También incluye una sinopsis de los efectos de la coca, tomada de investigaciones clínicas y dice: "La retirada de un uso abusivo de la cocaína puede ser severa, produciendo extrema fatiga, depresión, paranoia e incluso psicosis". Implícita en estas palabras está la indicación de que muchas personas experimentan dificultades al dejar la cocaína, pero también está implícita la de que mucha gente no las experimenta.

Viendo esta diversidad es interesante ver qué se dice acerca de la capacidad de adicción de la cocaína, por personas que la usan regularmente y por las que abusan.

"Es buena, nunca rechazo si se me ofrece. Si puedo conseguirla no me la pierdo. (Mujer de 22 años, vieja, desempleada, que se describe a sí misma como consumidora ocasional.)

"A veces la tomo por unos días, y entonces de repente no puedo aguantarla y no quiero esnifar más, no quiero ni verla, ni estar con alguien que vaya de coca. Se me hace extraño. (Hombre de 27 años, trabajador).

"Podría dejarla si quisiera, pero simplemente no quiero. (Hombre de 27 años, veterano desempleado.)

"La usé continuamente por dos años y esporádicamente hasta hace unos meses. De repente paré, no me pasaba nada en particular, sólo que me parecía que ya no tenía un sitio en mí vida. (Conductor de camiones de 33 años.)

Otra vez diferencias de opinión y actitudes diversas, lo cual indica que la adicción a la coca es algo muy personal, y que depende más de las diferencias personales que de la naturaleza de la cocaína. ¿Cuáles son esas diferencias personales? Esa es la cuestión.

En 1969 Otto Nieschulz publicó los resultados de sus estudios y decía: "La cocaína no es la causa de la pobreza, pero a veces resulta serlo" y también, "la disociación de la influencia de los acontecimientos de cada día, puede ser el prerrequisito para la experiencia religiosa de los indios en sus ritos".

Estas ideas pueden parecer progresivas, pero no son nuevas. Incluso mientras Freud y sus contemporáneos se peleaban por si era o no adictiva, el Doctor Frank W. Ring, médico en New York, publicaba un recuento de sus experiencias en el Medical Report, de 3 de septiembre de 1887, y decía: "Los hábitos perniciosos no se cogen en un día. Esto es asunto de tiempo. Y no pueden formarse en hombres fuertes con deseos claros que no tienen tiempo de adorar maravillosos e ilusorios momentos. Pero en un hombre enfermo, débil, incapaz de trabajar; acaso no es ese un terreno abonado para que el hábito se haga un peligro inminente".

Existen numerosas referencias a la adicción psicológica en personalidades adictas. Mortimer dice: "El hecho es que existe una cierta clase de personas tan débiles en fuerza de voluntad que si repiten unas pocas veces consecutivas algo, lo convierten en un hábito de

esa práctica. Pero estos casos son las excepciones y nada tienen que ver con lo que es la cocaína.

Edward M. Brecher en su libro "Licit and Illicit Drugs" presenta una clara imagen de algunas características individuales que llevan a la adicción: "Porque Freud, a diferencia de su amigo Fleisch, era capaz de inyectarse de 30 a 50 miligramos de tiempo en tiempo sin subir la dosis durante tres años. El Doctor Jones, psicoanalista, cree que es necesaria una personalidad adictiva para desarrollar una adicción, y que a Freud le faltaba y por eso no la desarrolló. Hay otras explicaciones de carácter farmacológico que centran la atención en la frecuencia y el dosaje. "Como Freud tomaba sólo ocasionalmente no necesitaba aumentar la dosis y por eso no se convertía en adicto". Como todas las explicaciones, naturalmente puede ser cierta o no. Hay que probarla.

APÉNDICE II Interrupción en el abuso de cocaína

En cualquier discusión sobre la adicción, la ausencia de hechos no es el problema; hechos hay más que suficientes. La cuestión está en resolver el conflicto entre esos hechos refiriéndolos al uso personal de la cocaína.

No parece que exista una adicción física. Los efectos físicos de la cocaína usada con moderación son suaves, excepto cuando se inyecta o se usa por períodos muy prolongados de tiempo. Brecher en su libro dice: "Un consumidor de cocaína, incluso después de uso prolongado y grandes dosis, si se le priva de la droga no sufre un dramático síndrome de retirada. Los efectos físicos de la coca son menores". Esto no debe interpretarse como que nadie puede

convertirse en adicto a la cocaína; significa que el uso regular de la droga no crea necesidad fisiológica.

Algunos se contentan con el consumo ocasional, otros adquieren el hábito por preferencia, pudiendo dejarla sin trastornos. Pero qué pasa con los que se ven compelidos a tomar coca hasta el punto de debilitarse. Si la coca no es adictiva por sí misma, la respuesta está en la mente y en la vida de las personas. La llave del asunto está en el deseo personal. Hasta que no tienes el deseo de dejar la coca, el tabaco, lo que sea; muchos intentos fracasarán. Si te das cuenta de que tu hábito por la coca te trae problemas físicos y mentales, sólo tienes que encontrar, cuidar y desarrollar el deseo de interrumpir su uso. A veces es difícil reconocer este hábito porque el estado general es de depresión, cuando en realidad la depresión es causada por la dosis inicial.

Louis Lewin describió en su libro "Phantastica", 1924, los efectos de la coca en los procesos mentales: "disminución de la fuerza de voluntad, indecisión, falta del sentido del deber, temperamento caprichoso, obstinación, difuminación escribiendo y hablando, inestabilidad física e intelectual, negligencia y soledad". Lewin describe un compuesto de efectos y evidentemente todo el mundo no siente todos ellos, otros sí y muy intensamente. Si tú tienes el hábito de la coca es difícil para ti ver objetivamente el efecto en tu vida. Si no sabes decidir si te tomas mucha o poca, la sola indecisión indica tu adicción.

Si eres un irracional o individuo inseguro, puedes considerar que es imposible para ti dejar el hábito, e incluso entendiendo que seguir con él es perjudicial para tu salud física y mental, puedes sentirte atraído a esnifar más. Entonces el mejor método es apartarse físicamente de la droga o de la posibilidad de adquirirla, y no volver a circunstancias que te lleven a ella si sabes que todavía estás expuesto a eso. Además se ha de aprender a asegurarse en la propia identidad. El éxito dependerá de las personas con las que estás y la motivación racional del entendimiento de las razones que te llevan al control o alejamiento del hábito.

para acabar se puede hacer una referencia a las palabras de Richard T. Martin en su artículo "El Rol de la Coca en la Historia, Religión y Medicina de los indios sudamericanos". "La forma más fácil de resolver las cuestiones conflictivas sobre los efectos de la coca es reconocer el hecho de que, como cualquier otra sustancia medicinal potente, la coca es benéfica cuando se usa apropiadamente y perjudicial cuando se usa en exceso."

APÉNDICE III Muertes de Quinina

Mientras buscábamos información para este artículo entrevistando a varias gentes, se hizo patente el desconocimiento por parte del consumidor de los efectos que producen los adulterantes, incluso sabiendo de cual de ellos se trata. La falta de este conocimiento sugiere una situación potencialmente peligrosa, convirtiéndose por eso en el tema dominante de este artículo.

Brecher en su libro se refiere a una serie de muertes misteriosas causadas por heroína adulterada con quinina; fenómeno al cual se le llama "síndrome X". El tema es relevante en este artículo porque a veces la cocaína es cortada con quinina.

Existen varios paralelismos entre las experiencias de los investigadores del síndrome X, la no reacción oficial ante esas muertes, la experiencia de los consumidores de heroína adulterada y el mercado negro de la cocaína tal como existe hoy.

Las muertes en cuestión, primero fueron anunciadas en New York en 1943, explicadas como sobredosis de heroína por la prensa y parte oficial, y sin embargo estas muertes no tuvieron en absoluto los síntomas de la sobredosis de heroína. Primero, las muertes ocurrieron en cuestión de minutos después de la inyección, en lugar de después de un largo período de letargo. Segundo, fueron acompañadas de edema pulmonar. Tercero, la evidencia encontrada en la escena de la muerte, rechaza la sobredosis,

pues el equipo y las muestras que quedaban no contenían una concentración anormal de heroína. Cuarto, la autopsia realizada no coincide con la teoría de la sobredosis. Quinto, la muerte del síndrome X, sólo ocurrió a una de las personas del grupo que se inyectaba.

En 1969, el doctor Barden declaraba que la mayoría de muertes eran debidas a la reacción de una inyección intravenosa de una mezcla de heroína, quinina y azúcar, y que en la mayoría de los casos la muerte no es debida a una sobredosis farmacológica.

La quinina apareció en muestras de heroína, en New York hacia 1940, convirtiéndose en el adulterante típico de la heroína hasta la actualidad.

El Doctor Camps declaraba en Londres en 1966: "La única droga comparable a la heroína que causa la muerte rápida con edema pulmonar, es la quinina. En este caso el paciente empieza con mal estar y rápidamente muere".

Con notables excepciones como Helpern, Barden y Camps, el hecho es que la gente se ha estado muriendo de síndrome X durante veinte años, sin el conocimiento ni reconocimiento oficial puesto que ocurrían en consumidores de heroína.

La primera conclusión para el consumidor de cocaína es que dado el desinterés gubernamental por lo que ocurre en el mercado negro de drogas, el consumidor ha de cuidarse a sí mismo asegurándose de que la droga que adquiere no es más peligrosa que en su estado natural.

La segunda conclusión es más inmediata: la quinina debe ser deshechada a toda costa, pues aparte de que es muy perjudicial para la integridad de la cocaína, quienes se han expuesto a esta adulteración, después de un par de días han acusado dificultades en la visión, zumbido en los oídos, a veces dificultades respiratorias y anormal quemadura de los conductos nasales.

Finalmente, las muertes del síndrome X demuestran la gran peligrosidad del método de la inyección para cualquier droga.

Substancia	Punto fusión	Reacción en tubos capilares	Prueba de la lejía	Comentarios
COCAÍNA FARMACÉUTICA	197°C	Fusión limpia sin residuos	Permanece sobre la superficie unos 15 segundos. Rayas blancas hacia el fondo. Desaparece completamente.	Sabor amargo. Derivado de la planta de la coca. Formas cristalinas. Efecto estimulante.
COCAÍNA ILEGAL	Varía con la pureza	Fusión limpia sin residuos	Permanece 5-10 segundos en la superficie. Cae con rayas blancas. Queda mancha de aceite en la superficie.	Debido a las diferencias en la coca ilegal, la reacción varía ligeramente; raramente se puede comparar a la farmacéutica en calidad.
MANITOL	168°C	Fusión limpia sin residuos	Gotea inmediatamente hacia el fondo. No se disuelve. Se queda en el fondo como una capa de polvo.	También conocido como <i>manita</i> . Apariencia blanca cristalina. Sabor ligeramente dulce. No peligrosa.
LACTOSA	222°C	Ennegre los tubos capilares a 182°C.	Gotea inmediatamente hacia el fondo. No se disuelve. Queda sobre el fondo en granos.	Conocida como azúcar de leche. Apariencia blanca cristalina. Moderadamente dulce de gusto. No peligrosa.
DEXTROSA	149°C	Ennegre los tubos capilares a 149°C.	Igual que la Lactosa. Efervescente.	Azúcar de almidón. Moderadamente dulce de sabor. No peligrosa.
SUCROSA	185°C	Ennegre los tubos capilares a 185°C.	Restos hacia abajo, posándose en el fondo.	Azúcar de remolacha y caña.
INOSITOL	250°C	Se vuelve ámbar a 172°C.	Gotea inmediatamente granos brillantes que desaparecen a mitad de camino hasta el fondo. Residuos en superficie y fondo.	Compuesto de vitamina B. Sabor dulce.
QUININA	95°C	Alarga P. Fusión de 25-40°C. cuando se mezcla.	Se quema en la superficie efervesciendo. Se junta en la superficie formando una mancha roja después de pocos minutos.	Debe ser rechazada. Derivada de la corteza del quino. Sabor amargo. Cristales en agujas.
PROCAÍNA	165°C 169°C	Fusión limpia.	Cae directamente al fondo, quemándose en un color rojo o naranja.	Conocida como Lidocaína o Xilocaina. Debe ser rechazada.
ANFETAMINA	300°C	Se descompone en lugar de fundirse.	Deja rastros rosas.	Fuerte efecto estimulante, sabor amargo. Debe ser rechazada.

CRONOLOGIA

Antes de 1200. — Se cree que la coca se originó en Bolivia en la región de Machu Yunga. El cultivo y uso de la coca se extendió hacia las regiones del norte de Sudamérica.

1230. — Los incas Maytu Capac y su sucesor Rocca fueron los responsables de la distribución de la coca de mascar en Sudamérica. Los incas veían la coca como planta divina y la trataban como tal.

Según la leyenda inca, los hijos del Sol se presentan a la humanidad con la coca para "satisfacer el hambre, proveer a la fatiga con nuevo vigor, y al infeliz hacer olvidar sus miserias".

1400. — El uso de la coca es muy extendido en los incas.

1533. — Pizarro encuentra la coca de uso general cuando penetra con sus tropas en el Perú.

1569. — Nicolás Monardes, médico español, publica la primera descripción de los beneficiosos efectos de la coca para combatir la fatiga.

1749. — La coca es traída a Europa.

1859. — Paola Mategazza, neurólogo italiano, que había vivido en regiones de Sudamérica publica "Sobre las virtudes higiénicas y medicinales de la coca" inaugurando la era de la investigación científica sobre las propiedades de ésta y sus alcaloides.

1850. — El gobierno de los conquistadores dicta un canon intentando restringir el uso de la coca entre peruanos, chilenos y bolivianos.

No se dan penas contra la coca porque los españoles se dan cuenta de que los nativos trabajan mejor bajo su influencia.

1860. — La cocaína es extraída pura de las hojas de coca.

1862. — Schroff descubre los efectos anestésicos de la coca, bien conocidos por los nativos desde tiempo inmemorial.

1880. — La cocaína es puesta en la lista de droga oficial en la Farmacopea de los EE.UU.

Bentley y Palmer, doctores americanos, reportan el tratamiento con cocaína para la adicción de opio.

1884. — Sigmund Freud trata su depresión con cocaína y publica "Uber coca", su primer trabajo sobre el tema.

1884. — Carl Koller descubre los efectos anestésicos locales en el ojo de una rana y de un hombre.

1884. — Hasler declara que la inyección de cocaína en un nervio bloquea la sensación de la conducción produciendo anestesia local.

1884. — Angelo Mariani mezcla un extracto de hoja de coca con vino e inventa la nueva bebida a la que llama Vin Mariani, bebido por las figuras más distinguidas de su tiempo.

1885. — John Styth Pemberton patenta una bebida que contiene extractos de hojas de coca y fruto de cola. La llama Coca-Cola.

Segundo trabajo de Freud sobre cocaína "Contribución al conocimiento de los efectos de la cocaína".

Fleischl se inyecta crecientes cantidades de coca y queda sicótico.

Lewin, quien luego escribió "Phantastica", ataca el trabajo de Freud sobre la no peligrosidad de la cocaína.

1888. — Arthur Conan Doyle publica "The sign of the four"; Sherlock Holmes se inyecta coca intravenosamente.

1905. — La procaina es sintetizada, reemplazando a la cocaína como anestésico.

1906. — La compañía de Coca-Cola saca el extracto de coca sustituyéndolo por el de hojas "descocainizadas" que todavía es utilizado hoy.

1908. — El jefe de policía de Washington escribió "El hábito de la cocaína es una gran amenaza para la sociedad porque las víctimas son unos viciosos, el uso de esta droga predispone a cometer actos criminales".

En la primera década de 1900 se levantó la histeria anti-cocaína.

1910. — Se da cocaína a los negros para que trabajen más. Empieza la asociación entre drogas y gente negra, lo que ocasiona numerosos actos de violencia.

1914. — Se empieza a asociar la cocaína con delitos sexuales.

1930. — Alemania sobrepasa a Perú como país consumidor de cocaína. Goebing es adicto a la cocaína y a la morfina.

1941-1945. — Durante la Segunda Guerra Mundial los americanos, ingleses, alemanes y japoneses distribuyen anfetaminas a los soldados. Después de la guerra los médicos la recetan para depresión y obesidad. Declina el uso de la coca.

En los años 50-60 se incrementa espectacularmente el uso de las anfetaminas. A finales de los sesenta, curiosamente el uso de la coca sube otra vez.

1970. — Los modernos consumidores de coca se distinguen de los anteriores en que ante todos los otros métodos prefieren esnifarla.

HISTORIA CLÍNICA DE UNA TOXICOMANÍA

RESUMEN

Presento una historia clínica de una toxicomanía, parece deducirse de ella que de la interacción de una personalidad predispuesta y de un ambiente adecuado se genera la enfermedad. Es fundamental conocer la psicopatología del toxicómano como componente que le expone a las recaídas a la droga, y orienta en el pronóstico y tratamiento. Algunos aspectos preventivos de la enfermedad conviene iniciarlos en la infancia siendo el síndrome del niño maltratado un factor a evitar por todos los medios.

INTRODUCCIÓN

En medicina es fundamental la observación de la conducta humana dado que también veremos que muchas patologías derivan precisamente de "ciertos modos de conducta", uno de los menos llamativos porque a veces pasa desapercibido a primera vista es la del psicópata.

