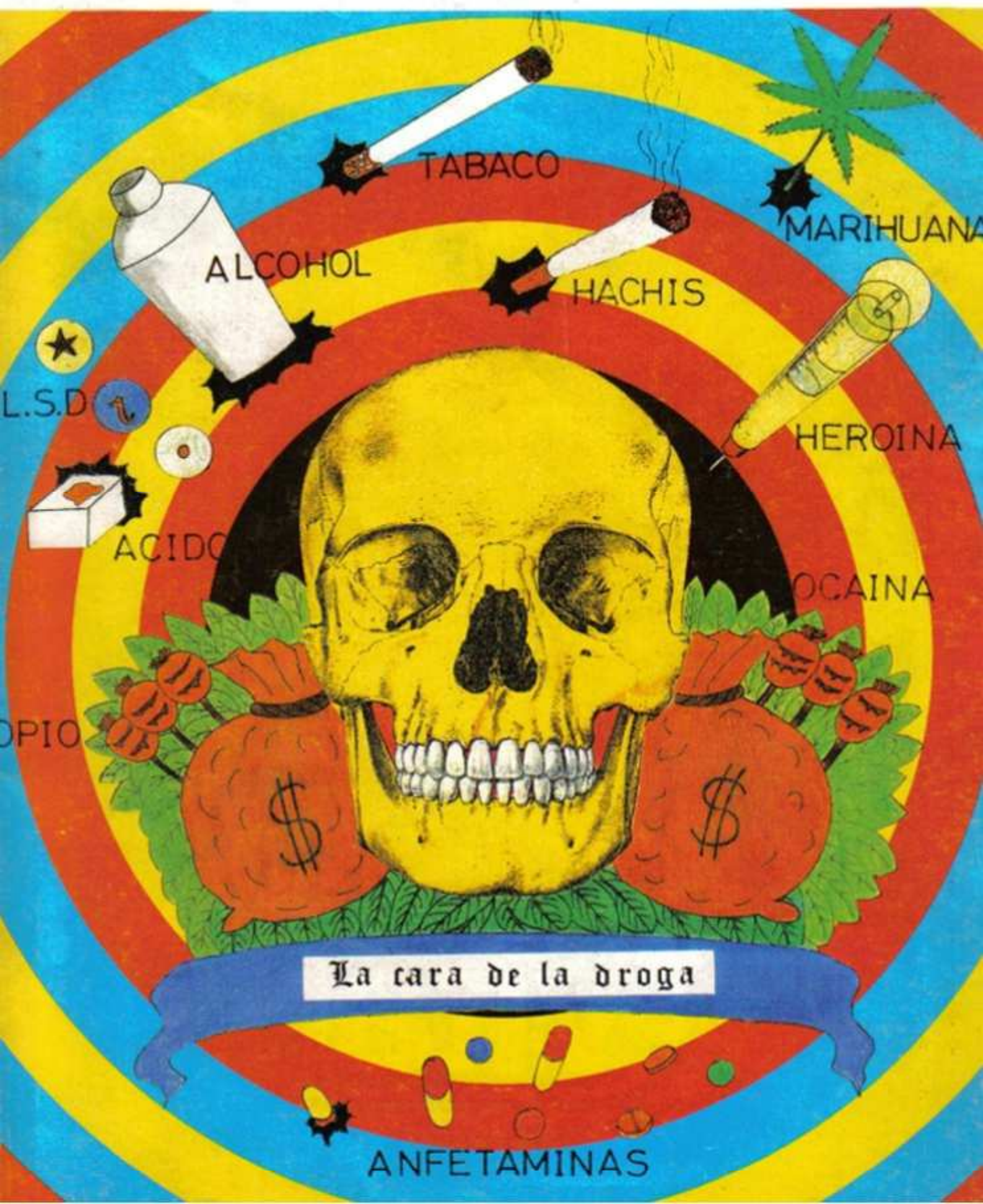


# ANTIDROGA

PORTAVOZ DE LA  
<COORDINADORA NACIONAL  
DE LA LUCHA ANTIDROGA>

Nº9



TABACO

MARIHUANA

ALCOHOL

HACHIS

L.S.D.

HEROINA

ACIDO

COCAINA

OPIO

La cara de la droga

ANFETAMINAS



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

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

## - EL PATRONATO NACIONAL ANTIDROGA

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

### Composición:

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

## - LA JUNTA CONSULTIVA

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

### Composición:

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

## - LA JUNTA EJECUTIVA

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

### Composición

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

### Representaciones de Estamentos Sedales:

Por los Empresarios: Excmo. Sr. D. Baldo Tamames, Empresario, Presidente de la Asociación Patronal del Bajo Llobregat.  
Por la Iglesia: Excmo. Sr. Dr. D. Daniel Cervera Sipa, Sacerdote Dr, en Sociología.  
Por los escritores y prensa: Excmo. Sra. Dª Eulalia Soler Romero, Escritora y Socióloga.  
Por los Juristas: Excmo. Sr. D. Félix Capella Tomás, Abogado.

## LOS CARGOS EJECUTIVOS

Sr. D. Luis Rodríguez Almonacid -Administrador  
Sra. Dª Lina Esther Henar Pérez - Gerente  
Sr. D. Miguel García Dalmau - Coordinador de la Red Terapéutica  
Sra. Dª María Redondo García - Secretaria General.

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

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

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

**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



OCT.-NOV.-DIC. DE 1990  
AÑO II . N.º 9

## SUMARIO

SUMARIO .....	3
EDITORIAL.....	5
PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS .....	7
INTRODUCCIÓN A LAS COMPLICACIONES MÉDICAS EN ADVP .....	17
INFECCIONES ENDOVASCULARES EN EL ADVP .....	25
EL INSOMNIO .....	31
VENTANA AL NORTE .....	42
HISTORIA DE LAS DROGAS .....	45
PREVENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA EN LAS TOXICOMANÍAS .....	55
LA ASISTENCIA AL PACIENTE CON SIDA EN ATEN- CIÓN PRIMARIA .....	61
EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE DROGAS EN ESPAÑA .....	67
DROGAS: VISIÓN CONJUNTA .....	73
SIMPOSIO SOBRE NALTREXONA .....	81
ESCRITO EN EL VIENTO .....	83
DÍA A DÍA .....	87
CANDIDIASIS DE LOS HEROINÓMANOS .....	89
COLABORADORES DE HONOR .....	91



# ¡MISIÓN

# CUMPLIDA!

Cuaderno para colorear



Si importante fue la creación de nuestro cómic de prevención A.D., y siguiendo nuestra línea de prevención en drogodependencias, no lo es menos la aparición del cuaderno para colorear A.D.

Pensamos que hay períodos en la vida del ser humano (infancia), en los cuales se adquieren hábitos que, posteriormente, serán difíciles de modificar, por tanto, pretendemos crear una conducta aversiva hacia las drogas, ya de inicio.

Con esta publicación Coordinadora Antidroga ha conseguido cumplir un GRAN RETO...

«Prevención a cualquier edad».

¡¡MISIÓN CUMPLIDA!! una más, pero... ¡ATENCIÓN! porque...

*Seguimos en la lucha.*

**LUIS RODRÍGUEZ**  
Administrador





JAVIER FELIP BAQUER

# PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Ha quedado claro que las drogodependencias no son sólo un problema sanitario, sino que, fundamentalmente, son un problema social. Tanto en las causas como en las consecuencias de las drogodependencias, lo social ocupa un lugar destacado. La gente no se droga sólo por condicionantes internos, sino que lo hace, en gran parte, como consecuencia de las presiones y estímulos que recibe de su medio social. A su vez, el consumo de drogas no sólo tiene consecuencias de orden médico para el individuo consumidor, sino que afecta también a la sociedad en que vive inmerso el drogadicto, la cual sufre las consecuencias de sus conductas antisociales y debe hacer frente a los costes de los servicios sanitarios y sociales para su tratamiento y rehabilitación, y reinserción social.

La lucha contra las drogas debe tener en cuenta todos estos factores. Las intervenciones médicas no serán suficientes. Serán necesarias intervenciones sociales y políticas, las cuales no deberán incidir sobre el individuo, sino también sobre el conjunto de la sociedad.

En salud pública y en lo que concierne a la prevención de los problemas de salud se distinguen, hoy en día, tres niveles de prevención: primario, secundario o terciario.

En lo que concierne a las drogodependencias, la prevención primaria incluye todas las medidas dirigidas a evitar la aparición del problema y su objetivo es la disminución de la incidencia de drogodependencias. La prevención secundaria incluye todas las intervenciones médicas dirigidas a detectar y tratar precozmente a los afectados con objeto de obtener su curación y evitar el paso a la cronicidad. Su objetivo es disminuir la prevalencia de drogodependientes en una comunidad. Finalmente, la prevención terciaria comprende la rehabilitación y la reinserción social del drogadicto a la sociedad.

Son medidas de prevención primaria de las drogodependencias la legislación e información, y educación sanitaria. Las medidas de prevención secundaria constituyen los aspectos asistenciales de las drogodependencias.

Las medidas legislativas tienen como objetivo fundamental la reducción de la oferta de droga. Hoy en día, nadie discute la necesidad de desarrollar medidas legislativas restrictivas con objeto de disminuir la oferta de droga, dado que estas medidas han demostrado

ser eficaces en la reducción del consumo y de los problemas relacionados.

Así, por ejemplo, en los Estados Unidos, se ha podido comprobar que, en los últimos años, los ingresos en las UVI por consumo de heroína y las muertes por sobredosis aumentaron o disminuyeron en función de la disponibilidad o accesibilidad del producto.

Un hecho que va a favor de las medidas legislativas es que en los períodos de ablandamiento o reducción de las penas por tráfico de drogas se ha producido un aumento brusco del consumo de estas sustancias y de los problemas relacionados. Los ejemplos de Canadá, en 1974, y de España, en 1983, son demostrativos.

A nivel internacional, el 13 de diciembre de 1964 entró en vigor la Convención Única sobre Estupefacientes del año 1953, que sintetiza e integra los sistemas de fiscalización de los tratados anteriores. Esta convención prohibió la producción, comercio y uso con fines no médicos de todos los estupefacientes, incluidos el opio, la coca y la Cannabis; limitó la posesión de estupefacientes para fines médicos y científicos a las personas debidamente autorizadas; hizo obligatoria para todos los estupefacientes la limitación basada en las previsiones; estableció la fiscalización internacional de todas las transacciones de opio por conducto de monopolios estatales, los únicos que pueden comprar a agricultores con licencia y en zonas determinadas; exigió licencia para la fabricación y comercio de estupefacientes y, por último, creó la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE).

En Viena, en 1971, se firmó el Convenio sobre Sustancias Psicótropas, el cual extendió la reglamentación anterior a los alucinógenos, estimulantes y depresores del sistema nervioso central.

Finalmente, el Protocolo de 1972 modificó la Convención Única sobre Estupefacientes de 1953 en el sentido de no considerar delincuentes, sino enfermos, a los toxicómanos, y proponer para ellos medidas rehabilitadoras sustitutivas del encarcelamiento.

La legislación internacional sólo ha sido eficaz en el control de la producción y comercio de algunas drogas de producción legal. Hoy en día no existe prácticamente desviación de estupefacientes manufacturados del comercio lícito al tráfico ilícito, lo que ha obligado a los traficantes a la fabricación ilícita. No ocurre lo mis-



mo con las drogas psicótropas (hipnóticos, sedantes, anfetaminas, etc.), en las que sigue habiendo una importante desviación de la producción legal hacia el comercio ilícito para el consumo no médico, el cual se conoce como "mercado gris".

En cuanto a la legislación nacional, en España nunca ha sido considerado delito punible la autoadministración de una droga, pero sí la tenencia de la droga. La reforma del artículo 344 del Código Penal, aprobada en junio de 1983, si bien mantuvo al margen de la ley una serie de sustancias, penalizó el tráfico, pero no el consumo. Al no haber quedado bien establecida la cantidad aprehendida que debe considerarse como tráfico, se produjo un retraso en la acción represiva, que se tradujo en un claro aumento del consumo de drogas en nuestro país.

La legislación española actual prevé penas muy cortas por "tráfico de drogas", siendo menores en las drogas menos dañinas para la salud o drogas blandas (1-6 meses de prisión) que en las que causan grave daño a la salud o drogas duras (de 6 meses a 6 años). Estas penas son muy inferiores a las de los otros países desarrollados.

Puesto que el incremento de la delincuencia ligado al tráfico de drogas ha sido muy importante en los últimos años, el gobierno ya ha anunciado que incrementará de forma sustancial la pena por tráfico de drogas, siguiendo las recomendaciones del Plan Nacional sobre la Droga.