Existen muchas teorías acerca del porqué un individuo evoluciona hasta llegar a ser psicópata, dijo el psicólogo conductista Watson que él, de un niño, podía hacer desde un marginado social hasta un presidente de Estado, y en cierto modo admitiremos que en principio el ambiente en que se desarrolle un niño muchas veces será definitivo en cuanto a su posterior integración social; en la siguiente historia se ve que sobre una conducta al parecer ya enferma en la más temprana infancia incide un ambiente del todo desfavorable, cabe pensar que de la interacción del ambiente con la personalidad predispuesta surge el resto de la historia; asimismo pretendo sugerir la idea de que tal vez la investigación genética demuestre algún día de la existencia de algún gen que predispone fatalmente a la enfermedad, o bien es debida únicamente a la incidencia de un cierto medio ambiente sobre el desarrollo del psiquismo infantil, o claro está se trate de un gen que sea cual sea el ambiente cursará hacia la enfermedad, o que sólo si actúa cierto ambiente cursará a la enfermedad, se deducen pues de ello cuatro posibilidades.

Lo cierto es que no deja de ser un tema atractivo, y que cabe pensar que en cierto modo una psicopatía tal vez pueda ser prevenida si a tiempo actúan los medios sociales necesarios para prevenir su desarrollo, y si se trata de un gen qué duda cabe que estamos en los advenimientos de grandes logros en ingeniería genética que cambiarán las perspectivas de las llamadas enfermedades hereditarias, aparte de que muchos psicópatas llegan a ser toxicómanos y tal vez se pueda prevenir este final.

CASO CLÍNICO

La paciente M. S. M., de 22 años de edad (nació el 16 de junio de 1965, en Sta. Cruz de Tenerife), hija única; madre sin estudios primarios y dedicada a las labores del hogar, padre sin estudios primarios y empleado como chófer en una empresa de Telecomunicaciones, y también hacía de taxista. Según confesión de su padre al principio del embarazo fue un nacimiento no deseado, si bien luego dijeron que la aceptaron. Durante la infancia, debido a precariedades económicas, la madre abortó cuatro veces, por no desear más hijos o bien por no poderlos mantener. M. S. M. acudió a colegios de baja calidad de enseñanza y se relacionó con personas de bajo nivel cultural, social y económico, y así hasta sus veintidós años de edad.

Ya durante la infancia sus padres alegan haberle notado una conducta anormal consistente en resistirse a unas normas de comportamiento ecuánimes durante las comidas, desobediencia paterna y materna, mentiras, hurtos a sus padres, no gustaba de jugar con juguetes, franco deterioro escolar a partir de los doce años de edad, higiene personal irregular.

La conducta de los padres hacia ella fue de rechazo en un principio, y a través de su diario leemos raptos de agresividad física y verbal del padre hacia la hija y la madre, y de padre y madre hacia la hija. Cualquier imposición de correctivo hacia la conducta de M. S. M. fracasaba. Por parte de sus padres, la paciente relata haber sido tratada con desprecio en ocasiones, castigada y no haber recibido la atención que ella requería, asimismo comenta haber sido víctima de abusos sexuales deshonestos por parte de su padre (él lo admite) a las edades de tres y diez años, respectivamente; tales abusos dice que la han marcado y que odia a su padre por ello, dice que su madre no la quiere y que también la odia. En sus calificaciones escolares observamos un franco deterioro escolar hacia los doce años de edad. Hacia la adolescencia, hacia los 14 años (1979), inicia el consumo de hachís, utiliza tabaco y hachís como fuga de la angustia y ansiedad que la invaden, hurta dinero de un bar para adquirirlo, se deduce franca ciclotomía, acceso de depresión y manía como fuga, recurre a las drogas para huir de la depresión. Sus amistades hacia la adolescencia son toxicómanas, dado el ambiente de su barrio. Practica una conducta sexual impersonal y promiscua sobrevalorando el aspecto físico de un hombre. Los lazos afectivos son superficiales: en sus relaciones amorosas se desprende una patente infidelidad, y por otra parte ella perdona a su vez la de ellos si ella los quiere. Exige de sus amores pruebas de su querer para comprobar que realmente están por ella. Puede salir con alguien pero

HISTORIA CLÍNICA DE UNA TOXICOMANÍA

RESUMEN

Presento una historia clínica de una toxicomanía, parece deducirse de ella que de la interacción de una personalidad predispuesta y de un ambiente adecuado se genera la enfermedad. Es fundamental conocer la psicopatología del toxicómano como componente que le expone a las recaídas a la droga, y orienta en el pronóstico y tratamiento. Algunos aspectos preventivos de la enfermedad conviene iniciarlos en la infancia siendo el síndrome del niño maltratado un factor a evitar por todos los medios.

INTRODUCCIÓN

En medicina es fundamental la observación de la conducta humana dado que también veremos que muchas patologías derivan precisamente de "ciertos modos de conducta", uno de los menos llamativos porque a veces pasa desapercibido a primera vista es la del psicópata.

Existen muchas teorías acerca del porqué un individuo evoluciona hasta llegar a ser psicópata, dijo el psicólogo conductista Watson que él, de un niño, podía hacer desde un marginado social hasta un presidente de Estado, y en cierto modo admitiremos que en principio el ambiente en que se desarrolle un niño muchas veces será definitivo en cuanto a su posterior integración social; en la siguiente historia se ve que sobre una conducta al parecer ya enferma en la más temprana infancia incide un ambiente del todo desfavorable, cabe pensar que de la interacción del ambiente con la personalidad predispuesta surge el resto de la historia; asimismo pretendo sugerir la idea de que tal vez la investigación genética demuestre algún día de la existencia de algún gen que predispone fatalmente a la enfermedad, o bien es debida únicamente a la incidencia de un cierto medio ambiente sobre el desarrollo del psiquismo infantil, o claro está se trate de un gen que sea cual sea el ambiente cursará hacia la enfermedad, o que sólo si actúa cierto ambiente cursará a la enfermedad, se deducen pues de ello cuatro posibilidades.

Lo cierto es que no deja de ser un tema atractivo, y que cabe pensar que en cierto modo una psicopatía tal vez pueda ser prevenida si a tiempo actúan los medios sociales necesarios para prevenir su desarrollo, y si se trata de un gen qué duda cabe que estamos en los advenimientos de grandes logros en ingeniería genética que cambiarán las perspectivas de las llamadas enfermedades hereditarias, aparte de que muchos psicópatas llegan a ser toxicómanos y tal vez se pueda prevenir este final.

CASO CLÍNICO

La paciente M. S. M., de 22 años de edad (nació el 16 de junio de 1965, en Sta. Cruz de Tenerife), hija única; madre sin estudios primarios y dedicada a las labores del hogar, padre sin estudios primarios y empleado como chófer en una empresa de Telecomunicaciones, y también hacía de taxista. Según confesión de su padre al principio del embarazo fue un nacimiento no deseado, si bien luego dijeron que la aceptaron. Durante la infancia, debido a precariedades económicas, la madre abortó cuatro veces, por no desear más hijos o bien por no poderlos mantener. M. S. M. acudió a colegios de baja calidad de enseñanza y se relacionó con personas de bajo nivel cultural, social y económico, y así hasta sus veintidós años de edad.

Ya durante la infancia sus padres alegan haberle notado una conducta anormal consistente en resistirse a unas normas de comportamiento ecuanímes durante las comidas, desobediencia paterna y materna, mentiras, hurtos a sus padres, no gustaba de jugar con juguetes, franco deterioro escolar a partir de los doce años de edad, higiene personal irregular.

La conducta de los padres hacia ella fue de rechazo en un principio, y a través de su diario leemos raptos de agresividad física y verbal del padre hacia la hija y la madre, y de padre y madre hacia la hija. Cualquier imposición de correctivo hacia la conducta de M. S. M. fracasaba. Por parte de sus padres, la paciente relata haber sido tratada con desprecio en ocasiones, castigada y no haber recibido la atención que ella requería, asimismo comenta haber sido víctima de abusos sexuales deshonestos por parte de su padre (él lo admite) a las edades de tres y diez años, respectivamente; tales abusos dice que la han marcado y que odia a su padre por ello, dice que su madre no la quiere y que también la odia. En sus calificaciones escolares observamos un franco deterioro escolar hacia los doce años de edad. Hacia la adolescencia, hacia los 14 años (1979), inicia el consumo de hachís, utiliza tabaco y hachís como fuga de la angustia y ansiedad que la invaden, hurta dinero de un bar para adquirirlo, se deduce franca ciclotomía, acceso de depresión y manía como fuga, recurre a las drogas para huir de la depresión. Sus amistades hacia la adolescencia son toxicómanas, dado el ambiente de su barrio. Practica una conducta sexual impersonal y promiscua sobrevalorando el aspecto físico de un hombre. Los lazos afectivos son superficiales: en sus relaciones amorosas se desprende una patente infidelidad, y por otra parte ella perdona a su vez la de ellos si ella los quiere. Exige de sus amores pruebas de su querer para comprobar que realmente están por ella. Puede salir con alguien pero

estar enamorada de otro. Inicia su diario en 1979. Entonces contaba 14 años de edad, se observan numerosas faltas de ortografía, y escribe palabras soeces. Le gusta ser el centro de la atención de los demás, es emocionalmente muy sensible. Le atraen las actividades manuales que no le exijan tener que pensar. Sus padres la reñían porque molestaba en el bar, ir mal en estudios, llegar tarde a casa, fumar, pintarse, ir con las amigas y sus gastos en dinero. Se encierra en su cuarto para "no aguantar a sus padres". Dice que "odia a sus padres". Su padre odia a su madre porque protege a M. S. M. diciendo que "oculta cosas suyas". Odia a su padre, éste por unos gastos en dinero que juzgó excesivos le dijo: "Y no se morirá, lo digo de corazón, y no se morirá", le hizo que comiese aparte de ellos... casi la echa de casa. En 1982 sus padres la llevan a ver la película "Cristina F" (sobre una chica que acaba mal). Sale con quien quiere a pesar de sus padres. Su madre le quita las llaves de casa. Mi padre me ha pegado... a punto estaba de escaparme de mi casa. Le defrauda que su diario no fuese leído. Cree en los horóscopos. El colegio no le gusta. Sobrevalora la "amistad" aunque ésta no sea recomendable. Sus amigas robaban en los almacenes. No quiere cambiar de forma de ser. Comienza a utilizar la frase "Diario lo que yo te digo" desde el momento en que la ponen en un internado. En 1981 (16 años). En el internado tiene accesos de tristeza (a veces no sabe por qué, otras por lo que le pasa, y otras por lo que le pasó) y eso la destruye y dice que debe olvidar. En los colegios siempre la solían demandar por ser la "cabecilla" de la clase. En las fiestas se emborracha y le da por reírse. "Tan pronto estoy triste como estoy contenta." Le encanta fumar cannabis. En 1982 (17 años). Comienza a coleccionar "muestras de botellitas". Comenta: "La música es lo único que me queda." Se hace hartones de llorar. Le gusta pasarse horas "colgada", quiere probar el "ácido". Escribe: "Te confías a alguien y cuando te das la vuelta te sueltan una patada con todas las de la ley, lo voy a tener en cuenta esto, yo misma seré mi mejor amiga, a nadie le importa lo que me pasa, lo que me ha pasado." Le duele tener sentimientos... "Tengo ganas de llorar, pero no me salen las lágrimas." Estoy triste y sola. Prefiero estar borracha toda la vida, al menos no estoy deprimida y estoy alegre. ¡¡¡ qué grande estar borracha!!!, estoy cantidad de gusto. Su primer coito es a los 17 años con Javi, un chico del barrio al que apenas conocía hacía dos semanas, se marcha a vivir con él y éste la engancha a la heroína. Más tarde probaría la cocaína y el ácido en una ocasión. Su primera pareja resultó tener una conducta antisocial, que siendo adicto a la heroína, delinquiró (hurtos) y la paciente fue objeto de malos tratos por parte de éste sujeto que acabó interno en la cárcel de Barcelona.

Su segunda pareja, también heroinómano, es una persona que podríamos clasificar como antisocial; faltas laborales, fracaso escolar, hijo de un matrimonio separado, hurtos (incluso a sus padres) y hábito delusivo. Si bien sus padres se han opuesto siempre a esas relaciones, ella insistió en ellas alegando amor hacia esos sujetos. Si bien durante las relaciones con ellos, especialmente con el segundo, tuvo relaciones sexuales con otros individuos, también conocidos de él. La

paciente relata haber trabajado en recolectas agrícolas en Zaragoza, a donde fue, según dijo, huyendo de su primera pareja (con el que convivió un año), y luego haber trabajado casi un año en una "barra americana" en Castellón, posteriormente regresó a Barcelona hacia los veintinueve años, estando domiciliada en dos pisos (el primero lo compartía con un chico), el segundo con una chica del que salió por haber tenido un ataque de apendicitis aguda de la que fue intervenida en el H.C.P. de Barcelona en agosto de 1986 (donde la conoció). Posteriormente regresa al domicilio paterno, sigue con su toxicomanía, su fracaso escolar (no terminaba su E.G.B.), siguen las malas relaciones con sus padres, y las relaciones con su segunda pareja (que le proporciona la heroína), esporádicamente mantuvo relaciones sexuales con dos individuos, el último de los cuales al parecer también toxicómano, ladrón habitual y que le facilitó heroína al aumentar ella sus requerimientos de drogas hacia el final del verano de 1987 y que falleció en el verano de 1989 de accidente de automóvil; a primeros de septiembre y sorprendiendo su madre los utensilios que utilizaba para inyectarse en su dormitorio del domicilio paterno, su madre primordialmente (su padre apenas objetó a ello) deciden enviarla a una pensión de la calle del Paralelo, de Barcelona, y admiten que tan sólo vaya al domicilio paterno a efectuar el almuerzo y la cena. Ella por requerimientos de sus altas dosis de heroína (hasta diez mil pesetas al día), se prostituye en dos casas de "relax" para pagarse la droga, siguiendo asimismo las relaciones con su ya consabida segunda pareja que también sigue tomando droga. A final de octubre de 1987 enferma de encefalitis y es ingresada en la Residencia Sanitaria del Valle de Hebrón; posteriormente a instancias más decide ponerse en manos de un psiquiatra al ser dada de alta; deja de tomar droga hasta finales de diciembre de 1987, recae en compañía de su pareja habitual. Entonces el siete de enero de 1988 decide dejar a su pareja y marchar a un pueblo de Valencia al domicilio de unos familiares de su madre; allí permanece unos dos meses ocupada en labores del campo y en la atención del bar de sus tíos, conoce a un muchacho con el que decide irse a vivir, y durante ese tiempo deja de tomar la heroína. Al regresar a Barcelona, con la excusa de pasar unas revisiones médicas, frecuenta a su antigua pareja con la que vuelve a mantener relaciones sexuales y a drogarse con heroína (mes de mayo de 1988). Entre los antecedentes de patología orgánica cuenta con hepatitis B, transmitida por jeringuilla de su segunda pareja, tuvo herpes genital tipo II con su primera pareja, y el análisis de HIV de aquel octubre fue negativo, habitualmente presenta infecciones micóticas en los genitales.

Luego regresó a Ayora con el propósito de recoger sus cosas y volver a Barcelona para seguir un tratamiento de deshabitación a la heroína en el Hospital de San Pablo, a los quince días está de vuelta a Barcelona y viviendo en el domicilio de sus padres, cinco días después de iniciar el tratamiento vuelven las discusiones familiares y las riñas de su padre, me telefona para decirme que piensa abandonar el tratamiento y que regresa a Ayora (si bien un año después me dijo que se hubiera quedado en Barcelona), tomé la decisión de que viviese en mi piso, accedió y así pasamos

desde el 10 de junio de 1988 hasta el 20 de enero de 1989, en ese tiempo tuvo cuatro recaídas y mejoró en su adaptación al entorno social normal, a pesar de su mejoría tuvo un episodio de depresión mayor durante el verano, y recayó seguidamente; insistió hacia el invierno en volver con su pareja habitual que estaba en una comunidad terapéutica, de la que se escapó cuando le quedaban tan sólo quince días para el alta, recayendo al día siguiente, fue a visitar a ella, decidieron vivir juntos y mantenerse abstinentes, lo cierto es que dejaron ambos de acudir al tratamiento médico; ella buscó trabajo de asistente del hogar y él como camarero en una discoteca, instaláronse en un apartamento de alquiler, a ella la despidieron de su trabajo de asistente y se empleó en un bar musical; ambos "astillaban" de la "caja" de sus respectivos empleos para pagar la heroína a la que estaban "enganchados" hacia mayo de 1989, en que se procede a desahucio del apartamento por impago; él se va a vivir otra vez con su madre, y ella me insiste en volver a vivir conmigo, yo le dije que le ponía a ella como condición que tras veinte días de desintoxicación se iría a una granja y posteriormente seguiría el tratamiento médico en todas sus consecuencias, ella contestó que a la granja no, y entonces no acepté, con lo cual fue otra vez a la pensión en la que ya estuvo, pues su madre volvió a rechazarla y su padre no puso grandes objeciones. A todo ello consiguió finalizar su graduado escolar y estaba efectuando el primer curso de fotografía en la Escuela Industrial. A pesar de que quienes estábamos pendientes de ella le insistimos en la idea de irse a la granja, incluso su compañero se lo insinuó, ella no accedió; empeoraron en su dependencia hacia la heroína, él fue despedido de la discoteca y ella volvió a ejercer la prostitución, intentaron ponerse en tratamiento ambulatorio pero fracasaron, a pesar de tener los dos la salud muy deteriorada (él con un P.P.D. de 12 mm.), no tomaron actitud alguna seria en su curación, yo estaba agotado de todos esos años y decidí dejarlos solos, pues estaba cansado de intentar por múltiples medios que mejorasen sin lograrlo. A todo esto a ella la volví a ver y me dijo que estaba dispuesta a todo menos a irse a la granja para curarse, le dije que hiciera lo que quisiera; luego de ese encuentro, el 28 de agosto de 1989, me llamó para pedirme su abrigo y un libro de él, se lo llevé a la pensión y me dijo que pensaba en suicidarse, que estaba peor en todo, y que era positiva a los anticuerpos del HIV.

Diagnóstico psiquiátrico

Psicopatía muy alta con depresión baja y manía alta, está bien adaptada a su papel de mujer, teniendo complejo de inferioridad. Fue confirmado por el test M.M.P.I.

Pronóstico

Por el tiempo de adicción: siete años, por ser A.D.V.P., por la enfermedad psíquica de base una psicopatía, y por el entorno familiar y social, es peyorativo.

Terapéutica

En mi opinión, siguiendo al autor Tramer, nos encontramos ante un caso de psicopatía tal vez asociado a la influencia nociva de situaciones ambientales duraderas; asimismo Petrilowitsch afirma: "Los influjos ambientales tienen una decisiva significación configuradora de la personalidad en el niño." Posiblemente nos hallamos en el caso de M. S. M. ante una psicopatía del desarrollo..., acción de circunstancias ambientales desfavorables. Algunos psicópatas tenidos por incurables, han curado mediante el psicoanálisis (según Repond), para los casos en que deriven de neurosis infantiles características iniciadas precozmente. Evidentemente M. S. M. tendría que haber sido separada de sus padres a una edad muy temprana e internada en instituciones especializadas en el tratamiento y prevención de niños con atisbos de conducta psicopática.

No obstante visto la historia clínica jamás sabremos qué hubiese pasado de conseguir que hubiese seguido una terapéutica en todas sus posibilidades.

COMENTARIOS

Sus padres me relataron su comportamiento durante la infancia de ella que bien podría tratarse del típico turbulento niño hiperactivo. Se trata de niños con expresión de gran vivacidad, acostumbran a ser inteligentes pero no prestan atención a nada determinado y están pendientes de todo lo que acontece a su alrededor. Van de un sitio a otro, tocándolo todo, interesándose por todo, pero incapaces de estar jugando cinco minutos con un mismo juego, han de cambiar de actividad. Científicamente se incluyen en el "síndrome de disfunción cerebral mínima" (DCM). Su manifestación es precoz, en los primeros meses de vida (son lactantes que se estremecen aparatosamente ante cualquier ruido). Con el tiempo aparece el mal rendimiento escolar ("es inteligente, pero está siempre en la luna y no atiende a clase") y los problemas de conducta ("no hace más que distraer y molestar a sus compañeros"), también presentan inestabilidad emocional, presentan una baja tolerancia a las frustraciones y no admiten demora en sus exigencias. Capacidad para

aguantar el dolor físico. Desconocen la sensación de peligro, son totalmente irresponsables. Su vida es una continua y monótona frustración. Reciben palos por todos los lados sin que puedan evitarlos. Viven en un mundo hostil, lleno de exigencias que él no puede realizar, creándole un sentimiento de inseguridad y de falta de protección, que le obligará a mayores demandas de atención por parte de los mayores (utilizando todo tipo de "estrategias" para captar a los padres), aumentando el comportamiento hiperactivo y cerrándose así el círculo vicioso. Estos niños mejoran sensiblemente cuando llegan a la pubertad, pero el peligro reside en cómo se ha visto afectada su personalidad durante estos años. Es conocido que bastantes niños hiperactivos terminan siendo inadaptados sociales, delincuentes y drogadictos.

En cuanto a los acontecimientos acaecidos con su padre tendríamos el caso de abuso sexual de la menor: Por debajo de los doce años de edad, la violación constituye siempre una especie de "bomba de tiempo" emocional, a menos que se les desactive pronto estallará y cuando lo haga los resultados pueden ser desastrosos. Es este caso que fue el padre de M. S. M. por su ascendencia sobre la misma se llegó al pacto del silencio. Si fueron abusos sexuales, no se llegó a la violación en sentido estricto. La paciente relata tener un odio permanente hacia su padre y añade que jamás le respetará porque él no la respetó y que se lo hará pagar caro toda la vida. Cuando relata aquellas vivencias sufre depresión, tristeza y ganas de llorar. Llegó a decirle en una ocasión a su madre que en cierta relación sexual con alguna persona se le había "presentado su padre", si bien luego negó haber dicho eso a su madre.

Por lo que relataron, tanto sus padres como ella en cuanto a las relaciones afectivas de ellos, tendríamos el caso del niño sin afecto: En el período del recién nacido o lactante de pocos meses la anorexia se presenta en el momento en que fallan las condiciones indispensables de atención-cariño que rodean el acto alimentario. Una hostilidad materna camuflada, un evidente rechazo se le denomina también "Neurosis por falta de atención". El factor más importante en el mecanismo de la anorexia es la ansiedad, la agitación y la inseguridad de los padres en el cuidado alimentario del niño. Los niños reaccionan con la falta de apetito ante la forma mecánica, tensa y "ansiosa" que trata de "nutrirlos". Si un niño come normalmente, nadie le presta mucha atención; Pero si se niega a comer, automáticamente recibirá bastante atención, con lo cual estaremos reforzando y manteniendo la conducta de inapetencia; los pequeños lo utilizan para dominar y monopolizar a la madre, este tira y afloja se puede fijar a perpetuidad. Entre otras causas se citan: medio de atraer la atención u obtener algún deseo, simple negativismo, niño hiperactivo, estado de ánimo excitado o deprimido.

Otra de las características que observamos es la del niño sin afecto: La reacción depresiva viene a ser como la última posibilidad para evitar la impotencia ante el sufrimiento físico y psíquico. Dicha reacción equivale a una agresividad no descargada. En el núcleo de toda depresión existe, siempre, un sentimiento de pérdida interna. De algo querido que se nos ha ido o hemos perdido.

Y también otra conducta de ella fue la de niño/a mentiroso/a: Es a partir de los seis años cuando el niño comienza a negar las faltas que comete si le

afectan directamente. Son el inicio de las mentiras para evitar el castigo. Kanner comenta: "Cuanto más severas son las medidas de castigo de los padres, tanto mayor es la tentación de mentir." Existe una forma exagerada de mentir, denominada mitomanía, en la que incluso llega a confundir lo real con lo falso. En estos casos la mentira adquiere la categoría de síntoma neurótico.

En resumen se deduce de la historia clínica que ella sufrió el síndrome del niño abandonado o maltratado: El concepto de niño abandonado o maltratado es amplio y no debe limitarse al niño víctima de malos tratos físicos. Probablemente la situación de abusos físicos sea la más diagnosticada por su evidencia, pero existen otras situaciones más difíciles de demostrar, en que el niño es objeto de abandono afectivo y se le niegan los cuidados médicos o de vigilancia. La incidencia real de este síndrome entre nosotros es difícil de conocer y probablemente es mayor de lo que se supone. En cuanto a la edad, un tercio de los casos son niños menores de 6 meses, otro tercio tienen entre 6 meses y 3 años y el tercio restante son mayores de 3 años. Cuando existen problemas familiares aumenta la incidencia, se trata de dificultades económicas, pérdida del trabajo de uno de los progenitores, desavenencias entre los padres, que llevan a canalizar la agresividad contra el niño. En el 85% de los casos se da abuso con malos tratos físicos apareciendo lesiones cutáneas, quemaduras especialmente por puntas de cigarrillo, o incluso fracturas importantes o lesiones craneoencefálicas (derrame subdural). Todo ello suele acompañarse de un deficiente estado de higiene (no siempre), a menudo con eritema del pañal y en la facies "expresión de tristeza" y "miedo". Los padres (o la persona que lleva al niño a la consulta) no son capaces de explicar de forma convincente el mecanismo de las lesiones, en algunos casos en distinto período evolutivo. Por otra parte, se debe tener en cuenta que el lactante de menos de seis meses, excepcionalmente sufre accidentes y de presentar alguna fractura debe sospecharse que no es casual. Aproximadamente en un 10% existirán "datos de abusos sexuales", sobre todo en niñas mayorcitas y adolescentes. Estas situaciones suelen darse en familias de un ambiente socioeconómico deficiente y en algunos casos se prolongan durante mucho tiempo antes de que se descubran, actuando los propios niños o los demás miembros de la

familia como encubridores de la situación. En algunos casos, se llega a transmitir enfermedades venéreas e incluso se produce embarazo. Existen otras formas más difíciles de demostrar y probablemente más frecuentes de lo que habitualmente se piensa: algunos niños son expuestos a drogas de forma intencionada por los padres o cuidadores (bebidas alcohólicas para que se duerman o estén quietos, medicamentos de acción sedante, sin pretender un envenenamiento letal). Un cierto porcentaje de intoxicaciones medicamentosas corresponde a las causadas por los padres. El niño de menos de un año prácticamente nunca se intoxica accidentalmente. Toda la medicación es administrada por la madre o el cuidador, por lo que a esta edad las intoxicaciones deben hacer pensar en su origen yatrógeno, es un error de la persona que las administra o son voluntarias. El niño de más de 4 años casi nunca sufre intoxicaciones accidentales y generalmente toma medicamentos que se le ofrecen, aunque sea de forma solapada. Otra forma de abandono consiste en descuidar la vigilancia, en casa o fuera de ella. Es frecuente que niños pequeños queden solos en el hogar, donde pueden sufrir caídas desde diversas alturas (sillas, muebles, camas) o incluso defenestración de forma accidental y también quemaduras (estufas, etc.) o intoxicaciones. En otros casos al niño se le permite jugar fuera de casa en calles con tráfico o en campos y parques sin ninguna vigilancia. Como norma el niño de menos de 7 años no debe quedarse solo en casa. El abandono afectivo o psíquico es difícil de demostrar y probablemente muy frecuente, incluso en familias de nivel social, económico y cultural bueno. Muchos lactantes son abandonados en sus cunas, parques, o "corralitos" sin que la madre u otra persona les preste suficiente o ningún afecto (el caso de M.S.M.). Estos niños casi siempre están correctamente alimentados, limpios y bien atendidos médicamente. En los niños mayorcitos se producen verdaderos abusos emocionales en formas más sutiles como amenazas (cuarto de los ratones), castigos (sótano oscuro) o infundiendo miedos no justificados (hombre del saco, demonios, brujas, etc.). Una manera sutil de abandonar es negar la asistencia médica, que el niño mismo no puede buscar.

En cuanto a las drogas: Los niños que están más dispuestos al consumo de drogas son: chicos poco conformes con las normas sociales establecidas, al

mismo tiempo son poco comunicativos, replegados sobre sí mismos, con un carácter más bien triston y pesimista. Los signos de "alarma" son:

- 1) Consumo regular e importante de tabaco.
- 2) Consumo regular e importante de alcohol.
- 3) Ingestión frecuente de medicamentos psicótropos.
- 4) Expresión de un sentimiento de aburrimiento permanente.
- 5) Actitud muy tolerante hacia el uso de drogas ilícitas.

Tenemos que la droga podría muy bien representar:

- 1) Una toma de distancia de los padres, hacer lo "prohibido" como oposición al medio familiar.
- 2) Un ascenso a otros modelos de identificación, ya que las primeras tomas de droga se hacen por solicitud e imitación de otro adolescente, que representa un modelo momentáneamente de identificación.
- 3) Una necesidad de ejercer una acción, porque el consumo de drogas es una conducta que permite aportar una solución directa a las tensiones del muchacho mediante el paso al acto ("Acting out").
- 4) Un resurgimiento de anteriores experiencias vividas, como una necesidad comparable a las apetencias del niño pequeño a los cuidados maternos y a las gratificaciones orales.
- 5) Una solución para su estado deprimido y melancólico, por otro lado frecuente en los niños adolescentes.

Todo lo relacionado con el niño es origen de unas influencias con la familia, que constituyen el núcleo social más próximo, y con el resto de la sociedad. Existen niños que reciben malos tratos o están abandonados, desde el punto de vista físico, emocional (carencia afectiva). En otros casos el niño abandonado es separado de los padres naturales, para pasar a un hogar de custodia y posterior adopción. Esto representará su difícil adaptación desde un ambiente malo a otro en el que fácilmente se cae en la sobreprotección.

Las medidas preventivas: Deben estar al alcance de toda una población precisando la colaboración de especialistas, en la "prevención de adicción a drogas".

La educación sanitaria puede iniciarse con la escolarización, de forma muy elemental en el párvulo y entre los 6 y 9 años, con normas generales de limpieza y aseo personal, higiene dental, prevención de accidentes e intoxicaciones, así como unos primeros conocimientos sobre anatomía y fisiología. Entre los 10 y 13 años se perfeccionarán los conocimientos sobre todo el cuerpo humano, se ampliarán los aspectos tratados anteriormente y pueden iniciarse la formación sobre la prevención de las enfermedades, principios básicos y necesidades de la nutrición y la alimentación. En esta edad el niño empieza a sentir curiosidad sobre el tabaco, alcohol e incluso las drogas llamadas blandas y se le puede informar al respecto. Durante la adolescencia (14-16 años) se debe insistir en todos los aspectos de salud ambiental, nutrición, necesidades de reposo y de ejercicio físico, etc. Tiene especial interés en este período la información acerca de los hábitos

nocivos (alcohol, tabaco y drogas).

En la acción sanitaria en medicina escolar, en relación con las toxomanías principalmente prestar atención a:

- Alteraciones de conducta.
- Organización del ocio.
- Fracaso-inadaptación.
- Protección niño abandonado.
- Hábitos tóxicos.

PREVENCIÓN

Parece fundamental evitar la formación de la conducta enferma denominada psicopática, en cuya formación parecen intervenir tres patrones causales:

- 1) El severo rechazo de los padres hacia su hijo/a, por sí mismo puede causar la psicopatía.
- 2) El rechazo ligero, combinado con lesión del área cerebral (posiblemente el hipotálamo), la cual contribuye a controlar la conducta causa psicopatía.
- 3) El rechazo ligero, en ausencia del trastorno neurológico, puede conducir a una psicopatía si algunas otras influencias del ambiente no llegan a dar otras alternativas.

El libro de McCord que cito en la bibliografía relata la experiencia llevada a cabo hacia 1953 en la Wiltwyck School de New York, que utilizaba el enfoque de la terapia de ambiente con niños psicópatas y se obtuvieron mejoras, una de las medidas era apartarlos de sus padres y ambiente del barrio. Se comprobó que

las relaciones cálidas con los niños nacían que estos tuviesen menos fantasías agresivas que aquéllos, con los que se mantenían relaciones frías o distantes, erráticas o frías.

Se desprende a modo de conclusión y en mi opinión que la carga genética y el ambiente parecen ser decisivos de la conducta, por tanto la evitación de la conducta psicopática es responsabilidad de los padres, sociedad en general y de la política social y sanitaria de un país, que habida cuenta de que cuando está establecida la enfermedad ya en edad adolescente es muy difícil o imposible su curación y tratamiento, y que las consecuencias de la conducta psicopática para la sociedad y para quienes la padecen son tales que merece la pena invertir medios adecuados en su prevención.

BIBLIOGRAFÍA

- Castells Cuijart, Paulino. Guía práctica de la salud y psicología del niño. Barcelona. Editorial Planeta. 1986.
- Cruz Hernández, Manuel. Tratado de Pediatría. Barcelona. Espax, 1983: 1722-1731.
- McCord, William and McCord Joan. The Psychopath. D. Van Nostrand Comp. Inc. 1966.

REDACCIÓN

COMUNIDAD VALENCIANA

¡¡NO!! A LA DROGA



Cuando Coordinadora Antidroga decidió ampliar su red de colaboradores y contactó con don Roberto Sanz, para hacerse cargo de la Comunidad Valenciana, pocos podíamos pensar que en apenas dos años contaríamos con tantos amigos.

Realmente su labor ha sido importante, a sabido transmitir el fondo de nuestro espíritu, "la lucha contra la droga" y todo su esfuerzo y entusiasmo nos hace hoy tener a nuestro lado infinidad de colaboradores y empresarios que concienciados se han unido a nuestra labor.

Todos sabéis que en Barcelona contamos con un Centro de atención a jóvenes afectados por el problema, donde afortunadamente muchos de ellos están ya en avanzadas fases de recuperación, aquí fue donde emprendimos el camino.

Hoy, juntamente con Baleares, vosotros amigos de la Comunidad Valenciana, contaréis próximamente con un servicio ambulatorio para las personas que necesiten nuestra ayuda.

Está claro que es primordial nuestra labor de prevención, y que nuestra revista A. D. ya es conocida en toda España, pero no debemos olvidar que hay muchos afectados que necesitan atención, también ellos podrán contar con Coordinadora Antidroga.

Pensamos en don Roberto Sanz para formar parte de nuestro equipo, y no nos equivocamos; gracias Roberto a ti y a todos los que colaboran contigo: ¡ánimo! La "Lucha" no ha hecho sino comenzar.

LUIS RODRÍGUEZ
Administrador

«VENTANA AL NORTE»



Sr. Jesús Esteve Roca

Estas líneas son el resultado de un ferviente deseo de compromiso conmigo mismo para ofrecer mi colaboración a la revista "ANTIDROGA", portavoz de las inquietudes de quienes conforman el espléndido equipo de la "COORDINADORA ANTIDROGA".

Esta disposición de ofrecimiento ha nacido en mí tras la lectura de varios ejemplares de dicha revista, y tanto profesional como particularmente me ha interesado su contenido, también la "maldita droga" se ha cebado con seres muy queridos por mí. Además, creo que el sentirte comprometido socialmente, de algún modo hace que estés más conforme contigo mismo y te da una sensación de mayor felicidad.

He tratado de asimilar artículos, estadísticas, informaciones de trabajo, y los proyectos de futuro que la "COORDINADORA" expone en su revista. Creo que soy consciente del papel importantísimo que su cometido ofrece a la sociedad española, del mismo modo que admiro la calidad humana de este equipo de personas entregadas a tan encomiable labor como es la lucha contra la droga, cruenta lucha, a veces poco comprendida y poco apoyada, no ya particularmente sino también desde la propia Administración.