Otras recomendaciones del mencionado plan destinadas a reducir la oferta de drogas en España son las siguientes: elaboración de una ley de estupefacientes y psicótropos; modificación del control de decomisos; investigación y embargo de los bienes de los traficantes; suspensión temporal de la pena si el toxímano-traficante (o traficante necesitado de las legislaciones europeas) se somete a rehabilitación; sanciones a responsables de establecimientos públicos en los que se realicen actos de promoción, favorecimiento o facilitación del consumo o tráfico de drogas; intensificación de las penas por delitos contra la propiedad cuando se establezcan en establecimientos sanitarios (farmacias, hospitales); configuración e institucionalización de la figura del "fiscal especial"; aumento de la eficacia de la acción policial mediante la adecuación de las dotaciones de los servicios del Ministerio del Interior y de la mejora de su coordinación y cooperación con otras administraciones; aumento del control sobre el uso de medicamentos psicoactivos; colaboración con programas de sustitución de cultivos en los países hispanoamericanos; acreditación de agregados especiales en algunas embajadas.

Referente a la información y educación sanitaria, los adolescentes y jóvenes son el grupo de población en mayor riesgo de consumo de drogas causantes de

dependencia en nuestro país, igual que ocurre en los demás países desarrollados.

Aunque es un tema que todavía es objeto de controversia, cada vez parece más claro que los programas de información y educación sanitaria bien diseñados y con mensajes correctos tienen un importante potencial en la prevención del inicio del consumo de drogas en este colectivo de población. En cambio, ciertos diseños o mensajes incorrectos parece que no sólo no son beneficiosos, sino que incluso pueden ser perjudiciales.

En un trabajo sobre el tema, Durell y Bokoski han efectuado una revisión de las estrategias de prevención primaria de las drogodependencias mediante la información y educación sanitaria que se han aplicado en los últimos años en diferentes países (campañas informativas a través de los medios de comunicación de masas, programas de educación sanitaria en las escuelas, programas "genéricos") y de las nuevas estrategias propuestas recientemente (enfoque "macro", "presiones positivas de los compañeros"), que parecen tener un futuro prometedor.

Las campañas informativas a través de los medios de comunicación de masas fueron una de las primeras estrategias puestas en marcha para la prevención de las drogodependencias. En Estados Unidos, a finales de los años 60 y principios de los 70, se llevaron a cabo varias campañas con el fin de informar y sensibilizar a la población sobre los efectos nocivos de las drogas. Los mensajes transmitidos llamaban la atención de la población sobre la magnitud del problema e informaban sobre las consecuencias para la salud del consumo de drogas.

Pronto se pudo comprobar que estas campañas no sólo no eran beneficiosas sino que incluso eran contraproducentes, estimulando el consumo de drogas entre los adolescentes. Investigaciones efectuadas en estos años demostraron que los mensajes transmitidos exageraban por lo general los efectos negativos de las drogodependencias sobre la salud, lo que afectaba a su credibilidad. Además, en los jóvenes, la información transmitida despertaba su curiosidad, la cual, a su vez, estimulaba el consumo. Ante las pruebas de que podían ser perjudiciales, la "Special Action Office for Drug Abuse Prevention" de la White House de Estados Unidos recomendó, en 1973, la interrupción de estas campañas. Según esta oficina, el problema no radica tanto en las campañas en sí, sino más bien en la forma en que son diseñadas y en la información transmitida. Esta recomendación fue seguida por numerosos países y durante los años siguientes no se realizaron apenas campañas informativas sobre las drogas en los países desarrollados.

El Advisory Council on the Misuse of Drug de Inglaterra en su informe de 1984 se opuso todavía claramente a las campañas publicitarias masivas, "en parte



por el peligro de que los métodos empleados den una importancia desproporcionada al abuso de drogas y despierten en ciertos jóvenes un interés por estas sustancias, que de otro modo no habrían sentido".

A pesar de ello, el gobierno británico llevó a cabo, en 1985, una campaña informativa y sensibilizadora sobre las drogas con un coste de 2 millones de libras, que fue muy criticada por los expertos y mereció un editorial contrario en el *British Medical Journal* con el título "Media drug campaigns may be worse than a waste of money".

También han sido numerosos los programas de educación sanitaria en la escuela realizados con el fin de informar y educar a los escolares en relación con el tema de las drogas.

En general, estos programas se han integrado en el programa general de educación sanitaria mediante la enseñanza de la salud en la escuela.

Su objetivo es preparar al niño para que durante su estancia en la escuela adquiera actitudes negativas frente al consumo de drogas y sea capaz de resistir a las presiones de sus compañeros y demás fuerzas que le incitan al consumo. Durante la enseñanza de la salud se intentará hacer comprender al niño que la salud es un valor fundamental del individuo y de la comunidad; que las decisiones personales sobre las conductas pueden influir en la salud positiva actual y en la protección de la salud futura; que la falta de salud es debida no sólo a la mala suerte, sino que, muy a menudo, es consecuencia directa de un comportamiento insano, totalmente voluntario, y que la decisión de tomar drogas es tan sólo una más de todas cuantas opciones puede tomar el individuo en relación con su conducta de salud.

Se trata de una educación sanitaria "clarificadora de valores" y "forjadora de actitudes y comportamientos positivos de salud". Es preciso que ayude al niño y al joven a tomar decisiones inteligentes sobre el consumo de drogas, igual que sobre otras conductas que afectan la salud (alcohol, tabaco, alimentación, etc.). También debe ayudarle a reforzar las decisiones tomadas contra las posiciones y presiones de los compañeros y otras fuerzas que le impulsan al consumo. Como es lógico, el objetivo básico es que los niños y jóvenes no empiecen a consumir drogas.

La efectividad de la educación sanitaria en la escuela la prevención del consumo de drogas en escolares y jóvenes ha sido muy discutida en los últimos años. Las evaluaciones efectuadas han dado resultados discordantes. Un cierto número de estudios han puesto de manifiesto que, si bien parece mejorar los conocimientos de los escolares sobre el tema, no parece ejercer efecto alguno sobre las actitudes frente al uso de drogas ni sobre los patrones de conducta en subgrupos, incluso parece que las intervenciones educativas hayan incrementado la probabilidad del consumo. Todo ello ha hecho que entre los expertos haya prevalecido la opinión de que los programas de educación sanitaria en la escuela no ejercen ningún efecto o muy poco sobre las intenciones y conducta de los alumnos en relación con las drogas. De todas formas, una reciente encuesta efectuada por el National Institute on Drug Abuse de Estados Unidos ha encontrado que, en los jóvenes, un incremento de los conocimientos sobre los efectos nocivos de las drogas se acompaña de una disminución en el consumo. Esto

sugeriría que la eficacia de los programas educativos depende básicamente de la naturaleza real de la información y del contexto en que es transmitida. Muchos programas de educación sanitaria han fracasado y no han tenido un impacto aparente sobre los educandos, no porque la educación sanitaria en la escuela no sea útil, sino porque los mensajes transmitidos han sido incorrectos o erróneos o el programa ha sido mal diseñado, planteando la salud como una asignatura más.

Para que la educación sanitaria en la escuela sea efectiva, los expertos recomiendan no dar al tema de las drogas ilegales mayor relevancia que a las demás drogas o que a los demás temas, con objeto de no despertar la curiosidad del alumno, lo cual, en algunos casos, puede estimular el consumo. También recomiendan excluir los mensajes en los cuales el principal elemento de disuasión es el temor o en los cuales se explica el modo de consumir drogas.

En los años 70 se desarrolló en Estados Unidos un tercer enfoque preventivo de las drogodependencias, el "enfoque genérico".

Numerosos investigadores han demostrado que el consumo de drogas es más frecuente en los estudiantes con antecedentes de absentismo o fracaso escolar, agresividad, conductas delictivas, malas relaciones con los padres, interpersonales y con la sociedad en general, actitudes negativas frente a la autoridad y bajos niveles de autoestima.

En el enfoque genérico, las intervenciones de educación sanitaria, en vez de centrarse en las drogas, inciden sobre estos factores conductuales predisponentes, con la esperanza de que su control reduzca a su vez el consumo de drogas.

Lamentablemente, hasta el presente no ha sido demostrada la eficacia de este enfoque tanto a nivel individual como comunitario, probablemente debido a que en los factores citados el papel del medio ambiente social es determinante y las intervenciones educativas no son suficientes para su control.

Recientemente han visto la luz dos nuevas estrategias para la prevención primaria de las drogodependencias que parecen ser prometedoras: el "enfoque macro" y las "presiones de los compañeros".

El "enfoque macro" presupone que el problema de las drogodependencias se origina en el medio ambiente social en que vive el niño. Su objetivo es contrarrestar estos factores ambientales que le impulsan y le presionan al uso de drogas. En definitiva, lo que se



pretende es que, a diferencia de lo que ocurre normalmente, el medio ambiente comunitario sea contrario al uso de drogas. Para ello, es preciso crear un "clima comunitario de no uso de drogas".

Ello puede conseguirse mediante campañas informativas a través de los medios de comunicación de masas que, a diferencia de las campañas clásicas, no informan directamente sobre los efectos nocivos de las drogas, sino que contrarrestan los mensajes que idolatran la droga y favorecen el consumo. Si un cantante famoso hace ostentación de consumo de droga y difunde en su último disco, que además es el disco de moda, las sensaciones que experimenta, es indudable que el efecto sobre las actitudes y conductas de sus seguidores es negativo. Pero estos efectos negativos pueden contrarrestarse, por lo menos en parte, si otro cantante, actor o deportista de moda hace pública ostentación de que no se droga y si lanza una película o una canción de moda cuyos mensajes sean contrarios al uso de drogas.

También son muy útiles para el cambio del clima comunitario en relación con las drogas las acciones de las asociaciones de padres que perciben que el problema puede afectar a sus hijos y organizan grupos de presión para concienciar e interesar a la comunidad sobre el problema y promover formas de evitarlo. Su objetivo es que los niños y jóvenes no reciban mensajes "do drugs", sino todo lo contrario "don't do drugs" de los padres, escuelas, medios de comunicación, etcétera.

Un enfoque preventivo de reciente adquisición es el que utiliza las presiones positivas de los compañeros en sentido favorable (youth to youth programs). Se sabe que los compañeros y amigos, sobre todo los mayores, constituyen muchas veces un ejemplo negativo y ejercen estímulos o presiones a los más jóvenes para que usen drogas. Se trata de aprovechar esta capacidad de influencia en sentido positivo de tal forma que los niños mayores y jóvenes que no consumen drogas, en especial los líderes, den ejemplo y eduquen a sus compañeros en relación con el tema.

Este enfoque, al igual que el anterior, parece prometedor. Es la estrategia del "di no", desarrollada inicialmente en la prevención del inicio del uso del tabaco y aplicado posteriormente a las drogas.

Investigaciones recientes han demostrado que la combinación de las dos últimas estrategias potencian sus efectos.

El National Institute on Drug Abuse ha puesto en marcha recientemente programas de prevención primaria del uso de drogas con mensajes difundidos a través de los medios de comunicación de masas en la línea del enfoque macro y de las presiones de los compañeros. En Cataluña, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social llevó a cabo, en 1985, una campaña similar con el lema: "Drogas: simplemente di no". Unos meses después, el Ministerio de Sanidad y Consumo lanzó una campaña semejante.