Parece ser que hay un desentendimiento generalizado de esta problemática, tan sólo cuando nos afecta personalmente con algún ser querido, nos damos cuenta de lo dramático de la situación. Lo más horrible es que entre la juventud es mayor la influencia e incidencia de la droga, y es esta juventud la que mañana deberá construir un futuro en un mundo que debe ser mejor para todos, pero la droga corrompe y destruye a esta materia prima que es la columna vertebral del país en un próximo futuro, es esa misma juventud que ante nuestra indiferencia se deja arrastrar por la tentación de la droga, quizás con la vanal intención de llenar contenidos espirituales vacíos, quizás tan sólo es por el atractivo de lo prohibido o el afán de romper el tabú de sus mayores, con la experiencia de tener acceso a mundos paradisiacos mediante el "viaje" alucinógeno, viaje que para más de uno será un viaje sin retorno, otro muerto y ¿cuántos van?..., por esto creo que el problema de la DROGA es un problema de TODOS.

Podría referenciar el impacto recibido de varios escritos, pero me llama más la atención el que figura

en la pág. 53 del número 7 de esta revista, una nota sencilla, escueta y directa, llena de amor y esperanza, titulada "Un grito de ánimo". En ella se significa la evolución de la Coordinadora, se manifiesta la alegría con el acercamiento de unas cuantas familias más y de más toxicómanos que quieren curarse, expresa la satisfacción de seguir con la lucha sin cuartel contra la droga, indica la advertencia de que la alternativa de la droga es la muerte, y subraya el recordatorio a quienes han iniciado un tratamiento de desintoxicación de que han hecho un pacto con la VIDA, infunde un grito de ánimo y una promesa de que con un poco de verdad y esperanza lucharemos juntos contra la adicción, y culmina con la afirmación de que un toxicómano Si tiene solución. Lo firma Esther.

Este es el ejemplo de una de las personas dispuestas a tender una mano a cualquier drogadicto que de verdad quiera curarse, en donde haga falta y cuanto sea necesario, pero quizás también sea necesario que alguien concienciado del problema de la droga y con la fe de que sí que hay solución para el drogadicto, ayude a éste para que tome la iniciativa de acudir a un centro asistencial especializado, por eso el papel que tú puedes desempeñar para ayudar a salvar una vida es MUY IMPORTANTE. Hay que tomar conciencia de esta lacra social que es la DROGA, y también hay que tener en cuenta que hay muchos jóvenes que desean desengancharse de la galopada hacia el abismo, de la autodestrucción querida y no deseada... de la muerte, pero es cierto que también cada día hay más personas dispuestas a presentar la batalla, personas llenas de esperanza y amor hacia los semejantes, sobre todo con estos semejantes acorralados en un "guetto" de desesperados, muchas veces ignorados a propósito por nuestra sociedad igual que si fueran como un hijo vergonzante, cuya egoísta y cruel solución es el ignorarlo.

Por supuesto que la política del avestruz de esconder la cabeza debajo del ala ante un peligro, es cuanto menos temeraria y por descontado nada solucionadora, todo lo contrario, a medida que el tiempo pasa mayor es el peligro y más difícil encontrarle solución. Es deprimente el coste de vidas humanas que ocasiona la droga en detrimento de la propia sociedad y es alarmante las consecuencias de los resultados de la

drogodependencia, de sobra se sabe que de entre esa juventud de drogadictos surgen nuevas generaciones de prostitutas y de delincuentes, niñas y niños en el albor de su pubertad son objeto de estupro por degenerados que propician el camino de la iniciación a la droga a cambio de favores sexuales, hasta llegado el momento que ya no son novedad dentro del ámbito y ya convertidos en auténticos drogodependientes, no encuentran otra salida que la prostitución profesional o el escabroso camino de la delincuencia, comenzando el desesperado peregrinar de hospital en hospital y de cárcel en cárcel.

Creo que sería conveniente reflexionar sobre la pérdida de los valores morales de esta juventud extrañada en mares de incompreensión. ¿Cuántos jóvenes de buena familia, con carrera o estudios truncados, están pudriéndose en las cárceles como delincuentes habituales?, y realmente no lo son. Han sido y siguen siendo enfermos dependientes de la droga, que en la cárcel siguen tomándola, adulterada, en ínfimas condiciones higiénicas que facilitan el contagio de enfermedades tan horribles como el sida, droga conseguida muchas veces a cambio de la prostitución del propio cuerpo, con el consiguiente riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual como es el caso del sida y después a esperar que la enfermedad prospere hasta la fase terminal... y otro muerto, ¿cuántos van?

Hoy puede que el lector piense que disertó sobre un mundo subrealista que no tiene nada que ver con él, puede que piense que en todo caso es un problema de otros. Yo le razonaría que hoy son los hijos de los demás, pero mañana podrían ser los propios hijos de uno, los que necesitarían de alguien que les tendiera una mano para salvarse del trágico fin de la droga, por eso creo que el problema de la DROGA es peligroso, y es URGENTE que se convierta en problema de TODOS.

Es evidente que en nuestro país se manifiesta cada día más, una evolución democrática, que preciniza y defiende las libertades del individuo como ser inteligente, capaz de crear y capaz de diferenciar el bien y el mal, lo justo y lo injusto. También se ha despertado entre los españoles esa vocación europea, que de algún modo desarrolla la condición universal del hombre.

Se abren fronteras y caen los muros materiales y doctrinales que separaban diferentes civilizaciones, se canalizan sofisticados medios de comunicación

internacionales entre sus distintas administraciones, cada día se buscan nuevas vías de mutua colaboración internacional para hacer entre todos un mundo más cómodo y hermanado, más próspero y tranquilo, mirando todos hacia la bandera de la paz, con la perspectiva futura de un nivel de vida más humano, donde sea fácil la convivencia y donde la participación de todos en el quehacer cotidiano nos haga cada día ser mejor con nuestros semejantes, de una calidad humana superior.

Pero también es cierto que somos egoístas por naturaleza, demostramos un desmesurado afán por la supervivencia opulenta, hay demasiados especuladores que se aprovechan del lugar privilegiado que ocupan, sólo con miras de lucro personal, con intención malsana de medrar a costa de lo que sea, en detrimento de sus semejantes, sin respeto a nada ni a nadie. A éstos, hay que convencerlos de que están equivocados en su comportamiento y si no se conciencian cambiando de conducta, hay que despostrarlos de sus cargos administrativos, y poner en su lugar, a quienes buscan con afán luchar por un mundo mejor, en donde se beneficie toda la especie, con el esfuerzo del colectivo humano que es capaz de crear un mundo mejor para todos.

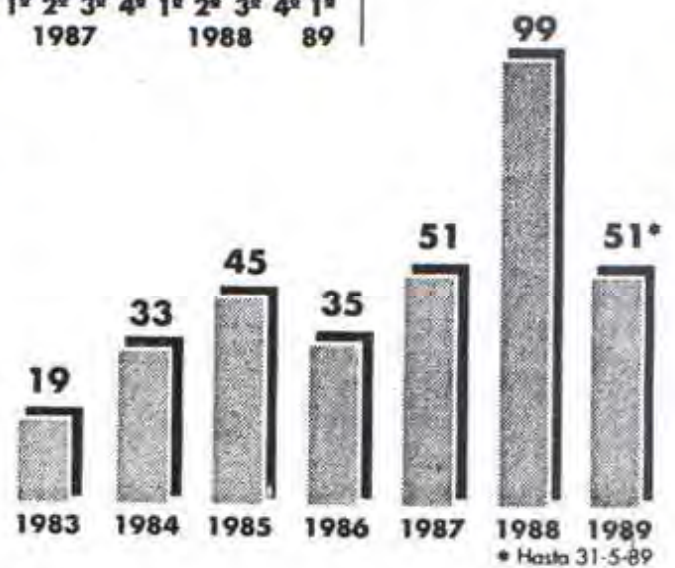
No es utópico el anhelo de un mundo mejor a través de la construcción de una sociedad mejor estructurada humanamente, puede que mejorando nuestra calidad humana iniciemos el camino para conseguirlo. Pero eso es difícil, muy difícil, arriesgado y bastante ingrato para los pioneros de esta noble ambición, los mensajeros de verdades como puños, los vanguardistas de encomiables proyectos sociales, y en definitiva todos los quijotes del buen hacer social y humano, han de tropezar con detractores de sus iniciativas pro-sociales y humanas, pues éstas no son deseadas por un grupo de élite que posee el poder económico y administrativo, ya que de ningún modo están dispuestos a perder sus prebendas ni los cargos que ocupan, como emperadores en esta vida, esta vida que en definitiva nos es común a todos, y todos tenemos derecho a vivirla humanamente con dignidad.

Desde una aldea navarra en donde vivo, me gustaría abrir una ventana hacia el norte de España, informarme e informar, yo quiero ayudar en la medida que me sea posible, tengo el ánimo dispuesto y espero de quienes tienen la experiencia sabrán canalizar y enseñarme como mejor puedo hacerlo.





Muertes por sobredosis



Yonkis de más de cuarenta años hay pocos ya que antes { fallecen o dejan la droga

Se estimó que hay unos 8.000 yonkis en Barcelona (10-6-89).

De las muertes habidas de 1983 a 1988 { 80% jamás solicitaron ayuda médica
20% alguna vez acudieron a un centro público de toxicomanías.

Causas de muerte habidas desde 1983 hasta mayo de 1989 {

- 1.ª causa la sobredosis 333 muertes { 260 hombres
73 mujeres
- 2.ª causa el S.I.D.A. 287 muertes, contagio { sexual
jeringuillas

Se prevé que las muertes por S.I.D.A. superen a los fallecidos por sobredosis.

La edad media de los fallecidos es de 27 años, la enfermedad denominada Toxicomanía afecta principalmente al intervalo de edad de 19 a 37 años.

La sobredosis se produce por {

- Consumir droga con una pureza mayor, en recaída tras período de no pincharse.
- Aumentar la cantidad deliberada: SUICIDIO.

NO DESESPERES, SÍ HAY SALIDA



Soy Miquel Prats Espinosa, tengo 29 años y durante doce años he sido toxicómano. Mi adicción a las drogas empezó a muy corta edad, y como la mayoría de yonkis me inicié probando las drogas blandas, como pueden ser los porros y el

alcohol. Al poco tiempo me di cuenta de que el grado de euforia que me acostumbraban a dar descendía notablemente, y que necesitaba algo más fuerte para poder mantener esa sensación interior que tanto me agradaba, e incluso exterior, referida a la imagen que daba a mis amigos o compañeros. Empecé a engancharme, sin apenas darme cuenta, a la cocaína y a la heroína; siendo mi consumo cada vez más elevado, llevándome a la fuerza a tener que delinquir para poder permitirme el mismo. Ya no notaba ese placer en mi cuerpo, ni tampoco euforia alguna; solamente tenía tal dependencia a la droga, que llegué a hacer de ella "una forma de vida". La necesitaba al despertarme, pues sin ella no lograba levantarme de la cama, debido a los dolores, vómitos y escalofríos que me causaba su carencia, y así ocurría durante todo el día; lo cual me inducía a traficar, robar, falsificar, etc. También me vi obligado a engañar a mi familia durante un gran período de mi vida. Haciendo de ellos lo imposible para poder rescatarme de ese mundo, me llevaron a los médicos, psicólogos y psiquiatras. Por ellos no quedó, pero de nada sirvió, yo realmente me había convertido en una persona muy viciosa y enferma, pues en realidad, yo no deseaba salir de esa trampa.

Yo creo que llegué a perder toda mi personalidad e incluso todo tipo de sentimientos, ya no me afectaba nada, ni incluso que mi hermana pequeña me viera en mi habitación inyectándome ansiosamente; ni el que me dijera ¿por qué lo hacía si sabía que aquello me perjudicaba y que con esa actitud estaba acabando con mi vida y con la de mis padres?

Al cabo de los años intenté realizar diversas curas de desintoxicación, siendo el resultado siempre el mismo, pues solía desistir en cualquier tipo de intentos. Quizás fuese porque todavía no había notado los efectos verdaderamente devastadores que llega a causar la droga. Y así fue, tuve que pasar por el hecho de que me echaran mis padres de casa debido a mi compor-

tamiento hacia ellos, también tuve que ingresar en hospitales a causa de sobredosis, síndromes de abstinencia, hepatitis, heridas de armas blancas debidas a ajustes de cuentas, etc.

Si en lo que a salud respecta, salvé la vida; lo que no pude salvar fue mi libertad, acabé en la cárcel por uno de tantos delitos de los que había cometido. Dentro de la cárcel tuve mucho tiempo para pensar en mi situación como drogadicto y por fin tomé una decisión; no podía seguir engañándome a mí mismo por más tiempo, tenía que buscar una salida si es que la había. Mi estado era desesperante, ya no tenía nada, ni a nadie.

Nada más recibir mi libertad me interesé por una granja del "Centro Reto", dedicada por completo a la rehabilitación y reinserción del toxicómano; siendo un centro completamente benéfico y gratuito, no tardé en conseguir mi ingreso en la misma.

Quiero deciros que fue una experiencia bastante dura para mí. No estaba acostumbrado a mantener ninguna normativa en lo que a horarios se refiere, como el tener que madrugar para ir a trabajar con el resto de compañeros, realizando todo tipo de duras actividades desempeñando trabajos que jamás hubiera realizado por mí mismo. Ello me llevó a intentar desistir de mi intento, como tantas otras veces había ocurrido, pero gracias a la ayuda desinteresada que me ofrecían los demás y al recuerdo de mis años anteriores, logré integrarme al Centro y superar todas las dificultades y obstáculos que me encontraba.

Al cabo de varios meses conseguí romper las cadenas de las drogas y llegar a motivarme en ayudar como monitor a los distintos chicos que tenían el mismo problema, que me había causado tanto daño a mí y a todo mi entorno.

En la actualidad realizo una vida normal, habiendo recuperado a mi familia, un trabajo y, lo que es más importante, mi salud. Ya hace casi dos años que no consumo ningún tipo de drogas e intento seguir ayudando a la gente que lo necesita, cooperando con la Coordinadora Antidroga de Barcelona.

Me gustaría que mi testimonio pudiera ayudar a alguien, para que no tuviera que pasar por todo lo que yo he pasado.

No os sigáis engañando más a vosotros mismos ni a los demás y pensad que la droga **sí tiene salida**.

MIQUEL PRATS I ESPINOSA

«DROGAS DE DISEÑO»

Se denominan así a las drogas que ya están siendo comercializadas y que estarán de moda en los próximos años, hacia 1989 se conocían unas diez variedades, de las que unas cuatro ya se tomaron en España; en Ibiza fueron introducidas hacia el 1987.

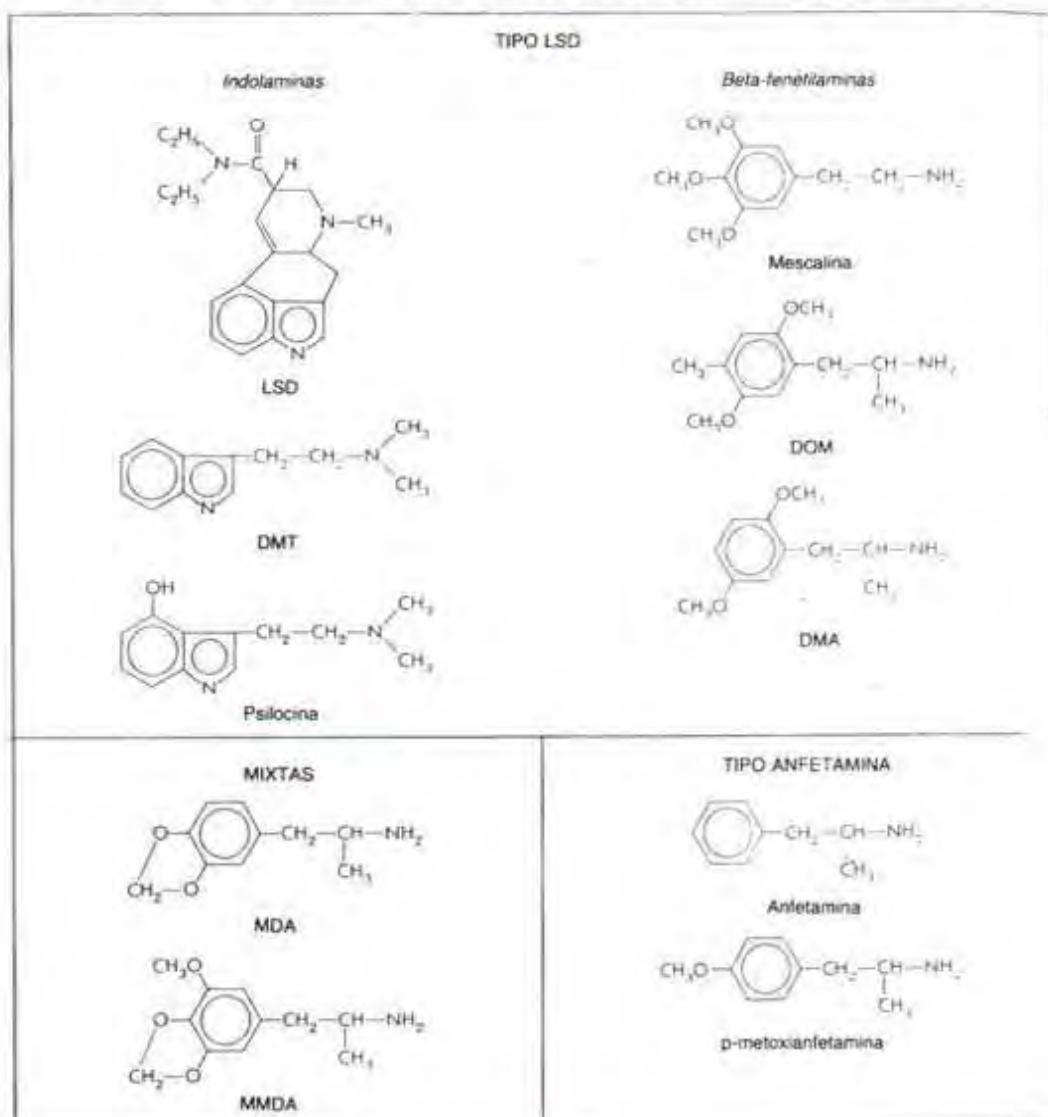
La madre de las drogas de diseño es la anfetamina, están químicamente derivadas de la anfetamina o del L.S.D. o dietilamida de ácido lisérgico (este último con efectos alucinógenos). Actualmente se combinan con heroína y cocaína.