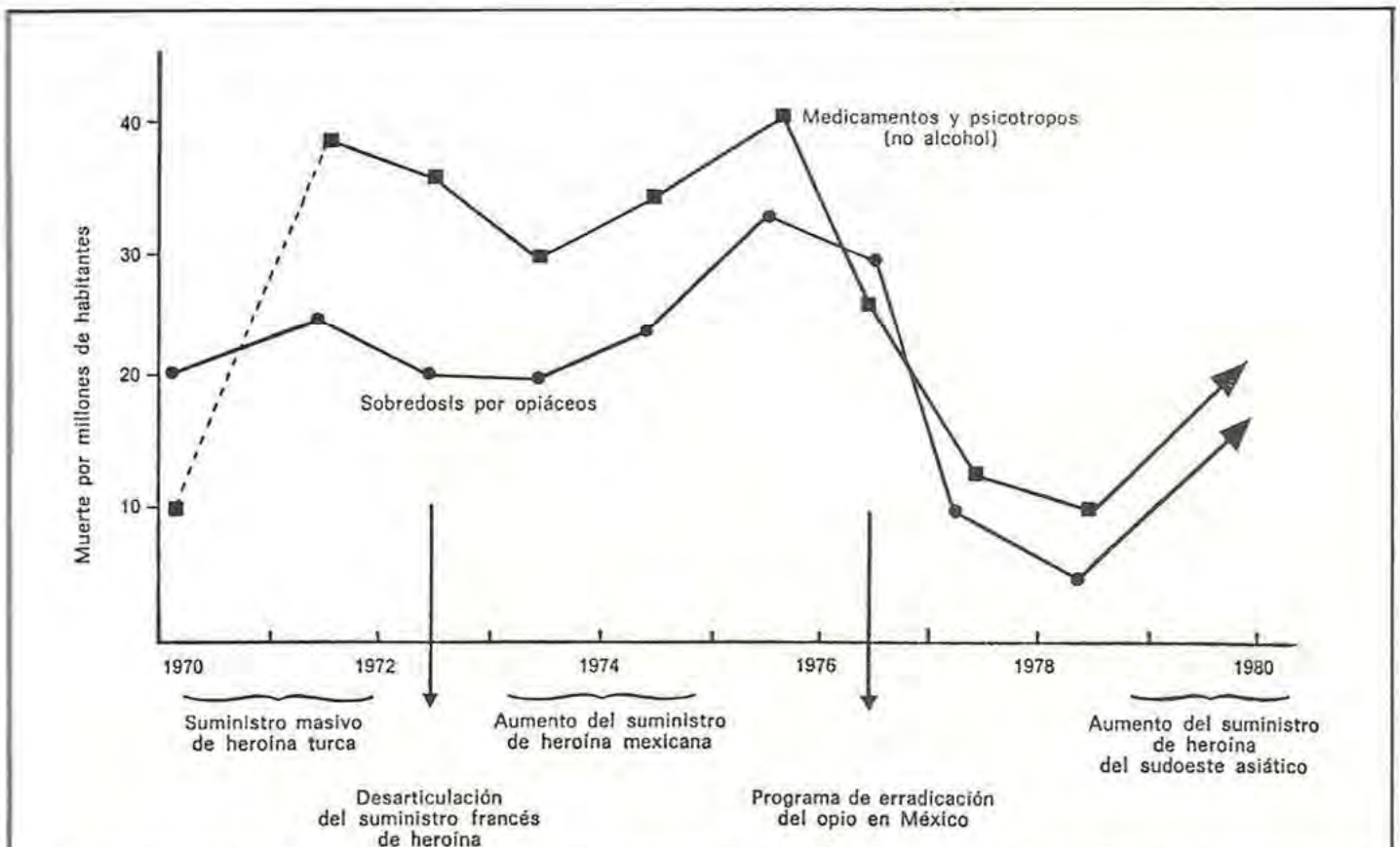


Fig. 73-1. Mortalidad por drogodependencias por psicotropos y por sobredosis de opiáceos en la población masculina de 20-29 años en Estados Unidos en relación con las fluctuaciones de disponibilidad y accesibilidad de la heroína. (De Samkoff, J. S., y Baker, S. P.: Recent trends in fatal poisoning by opiate in the United States. Am. J. Publ. Healt, 11, 1251-1256, 1982.)



## BIBLIOGRAFÍA

- G. Piedrola Gil, M. Domínguez Carmona, P. Cortina Greus, R. Gálvez Vargas, A. Sierra López, M. Sáenz González:** Medicina Preventiva y Salud Pública. SALVAT. Barcelona, 1989, 73; 985-999.
- Carmi, A., y Schneider, S.:** Drugs and Alcohol. Springer, Berlín, 1986.
- Durell, M., y Bukoski, W.:** Preventing Substance abuse: The State of the Art. Public Health Rep., 99, 23-30, 1984.
- Editorial:** Media drug campaigns may be worse than a waste of money. Br. Med. J., 290 416, 1985.
- Freixa Sanfeliu, F.:** El fenómeno droga. Aula Abierta. Salvat Editores, Barcelona, 1982.
- Freixa, F.; Masferrer, J., y Sala, L.:** Aspectos socio-sanitarios de la drogodependencia por heroína. Med. Clin., 82, 30-32, 1984.
- Freixa, F., y Soler Insa, P. A.:** Toxicomanías: Un enfoque multidisciplinario. Fontanella, Barcelona, 1981.
- Hansen, A.:** Will the Gouvernement's mass media campaign on drugs work? Br. Med. J., 290, 1054-1055, 1985.
- Jaffe, J. M.:** Evaluating Drug Abuse Treatment. N.I.D.A. Research Monograph n.º 51. Department of Health and Human Services, Washington, 1984.
- Kramer, J. F., y Cameron, D. C.:** Manual de dependencias de las drogas. OMS, Ginebra, 1975.
- Laporte Salas, J.:** Les drogues. Monographies mèdiques de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears. Barcelona, 1976.
- Louria, D. B.:** Overcoming Drugs. McGraw-Hill, Nueva York, 1971.
- Martínez-Higueras, A. J.:** Legislación sobre drogas. Tecnon, Madrid, 1986.
- Memorandum OMS:** Nomenclature et classification des problèmes liés a la consommation de drogues et d'alcohol. Bull. Org. Mond. Santé, 60, 499-520, 1982.
- Ministerio de Sanidad y Consumo:** Plan Nacional sobre Drogas. Cuad. Acción Social, 19, 75-83, 1985.
- Salleras Sanmartí, L.:** Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Díaz de los Santos, Madrid, 1985.
- Samkiff, J. S., y Baker, S. P.:** Recent trends in fatal poisoning by opiote in the United State. Am. J. Publ. Health, 11, 1251-1256, 1982.
- Segal, M.; Palsgrove, G.; Sevy, T. D., y Collins, T. E.:** The 1990 prevention objectives for alcohol and drug misuse: Progress Report. Public Health Reports, 98, 426-435, 1983.
- Varo, J.:** El consumo de drogas por la población española. Cuad. Acción Social, 19, 7-19, 1985.
- Williams, B. J.:** Are public health education campaign worth while? Br. Med. J., 288, 170-171, 1984.



**JOSÉ M.ª VÁZQUEZ**  
Director médico  
Colegiado 21463

# INTRODUCCIÓN A LAS COMPLICACIONES MÉDICAS EN ADVP

La drogadicción es uno de los problemas más importantes que azotan la sociedad actual. Las cifras que pretenden definir el problema crecen cada día. Las complicaciones derivadas de la adicción a sustancias son, también, mayores. Todo ello hace que se haya generado una creciente demanda asistencial en todos los niveles de la atención sanitaria. Dicha demanda varía desde la búsqueda de una desintoxicación psico-física (la mayor parte de las veces basadas en falsas motivaciones) hasta el tratamiento de las complicaciones médicas que la drogadicción produce. Será este segundo punto el que centre nuestra atención en el presente estudio y en otros posteriores.

La mayor parte de las complicaciones médicas en los ADVP (adictos a drogas por vía parenteral) derivan de la metodología de la drogadicción; es decir, derivan de las condiciones no estériles en las que se inyectan, de los adulterantes de la droga, de los diluyentes de la droga y del material que utilizan para su administración.

Por todo ello, las infecciones son las complicaciones médicas más frecuentes y las responsables del 60-80% de los ingresos hospitalarios y de un 15-20% de las muertes de los toxicómanos. En contrapartida, las sobredosis serán las complicaciones más graves y las que mayor mortalidad producen.

Dentro de las infecciones, son las hepatitis y las infecciones de partes blandas los síndromes clínicos más frecuentes; mientras que, las endocarditis, el tétanos y el SIDA son las más graves.

Los ADVP se infectan por tres razones fundamentales:

a) **Metodología de la drogadicción:** Es el punto más importante. El toxicómano se expone, constantemente, a microorganismos procedentes de:

1) Droga y/o disolventes contaminados (agua, limón, etc...) Así, sabemos que se han aislado gran cantidad de *Candida Albicans*, *Eikenella Corrodens* y anaerobios procedentes de la flora orofaríngea (conjunto de microorganismos que pueden encontrarse en la cavidad bucal y faringe de los toxicómanos), de los ADVP que humedecían el algodón con el que filtraban la heroína o los que trituraban las anfetaminas con los dientes para luego inyectárselas. También sabemos que el agua es la fuente primordial de infecciones por gérmenes gramnegativos. Las candidiasis diseminadas suelen ser debidas a la colonización del limón (este caso se refiere a los adictos que utilizan heroína marrón; la cual es disuelta con limón) durante la manipulación, con *Candida Albicans*, procedentes de la flora orofaríngea.

2) Piel: Fuente fundamental de las infecciones estafilocócicas (Estafilococ-



co Aureus) en el heroinómano. Así se comprueba que en los ADVP aumenta la tasa de colonización de la piel por los estafilococos. Ello es debido a la rotura repetida de la barrera cutánea.

3) Compartir material de inyección que esté contaminado por la sangre de otros drogadictos afectados. Ello determina la aparición de síndromes infecciosos de etiología (causa) vírica (SIDA, hepatitis, agente delta, virus de EB), bacteriana (sífilis) y protozoarias (paludismo, toxoplasmosis).

b) **Hábitos socio-sexuales:** Recordemos que muchos pacientes del colectivo, son personas con un índice elevado de promiscuidad sexual. También existe un grupo de homosexuales y otro de prostitución. Se produce, pues, un aumento de la tasa de enfermedades de transmisión sexual.

c) **Alteraciones de las barreras defensivas del toxicómano:** Vehiculizados por la heroína, adulterantes, agujas, etc... Así pues, el uso crónico de opiáceos (morfina, heroína) produce una disminución cuanti-cualitativa de la función de los granulocitos y de los macrófagos; lo que facilita la aparición de procesos bacterianos y fúngicos (por hongos). Dichas células (en lenguaje ordinario) equivaldrían a la primera línea de ataque de un ejército.

Ello se potenciaría, si se asocia a un alcoholismo. Muchos de nuestros pacientes presentan antecedentes de uso elevado e indiscriminado de alcohol. Incluso nos refieren (al inicio del tratamiento de desintoxicación física) que habían sido grandes consumidores, pero que desde hacía tiempo habían dejado de consumir. No obstante, cuando pasan de la fase de desintoxicación física a la fase de inducción con Naltrexona (antagonista opiáceo), se evidencia ese alcoholismo latente y el toxicómano vuelve a consumir alcohol de una forma más regular. Pues bien, el alcohol es un tóxico que disminuye la producción de polimorfonucleares (granulocitos, primeras células defensivas) por parte de la médula ósea. Además, bloquea el quimiotactismo y la adhesión de las células blancas (conjunto de células que se dedican a eliminar todos aquellos intrusos en el organismo humano). Todo ello, sin mencionar los daños hepáticos causados y la demás patología de origen alcohólico. La inmunidad humoral y el sistema del Complemento (otra línea de defensa que posee el ejército que nos defiende de lo extraño a nosotros) suelen estar conservados. No obstante, existe una elevación de las I<sub>M</sub>, consecuencia directa de la estimulación antigénica repetida (inyecciones sucesivas de droga). También se elevan los inmunocomplejos circulantes. Existe un fenómeno que consiste en que muchos pacientes presentan falsos  $\oplus$  en reacciones serológicas como sífilis, tifus, fiebre Q. Por ello, conviene pedir una serie de pruebas serológicas más específicas para comprobar esos falsos  $\oplus$  y si fueran, verdaderamente  $\oplus$  actuaríamos en consecuencia, planteando la terapia pertinente. Con respecto a la inmunidad celular (el cuerpo de élite de nuestro sistema defensivo) diremos que en el toxicómano suele producirse una linfocitosis. Recordemos que los linfocitos poseen receptores opiáceos (como en otras células defensivas) y que el uso crónico de los mismos produciría una disminución del número de linfocitos T. Dicho fenómeno es reversible cuando se aplica Naloxona. Ello lleva consigo una disminución (a veces inversión) del cociente  $T_4/T_8$ ; que en condiciones normales no tiene consecuencias clínicas. Ahora bien, cuando se produce una infección por virus HIV, la inversión del cociente es manifiesta y la afectación de los linfocitos  $T_4$  es tan evidente, que las complicaciones que se generan son de una elevada importancia. El paciente presenta una grave afectación de su sistema inmunitario y se encuentra indefenso frente a los múltiples microorganismos que lo rodean. Así, incluso, gérmenes que antes no tenían ninguna importancia en los individuos, se transforman en un enemigo peligroso, que puede destruir. Si además asociamos fenómenos de malnutrición, etc. hacen que el toxicómano sea muy vulnerable.

Por último, y no por ello menos importante, tenemos una serie de factores más inespecíficos de defensa que también suelen alterarse. Así, destacaremos



la agresión constante que el toxicómano inflige a sus barreras cutáneo-mucosas por las inyecciones repetidas del tóxico (vía subcutánea, Skin poppers; vía endovenosa, Main liners). También, el uso crónico de opiáceos y/o alcohol produce una disminución del nivel de conciencia. Si unimos a lo anterior una alteración de los mecanismos defensivos del aparato respiratorio (tos, reflejo glótico), hacen que se produzcan macro-microaspiraciones procedentes de la orofaringe que llevan gran cantidad de bacterias anaerobias (debido a la mala higiene bucal) y que favorecen los procesos pulmonares por anaerobios.