Inicialmente se toman a modo de complemento con la pretensión de desenvolverse mejor en las relaciones sociales o sexuales, y en cuatro años ya se está "enganchado". Producen una pasajera sensación de euforia, otras dan alucinaciones que acaban al perseverar en su ingesta, produciendo una enfermedad mental denominada psicosis.

Obviamente se trata de drogas "que vuelven a estar de moda", tal vez por lo que supone de nuevo algo que ya se había olvidado y por el temor social al S.I.D.A. o a las consecuencias de la heroína, pero con todo no dejan de ser drogas.

Ninguna línea divisoria bien marcada separa a los psicodélicos de otras clases de droga de acción central. En ciertas condiciones, o en dosis tóxicas, varias clases de drogas (anticolinérgicos, bromuros, antimaláricos, antagonistas opiáceos, cocaína, anfetaminas y corticosteroides) pueden inducir delirios, ilusiones, alucinaciones, ideación paranoidea y otras alteraciones del estado de ánimo y del pensamiento que se observan en los estados psicóticos de aparición espontánea. Sin embargo, pese a la terminología legal que define a la dietilamida del ácido lisérgico (LSD) y drogas afines como alucinógenos, la producción de alucinacio-

Cuadro 1. Fórmulas estructurales y clasificación de drogas psicodélicas seleccionadas *



* Basado en la clasificación de Martin, y col., 1976b.

nes no es la forma más útil de describir los efectos farmacológicos de este grupo de drogas.

Las drogas psicodélicas que describimos aquí pueden producir los efectos patológicos que implican los términos alucinógenos, psicotomimético y psicoticogénico. El rasgo que distingue a los agentes psicodélicos de otras clases de drogas es su capacidad para inducir o forzar en forma confiable estados de percepción, pensamiento y sensación alterados que no son (o no pueden ser experimentados, excepto en sueños o en trances de exaltación religiosa (recordemos que en esos trances también se utilizan drogas de este tipo).

Casi todas las descripciones del "estado psicodélico" incluyen varios efectos mayores. Hay un elevado conocimiento del influjo sensorial, acompañado a menudo de sensación de mayor claridad pero con menor control sobre lo que se experimenta. Con frecuencia se tiene la sensación de que una parte de sí mismo parece un observador pasivo ("ego espectador") y no una fuerza activa de organización y dirección, mientras que otra parte del ser participa y recibe las vividas e insólitas experiencias sensoriales. El ambiente puede percibirse como nuevo, a menudo bello y armonioso. La atención del consumidor se vuelve introspectiva,

fascinada por la aparente claridad e importancia de los procesos mentales. En este estado la más leve sensación puede cobrar un profundo significado. La "significación" parece tener más importancia que lo que realmente tiene, y el "sentido de la verdad" es más importante que la verdad misma. Comúnmente hay menor capacidad para diferenciar los límites de un objeto de los de otro, y diferenciar entre el yo y el medio. Junto con esta pérdida de límites puede haber un sentido de unión con la "humanidad" o el "cosmos". En el grado en que estas drogas revelan esta capacidad innata de la mente para ver más de lo que puede expresar, y para experimentar y creer más de lo que puede explicar, el término expansión mental no es totalmente inapropiado (Freedman, 1968).

Lo mismo que en cualquier intento de clasificación, la elección de agentes incluidos o excluidos tiene algo de arbitrario. Casi todas las drogas generalmente incluidas entre los psicodélicos tienen relación con las indolalquilaminas como LSD, psicibina, dimetilriptamina (DMT) y dietilriptamina (DET), o con las feniletilaminas (mescalina) o las fenilisopropilaminas como la 2,5-dimetoxi-4-metilanfetamina (DOM, "STP"). Sin embargo,

aunque una droga produzca un perfil de efectos farmacológicos muy similar al de LSD con cierto nivel de dosis, puede producir otros efectos cuando la misma aumenta. Así es que con dosis bajas la *dimetoxianfetamina (DMA)* tiene principalmente efectos tipo LSD, pero se parece más a la anfetamina al subir la dosis. Martin y Sloan (1977) han propuesto tres criterios para clasificar las drogas tipo LSD: 1) efectos subjetivos y acciones neurofisiológicas; 2) tolerancia cruzada entre compuestos, y 3) respuesta a antagonistas selectivos. Aplicando estos criterios clasificaron a diversos compuestos que producen cambios de percepción y

estado de ánimo en cinco categorías: I) tipo LSD: LSD, mescalina, psilocibina, psilocina; II) probablemente tipo LSD: DMA, DOM, triptamina, DMT, numerosos congéneres (análogos) del ácido lisérgico; III) probablemente tipo LSD pero con otras propiedades: 3,4-metilenodioxianfetamina (MDA), 5-metoxi-3,4-metilenodioxianfetamina (MMDA); IV) probablemente no tipo LSD: dietilamina del ácido D-2-bromolisérgico (BOL), 5-hidroxitriptófano, y V) no tipo LSD: anfetamina, beta-fenetilamina (PEA), 2-5-dimetoxi-4-etilamfetamina (DOET), bufotenina, L-LSD, escopolamina, delta-9-THC.



FORMAS Y COLORES ALUCINATORIOS, representados en esta pintura de un miembro de la tribu huichol de México. La pintura muestra las visiones del tipo de las que se registran en la alucinación provocada por el consumo de peyote. El indio de la izquierda lleva un cesto

con peyote fresco, y padece una visión que explota en colores y destellos de luz. El cactus del peyote está representado a la derecha. Esta pintura se realiza a través de la extensión de cera en una plancha de madera para, más tarde, ir grabando las formas imaginadas sobre la cera.

Muchos compuestos producen alteraciones del estado de ánimo y percepción tan diferenciados que merecen una explicación por separado. Entre ellos incluimos: feniciclidina, algunos agonista-antagonistas opiáceos e inhalantes como el óxido nítrico y algunos solventes volátiles.

LSD y compuestos afines: Historia. Las drogas que inducen efectos psicodélicos se usan hace siglos. El cactus de peyote (que contiene mescalina) y los hongos (que contienen psilocina) se usaban entre los nativos de México y el sudoeste de los actuales Estados Unidos al llegar la conquista española. Hubo un breve período de interés científico en la mescalina al comienzo de este siglo y otro en la década de 1930, pero el descubrimiento de Hoffman, en 1947, de los efectos psicodélicos de LSD y su notable potencia estimuló el interés entre los científicos, que creyeron que su estudio podía ayudar a conocer mejor la enfermedad mental. En la década de 1950 se escribieron centenares de trabajos científicos sobre los efectos de LSD sobre los sistemas biológicos *in vitro*, comportamiento animal, pacientes con gran variedad de enfermedades físicas y mentales, y voluntarios humanos normales. Los efectos de la LSD llamaron luego la atención de estudiantes, escritores y otros más interesados en sus posibilidades de autoexploración que en la investigación científica. En pocos años su uso se extendió entre los jóvenes, con gran ayuda de "consejeros" que les dijeron "tómela, sintonicen y olvidense de todo". Los elementos más conservadores de la sociedad, preocupados por la forma de vida anticonvencional unida al uso de LSD y también por su toxicidad conocida y sospechada, formularon leyes y disposiciones destinadas a limitar su disponibilidad. En 1970 la LSD estaba incluida en la misma categoría que la heroína. Pese a estas leyes la droga, de manufactura relativamente fácil, sigue estando disponible y sigue usándose. Los químicos han producido también docenas de análogos de indolamina y feniletilamina que causan efectos subjetivos semejantes a los de la LSD. Las leyes en contra y la conciencia de que la LSD no produce una "psicosis modelo" han disminuido marcadamente su uso en las investigaciones científicas.

Química. La estructura de la LSD, la mescalina, la psilocina y varios compuestos afines se muestra en el cuadro n.º 1. La diversidad de los compuestos incluidos aquí impide considerar sus relaciones estructura-actividad.

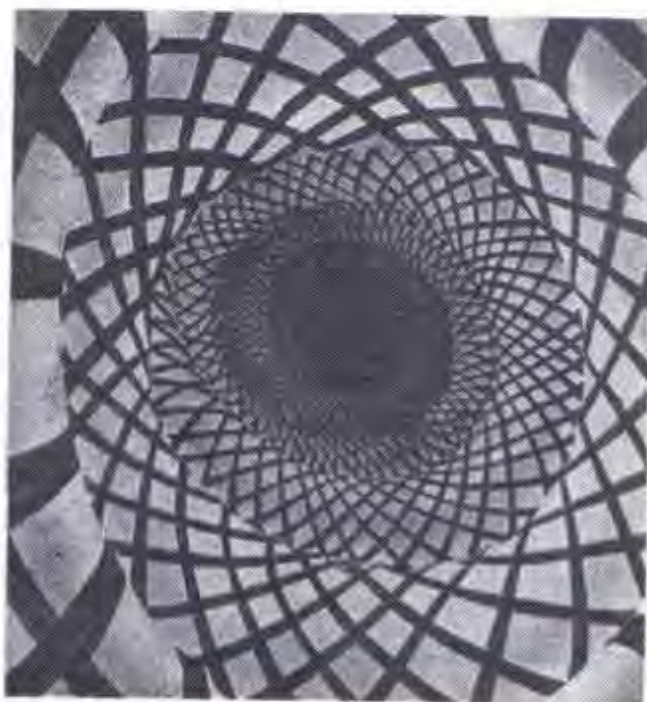
Mecanismo de acción. La LSD y las drogas psicodélicas afines tienen acciones en múltiples sitios del SNC, desde la corteza a la médula espinal. Algunas de las mejor estudiadas involucran acciones agonistas en receptores presinápticos para 5-HT en el mesencéfalo. La opinión anterior de que los efectos subjetivos se debían al bloqueo de 5-HT parece ahora inaceptable. La velocidad de descarga de las neuronas de los núcleos medio dorsales se reduce marcadamente después de administrar sistemáticamente pequeñas dosis de

LSD. La misma 5-HT es inhibitoria cuando se aplica iontoforéticamente a neuronas que contienen 5-HT en los núcleos medio dorsales, o las neuronas del prosencéfalo a las cuales se proyectan las neuronas del rafe dorsal. Aunque la triptamina produce inhibición más o menos por igual en ambos sitios, la LSD, la psilocina y la DMT son mucho más potentes para producir inhibición en los presuntos sitios presinápticos de las neuronas del rafe dorsal (Haigler y Aghajanian, 1977).

Efectos farmacológicos. En el hombre, dosis orales de LSD de sólo 20 a 25 µg producen efectos en el SNC de individuos susceptibles. Con estas dosis hay pocos efectos detectables en otros sistemas orgánicos.

Algunos de los rasgos que distinguen el estado psicodélico de otros efectos producidos por drogas ya se han descrito. Además, LSD produce efectos somáticos de índole en gran parte simpaticomimética, como midriasis, aumento de presión arterial, taquicardia, hiperreflexia, temblor, náuseas, piloerección, debilidad muscular e incremento de la temperatura corporal.

Después de dosis orales de 0,5 a 2 µg/kg los síntomas somáticos se perciben generalmente en pocos minutos e incluyen mareos, debilidad, somnolencia, náuseas y parestesias. Pueden estar seguidos de una tensión interior que se alivia riendo o llorando. Varias sensaciones pueden coexistir aparentemente al mismo tiempo, aunque los efectos eufóricos tienden a predominar. En la segunda o tercera hora son posibles las ilusiones visuales,



FORMA CONSTANTE EN RED-TÚNEL, expresada en una pintura realizada para mostrar una pata que aparece normalmente en los primeros estadios de la intoxicación por marihuana y tetrahidocannabinol (principio activo de la marihuana). Es posible que el color azul se relacione con el aumento inicial de la temperatura corporal y con la absorción de la luz azul por la hemoglobina en las células "fluentes" refinarias. Con el tiempo y más dosis, el color tiende a volverse rojo.

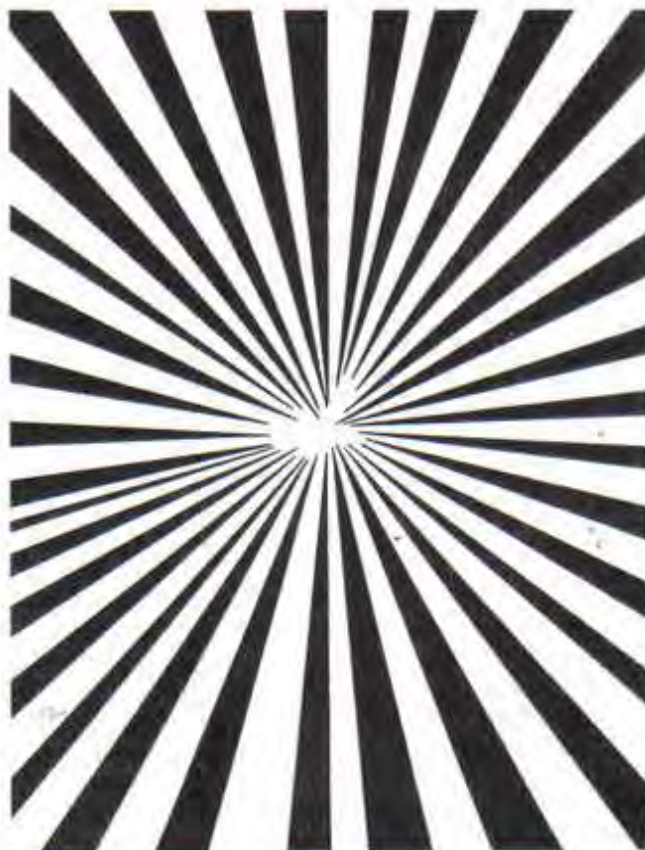
recurrencias en ondas de alteraciones en la percepción (micropsia, macropsia) y síntomas afectivos. Puede ser difícil localizar el origen de un sonido; el consumidor puede estar alerta o distraído, o puede alternar entre estos estados. En muchos sujetos hay miedo de fragmentación o desintegración del ser. Las posimágenes son prolongadas, y hay superposición de percepciones presentes y pasadas. Algunos reconocen estas confluencias pero otros las elaboran hasta tener alucinaciones. A diferencia de las psicosis naturales, las alucinaciones auditivas son raras. Las sinestesias, paso de una modalidad sensorial a otra, son frecuentes. Los colores son oídos y los sonidos son vistos. El tiempo subjetivo también está seriamente alterado, de modo que las horas pasan muy lentamente. La pérdida de los límites y el miedo a la fragmentación crean la necesidad de un ambiente estructural o de apoyo y en el sentido en que crean necesidad de compañeros experimentados y de un sistema explicativo, estas drogas son "cultógenas". Durante el "viaje" pensamientos y recuerdos pueden surgir vivamente bajo la autogüa o inesperadamente consternando al consumidor.

Puede haber intersección del afecto de lo que se recuerda con el contenido de lo que se percibe actualmente. El ánimo puede ser lábil pasando de la depresión a la alegría y del júbilo al miedo. La tensión y la ansiedad pueden tomar proporciones de pánico. Después de 4 ó 5 horas si no se produce un episodio mayor de pánico, puede haber una sensación de separación y la convicción de que uno está por arte de magia bajo control.

En dosis de 1 a 16 $\mu\text{g}/\text{kg}$, la intensidad de los efectos sicopatológicos de la LSD es proporcional a la dosis. Todo el síndrome, incluido la midriasis, empieza a desaparecer después de unas 12 horas, aunque la vida media de la droga en los hombres es de 3 horas aproximadamente. (Para referencias y descripción más detallada, véase Cohen, 1967; Freedman, 1969).

Aunque el consumidor puede quedar muy impresionado por su experiencia de la droga y sentirse más sensible al arte, a la música, a los sentimientos humanos y a la armonía del universo, nada indica que se produzcan cambios duraderos de personalidad, creencias, valores ni conducta (McGlothlin y Arnold, 1971).

Aunque los cuadros de efectos psicológicos y bioquímicos que se ven con otros agentes son muy similares a los de la LSD, existen significativas diferencias de potencia, absorción, metabolismo, duración de la acción y pendiente de las curvas dosis-respuesta. La DMT, por ejemplo, es inactiva por boca y debe inyectarse, aspirarse o fumarse para producir efectos. La LSD tiene duración más prolongada y es más de 100 veces más potente que la psilocibina y psilocina, los alcaloides activos del "hongo mágico" mexicano; es 4.000 veces más potente que la mescalina para producir estados de alteración de conciencia. También puede haber algunas diferencias de frecuencia de los efectos somáticos, como más vómitos con la mescalina.



LUZ BLANCA, vista durante las primeras etapas de intoxicación con una droga alucinógena. Las imágenes visuales se irradian desde el centro a la periferia. La estructura aparece en principio en blanco y negro, pero a medida que va avanzando la experiencia pueden aparecer colores brillantes.