En resumen, los síndromes clínicos infecciosos son muy frecuentes en el toxicómano y muy variados en cuanto la causa que los genera.

### INFECCIONES EN ADVP EN ESPAÑA

HEPATITIS AGUDA .....	31,5%
HEPATITIS CRÓNICA .....	13%
CANDIDIASIS DISEMINADA .....	9%
ENDOCARDITIS .....	8%
SÍNDROME FEBRIL .....	6%
INF. PARTES BLANDAS .....	4,5%
ARTRITIS Y OSTEOMIELITIS .....	3%
TBC .....	3%
SIDA .....	1,5%
OTRAS .....	20,5%

Casi siempre, precisaremos del ingreso hospitalario. No obstante, el médico que atienda inicialmente a estos pacientes debe esforzarse en prevenir, o en su defecto diagnosticar y tratar dichas patologías. De esta forma disminuirá la morbi-mortalidad del colectivo de toxicómanos y mejorará su calidad de vida.

Uno de los datos que hemos de tener en cuenta en nuestra consulta diaria, es la presencia de fiebre, ya que puede ser el signo guía que nos ponga en la pista de una situación clínica de mayor envergadura.

Cuando un drogadicto nos refiere un síndrome febril, es preciso la búsqueda de un foco infeccioso. Para ello será de mucha utilidad una historia clínica, la exploración física y los exámenes complementarios (hemograma, sedimento de orina y radiografía de tórax). Con estos tres pilares, hallaremos la mayoría de focos infecciosos, y podremos plantear la terapia correspondiente.

Si no encontramos datos que nos sugieran el foco infeccioso, hemos de plantearnos dos situaciones:

a) Si consulta por fiebre aislada, de 24-48 h. de duración y el estado general está conservado; lo más probable es que nos encontremos frente a:

- 1) Síndrome febril por pirógenos, por ejemplo fibra de algodón, etc...
- 2) Síndrome febril por adulterantes de la heroína.
- 3) Síndrome febril por endotoxinas o bacterias del material contaminante.
- 4) Síndrome febril por sobredosificación.
- 5) Síndrome febril musculoesquelético, síndrome de abstinencia.

Mantendremos una conducta expectante en espera de que la fiebre se autolimita.

b) Si la fiebre presenta más de 24-48 horas y hay afectación del estado general, es probable que nos encontremos ante una bacteriemia con o sin colonización endocárdica. Así remitiremos al paciente a un servicio de urgencia. En este punto podríamos hablar de una antibioterapia empírica, debido a que la situación podemos catalogarla de alto riesgo, así:

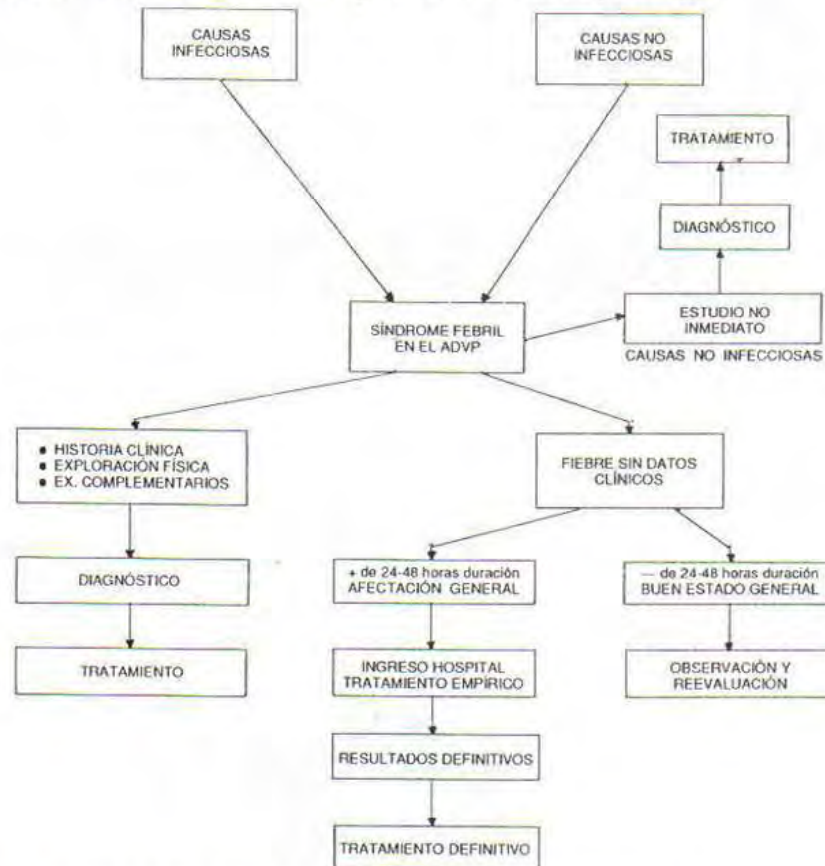


1) Heroínómano por vía parenteral: Haríamos antibioterapia antiestafilocócica (Cloxacilina 8-12 g./día) VEV.

2) ADVP de Pentazocina y Tripelenamina: Haríamos antibioterapia antipseudomona (Ureidopenicilina y/o Cefalosporina - Aminoglucósido).

3) Toxicómano que utiliza heroína marrón: Daríamos antifúngicos para tratar una posible candidiasis.

En cuanto nos llegaran los resultados de los hemocultivos y otros exámenes, suspenderíamos dicho tratamiento empírico e iniciaríamos tratamiento específico para combatir los gérmenes productores de la patología.



El síndrome febril puede tener causas no infecciosas. Así, puede tratarse de una enfermedad linfoproliferativa, una neoplasia (Sarcoma de Kaposi), etc... En este caso podemos hacer una evaluación no inmediata; ya que permiten un estudio más lento al no haber un deterioro brusco.

Hasta aquí, he pretendido poner de relieve la importancia que tienen las complicaciones médicas en el ADVP, la patogenia de las mismas y la forma de enfocar el problema de un drogadicto con fiebre en nuestra consulta diaria.

Una vez planteados dichos puntos, sería conveniente el estudio minucioso y exhaustivo de cada uno de los síndromes clínicos que pueden afectar al toxicómano. Por ello, en posteriores trabajos trataremos de analizar dichos procesos, dando una visión global de los mismos, pero que permitan orientar el diagnóstico de forma concreta y efectiva, y así valorar la gravedad y la conducta a seguir por parte del terapeuta.

## BIBLIOGRAFÍA

**Farreras-Rozman:** Medicina Interna, undécima edición, Ed. Doyma, 1988.

**Miró, J. M.:** Patogenia de las infecciones en ADVP. Medicina Interna, 1986, 333-372.

**A. Muño y V. J. González Ramallo:** Medicina Integral. ¿Qué haría ante un drogadicto con fiebre? Vol. n.º 16, n.º 3, Julio-Agosto 1990.



# INFECCIONES ENDOVASCULARES

## EN EL ADVP

Vamos a abordar un grupo de procesos clínicos importantes en el toxicómano. Uno de ellos, la endocarditis, suele ser uno de los más graves en la adicción a drogas por vía parenteral.

### ENDOCARDITIS

Desde el punto de vista conceptual, llamamos ENDOCARDITIS a la infección microbiana del endocardio (estructura que tapiza el corazón por su parte interna), caracterizada por la presencia de fiebre, soplos cardíacos, petequias, anemia, fenómenos embólicos y vegetaciones endocárdicas que pueden ocasionar insuficiencia y obstrucción valvular, abscesos miocárdicos o aneurismas micóticos.

Con respecto a su incidencia, diremos que no se han registrado cambios globales durante los últimos 20 años. Los varones se afectan más que las mujeres. Lo que sí es cierto es que se ha registrado una incidencia mayor de la Endocarditis Infecciosa derecha asociada a la drogadicción por V.E.V. y a las técnicas diagnósticas que requieren venoclisis.

Así, en los EE.UU. la incidencia oscila entre 1,5-2 casos cada 1.000 ADVP; siendo la responsable del 5-10% de muertes de este colectivo.

Se cree que, gracias a la drogadicción, se introduciría material insoluble que contamina la droga (talco, quinina) en el árbol vascular, formándose vegetaciones estériles (trombo fibrino plaquetario), que luego serán infectadas por microorganismos circulantes.

TABLA 3.38

MICROORGANISMOS RESPONSABLES DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

	Población general**	Drogadictos***		Endocarditis protésica****	
		Derecha	Izquierda o mixta	Precoz	Tardía
Estafilococos	23,5**	79	23,5	46	38,8
<i>S. aureus</i>	21	77	23	17,5	11
<i>S. epidermidis</i>	2,5	2	0,5	28,5	27,5
Estreptococos	56	4,5	39,5	10	39
Grupo <i>viridans</i>	31	0,5	10,5	3	24
Enterococo	7	2	26	NE	NE
Otros	18	2	3	7	15
Bacilos gramnegativos	4	6,5	9,5	19,5	10,5
Difteromorfo	< 0,5	NE	NE	9	4
Miscelánea	3,5	0	3	1,5	2,5
Hongos	2	0	14	13,5	5,5
Polimicrobiana	1,5	4,5	6,5	NE	NE
Hemocultivo negativo	9	5,5	4	NE	NE
Total de episodios de EI	283	157	179	223	239

\* Porcentaje respecto al total de episodios de EI. NE: no especificado.

\*\* Datos obtenidos de Pelletier LJ. *Medicine* 1977; 56:287-313; Garvey GS. *Medicine* 1978; 57:105-127 y Von Reyn F. *Ann Intern. Med.* 1982; 94:505-518. Se han excluido las EI en drogadictos y prótesis valvulares.

\*\*\* Chambers HF. En: Sande MA, Kaye D, Root RK, ed. *Endocarditis*. Nueva York, Churchill Livingstone, 1986; 183-200.

\*\*\*\* Mayer KH. *Prog. Cardiovasc. Dis.* 1982; 25:43-54.



En el 60% de los casos, se encuentra el estafilococo aureus como germen productor. Los estreptococos (viridans, enterococos) le siguen en un 20%. En un 10% la Pseudomona aureoginosa, la S. marcescens y otros bacilos gramnegativos. Casos más aislados los producirían la Eikenella corrodens, Bacillus sp., etcétera. La Candida Albicans puede aislarse en un 10-15% de los casos. Este germen tiene predilección por el corazón izquierdo.

Las válvulas cardíacas más afectadas y por orden de importancia son:

- a) *Tricúspide*: En más del 50% de los casos.
- b) *Mitral y aórtica*: 20-30% de los casos.
- c) *Pulmonar*: En menos del 1% de los casos.

En un 5-10% existe una afección bilateral y sólo en un 10-20% existen factores predisponentes (cardiopatía congénita, valvulopatía reumática, etc...)

El ADVP que presenta una endocarditis suele tener un cuadro febril. Presenta, asimismo, una alteración del estado general que puede oscilar entre un cuadro séptico (grave) y un cuadro pseudogripal (leve). Cuando se afectá el corazón derecho el paciente puede tener tos, dolor torácico (de características pleurales, aumenta al toser), disnea, hemoptisis (expulsión por la boca de sangre procedente del aparato respiratorio). El soplo cardíaco de insuficiencia tricuspídea, puede faltar en ocasiones, ya que es una manifestación clínica que aparece tardíamente. Son frecuentes los fenómenos embólicos pulmonares, apareciendo infiltrados pulmonares redondeados o segmentarios que pueden cavitarse, dar un derrame pleural y posteriormente un enfisema (hasta en el 75% de las radiografías de tórax).

Las artralgias y la esplenomegalia (crecimiento anormal del bazo) pueden faltar. La insuficiencia cardíaca es excepcional. En el caso de que sea el lado izquierdo cardíaco el que se halle afectado, las manifestaciones clínicas son semejantes a las de una endocarditis que afecte a válvulas nativas de la población no adicta. En este caso se asociará la fiebre a manifestaciones musculoesqueléticas, neurológicas o secundarias a embolismos periféricos que

TABLA 3.39

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA ESTREPTOCÓCICA Y ESTAFILOCÓCICA

Germen	Antibióticos	Duración	Alergia a la penicilina	Duración
Estreptococos sensibles				
a la penicilina (CIM < 0,2 µg/ml)				
Penicilina G 12-18 x 10 <sup>6</sup> U/i.v./día* + estreptomina 0,5 g/i.m./12 h		2 semanas	Vancomicina 0,5 g/i.v./día o cefalotina 2 g/i.v./4 h	4 semanas
> 65 años, insuficiencia renal o disfunción VIII par craneal:		4 semanas		
Penicilina G 12-18 x 10 <sup>6</sup> U/i.v./día		4 semanas		
SE: Penicilina G 12-18 x 10 <sup>6</sup> U/i.v./día + estreptomina 0,5 g/i.m./12 h		2 semanas		
Estreptococos resistentes				
a la penicilina (CIM ≥ 0,2 µg/ml)				
Penicilina 18-24 x 10 <sup>6</sup> U/i.v./día o ampicilina 12-16 g/i.v./día + estreptomina 0,5 g/i.m./12 h o gentamicina 1 mg/kg/i.v./8 h		4 semanas	Vancomicina 0,5 g/i.v./6 h + estreptomina 0,5 g/i.m./12 h o gentamicina 1 mg/kg/8 horas	4-6 semanas
SE: Mismo tratamiento		6 semanas		
Estafilococos				
Meticilín-sensibles				
Cloxacilina 9-12 g/i.v./día + gentamicina 1 mg/kg/i.v./8 h**		4 semanas	Vancomicina 2 g/i.v./día + gentamicina 1 mg/kg/i.v./8 h	4-6 semanas
SE: Mismo tratamiento		5 días		5 días
Meticilín-resistentes				
Vancomicina 2 g/i.v./día + rifampicina*** 0,9-1,2 g/p.o./día + gentamicina 1 mg/kg/i.v./8 h		4-6 semanas		
		4-6 semanas		
		2 semanas		

\* También puede administrarse penicilina G procaína, 1,2 x 10<sup>6</sup> U/i.m./6 horas.

\*\* En El por *S. aureus*, si existe una pobre respuesta clínica a los 7 días se puede mantener la gentamicina hasta 14 días y añadir rifampicina (0,9-1,2 g/día).

\*\*\* No se conoce bien el papel de la rifampicina en el tratamiento de la EI por *S. aureus* metilín-resistente.

SE: situaciones especiales: existencia de cepas tolerantes, evolución superior a 3 meses, presencia de vegetaciones en el ecocardiograma o de metástasis sépticas y en la endocarditis sobre válvula protésica.



pueden constituir la forma de inicio de la infección.

El diagnóstico se basará en la clínica, analítica general, radiología, ecocardiograma y en el hemocultivo (la recogida de muestras se hará anterior a cualquier tratamiento antibiótico).

En cuanto al pronóstico, la mortalidad en los ADVP oscila entre el 5-40%, dependiendo de la causa, el lado del corazón que se afecta (peor si se afecta el lado izquierdo), la edad, la demora de instaurar el tratamiento, la insuficiencia cardíaca, etc... El pronóstico de la endocarditis estafilocócica derecha es muy bueno (mortalidad menor del 11%); mientras que empeora si se afecta el lado izquierdo (aórtica) y en especial si se debe a bacilos gramnegativos y hongos (Candidas). La insuficiencia cardíaca y los embolismos sistémicos son la principal causa de mortalidad.

Con respecto al tratamiento antibiótico dependerá del germen aislado. Dicho tratamiento será hospitalario; aunque podemos iniciar un tratamiento empírico después de tomar muestras para el cultivo.

Así, en la EI por estafilococo aureus se usará 8-12 g/día de Cloxacilina por V.E.V. durante 4-6 semanas. Si la afección es izquierda o el paciente presenta un grave deterioro del estado general, puede asociarse durante la primera semana un aminoglucósido (Gentamicina o Tobramicina).

Si el paciente es alérgico a la penicilina o el estafilococo es meticilín resistente, el tratamiento se hará con Vancomicina 2 g/día/4-6 semanas.

El tratamiento de las E.I. por *S. marcescens* y *Pseudomona* suelen ser médico-quirúrgicas. Pero el problema, en estos casos, es que son pacientes que suelen recaer en su hábito tóxico y suelen regresar con endocarditis protésica (de la válvula artificial que se implanta en el caso de restauración quirúrgica). En el caso de una afectación de la válvula tricúspide, el tratamiento quirúrgico de elección será la valvulectomía sin recambio valvular.

## TROMBOFLEBITIS SÉPTICAS

Infección endovascular (Endo = dentro de) grave. Puede aparecer en cualquier localización (donde el adicto se inyecte); aunque, es más frecuente en las extremidades superiores.

Dentro de la sintomatología clínica destacaremos la fiebre, los escalofríos, taquicardia (aceleración del ritmo cardíaco), desasosiego. Junto a todo esto, apreciamos (sobre todo si es una tromboflebitis superficial) signos inflamatorios a lo largo del trayecto venoso afectado. La compresión del cordón venoso puede favorecer la expulsión de pus por el extremo proximal. Las tromboflebitis sépticas pueden producir embolismos pulmonares sépticos; que incluso llegan a confundir con una endocarditis derecha. La infección puede llegar a afectar las venas intratorácicas. Los hemocultivos suelen ser  $\ominus$ .

El tratamiento de elección es la antibioterapia y la exéresis de la vena afectada (extracción quirúrgica).

**Dr. JOSÉ M.<sup>a</sup> VÁZQUEZ VÁZQUEZ**  
Director médico

---

## BIBLIOGRAFÍA

- A. Muño y V. J. González:** Drogadicto con fiebre. Medicina Integral, vol. 16. Julio-Agosto de 1990.  
**Manual Merk:** 8.<sup>a</sup> edición 1989.  
**Farreras-Rozman:** Medicina Interna. Infecciones en ADVP. 1988.  
**García de la Fuente, A.; Guisasola Zulueta, C.; García Castaño, J.; García Vega, R.:** Infecciones en drogadictos. Información terapéutica de la Seguridad Social 1988; 12: 210-9417.





JOSEP Ma. VIDAL ELÍAS

Colegiado número 19.826-7

# «EL INSOMNIO»

El trastorno del sueño más común o por el que suelen consultar la mayoría de los pacientes, es el *insomnio*. Se considera que una persona padece de insomnio cuando presenta dificultad para dormirse, duerme poco y/o se despierta muy fácilmente. También se define, popularmente, como la alteración en la duración, profundidad o propiedades restauradoras del mismo. La profundidad y duración del sueño son tan variables y las quejas de insomnio tan comunes (y más lo son en nuestra consulta, como un problema añadido a la desintoxicación) que dificultan investigar cuando deben considerarse como anormales dichas quejas.

En diferentes estudios realizados podemos constatar esta problemática; así, en un estudio médico realizado sobre una muestra de 2.000 españoles, mitad hombres y mitad mujeres, de edades entre 16 y 65 años, se demuestra que el 22,6% de la población padece insomnio, en cualquiera de sus presentaciones. Según dicha encuesta, realizada por el Instituto DYM y la participación de los Laboratorios Pensa-Grupo Esteve, el problema afecta más a las mujeres que a los hombres (14,3% frente a un 8,2%). De dicho trabajo se deduce que como causa más significativa que conduce al insomnio destaca el estrés, seguido de los problemas en la actividad laboral.

Cabe destacar que los encuestados insomnes, a pesar de ser conscientes de serlo, no toman ningún tipo de recurso farmacológico para combatir su problema de sueño en un 50%. Y ello se debe a que son conscientes de que el consumo de dichos psicofármacos inductores del sueño pueden crear cierta dependencia y/o otros efectos secundarios.

## EL SUEÑO

Existe una gran variabilidad en la duración y profundidad del sueño. El tiempo empleado para dormir varía entre 4 y 10 horas diarias, con una media de 8, por lo que se puede decir que nos pasamos aproximadamente un tercio de nuestra vida durmiendo. Este tiempo destinado al sueño varía, también, según la edad del individuo. Los neonatos duermen dos terceras partes de las horas del día; este período se reduce hasta ser igual al del adulto al completarse el desarrollo corporal. En edades avanzadas este período presenta una nueva reducción.

Por otra parte, las horas de sueño varían enormemente según las circunstancias. Durante las épocas de mayor rendimiento, dormimos menos, del mismo modo que en situaciones de estrés o ansiedad. También varía con la actividad corporal o laboral (aumenta la duración y profundidad con el ejercicio físico).

### Anatomofisiología del sueño normal

El metabolismo del ser humano se rige según unos patrones temporales, que condicionan oscilaciones endógenas por períodos de 24 horas, que cada día se ponen en funcionamiento con la luz. El centro de estas oscilaciones circadianas se localiza en los núcleos supraquiasmáticos del hipotálamo (cerebro), que reciben los impulsos directamente de la vía óptica que las pone en funcionamiento. Son, asimismo, poderosos y persistentes determinantes de los estados de vigilia y sueño del organismo. Así, las personas que realizan viajes transmeridianos presentan mo-

lestos problemas a los nuevos horarios, con fatiga debida a la falta de sueño. El mejor antídoto es permanecer despiertos todo el día hasta llegar a la nueva hora de irse a dormir y tomar un sedante de acción corta al acostarse.

El sueño aparece como consecuencia de la desactivación de los sistemas que mantienen el estado de vigilia y de la progresiva activación de los mecanismos del sueño. El sistema *hipnagónico* responsable del mismo se localiza en los núcleos serotoninérgicos del rafe dorsal, los noradrenérgicos del *locus coeruleus* y en los colinérgicos gigantocelulares del tegmento, todos ellos situados en la protuberancia del tronco cerebral. Durante la vigilia, las neuronas aminérgicas mantienen una inhibición activa de las neuronas colinérgicas. Cuando el paciente empieza a adormilarse, la inhibición aminérgica decrece hasta llegar a un umbral en el cual el individuo cae dormido. Se entra, entonces, en la primera fase del sueño denominada *fase de movimientos oculares no rápidos* (fase no-REM). Este umbral entre vigilia y sueño puede variar por influencias externas (ruidos...) o endógenas (corticales, musculares,...); en esta fase aumenta la excitación colinérgica y disminuye la inhibición aminérgica. Cuando esto se hace máximo el sujeto entra en una segunda fase del sueño, la *fase de los movimientos oculares o fase REM*. Parece, pues, que durante las distintas fases del sueño la actividad de estos grupos neuronales fluctúa periódicamente de forma opuesta, pero sin que el individuo se despierte. En el transcurso de la noche se producen 4-5 ciclos bifásicos (no REM/REM) de 90-100 minutos cada ciclo. Durante la *fase no-REM*, también deno-



*minada de ondas lentas o sueño sincronizado*, se produce un progresivo enlentecimiento de las ondas del EEG con una disminución del tono muscular, de la frecuencia cardíaca y respiratoria y de la tensión arterial. Se divide en cuatro estadios, siendo el III-IV de sueño profundo y de difícil despertar.

A esta fase, le sigue otra denominada *fase REM, de ondas rápidas o sueño desincronizado*, que cierra el ciclo, con una reactivación progresiva del EEG y de las funciones autonómicas, excepto el tono muscular, que llega a una casi parálisis atónica de todos los músculos, excepto los oculares. En este momento los individuos se despiertan fácilmente y recuerdan los sueños vividos. Esta fase REM ocupa el 20-25% del total del tiempo dormido. Destacan, también, las alteraciones endocrinas, como un incremento en la secreción de hormona del crecimiento, durante las dos primeras horas del sueño y la secreción de ACTH-cortisol, como incrementos individuales, durante la última mitad del sueño, cuya acumulación produce las elevadas concentraciones del despertar. También, tanto en hombres como en mujeres, se produce un aumento en la secreción de prolactina.

#### **Efectos de la falta de sueño**

Los seres humanos privados de sueño no-REM y REM durante periodos de 60-200 horas sufren fatiga e irritabilidad en aumento y no pueden concentrarse. Penetran a la conciencia ilusiones y alucinaciones, principalmente en los campos sensorial, visual y táctil, haciéndose más intensas a medida que se prolonga el período de falta de sueño. El rendimiento en las tareas motoras se deteriora. La motivación declina y las actividades son interrumpidas por lapsos de atención.

Los signos *neurológicos*: nistagmo leve y rápido, un leve temblor en las manos, ptosis de los párpados y lentitud del habla, con defectos en la pronunciación y elección incorrecta de las palabras. En el EEG se aprecia disminución de las ondas alfa, y el cerrar los ojos no produce ya una actividad alfa.

La recuperación después de una privación profunda de sueño muestra que la cantidad de sueño

requerida para recuperarlo NUNCA es igual a la perdida; durante el primer período de recuperación del sueño, el sujeto cae rápidamente en la etapa IV del no-REM, con disminución del sueño REM; para la segunda noche, hay sueño REM "de rebote" que excede al del período de privación.

La privación TOTAL del sueño REM no puede mantenerse por más de unos cuantos días. Episodios de sueños REM comienzan a entremezclarse más rápidamente en el estado de vigilia, haciendo imposible mantener una privación total. No hay pruebas convincentes de que la privación selectiva de sueño REM conduzca a inestabilidad psicológica o PSICOSIS.