TUNEL EN ESPIRAL, otra de las primeras formas constantes en las alucinaciones inducidas por droga. Como principales puntos de movimiento que le arrastran se dan la rotación y el efecto de

Los efectos de una dosis oral de esta última (unos 5 mg/kg) persisten unas 12 horas. DOM y DOET son particularmente interesantes porque en pequeñas dosis producen ligera euforia y mayor autoconciencia sin distorsiones perceptuales (Snyder y cols. 1971). Las infusiones de triptamina producen un perfil de acción muy semejante al de LSD, incluyendo facilitación de los reflejos flexores espinales, aumentos de la frecuencia respiratoria, presión arterial, pulso y diámetro pupilar, vigilia, desincronización del E.E.G., supresión del sueño REM y distorsiones perceptuales (véase Martin y Sloan, 1977); (Kay y Martin, 1978). Casi todas las acciones farmacológicas de la LSD, triptamina y presumiblemente de las drogas de perfil similar tienen como antagonistas a la clorpromazina y a la ciprohaptidina, pero no antagonistas alfa-adrenérgicos como la fenoxibenzamina.

Frecuencia y formas de uso. En los Estados Unidos el uso de LSD ("ácido") y psicodélicos afi-

nes tuvo su máxima popularidad a fines de la década de 1960 y luego declinó gradualmente. Las drogas psicodélicas se fabrican ilegalmente y todavía se consiguen por medio de canales ilícitos. En 1977, aproximadamente el 20% de los habitantes de 18 a 25 años admitieron que habían usado alucinógenos en algún momento de su vida, y solamente 1 ó 2% dijeron haber usado tales drogas durante los 30 días anteriores (Abelson y col., 1977).

En general, estas drogas no dan lugar a formas de uso reiterado durante períodos prolongados. Usadas más por estudiantes universitarios, personas ricas y artistas que por pobres o sociópatas, la forma más común de uso de psicodélicos es el "viaje" ocasional, separado por intervalos de semanas o meses durante los cuales se usa marihuana con frecuencia variable. El "cabeza ácida" o consumidor crónico es muy raro e incluso este grupo no hace "viajes" casi nunca más de dos



FORMAS DE RED, una de las diversas constantes de formas que se dan en las alucinaciones inducidas por droga y que se ejemplifican por medio de cuatro muestras de tejidos de los indios huichol. Estas es-

tructuras ilustran diseños que normalmente se hallan en las visiones inducidas por el peyote. Algunas de las pinturas realizadas por esquizofrénicos exhiben una preocupación similar por los diseños geométricos.

veces por semana. Los consumidores crónicos pueden tener dificultades de memoria y parecen muy pasivos. Tienden a evitar las situaciones competitivas, que para ellos significan cólera y agresión. La relación de estas características con la experiencia repetida de la droga no está aclarada (véase Blacker y col., 1968). Para la mayoría de los consumidores la "escena psicodélica" va perdiendo interés con el tiempo. Aunque pueden seguir fumando marihuana, en general abandonan el uso de los psicodélicos potentes (véase McGlothlin y Arnold, 1971).

Tolerancia, toxicidad y dependencia física. Un grado elevado de tolerancia a los efectos de conducta de la LSD se desarrolla después de tres o cuatro dosis diarias; la sensibilidad vuelve después de un intervalo comparable libre de drogas. La tolerancia a los efectos cardiovasculares es menos pronunciada. Hay considerable tolerancia cruzada entre LSD, mescalina y psilocibina, pero ninguna entre LSD y las anfetaminas, ni entre las drogas tipo LSD y la escopolamina o el delta-9-THC. Curiosamente DMT induce poca tolerancia cruzada con LSD, quizá debido a su propia breve duración. No se ven fenómenos de retiro después de la suspensión brusca de drogas tipo LSD. En el hombre no se conocen muertes imputables a efectos directos de LSD, aunque se han producido accidentes fatales y suicidios durante estados de intoxicación por LSD. La muerte por sobredosis en animales se debe a insuficiencia respiratoria, pero en el conejo hay también marcada hipertermia. A pesar de la preocupación por aberraciones cromosómicas y efectos teratógenos inducidos por LSD, la evidencia es contradictoria y de significación incierta (véase Kato y Jarvik, 1969; Gilmour y col., 1971). En las mujeres que recibieron LSD pura en medios médicos, meses o años, antes de concebir hubo un riesgo algo mayor de aborto espontáneo, pero ningún aumento importante de defectos congénitos. Sin embargo, los efectos de la LSD durante el embarazo no son aún bien conocidos (véase Jacobson y Berlín, 1972). En las tribus de indios norteamericanos que usan mescalina hace generaciones no parece haber mayor aumento de anomalías genéticas ni malformaciones congénitas.

Las pruebas de significativos riesgos psicológicos en el uso de agentes psicodélicos son inequívocas. El efecto adverso más común es un episodio temporario (24 horas) de pánico (un "mal viaje"). Puede tratarse tranquilizando al paciente en un ambiente favorable y familiar, haciéndole tomar agentes ansiolíticos o barbitúricos para que duer-

ma. Aunque las fenotiazinas antagonizan los efectos de la LSD, generalmente no son necesarias. Estos "malos viajes" no pueden impedirse en forma segura y pueden aparecer incluso en consumidores que antes tuvieron "buenos viajes". La recurrencia de efectos de la droga sin la droga, "Flashbacks", son un fenómeno curioso pero tratable. En algunos individuos el uso de psicodélicos puede precipitar una seria depresión, conducta paranoídea o prolongados episodios psicóticos. No está aclarado si estos últimos se habrían producido sin la droga (véase Cohen, 1967; Freedman, 1969). Los episodios psicóticos prolongados que siguen al uso repetido de LSD tienden a parecerse al estado psicótico esquizofreniforme y pueden requerir grandes dosis de una fenotiazina para su control (Bowers, 1972). Existe la posibilidad de que el uso repetido de LSD induzca sutiles déficits en la capacidad para el pensamiento abstracto (McGlothlin y col., 1969; Trucker y col., 1972), aunque las reseñas que examinan los mismos hallazgos clínicos han tendido a minimizar este riesgo (véase McWilliams y Tuttle, 1973).

Usos terapéuticos. Durante los últimos 30 años, la LSD se ha propuesto como auxiliar en psicoterapia, como coadyuvante en el tratamiento del alcoholismo y la adicción de opiáceos, y como un recurso para inducir la tranquilidad y reducir la necesidad de analgésicos opiáceos en casos de cáncer terminal. En cada situación su uso se ha abandonado en gran medida porque los estudios controlados no demostraron el valor de LSD o porque las grandes precauciones necesarias para minimizar las reacciones psicológicas adversas disiparon el entusiasmo e hicieron impracticable el uso terapéutico de la droga.

BIBLIOGRAFÍA

Jerome H. Jaffe. Drogadicción y abuso de drogas (Goodman and Gilman's "The Pharmacological Basis of Therapeutics"). Macmillan Publishing Co., Inc. 1980; 23: 560-563.

Jordi Gordon. "Drogas a la carta". Revista Tiempo. 1989, n.º 379.

Ronald K. Siegel. "Alucinaciones". Scientific American. 1977; 15: 100-108. (Artículo al que pertenecen las ilustraciones.)

REDACCIÓN

LOS TRANQUILIZANTES



¿QUÉ SON LOS TRANQUILIZANTES

Son sustancias depresoras del Sistema Nervioso Central, utilizadas para suprimir la ansiedad o agitación, pero sin llegar a producir sueño.

Su forma de empleo más generalizada son las pastillas, aunque no debe descartarse la administración por vía venosa.

Poseen efectos menos potentes e intensos que otros depresores —barbitúricos—, pero cuando son administrados a grandes dosis o largos períodos de tiempo, producen efectos nocivos.

Se toman solas o mezcladas con barbitúricos, alcohol —que potencia los efectos—, e incluso con la morfina.

Estas drogas pertenecen al apartado de los compuestos sicotrópicos y al grupo de las benzodiazepinas, siendo el de mayor el Diacepán, con sus múltiples variantes que comercialmente son conocidas como Librium, Valium, Diacepán, Aneuro, entre otros.

Este tipo de drogas-fármacos poseen determinados beneficios para los usuarios, ya que producen un mejor efecto a dosis menores y con menos síntomas secundarios, por lo que su popularidad va cada día en aumento junto con sus empleos.

¿POR QUÉ SE CONSUMEN TANTOS TRANQUILIZANTES

La gente vive intranquila e insegura, lo que desarrolla ansiedad y angustia frente a los cada día más abundantes problemas que la vida actual trae consigo.

Cuando un individuo tiene problemas para dormir o siente ansiedad en su existencia, tiende a utilizar los tranquilizantes, como droga más inocua. Antes, frente a estos contratiempos se utilizaban métodos más simples; sin embargo, en la actualidad se prefiere el empleo de estos poderosos ansiolíticos.

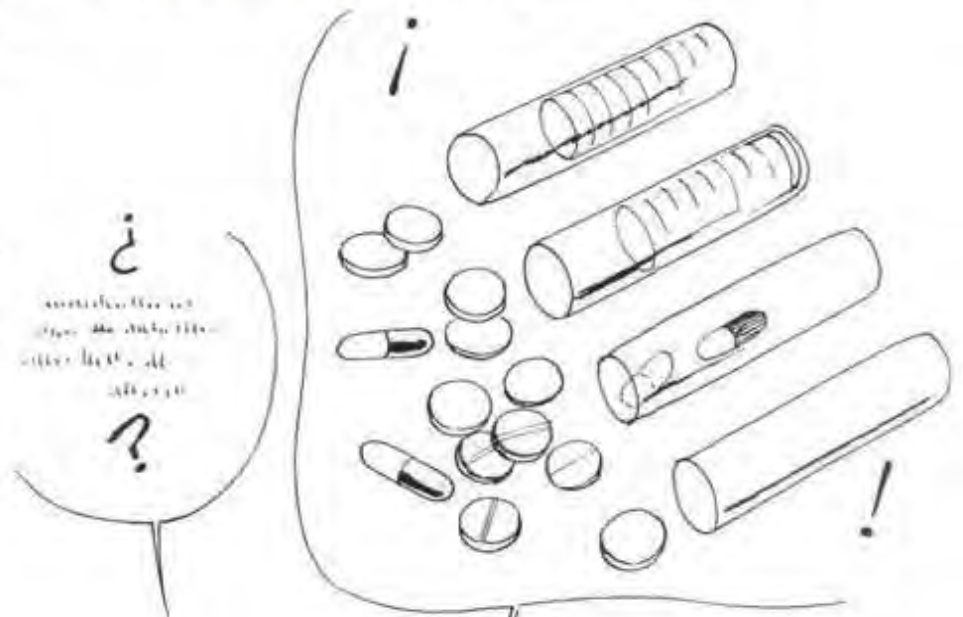
Todas estas drogas causan dependencia y cada vez serán precisas dosis mayores para lograr conciliar el sueño o alejar la angustia, pudiendo llegar a producir serios trastornos e incluso dependencia física.

cribir estas drogas en lugar de profundizar en el estudio de las causas de sus problemas. Naturalmente, los tranquilizantes no resolverán la situación planteada —aunque mo-

mentáneamente la aliviarán— ya que más que drogas lo que se necesita en estos casos, es una mayor profundidad en el estudio de estos problemas.

Como su adquisición ha venido siendo relativamente fácil, ésta es una de las causas de que en la actualidad sean utilizados sin las debidas precauciones.

Todas estas drogas causan dependencia y cada vez serán preciso dosis mayores para lograr conciliar el sueño o alejar la angustia, pudiendo llegar a producir serios trastornos e incluso dependencia física.



¿LA AUTOADMINISTRACION DE TRANQUILIZANTES ES REALMENTE PELIGROSA?

Efectivamente, llegándose a la muerte por sobredosis, siendo dos los principales mecanismos los causantes: uno de ellos es el intento real de suicidio y el otro el estado de confusión que muchos individuos padecen cuando toman tranquilizantes por lo que —al despertar a media noche— no recuerdan haber tomado la dosis normal de pastillas al acostarse, y repiten la dosis, sobreviniéndoles la muerte por este motivo.

Las intoxicaciones moderadas provocan dificultades en el habla, trastornos en el juicio y problemas en la memoria.

¿POR QUE LOS MEDICOS RECETAN TANTOS TRANQUILIZANTES?

La respuesta no es fácil, ni lógica pero lo cierto es que gran parte de los pacientes acuden al médico en consulta de sus problemas (sexuales, conyugales, de negocios, etc.) y algunos médicos —demasiados, desgraciadamente— tienden a pres-



LAS ANFETAMINAS



¿QUE SON LAS AMFETAMINAS?

Son drogas estimulantes que excitan el Sistema Nervioso Central, produciendo un estado de alerta y de actividad. Sustancias conocidas también como aminas simpaticomiméticas, son productos de síntesis muy utilizadas en la actualidad.

Existen gran cantidad de compuestos de este tipo. El primero de la serie fue aislado en 1910 en los EE.UU. con el nombre de Bencedrina o Amfetamina, comercializado en la actualidad bajo los nombres de Simpatina, Centramina, Amfetamina, etc.

Las razones del uso y abuso de estas sustancias son varias y complejas:

-Aumentar la concentración del individuo, disminuyendo la fatiga y retrasando el sueño -estudiantes, deportistas, camioneros, dopping, etc.

-Intentar corregir la fisiología y el metabolismo de determinados individuos en tratamientos de la obesidad por supresión del apetito.

-Como sustituto de un estupefaciente o para potenciar sus efectos -

Al término de la contienda los EE.UU. tenían casi dos millones de toxicómanos y en el Japón se contabilizaron alrededor de un millón.

toma combinada de heroína con amfetas.

Preferentemente son tomadas en comprimidos; sin embargo, cada día resulta más frecuente la inyección venosa en dosis fuertes —muy peligrosa— lo que se está convirtiendo en un fenómeno corriente, especialmente entre la juventud. Es también frecuente la toma de amfetas mezcladas con bebidas alcohólicas.

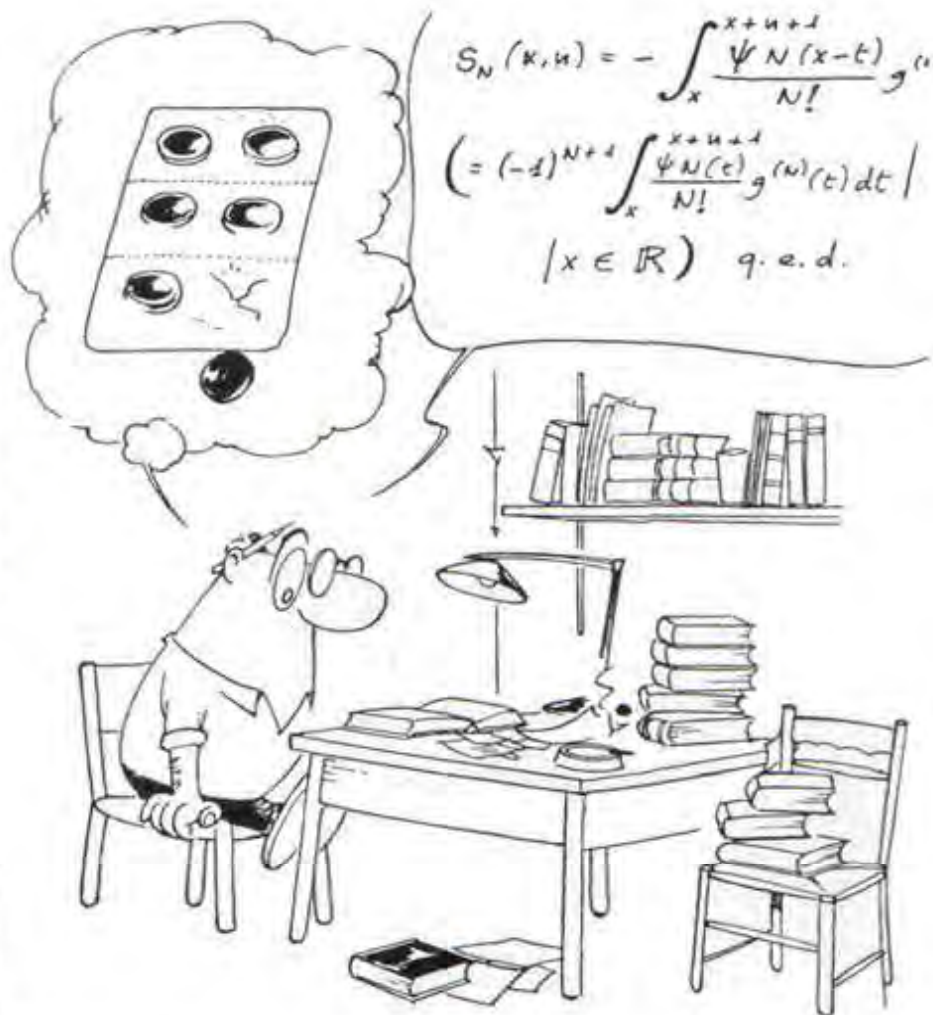
¿DONDE RADICAN? LOS PRINCIPALES PELIGROS DE LAS ANFETAMINAS?

Uno de los principales peligros de estas sustancias radica en el hecho de que sus efectos estimulantes y eufóricos pueden desaparecer en cuestión de segundos, sin ningún síntoma previo, lo que constituye causa de gravísimos accidentes, especialmente entre los conductores de automóviles.

Entre los usos médicos encontramos el poder calmar la fatiga y sobre todo su utilización como anoréxicos, es decir, para disminuir el apetito. Están indicadas en la narcolepsia — imperiosa necesidad de dormir—.

Durante la última guerra mundial 1939-1945, ambos bandos utilizaron precisamente estas drogas, para disminuir la sensación de fatiga de los soldados y una menor necesidad de sueño. Sin embargo la atención de los pilotos disminuía y la excitación cambiaba la realidad. Se cometían graves errores, como accidentes en los aterrizajes e incluso se llegó a dar el caso de aterrizar en territorio enemigo, sin tener conocimiento y voluntad de ello.

El empleo fue tan masivo, que cuando las autoridades se dieron cuenta existían ya miles y miles de drogodependientes. Al término de la contienda, los EE.UU. tenían casi dos millones de toxicómanos y en el Japón se contabilizaron alrededor de un millón.



¿POR QUE SE USAN? LAS ANFETAMINAS?

Por regla general estas sustancias son prescritas para el tratamiento de la obesidad y muchos de estos pacientes llegan a desarrollar dependencia. La tolerancia con el consiguiente aumento de las dosis puede darse en forma bastante rápida.

También usan de estas drogas, los oficios que requieren un cierto estado de vigilia, como los camioneros, personal de hoteles, enfermeras, vigilantes nocturnos y estudiantes en épocas de examen. Una profesión de grave riesgo es la de modelo al necesitar éstas mantener ciertas medidas físicas que en muchas ocasiones abusan de estos fármacos que disminuyen el apetito. También existe el individuo que busca en las amfetas sus efectos euforizantes.

El uso no controlado de estas sustancias desarrolla la necesidad de aumentar las dosis para poder mantener la euforia, la falta de apetito o la fatiga. La tolerancia es clara. La

El uso no controlado de estas sustancias desarrolla la necesidad de aumentar las dosis para poder mantener la euforia.

Se ha comprobado, tanto en los EE.UU. como en el Japón, que el 50% de los individuos que cometían homicidios tomaban amfetas u otros tipos de estimulantes.

dependencia física también se presenta, aunque no sea muy fuerte; sin embargo, si resulta fuerte y penosa la dependencia psicológica.

¿CUALES SON LAS CONSECUENCIAS A QUE LLEVAN ESTAS SUSTANCIAS?

Las amfetaminas junto a la euforia desarrollan ansiedad, siendo ésta la razón por la cual algunas personas



las toman en combinación con tranquilizantes, para obtener así sucesivos estados de euforia y de tranquilidad, llamados «el sube y baja» —up and down—. Cuando esto ocurre, los riesgos aumentan, ya que se transforman los ritmos del cuerpo en forma extrema; las pastillas para dormir y el alcohol se utilizarán cuando llegue el insomnio y la ansiedad: cuando llegan los síntomas depresivos se recurre de nuevo a las amfetas, en un círculo vicioso extremadamente peligroso.

La irritabilidad y las conductas agresivas suelen ser síntomas de la toma de estimulantes, por lo que es posible que los consumidores cometan acciones violentas. Se ha comprobado, tanto en los EE.UU.

como en el Japón, que el 50% de los individuos que cometían homicidios, tomaban amfetas u otro tipo de estimulantes.

Según un informe de la Comisión de Estupefacientes de las N.U. redactado por el Dr. Rexed de Suecia —país donde existe gran experiencia con este tipo de sustancias las personas que abusan de estas drogas se convierten en agresivas, vagabundean por las calles, conducen de forma descuidada y peligrosa y provocan frecuentemente accidentes de tráfico, llegando a atacar a individuos inofensivos y mostrando un comportamiento claramente antisocial y delictivo.

La toma de estas sustancias puede conducir a una psicosis de tipo paranoide, parecida a la esquizofrenia, siendo casi siempre reversible

cuando se deja de tomar la droga.

Además de la ansiedad, los trastornos del sueño y la vigilia, suelen aparecer el pánico, las alucinaciones y actos paranoides.

Como es natural, si la droga es administrada por vía venosa, los riesgos son mucho mayores que cuando lo es por vía bucal; la sensación del «latigazo» que buscan los heroinómanos con las amfetas, provoca un gran incremento en las alteraciones psicológicas.

Estas sustancias pueden llegar a causar la muerte, y en muchos casos de «dopping» en deportistas, así a ocurrido (Tom Simpson, campeón mundial de ciclismo, murió por un exceso de toma de estas drogas).

LOS ALUCINOGENOS

¿QUE SON LOS ALUCINOGENOS?

En este grupo se incluyen todas las sustancias que perturban la actividad mental y además producen

desviaciones del juicio, con deformación de las visiones reales. Son sustancias generadoras de alucinaciones o ilusiones coloreadas, visuales, auditivas y táctiles, provocando a la vez exaltación de las sensaciones y sentimientos.

Las más conocidas son la LSD o dietilamida del ácido lisérgico, los alucinógenos mexicanos como la mescalina y la psilocibina, y la PCP o fenociclidina, el DOM o STP y la DET y la DMT.

EL LSD

¿CUALES SON LAS CONSECUENCIAS A CORTO PLAZO DEL LSD?

El LSD provoca alteraciones profundas de la conciencia, cambiando las sensaciones. El tiempo y el espacio se distorsionan y los objetos se perciben con caracteres distintos. Las alucinaciones visuales y los sentimientos de despersonalización son síntomas que se observan con frecuencia. El estado de ánimo del usuario cambia, sintiéndose eufórico o deprimido de forma alternante. Los colores, los sonidos y los sentidos táctiles son percibidos de forma muy distinta. Se nota una sensación de ingravidez, como si se flotara.

La toma de LSD puede producir la muerte como consecuencia de los efectos de la intoxicación.

¿CUALES SON LAS CONSECUENCIAS A MEDIO PLAZO DEL LSD?

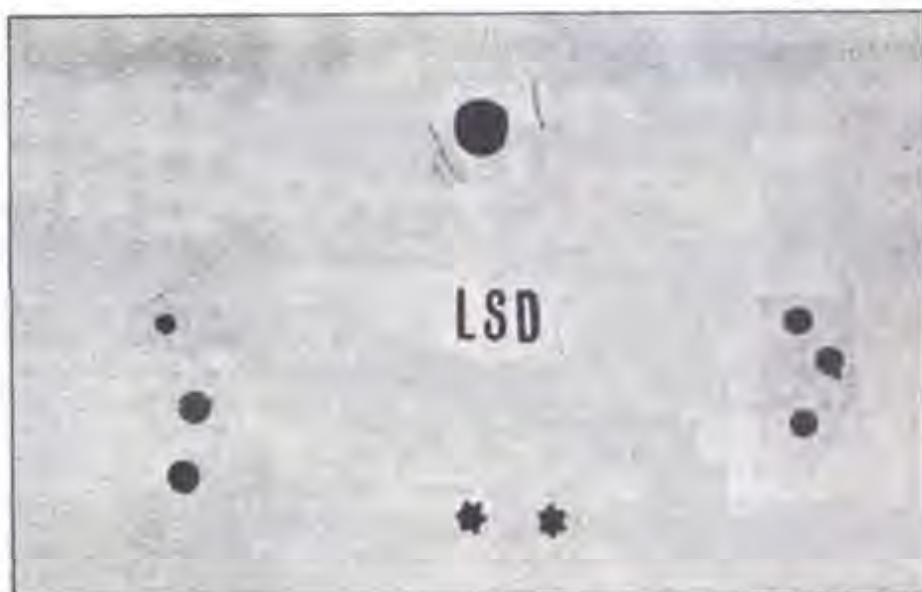
Los efectos que se presentan después de la toma de una dosis son del todo imprevisibles, depen-

diendo de la cantidad, la personalidad del individuo y del ambiente que rodea la experiencia o viaje.

Existen individuos que no toleran la droga y en estos casos los vómitos y el terror son las características que dominan la sintomatología. Las visiones aterradoras y el miedo a volverse loco, es lo que se conoce como un «mal viaje». Su aparición

es imprevisible y cuando ello ocurre puede incluso inducir al suicidio.

La toma de LSD puede producir la muerte como consecuencia de los efectos de la intoxicación. Algunos individuos se creen capaces de volar, lo que les induce a tirarse desde grandes alturas, otros se sienten prepotentes y se colocan frente a un tren en plena marcha esperando po-



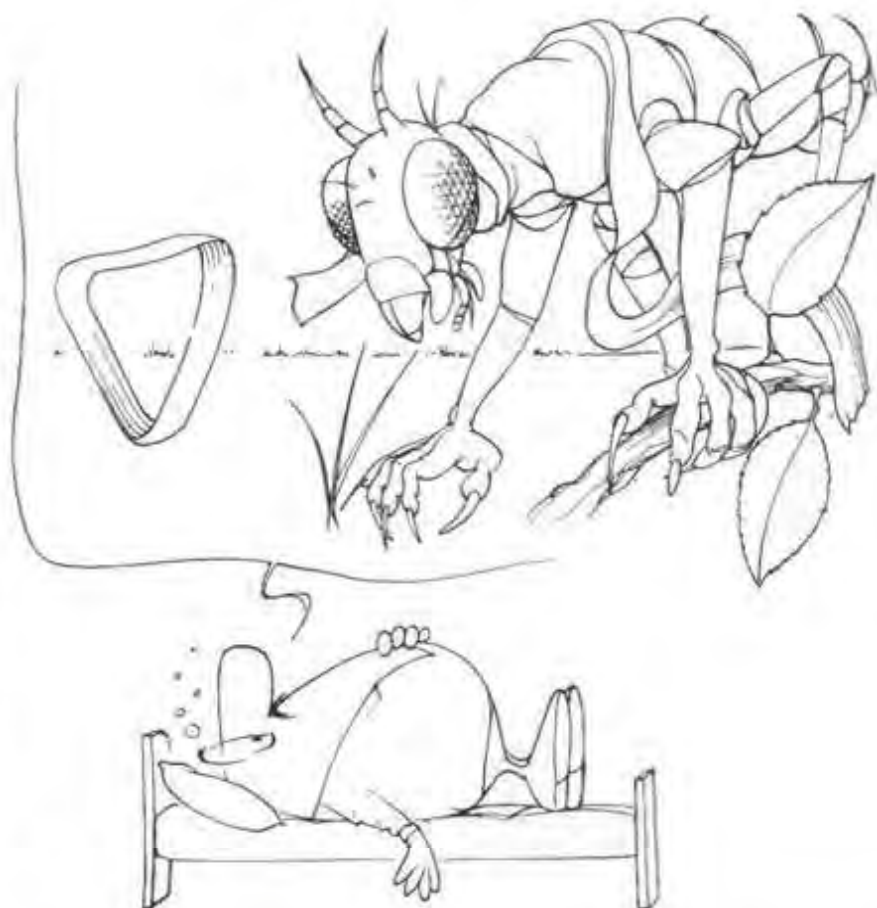
der detenerlo, y en otros casos, se autolesionan.

El LSD o «ácido» como se le conoce en el mundo de la droga, provoca una serie de cambios en el sistema nervioso. Una acción peculiar es la conocida como «flash Back», la cual desencadena una serie de mecanismos biológicos que incluso aparecen cuando la droga ha sido ya eliminada. Este efecto consiste en la aparición súbita de los efectos del ácido, días e incluso meses después de la última toma, con las consiguientes desagradables repercusiones en el individuo que la había tomado.

El LSD produce en los consumidores habituales signos de lesiones cerebrales, especialmente en lo que hace referencia a la memoria, la atención y el pensamiento.

Se habla de que produce alteraciones cromosómicas, aunque en la actualidad existen diversas teorías a este respecto, ninguna de ellas debidamente constatada.

No existe la evidencia clara de que desarrolle dependencia física ni abstinencia.



LOS INHALANTES

¿QUE OCURRE CON LOS INHALANTES?

Existen una serie de productos de uso normal y corriente en la vida diaria y que en nuestro país empiezan a utilizarse, para aprovechar sus propiedades embriagadoras, pero que sin embargo son utilizadas para estos fines desde hace ya algunos años en los EE.UU. Canadá, México y también en algunos países europeos como, R.F. Alemania, Gran Bretaña, etc.

Se trata de sustancias o compuestos, cuya simple inhalación provoca estados de obnubilación, embriaguez y alucinaciones, al tiempo que fuertes intoxicaciones.

Son también conocidas como sustancias Inhalantes o Delirantes.

Entre las de más corriente uso, debemos destacar el ETER y el GAS FREON, este último utilizado para el llenado de globos publicitarios; EL NITRATO DE AMILO, vasodilatador de urgencia; la COLA DE AVION pegamento muy rico en compuestos volátiles; las LACAS PARA UÑAS, PINTURAS DE ESMALTE, DISOLVENTES de todo tipo —especialmente los ricos en acetonas— y las GASOLINAS, normales y para avión.

Todas estas sustancias son utilizadas valiéndose del procedimiento de inhalación por la boca y nariz, empleando bolsas en cuyo fondo se deposita la sustancia a inhalar, empapando trapos en el caso de las gasolinas o abriendo los envases que contienen los productos e inhalando los vapores que desprenden —como en el caso de lacas, pinturas y esmaltes— hasta conseguir los efectos buscados.

¿TIENE ANTECEDENTES HISTORICOS ESTE FENOMENO DE LOS INHALANTES?

Este fenómeno actual de inhalación de sustancias volátiles, tiene

como antecedentes históricos al famoso oráculo de Delfos en Grecia. Las pitonisas de este oráculo, bajo los efectos de los vapores de determinados cocimientos de plantas, predecían y pronosticaban el porvenir o también sugerían ideas y medidas a tomar en relación a sus próximas cosechas, guerras, salud, comercio, etc.

El fenómeno actual de la inhalación ha surgido como un efecto indeseable del desarrollo industrial observado en las últimas décadas. Fue a principios de los años sesenta, cuando se detectaron en los EE.UU. los primeros casos de estos abusos.

El descubrimiento y empleo de estas propiedades, probablemente se deba al empleo cotidiano de estas sustancias en el trabajo. Así, los zapateros y carpinteros que trabajan en locales muy pequeños y poco ventilados, tienen contacto directo con los pegamentos y colas que normalmente utilizan, observando posi-

blemente sus efectos; igual ocurrió con los artesanos y pintores que, sin proponérselo, se dieron cuenta de los efectos embriagadores de los materiales que utilizaban. Del conocimiento ocasional de estos efectos, el abuso de los mismos, solo les separaba un paso, que desgraciadamente se dio con facilidad.

¿ESTÁ MUY EXTENDIDO ESTE PROBLEMA DE LOS INHALANTES?

Estudios realizados en los EE.UU. y concretamente en la ciudad de New York demostraron que el 5% de alumnos de enseñanza secundaria usaban este tipo de drogas o productos volátiles. En un 2% de los casos, se demostró que estos productos habían sido o actuado como drogas de inicio, ya que des-



pués de ellas continuaron con el uso de otras drogas.

Desafortunadamente, es previsible que en un futuro no lejano aumentarán estos usos, principalmente entre grupos de marginados, fa-

En Barcelona ciudad y alrededores, se ha comprobado, mediante estudio entre menores, que un 44% de ellos habían consumido este tipo de droga alguna vez.

vorecido por el bajo coste de estas sustancias, que pueden competir con el alcohol y la marihuana.

De este fenómeno de la inhalación, por ser relativamente reciente, no se conocen datos epidemiológicos. Sin embargo, en EE.UU., en estos últimos años, se conoce la enorme tendencia al empleo de productos de este tipo por jóvenes e incluso adultos. Se han descrito también abusos crónicos de estas drogas, por parte de la población reclusa de varios países.

En Barcelona ciudad y alrededores, se ha comprobado mediante estudio entre menores, que un 44% de ellos habían consumido este tipo de droga alguna vez, y que estas drogas eran las preferidas detrás de la marihuana y las amfetas.

¿POR QUE CON ESTAS SUSTANCIAS INHALANTES SE DROGAN LOS NIÑOS MAS PEQUEÑOS?

Existen razones que avalan el uso de estas drogas entre los niños: el bajo precio de su adquisición las pone al alcance de cualquier sujeto, por escasos que sean sus recursos; además, su disponibilidad y facilidad de adquisición, en tiendas y supermercados ofrece otra ventaja sobre las demás drogas, aumentada a su vez por su forma de presentación y envasado, lo que hace que no deba de recurrirse a manejos complicados para su utilización.

Sus propiedades eufórico-embriagadoras, son potentes, pero de efectos cortos; ello hace que su uso sea cada vez más popular.

Las sustancias más utilizadas, por lo general, tienen olor agradable

y algunas de ellas incluso gustan a los niños. Cuando son inhaladas, sus vapores pasan rápidamente la barrera pulmonar y provocan la aparición rápida de los efectos euforizantes. El individuo se siente alegre y le desaparecen todas sus preocupaciones. La duración de los efectos, dependerá de la droga y de la intensidad de la dosis; acostumbran a durar desde unos pocos segundos a escasos minutos, lo que obliga al que las utiliza a repetir las inhalaciones muy frecuentemente.

¿QUE EFECTOS INMEDIATOS PROVOCAN LOS INHALANTES?

Estas sustancias provocan alucinaciones de todo tipo y su intensidad depende en gran manera del estado de ánimo y de la gran personalidad del sujeto. Es frecuente la visión de animales, pudiendo ser agradables o aterradoras, en cuyo caso provoca la huida descontrolada. En otras ocasiones la droga provoca sentimientos de fuerza y de grandeza, lo que induce al niño, joven o adulto, a creerse un superhombre, poniendo en práctica actos descabellados; hay constancia de graves accidentes, como el intentar

cruzar un río sin que el joven supiera nadar, o la pérdida de conciencia con desplome y caída al suelo, etc.