#### **Clasificación en los trastornos del sueño**

Las alteraciones del sueño pueden presentarse en cualquier período de la vida. Algunas son específicas de edad, como la enuresis nocturna, los terrores nocturnos y el sonambulismo en los niños y adolescentes y el insomnio y el hiperinsomnio en la edad adulta y avanzada. Otros como el síndrome de narcolepsia y cataplejía pueden iniciarse en la niñez y persistir durante toda la vida.

a) **Trastornos que cursan con dificultad en iniciar o mantener el sueño**, INSOMNIOS, debido a una hiperactividad aminérgica y/o hipoactividad colinérgica, como ocurre en las situaciones de estrés, ansiedad o tratamientos con anfetaminas.

b) **Trastorno con somnolencia excesiva**, HIPERSOMNIAS, con una hiperactividad colinérgica y/o hipoactividad aminérgica, como ocurre en el aburrimiento, depresión o narcolepsia.

c) **Situaciones con comportamiento anormal durante el sueño**, PARASOMNIAS, con disociaciones temporales de los distintos componentes del sueño por mala coordinación de los subsistemas que controlan los pasos de vigilia a sueño y viceversa. Destacan sonambulismo, terrores nocturnos, enuresis...

#### **- INSOMNIO**

El insomnio puede presentarse como el trastorno principal o coincidir con otras alteraciones del sueño, como los síndromes de hiperventilación y apnea. El insomnio también puede ser una manifestación secundaria de trastornos afectivos, psiconeurosis o ansiedad, u ocurrir con el uso de fármacos o alcohol.

No pueden establecerse patrones precisos en esta definición y el dormir poco se considerará un trastorno del sueño cuando ello suponga un problema para el paciente.

Podemos observar con todo lo dicho hasta ahora, que el problema del insomnio es de *frecuente aparición en los pacientes toxicómanos*, más aún cuando inician un tratamiento de desintoxicación, por cuanto interfiere en el mismo, a veces, de manera muy significativa.



En los pacientes con insomnio se observa una reducción de la duración de los estadios III-IV de la fase no-REM, con una duración de la fase REM normal o acortada.

a) El 85% de los casos de insomnio son debidos a *Trastornos Psiquiátricos* como ansiedad, neurosis obsesivas, esquizofrenias y síndromes maniaco-depresivos. Las personas jóvenes admiten con facilidad la relación entre insomnio y problemas como ansiedad o depresión; pero los adultos no.

b) El ALCOHOL es un buen agente depresor de la actividad de sistema nervioso con efectos a corto y largo plazo sobre el sueño. Durante la primera parte de la noche, suprime la fase REM junto a una abolición de los cambios de postura que explica las compresiones nerviosas que presentan los pacientes alcohólicos en los casos de intoxicación aguda de enol. Al final de la noche se despiertan fácilmente y les es difícil conciliar el sueño. A largo plazo esta supresión de la fase REM desempeña un papel en el inicio de la *alucinosis alcohólica*. El alcohólico crónico al suspender totalmente la ingestión presenta un retorno al sueño normal en un término de unas dos semanas, plazo que puede alargarse.

c) Otras causas de insomnio son *problemas médicos* como la FIEBRE que suprime la fase REM del sueño, o el DOLOR que despierta al paciente por la noche (radiculalgias, úlceras pépticas,...). Algunos pacientes con insuficiencia respiratoria o cardíaca pueden despertarse por estimulación anóxica de la formación reticular del tronco secundaria o descompensaciones de su patología basal.

d) Antes de iniciar tratamientos farmacológicos de los insomnios, se deben intentar corregir los problemas médicos o ambientales que pudiera presentar el paciente. La *utilización de fármacos, sedantes o hipnóticos debe retrasarse, ya que estos medicamentos pueden producir adicción cuando se administran largo tiempo*, motivan un rebote del insomnio cuando se abandona el tratamiento que obliga al paciente a reiniciar la ingesta del fármaco y, además, dado el tiempo de acción de las mismas interferir con las tareas diurnas. Finalmente, merece señalarse que estos fármacos **pueden producir insom-**

**nio por sí mismos, como una manifestación más del síndrome de adicción que provocan.**

Los estudios del sueño en pacientes que estaban utilizando en forma *regular y crónica agentes hipnóticos* demostró que el sueño es interrumpido con frecuencia, y que duran despiertos más de cinco minutos, en especial durante la segunda parte de la noche. A medida que disminuye la eficacia del fármaco, cada noche ocurre una supresión parcial, lo cual contribuye al despertar temprano por las mañanas.

El patrón del sueño se altera mucho después de la supresión rápida o aguda de agentes hipnóticos que han sido usados en forma crónica en dosis elevadas. Aparece un alto porcentaje de sueño REM. Además, aparecen durante el día síntomas de inquietud, nerviosismo, dolores musculares...

#### Tratamiento del insomnio

Teniendo en cuenta la variedad de factores que intervienen en el origen y mantenimiento del insomnio, **el tratamiento más eficaz es el que combina medidas de diversa índole tales como higiénicas, psicoterapéuticas y farmacológicas. El uso de un solo tipo de medidas no suele dar buenos resultados.**

a) *Las medidas higiénicas* y los cambios de estilo de vida se dirigen a la supresión de hábitos erróneos y sus sustitución por otros con más valor adaptativo.

En primer lugar hay que regula-

rizar los horarios de sueño, aunque de manera flexible, evitando las grandes variaciones en la duración del mismo. La mayoría de los adultos tiene bastante con 7 u 8 horas de sueño diarias.

El ambiente en el que se duerme debe adecuarse a las preferencias del paciente; así, el paciente debe tener la expectativa de poder dormir, ya que la impresión de no conseguirlo aumenta la dificultad.

Por otra parte hay que tratar de eliminar todos aquellos estímulos ambientales susceptibles de perturbar el sueño, ya sea el excesivo ruido, la iluminación excesiva o las temperaturas extremas de frío y calor. También la cama y el hábito diario de dormir en la misma.

El ejercicio físico es beneficioso cuando se practica de forma regular y a una hora que no esté próxima a la de irse a dormir. Cuando se practica esporádicamente o poco antes de acostarse puede empeorar el insomnio el día que se practica.

La nutrición adecuada es importante para obtener un buen sueño, más que por su composición, por la regularidad de los hábitos alimenticios y el mantenimiento de un peso corporal normal.

Dado el *efecto negativo* que tienen algunas sustancias sobre el sueño, como la cafeína, nicotina, el alcohol, barbitúricos (de acción muy corta), opiáceos, tranquilizantes del tipo benzodiacepinas (Librium, Tranxilium...), anfetaminas, metildopa, cimetidina, anticonceptivos orales,..., hay que desacon-



sejar su uso para el paciente con insomnio.

b) *Las técnicas psicoterapéuticas* a utilizar en el paciente insomne van desde las conductuales y cognitivas a las de apoyo e introspectivas.

La meta es conseguir una mejor adaptación del individuo a la situación, con una modificación de la higiene y estilo de vida, establecimiento de mejores mecanismos para afrontar las situaciones de estrés, expresar las emociones adecuadamente, desarrollar la capacidad de introspección para la vulnerabilidad personal, mejoramiento de las relaciones interpersonales y, por lo tanto, aumentar el funcionamiento global.

Todo ello mucho mejor para el insomnio TRANSITORIO que para el insomnio CRÓNICO, con mayor resistencia a la exploración, incumplimiento de las medidas higiénicas, excesiva dependencia del médico y mal seguimiento de la terapia farmacológica.

c) *Uso de fármacos, constituye una medida de tipo auxiliar.* En la mayoría de los pacientes se recomiendan las benzodicepinas; también los antidepresivos o neurolépticos pueden tener utilidad. En el tratamiento del insomnio con antidepresivos los indicados son los tricíclicos sedantes tales como la amitriptilina o la doxepina, que deben administrarse a la hora de acostarse, cuando es más necesaria la sedación.

En los pacientes psicóticos con insomnio, los neurolépticos a administrar son los de tipo sedante, como clorpromacina, levomepromacina.

*Las benzodicepinas son los fármacos hipnóticos de elección, habiendo desplazado a los barbitúricos por su mayor margen de seguridad. Deben prescribirse sólo para las indicaciones apropiadas, según el paciente y su situación, para aliviar el síntoma y facilitar la relación médico-paciente que permita la utilización de las otras mo-*

dalidades terapéuticas ya mencionadas. **Su prescripción debe ser por periodos cortos,** recomendando un descanso si su uso debe prolongarse. Además deben suprimirse medicaciones inadecuadas que interfieran, pudiendo ser la misma otra benzodicepina, que se debe suprimir de manera gradual, para sustituirla por una adecuada que conduce a la mejoría del sueño. No deberían prescribirse más allá de 2-3 semanas.

Tanto el insomnio transitorio como el crónico pueden estar relacionados con un cuadro ansioso. En este caso se puede utilizar un ansiolítico, ya sea distribuido en varias tomas durante el día con la mayor dosis por la noche o en dosis única y suficiente a la hora de acostarse, si la duración de acción del fármaco es prolongada.

Los pacientes requieren mantener un estado diurno de alerta por lo que se utilizarán hipnóticos que carezcan de efectos diurnos. Tal vez los más apropiados sean los de duración intermedia, que tienen un comienzo rápido de acción, mantienen el sueño, y el insomnio y/o ansiedad de rebote son menos probables que con los de corta duración.

Hay otros efectos secundarios como el insomnio matutino precoz y la ansiedad diurna. Ambas son manifestaciones de hiperexcitabilidad del sistema nervioso central y son muy perturbadores para el paciente. *El insomnio matutino precoz* es un aumento significativo del tiempo que pasa despierto el paciente en las dos últimas horas del período nocturno, con un aumento de la tensión y ansiedad al día siguiente de la administración del fármaco. Ello da lugar a su consumo diurno y a DEPENDENCIA (fenómeno frecuentísimo en los pacientes toxicómanos, tanto en fase de adicción aguda como en fase de desintoxicación).

Ello es debido a la TOLERANCIA que crean las benzodicepinas de semivida corta durante una

o dos semanas, y no aparecen con las de semivida prolongada.

Un efecto secundario inesperado es la AMNESIA, muy relacionada con ciertos fármacos como el Loracepam (Orfidal-R), Flunitrazepam (Rohipnol-R) y Triazolam (Halción-R); con este último hay amnesia anterógrada, que llega a episodios de amnesia transitoria global.

Los fenómenos de abstinencia y dependencia de las benzodicepinas dan lugar al INSOMNIO por rebote y la ANSIEDAD por rebote.

El insomnio por rebote se caracteriza por un marcado empeoramiento del sueño, superior a los niveles previos a la administración del fármaco cuando se suprime éste. Es frecuente, inmediato e intenso con las benzodicepinas de eliminación más rápida. Lo mismo ocurre con la ansiedad por rebote.

En cambio con las *benzodicepinas de eliminación lenta*, la aparición retardada de los fenómenos de abstinencia hace más difícil que el paciente relacione ambos hechos, con lo que su potencial de DEPENDENCIA sea MENOR.

Los ancianos son, con seguridad, el grupo de edad que más hipnóticos consume, aunque muchos no tienen la necesidad real de los mismos. El patrón de sueño se altera de forma característica con la edad, alargando el período de latencia y aumentando los despertares nocturnos, conllevando un fraccionamiento del sueño a lo largo de las 24 horas.

La administración de los hipnóticos debe ser cuidadosa por sus efectos secundarios y la interacción que pueden realizar con los diversos fármacos que tome el anciano. La dosis requerida por el mismo es menor que en el adulto, siendo poco indicados los de acción prolongada y muchos mejores los de acción intermedia.



TABLA III

**INTERACCIONES DE LAS BENZODIAZEPINAS\* (BZ) (11)**

Fármaco	Mecanismo	Efecto	Actitud terapéutica
Alcohol Disulfiram	Interacción farmacodinámica Oxidación hepática	Depresión del SNC Sedación	Evitar la asociación  Reducir la dosis o utilizar: Lorazepán, Oxazepán o Temazepán
Cimetidina	Oxidación hepática	Sedación	Reducir la dosis o utilizar: Lorazepán, Oxazepán o Temazepán
Isoniacida	Oxidación hepática	Sedación	Reducir la dosis a utilizar: Lorazepán, Oxazepán o Temazepán
Anticonceptivos orales	Oxidación hepática	Sedación	Reducir la dosis a utilizar: Lorazepán, Oxazepán o Temazepán
Levodopa	Efecto colinérgico de la BA (?)	Efecto Antiparkinsoniano	

\* La mayoría de las BZ agotan su efecto a través de la oxidación a nivel hepático. Lorazepán, Oxazepán y Temazepán que sufren glucuronconjugación no se afectan por los fármacos indicados.

TABLA IV

**MANEJO FARMACOLÓGICO RACIONAL DEL INSOMNIO (6)**

Grupo farmacológico	Fármacos	Dosis sugerida + (mg)	Indicaciones clínicas
Hipnóticos de larga duración de acción con efecto residual en administración crónica (eliminación lenta)	Clorazepato	(7,5-15)	Insomnio transitorio o de corta evolución acompañado de ansiedad (Clorazepato)
	Flurazepán	(7,5-15)	
	Diazepán	(5-10)	Insomnio crónico
	Nitrazepán	(5-15)	
Hipnóticos de acción intermedia (eliminación rápida)	Brotizolam	(0,125-0,25)	Insomnio de corta evolución cuando el problema consiste en mantener el sueño (a) (si la ansiedad no domina el cuadro clínico)
	Zopiclona *	(3,75-7,5)	
	Zolpidem *	(10-20)	
	Clometiazol (en viejos)	(500)	
Hipnóticos de acción corta (fase de distribución marcada)	Lormetazepán (a)	(0,5-1)	Insomnio transitorio cuando hay dificultad para inducir el sueño (por ambientes no familiares, ruidosos, etc.)
Hipnóticos de acción ultracorta (eliminación muy rápida)	Temazepán (b)	(10-20)	
	Triazolán	(0,125-0,25)	
	Midazolán *	(7,5)	

+ La dosis más baja está indicada en ancianos e inicialmente en los adultos.

\* No comercializados en España.

(a) Hasta ahora se utilizaban mitrozepán o incluso flurazepán.

(b) Con dosis más altas de las sugeridas pueden prolongar su efecto durante la noche, pero podrían aparecer efectos residuales (amnesia anterógrada) e insomnio de rebote. No es, pues, aconsejable utilizarlas.



TABLA V

**Velocidad de absorción de algunas de las benzodiazepinas más usadas**

Fármaco	Máxima concentración plasmática (horas después de la administración)
<b>Rápida</b> Diacepam Desmetildiacepam (metabolito de Cloracepato dipotásico) Fluracepam	Menos de 1,2 horas
<b>Intermedia</b> Triazolam Alprazolam Loracepam	1,2 a 2 horas
<b>Lenta</b> Oxacepam	2 a 3 horas

TABLA VI

**Semivida de eliminación de distintas benzodiazepinas usadas en España (incluyendo metabolitos activos)**

Larga (<24 horas)	Intermedia-Corta (5-24 horas)	Ultracorta (<5 horas)
Clobazam Clonacepam Cloracepato Clordiacepóxido Diacepam Fluracepam Halacepam Ketazolam	Alprazolam Bromacepam Flunitracepam Loprazolam Loracepam Lormetacepam Nitracepam Oxacepam	Triazolam

*(Criterios tomados de Greenblatt, D. J. Shader, R. I. Divoll, M. y Harmatz, J. S.: Benzodiazepines: A summary of pharmacokinetic properties. Br. J. Clin. Pharmac. (1981), 11; 11S-16S).*

**BIBLIOGRAFÍA**

**Farreras-Rozman:** Medicina Interna. Trastornos del Sueño. Indécima edición, 1988. 1274-1278.  
**Harriao:** Principios de Medicina Interna. Trastornos del Sueño. Décima edición, 1986, 163-168.  
**Dr. de Abajo, F. J.; Prof. Sánchez-García, P.:** Manejo farmacológico del insomnio. I.T. de la SS., vol. 11, núm. 12, diciembre 1987.  
 Benzodiazepinas e Insomnio. Servicio bibliográfico SANOFI. Labaz.



# «VENTANA AL NORTE»

Navarra, octubre 1990

De nuevo y desde la aldea navarra en donde vivo, asomo la mirada por la ventana y miro hacia el norte, agradeciendo una vez más a la "COORDINADORA NACIONAL DE LA LUCHA ANTIDROGA" el darme ocasión para poder, a través de este escrito, dirigirme de nuevo a la audiencia lectora de la revista **ANTI-DROGA**.

No pretendo con mis escritos acusar a nadie de nada en concreto, ni erigirme como poseedor de la verdad absoluta, sólo es el deseo de ver "in situ" el poder destructivo de la Droga, las reacciones oficiales y particulares al respecto, y poder transmitir a los lectores de esta revista la particular y humilde opinión de quien suscribe este artículo. Por otra parte, no deseo ni quiero ser un espectador pasivo de esta lacra social que mata y destruye a la juventud.

¡Ojalá! que mis palabras escritas fueran como dardos clavados en las conciencias dormidas, de aquellos que pueden y nada hacen para buscar o apoyar soluciones a la problemática de la drogodependencia. ¡Ojalá! pudiera ser tan sólo la piedra para afilar el bisturí que pudiera cercenar el cáncer de la Droga, por eso quizás, no me importaría herir la sensibilidad humana, si con ello se consiguiera una reacción coherente, objetiva y práctica de quienes hasta ahora contemplan el problema de la Droga pasivamente, como cosa de "otro" mundo, que nada tiene que ver con ellos y, por tanto, no tienen el porqué preocuparse.

Días atrás, un señor de Vitoria (Álava) aseguraba que sus hijos jamás caerían en la trampa de la Droga porque él ya tomaba sus medidas precautorias, ya que iba con sus hijos a visitar la zona en donde habitualmente se encuentran drogodependientes y varios de ellos con síntomas de estar pasando el "mono" (léase síndrome de abstinencia) y les ponía como ejemplo negativo de las consecuencias de la Droga, advirtiéndoles de lo que nunca debían hacer: ser drogadictos. También dicho señor (propietario de un comercio en la capital alavesa) dijo que en Navidad invitaba a uno o dos de estos jóvenes drogadictos a comer en su casa, después charlaba con ellos tratando de concienciarles de lo equivocado del camino por donde andaban, se interesaba por sus familiares más próximos y les invitaba a ponerse en contacto con ellos telefónicamente, comentaba que algunos hacía varios años que no sabían de su familia, pero él insistía razonándoles que en fechas tan señaladas era una buena ocasión para tratar de reanudar sus relaciones familiares.



Sr. Jesús Esteve Roca

Todo esto fue lo que el referido señor le contó a una señorita colaboradora en Vitoria de la revista **ANTIDROGA**, cuando fue a visitarlo para solicitarle una colaboración para el portavoz de la Coordinadora Nacional de la Lucha Antidroga, con ello trató o intentó demostrar que él ya hacía a nivel personal, lo que debía de hacer con respecto al problema social de la Droga, por lo tanto no tenía el porqué colaborar con la Coordinadora a través de la revista **ANTIDROGA**.

Nada tengo que objetar en contra del derecho que le asiste a este señor, y a cualquier otro, a negarse a colaborar con la Coordinadora Nacional de la Lucha Antidroga, a través de su revista, yo estoy seguro que las dificultades económicas acrecentan el ánimo de todo el equipo de profesionales de esta Coordinadora para permanecer unidos en un frente común de lucha sin cuartel contra la Droga. Gracias a Dios son muchas, y cada día más, las personas, empresas y comercios que no escatiman sus donativos, a través de esta revista, para que la Coordinadora pueda seguir inaugurando nuevos centros asistenciales y poder seguir sufragando los gastos que supone día a día su mantenimiento.

No es la cuestión crematística lo que me ha impulsado a comentar la anécdota, sino los hechos en sí. Pienso que el hecho de invitar a uno o dos drogadictos a comer un día en su casa no soluciona nada, salvo "creerse" con un deber cumplido que alivia su conciencia al respecto, hacerlo además el día de Navidad tan sólo pone de manifiesto la terrible soledad del enfermo adicto a la Droga.

Sí, ya sé que intenta que conecten telefónicamente con sus padres o familiares más próximos, creo que la mayoría de estos jóvenes lo que más desean hacer es, precisamente, en los momentos más débiles, poder arrojarse con el cariño y comprensión de sus familiares, pero no es menos cierto que estos jóvenes inmersos en mares de incompreensión e indiferencia, son conscientes del daño, quizás involuntario, que han hecho a sus seres más queridos, el remordimiento les impide acercarse de nuevo a ellos, en algunos quizás también el orgullo, conocedores de sus limitaciones sabiéndose no curados, no quieren fracasar de nuevo ante ellos, aún enfermos de la drogodependencia, conocedores de su drogadicción que les hará de nuevo cometer pequeñas o grandes felonías contra sus familiares.

No creo en la coherencia del hijo pródigo que vuelve a su casa aún drogadicto, obsesionado por la próxima dosis, con la voluntad quebradiza por la dro-



godependencia, no puedo creer en esta tónica vuelta al hogar. Por otra parte un hogar normal puede tener la mayor buena voluntad del mundo, pero es muy probable que esté incapacitado para poder y saber hacer todo lo necesario para su curación y reinserción social. Otra cosa sería que tras la comida navideña y la disertación sobre el tema de la Droga, se convenciera a los invitados, ya debidamente concienciados, para que se dejaran acompañar e ingresar en un centro médico-asistencial, sólo así, tratando de dejar a los adictos en manos de verdaderos profesionales, en donde la táctica y la experiencia, apoyadas con la vocacionalidad del equipo asistencial y la verdadera disposición de los enfermos en erradicar su drogodependencia, pueden hacer posible que los adictos encuentren una salida definitiva a la Droga.

En cuanto a llevar a los hijos a contemplar el estado deteriorado, físico y moral de los drogadictos en su elemento me parece, cuanto menos, morboso por su espectáculo y dudosa su objetividad práctica ejemplarizante. Los niños son muy simples en sus deducciones, con una lógica aplastante, y creo que ante el espectáculo se preguntarán: —Si la Droga destruye de este modo, ¿por qué la toman? Si la

Droga hace tanto daño y mata, ¿por qué los mayores que mandan, políticos y policía permiten la elaboración, distribución y venta de la Droga? Quizás ante estas ingenuas preguntas de los niños, nos ruboricemos muchos mayores al no saber darles una respuesta coherente.

Muchas personas cuando se acude a ellas, en demanda de ayuda crematística, para poder seguir luchando contra la Droga desde dentro de cualquier colectivo, fundado por la iniciativa privada o seudo-oficial, responden con la evasiva en forma de muletilla, de que es el Estado el que debe atender este problema, porque ellos ya pagan sus impuestos. Quizás tan sólo tengan algo de razón, pero... ¿qué hacemos al respecto: sentarnos expectantes contemplando la insuficiente atención Estatal sobre el problema? ¿Contemplar impasibles cómo los futuros hombres del mañana caen en las redes de la Droga? ¿Escuchar y leer en los medios de comunicación las muertes que todos los días ocasionan la heroína y otras drogas? ¿Contemplar horrorizados los cientos de miles de jeringuillas que se recogen todos los días en solares, playas, descampados, waters públicos, jardines y en portales de escaleras privadas? ¿Ver hoy la destrucción y muerte del hijo del vecino y esperar



atemorizado a que mañana sea tu propio hijo la próxima víctima de la Droga? De verdad, ¿se puede estar impasiblemente quieto, sin hacer nada para ayudar a evitar este caos?

Mientras tanto, hay gobiernos autónomos que devuelven varios millones de pesetas a Madrid de las asignaciones recibidas, a cargo de los presupuestos generales del Estado para estos menesteres, como entre otros es el caso de La Rioja en el año 1989, por lo visto no había quien supiera utilizar este dinero para la lucha contra la Droga, y no es porque en esta región no tenga incidencia el problema de la drogadicción "haberla haila", con varios muertos en su haber.

Mientras, es noticia la reacción primaria de minorías étnicas como los gitanos o colectivos de asociaciones de vecinos de barrios marginados en la periferia de las grandes ciudades. Y sabemos que se organizan formando comités de vigilancia, también sabemos que algunos de estos comités van armados con navajas, palos de béisbol, varas de junco con virolas de plomo en sus extremidades y alguna que otra pistola, dispuestos a tomarse la justicia por su mano, quizás sin saber que su justa cólera les pueda abocar a cometer un asesinato en la persona de algún pequeño traficante circunstancial que, aparte de ser un drogadicto más, es el menos responsable del tráfico, distribución y venta de la Droga.

¿Hasta cuándo seremos capaces de aguantar el ver cómo día a día, procedentes del campo de la droga, crecen y se multiplican los delincuentes, los chicos y chicas que se prostituyen?

Cada colectivo humano conforma la sociedad en donde convive con sus semejantes. El deterioro de la calidad de nuestra vida social indudablemente emana de nosotros mismos. Creo que en realidad tenemos lo que nos merecemos ya que no hemos sido capaces de luchar unidos por algo mucho mejor para todos. Seguro que los diferentes estratos sociales que conforman nuestra sociedad son el resultado de nuestro trabajo o inoperancia social, de la esplendidez o egoísmo hacia los demás, del pasotismo o interés que demos con las cosas de repercusión social, de nuestra participación social o de la evasión de responsabilidades sociales, de nuestra moral con sensibili-

dad social o la carencia de moral social con un comportamiento antisocial y materialista. La capacidad de exigencia con nosotros mismos con respecto a nuestro comportamiento con los demás, marcará la pauta social del mañana, y será nuestro legado social que dejemos a nuestros hijos, en él pondremos de manifiesto nuestra valentía o cobardía, nuestra sinceridad o hipocresía, en definitiva, nuestra negligencia o eficacia social.