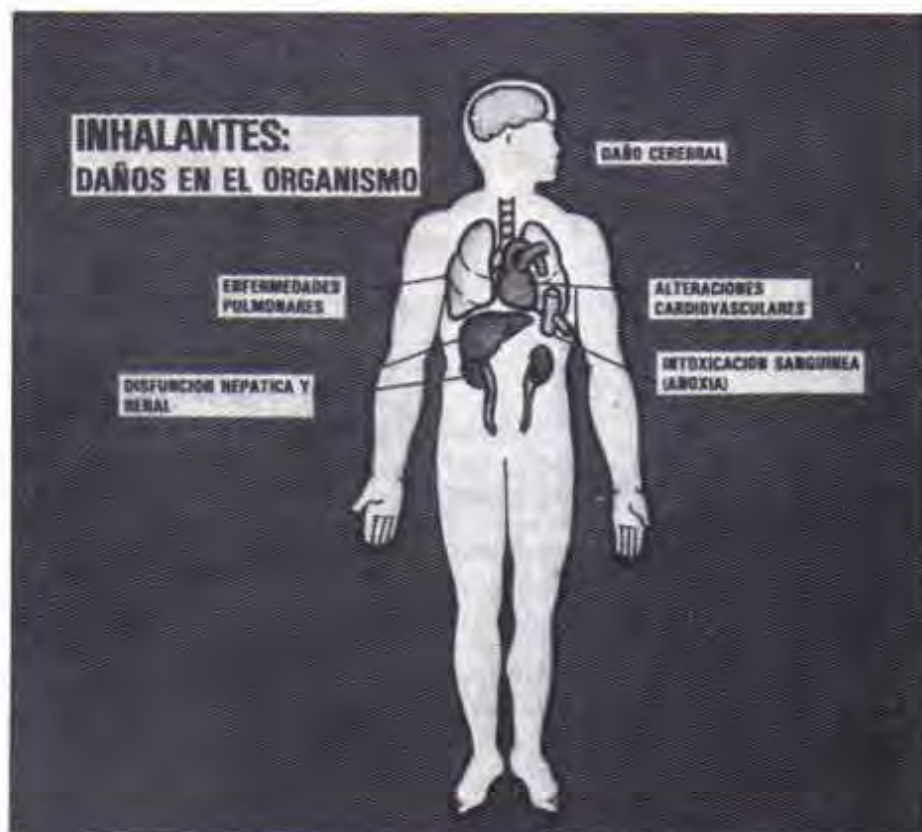
La inhalación de sustancias líquidas tipo gasolinas, hace que su práctica sea distinta. En lugar de bolsas, utilizan para inhalar gasolinas y disolventes mediante trapos de tela empapados en ellas. En su inhalación por la boca, en ocasiones se presentan accidentes por deglución del producto, quemaduras, etc. En el caso de la gasolina, el plomo que contiene es motivo de fuertes intoxicaciones, con lesiones medulares.

La inhalación del benceno produce también daños en la médula y desarrolla anemia plástica; el tolueno produce lesiones renales; la acetona daños en el Sistema Nervioso Central.

En muchas ocasiones, estos productos llegan a producir la muerte, debido a arritmias que conducen al fallo cardíaco. En otros casos, como el de gas Freón, puede llegar a congelarse en los alveolos pulmonares y producir la muerte por asfixia.

¿PRODUCEN TOLERANCIA LOS INHALANTES?

En algunos casos, cuando el individuo deja de inhalar, siente ansie-



dad, dolor de cabeza tipo resaca; se trata de la dependencia física. El síndrome de abstinencia es inapreciable. Sin embargo, la tolerancia se desarrolla rápidamente. En centros penitenciarios se han detectado sujetos que han sido capaces de inhalar continuamente, día y noche, durante varias semanas, líquidos volátiles tipo benzol o gasolina, con un consumo de un litro diario.

En muchas ocasiones, estos productos llegan a producir la muerte, debido a arritmias que conducen al fallo cardíaco.

Los que inhalan productos en edad escolar, presentan un acusado deterioro en su rendimiento y los estudios demuestran que existen niveles más bajos de aprovechamiento en ellos que en los que no lo hacen.

¿PRODUCEN DEPENDENCIA LOS INHALANTES?

Todas estas sustancias, cuando son tomadas a fuertes dosis y continuamente, desarrollan distintos grados de dependencia. La psicología se caracteriza por la urgente necesidad de volver a inhalar y de una enorme ansiedad hacia la droga en cuestión.

¿QUE ES LO QUE REALMENTE SE ESTÁ HACIENDO PARA ENCONTRAR UNA EFECTIVA SOLUCION A ESTE PROBLEMA DE LOS INHALANTES QUE AFECTA A LOS NIÑOS MAS PEQUEÑOS?

Con independencia de alguna iniciativa que pudiera existir, la COOR-

DINADORA NACIONAL DE LA LUCHA ANTIDROGA, ha creado un Departamento especializado para resolver este problema. En efecto: Se trata del Departamento de Investigaciones Químicas, que dirige el Químico Dr. García Oricáin. Su trabajo consiste en la investigación científica destinada a encontrar los productos repelentes que introducidos en las colas, pegamentos, etc. produzcan un fuerte olor desagradable, que –sin variar las propiedades de estos productos, haga desistir a los niños de esta forma de drogadicción. Este equipo trabaja, desinteresadamente, en un laboratorio de Barcelona, con el apoyo bibliográfico de la Universidad y la colaboración de un laboratorio oficial inglés.

Los trabajos se hallan avanzados y se espera en una próxima y efectiva solución a este problema.

En un plano más individual, es preciso disponer de medidas de seguridad que no tiendan precisamente a la intimidación ni al castigo, sino todo lo contrario: a la prevención de futuras infracciones, mediante la readaptación o adaptación social y la neutralización de causas físicas, psíquicas y sociales de cada individuo. Todo ello posee enorme importancia y valor, tanto moral como económico; sin embargo, muchos gobiernos no lo ven o no le dan auténtica importancia que tiene.

Las medidas preventivas tienen la ventaja de que aseguran a la sociedad un mejor bienestar social, una mejor protección y, en casos extremos, la adaptación e incorporación a la vida normal de los individuos descarrilados.

La consideración profunda de este problema pone en evidencia, la carencia por un lado y la necesidad por otro, de formar a los individuos que deban encargarse de estas tareas.

para los traficantes, ejerza un efecto positivo, ya que los auténticos responsables de este tráfico, las cabezas o cerebros, no andan vendiendo por las calles, son del todo desconocidos y en general se mantienen al margen de tal persecución.

Resulta pues evidente, la necesidad de disponer de nuevos métodos o estrategias, más eficaces y prácticas, que dispongan de fuerza dinámica, operando a diferentes niveles o estratos sociales.

Los objetivos esenciales de la prevención, así como de una buena terapia, unidos a los de adaptación, precisan de largos, metódicos y cuidados estudios, junto a premeditadas medidas de seguridad.

Estos objetivos deben basarse, inicialmente, en obstaculizar la obtención fácil de drogas, haciendo desaparecer a la vez el interés por ellas, y en limitar la demanda.

Intentarlo todo, y hacer lo imposible, para que las personas no se inicien en el uso de las drogas, sin haber al menos contado previamente con una amplia y completa información sobre todos sus efectos y posibles complicaciones.

Nosotros somos acérrimos defensores de que las medidas de tipo preventivo resultan ser la mejor forma de acción social.

La prevención de la toxicomanía o abuso de drogas, y la lucha contra ellas, deben formar parte integrante —y además primordial— de todos los programas de planificación de la defensa social en cualquier país se tilde de moderno y humanitario, tarea que solo incumbe por su importancia a las máximas autoridades del estado o a las por él delegadas. Ello es imprescindible si queremos prevenir y evitar, no solo a la actual generación, sino igualmente a las futuras, de tan terrible azote.

Resulta evidente que este trascendental aspecto de las drogas, no ha merecido la atención de muchas autoridades y organismos, por lo menos hasta el momento presente.

La consideración profunda de este problema pone una vez más en evidencia, la carencia por un lado y la necesidad por otro, de formar con

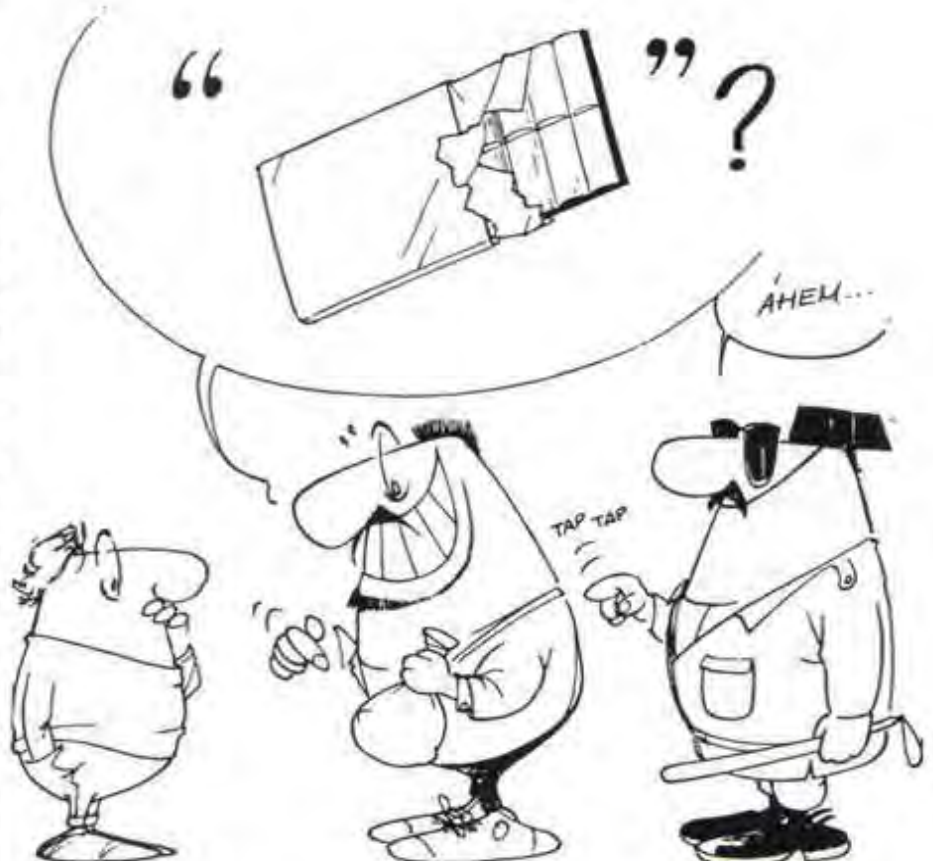
¿HASTA QUE PUNTO LOS GOBIERNOS ESTAN CONCIENCIADOS DE ELLO?

La gran mayoría de países que se enfrentan con los graves problemas de la delincuencia por drogas, se van convenciendo de que el recurrir solamente a la fuerza como poder disuasorio, posee un valor tan limitado, que prácticamente no cuenta.

En los países donde las leyes represivas son extremadamente severas y en consecuencia las penas por uso legal de drogas muy duras, el binomio toxicomanía-delincuencia, solo se consigue que no se propague más, pero no se reduce.

El encarcelamiento sólo conduce a desviar momentáneamente al individuo de sus contactos, amigos y fuentes de aprovisionamiento; en otros casos —muchos, por desgracia— se ha comprobado que le proporciona otros nuevos.

Igualmente resulta poco probable que se materialice la esperanza de que la aplicación de penas severas



sumo cuidado y perfección a los individuos que deban encargarse de estas tareas, con el propósito de que conozcan a fondo todos y cada uno de los múltiples matices con que tendrán que enfrentarse.

Deben fomentarse determinadas medidas, como pueden ser el de poner en práctica programas de formación en materia educativa, actividades cívicas, higiene pública, etc.

¿QUE MEDIDAS PREVENTIVAS DEBEN FOMENTARSE PRINCIPALMENTE?

Deben fomentarse determinadas medidas, como pueden ser —entre las prioritarias— el de poner en práctica programas de formación en materia educativa, actividades cívicas, higiene pública, etc., dando a conocer a las drogas como tales, las consecuencias de sus empleos ilegales y el conocimiento de las leyes y justicia penal; procurando siempre tener mucha prudencia, con el fin de evitar que se promueva la curiosidad —innata— a su alrededor, o incitar inconscientemente a la experimentación de sus usos.

Estas campañas, destinadas al público en general o a solo determinados sectores según los casos, tendrán siempre como divisa el difundir informaciones verdaderas y exactas, desmitificando determinadas creencias propagadas por los drogadictos e incluso por los medios de comunicación social de masas.

Para estas medidas preventivas, pueden utilizarse los centros sanitarios de educación mental, así como otros servicios existentes de protección a la familia, e igualmente organizaciones para-estatales y particulares de reconocida solvencia.

Las políticas unilaterales que sólo afectan a parte del problema están condenadas al fracaso.

¿HASTA QUE PUNTO HACE FALTA UNA COORDINACION GENERAL?

Las políticas unilaterales que solo afectan a parte del problema están condenadas al fracaso, a la vez que resultan del todo contraproducentes. Tal es el caso —ya citado anteriormente— de instaurar leyes más severas de represión; éstas tienden

a reducir momentáneamente la oferta de drogas, consiguiendo con ello, sin embargo, efectos totalmente negativos, ya que como consecuencia de tales medidas, aumenta en gran cuantía el precio de las mismas, al mismo tiempo que se registran aumentos en los actos delictivos promovidos por la necesidad que tiene el habituado de conseguir más dinero para la compra de droga.

El lazo de unión entre el tráfico y consumo de drogas con la delincuencia, es un hecho que ha sido probado y reconocido sobradamente, después de estudios efectuados sobre la problemática de la droga.

Es preciso disponer de grandes programas y estrategias sumamente sutiles, a la vez que muy ambiciosas, con el propósito de poder conseguir la evolución favorable de un problema que, hasta el momento presente, parece casi insoluble.

Por todo lo expuesto, entendemos sobradamente justificada la necesidad y la obligación de que los Gobiernos presten una mayor atención y apoyo económico a todo lo relacionado con la prevención de las drogas, sin reparar en «pequeños costos» ya que éstos están sobradamente justificados; la tarea resulta mucho más efectiva y a la larga se ahorra mucho dinero.

LA DROGA Y LA CONTRACULTURA

¿EN SUS INICIOS, QUE RELACION TENIA LA DROGA CON LA CONTRACULTURA?

Durante la década de los años 1950 fue configurándose e instaurándose un movimiento contestatario al sistema social existente en los EE.UU. En sus inicios, el fenómeno tuvo caracteres elitistas, reservado a intelectuales y a miembros de la llamada generación «beat». A partir de finales de esa década la iniciativa pasó a manos de los «beatniks», adquiriendo las características de un movimiento juvenil contra el aislamiento social —marginados— y contra el sistema político-social existente.

Esta corriente contestataria alcanzó su máxima importancia durante la década 1960-70, en la cual sus formas de expresión fueron muchas y distintas, pero siempre unidas por un rechazo común a lo establecido, jugando la droga en todas ellas un papel trascendental de protesta; todas estas acciones se fueron canalizando y concretando en la protesta contra la guerra del Vietnam.

El movimiento «hippy» por su importancia fue el más destacado durante casi toda esta década. Su mística del amor tenía en la droga un instrumento de la sinceridad y el placer como fuentes imprescindibles para resaltar a la vida, tal y como ellos la entendían.

Sin embargo, bajo el cobijo de estas ideas, surgieron grupos que actuaban comercializados y que no llegaron a comprender el verdadero sentido del movimiento. Por ello en 1967 los hippies se disolvieron de forma simbólica —todavía persisten aunque en pequeña escala— para retirarse a una esfera semiclandestina con el fin de que sus ideales no fueran bastardeados.

A este movimiento le siguieron otros, como los «yippies» y los «provos», que pretendían hostigar a la sociedad de su quietud y estancamiento con manifestaciones artísti-

cas en las que la gente corriente pudiera tomar parte activa.

Los yippies defensores de la constitución de la Youth International Party (Partido internacional de la Juventud), ofrecían en su programa, junto a postulados netamente izquierdistas, algunos puntos curiosos, como la instalación experimental en el Pentágono de la droga LSD.

Este no fue un movimiento trascendental; sin embargo, los grandes festivales de música de finales de los años 60, tienen gran importancia en la relación droga-cultura. Aquellas reuniones fueron algo más que simples conciertos: miles y miles de jóvenes, aglutinados por ideas revolucionarias, unos intérpretes que las testimoniaban con su vida, como modernos sacerdotes de una nueva

En sus inicios, el fenómeno tuvo carácter elitistas, reservado a intelectuales y a miembros de la llamada generación «Beat».

Los grandes festivales de música de finales de los años 60 tienen gran importancia en la relación droga-cultura.

religión —Daylan entre otros— y una litúrgica que ponía en comunión a todos los asistentes y en la que las drogas desempeñan un papel fundamental.

En la actualidad sólo queda el fenómeno «Punk», en el cual el consumo de droga continúa porque las causas que conducen a la droga siguen presentes en el medio social; la búsqueda desesperada de la droga y la concepción de la vida, alumbraría el existir itinerante de muchos jóvenes por todo el mundo. La máxima aspiración era el viaje perfecto: las rutas de Afganistan, India o Katmandú, en busca de la sabiduría oriental del vivir y de la droga como instrumento que ellos creían más perfecta. Sin embargo, el despertar fue dramático.

NO ES PELIGROSO ESTAR PRESO DETRAS
DE UNOS BARROTES, LO PELIGROSO ES
ESTAR PRESO SIN BARROTES.



LOS QUE TRABAJAN
SE OLVIDAN DE LOS PARADOS
Y LOS QUE ESTAN LIBRES
DE LOS ENCARCELADOS.

LA CARCEL NO ES UN MUNDO
APARTE, SINO PARTE DE
NUESTRO MUNDO.

Archi