Es temerario nuestro comportamiento de inhibición de las lacras sociales: LA DROGA ES UNA LACRA SOCIAL y por lo tanto, inexcusablemente, es un problema de TODOS. Parece mentira que no nos demos cuenta del submundo que emerge alrededor de la Droga y de las terribles consecuencias que ello supone para todos nosotros.

Cada día es más espantosa la inseguridad ciudadana; según en qué lugares y horas, obliga a muchos ciudadanos a encerrarse en sus casas con el ánimo encogido, temerosos de que si van a dar un paseo pueden sufrir una agresión física para despojarles de su dinero u objetos de valor. Nadie te garantiza que al volver del cine con tu señora, en el medio de la calle o en el portal de tu casa, te asalten unos desesperados que ansiosos por su "dosis" son capaces de cualquier cosa, y estos desgraciados te pongan con mano temblorosa un cuchillo en el cuello y te desvalijen, irónicamente aún te consideras afortunado si al ser desvalijado no has sufrido ninguna herida, pero nunca olvidas los ojos de tus atacantes, desorbitados, llenos de miedo, de ansiedad, de desesperación e inseguridad, capaces de matarse y de matar para anular la ansiedad de su drogadicción, la ansiedad del próximo "pico", la premura en la adquisición de su papelina de droga que calme su maltrecho espíritu de la dependencia.

Hombres de Estado, funcionarios, sacerdotes, empresarios, comerciantes, profesionales, obreros y ciudadanos en general, la problemática de la DROGA es cosa de TODOS, por eso desde la tribuna que me ofrece "VENTANA HACIA EL NORTE" te emplazo a que COLABORES en la medida que te sea posible con la LUCHA ANTIDROGA, no te inhibas socialmente, es mejor para todos y más reconfortante para ti TU PARTICIPACIÓN. Gracias.



# 1. ● HISTORIA DE LAS DROGAS

## INTRODUCCIÓN

El señor requiere cosas del mundo, pero no entra en relación con sus penurias sino a través del siervo, que se ocupa de transformarlo antes. El psiquismo humano depende de aportaciones externas, pero no toca esas materias sino a través del cuerpo, que las metaboliza previamente. Con todo, algunas moléculas no se transforman en nutrición y provocan de modo directo un tono anímico.<sup>1</sup> Desde ojos cartesianos, son modalidades de cosa extensa que incumplen la regla e influyen sobre la cosa pensante. A caballo entre lo material y lo inmaterial, lo milagroso y lo prosaico, por el juego de un mecanismo puramente químico "ciertas sustancias permiten al hombre dar a las sensaciones ordinarias de la vida y a su manera de querer y pensar una forma desacostumbrada".<sup>2</sup>

Aunque el efecto sólo resulte parcial y pasajero, engañoso, aunque nada sea gratis, la posibilidad de afectar el ánimo con un trozo de cosa tangible asegura ampliamente su propia perpetuación. Para los seres humanos comer, dormir, moverse y cosas semejantes resulta inessential (cuando no imposible) en estados como el duelo por la pérdida de un ser querido, el temor intenso, la sensación de fracaso y hasta la simple curiosidad. En ello se manifiesta la superioridad del espíritu sobre sus condiciones de existencia, y en poder afectar los ánimos mismos reside lo esencial de algunos fármacos: potenciando momentáneamente la serenidad, la energía y la percepción permiten reducir del mismo modo la aflicción, la apatía y la rutina psíquica. Esto explica que desde el origen de los tiempos se hayan considerado un don divino, de naturaleza fundamentalmente mágica.

Pero hay también otra manera, típicamente contemporánea, de entender la ebriedad que producen. En el libro *Las drogas y la mente*, que algunos saludan como una obra maestra, su autor lo expone sin rodeos:

"Algunas ratas con electrodos en ciertas regiones del hipotálamo se estimularon más de dos mil veces por hora, durante un día entero. ¡Sorprendente hallazgo! Qué curiosos abismos de depravación se abren ante nuestros ojos. Si fuese humana, esa rata enloquecida de placer presentaría justamente el cuadro de degradación moral del toxicómano que trota la calle en busca de droga, mientras su mujer y sus hijos mueren de hambre en un hotel de mala muerte. ¿Será posible que los neurofisiólogos hayan logrado aquello que ni siquiera el demonio consiguió con todos sus siglos de experiencia? ¿Acaso habrán conseguido inventar una *nueva forma de pecado*?"<sup>3</sup>

En efecto, muchos conciben hoy el uso de ciertas

sustancias como una nueva forma de pecado, y los códigos tipifican esa conducta como nueva forma de delito. "La droga" hace enloquecer de placer al hombre, como el electrodo convenientemente implantado en su hipotálamo hace que la existencia de la rata "se convierta en un largo orgasmo".<sup>4</sup> Se diría que ninguna de estas dos cosas es explicable sin un trasfondo de intenso descontento individual<sup>5</sup>, y que en el caso humano debe achacarse también al malestar general en la cultura, que Freud y otros describieron con lucidez hace ya medio siglo. Sin embargo, la situación ha cambiado considerablemente en la sociedad consumista. Hace medio siglo el malestar social e individual se admitía, mientras ahora "es como si existiera un tabú que prohíbe definir como repugnancia la repugnancia que produce esta sociedad".<sup>6</sup> Quien vulnere dicha regla, sea grupo o sujeto singular, se autoincluye en el bando de los enfermos mentales, y como enfermo mental —además de pecador y delincuente— viene siendo tratado el usuario de drogas ilícitas desde hace algunas décadas.

### *El árbol de la ciencia y el árbol de la vida*

Por otra parte, la angustia y sus lenitivos no agotan el asunto. La psicofarmacología ejemplifica hoy el más irreductible conflicto entre la bendición y la maldición. Desde el lado de la bendición no sólo están innumerables usos terapéuticos y lúdicos —todo lo relativo a la necesidad humana de euforia o buen ánimo—, sino progresos en el conocimiento que potencien dinámicas de aprendizaje y contribuyan a controlar emociones indeseables, fortaleciendo hasta límites insospechados los poderes de la voluntad y el entendimiento; en definitiva, el horizonte es una exploración del espacio interior que alberga un psiquismo como el humano, desarrollado sólo en una pequeña proporción de sus capacidades.

Por el lado de la maldición está el rechazo más o menos consciente de esto —fiel a los mismos criterios de no injerencia que bloquean la experimentación en ingeniería genética—, sumado a dos inconvenientes más precisos; uno es el riesgo individual de intoxicaciones agudas y crónicas, y otro el peligro de grupos que esquiven los estímulos y la indoctrinación común, formando contraculturas o focos simplemente desviados con respecto a uso del tiempo y valores promovidos por los poderes vigentes.

En consecuencia, la misma cosa promete un salto hacia adelante y un paso atrás en la condición humana. El criterio de los neurólogos, prácticamente unánime desde mediados del siglo XIX, es que la química farmacológica ofrece posibilidades superiores a la eliminación del dolor en sus diversas formas, meta ya de por sí asombrosa.<sup>7</sup>



No menos unánime, el criterio de quienes gestionan el control social entiende que, por definición, cualquier sustancia "psicotrópica" es una trampa a las reglas del juego limpio: lesiona por fuerza la constitución psicosomática del usuario, perjudica necesariamente a los demás y traiciona las esperanzas éticas depositadas en sus ciudadanos por los Estados, que tienen derecho a exigir sobriedad porque están atentos a fomentar soluciones sanas al estrés y la neurosis de la vida moderna, encarnadas sobre todo en el culto al deporte de competición.

Se contraponen así como ideales una sociedad sin drogas, libre incluso de las lícitas, y otra donde exista un mercado de todas tan abierto como el de publicaciones o espectáculos, con el refinamiento en la oferta que hay para bebidas alcohólicas, cafés o tabacos. Apoyado lo primero por leyes represivas cada vez más severas, la mayoría de los ciudadanos parece haber hecho suyas las consignas del Estado, aunque minorías numéricamente considerables practican la resistencia pasiva de modo tenaz, alimentando un mercado negro en el que muchos gobiernos y casi todas las policías especializadas participan de modo sobrepticio. El momento presente, alejado tanto de un ideal como del otro, se caracteriza por algo que puede llamarse *era del sucedáneo*, con tasas nunca vistas de envenenados por distintos adulterantes<sup>8</sup>, drogas nuevas que lanzan sin cesar laboratorios clandestinos y millones de personas detenidas, multadas, encarceladas y ejecutadas cada año en el planeta.<sup>9</sup>

### **La densidad del asunto**

Quinto jinete del Apocalipsis, enemigo público número uno, el estrépito exterior generado por el "uso indebido" de ciertas drogas no puede ocultar la estrategia de poder que al mismo tiempo está en juego. Como medios para sentir y pensar de forma desacostumbrada, los vehículos ilícitos de ebriedad son cosas capaces de afectar la vida cotidiana, y en un mundo donde la esfera privada se encuentra cada vez más teledirigida, cualquier cambio en la vida cotidiana constituye potencialmente una revolución. Por lo mismo, el conflicto sanitario es también un destacado problema político, donde para el hombre contemporáneo no sólo está en juego la salud propia, sino un determinado sistema de garantías jurídicas. En una reciente investigación presentada por uno de los organismos vinculados con el sistema de Naciones Unidas<sup>10</sup>, se señala la tendencia general de las legislaciones penales sobre drogas a "apartarse de los principios generales del derecho". En efecto, como vienen declarando reiteradamente sus principales paladines, desde Nixon a Reagan, una guerra eficaz contra las drogas no se concilia con el cuadro tradicional de derechos, ni con la separación de funciones constitucionalmente consagrada, porque requiere intervención del ejército en tareas civiles, presunción de culpa en vez de inocencia, validez para mecanismos de inducción al delito, suspensión de la inviolabilidad del domicilio sin orden de registro, fin del secreto bancario para las cuentas de sospechosos, etc. Sin lugar a dudas, la cruzada farmacológica es el "desafío" más ostensible que asume el Estado norteamericano contemporáneo y, subsiguientemente, los demás Estados.

Al mismo tiempo, en contraste con actos como el homicidio, el robo, la violación, la estafa, etc., donde ha de existir un daño preciso y una víctima que denuncia por sí o a través de sus deudos, la dimensión política del crimen relacionado con drogas se muestra en su tipificación penal: es un delito de puro riesgo o "consumación anticipada", que se cumple sin necesidad de probar un perjuicio concreto seguido para alguien determinado. Como tal delito de riesgo no admite la graduación de responsabilidad que se sigue de distinguir entre autores, cómplices y encubridores, ni entre acto consumado, tentativa y frustración; quienes infrinjan las normas vigentes en esta materia serán siempre autores de un delito consumado, sean cuales sean las circunstancias precisas del caso, y estos precisos rasgos —típicos, por ejemplo, del delito de propaganda ilegal— distinguen los crímenes de desobediencia a una autoridad de los crímenes con víctima física.

La especialísima naturaleza de semejantes delitos se observa en el hecho de que delincuente y víctima pueden (y suelen) ser una idéntica persona, pues la orientación del derecho aquí es proteger al sujeto de sí mismo<sup>11</sup>, de grado o por fuerza, como cuando exige el uso del cinturón de seguridad en los conductores de automóviles. Quizá por eso, la delincuencia ligada directa o indirectamente a drogas ilícitas constituye el capítulo penal singular más importante en gran parte de los países del mundo y, desde luego, en los que se llaman avanzados, donde alcanza cotas próximas a tres cuartas partes de todos los reclusos. En el siglo XVIII y XIX lo equivalente a esta proporción de crímenes relacionados con disidencia farmacológica correspondía a disidencia política, y del XIV al XVII a disidencia religiosa.

Cuando un delito previamente desconocido se eleva a fuente principal de las condenas, y crece en vez de contraerse con la represión, cabe sospechar que encubre un proceso de reorganización en la moral vigente o, como ha dicho un gran escritor, que ha llegado "el tiempo de la mutación".<sup>12</sup> Cierta tipo de solidaridad colectiva se enfrenta a una crisis interna, que rechaza como agente patológico exterior. El recurso no es nuevo, y fortalece vigorosamente los mecanismos de integración social; sin embargo, lo contestado en última instancia es a quién incumbe



definir las pautas de conducta admisible, y de ahí su delicada relación con un compromiso consustancial al sistema democrático, que es proteger la diferencia frente a propuestas uniformizadoras; a juicio de algunos<sup>13</sup>, el problema depende de una solidaridad que asuma la ideología promovida como Mayoría Moral sin descartar los códigos de otras minorías, constitucional aunque no institucionalmente protegidos. Mientras semejante cosa no acontezca —arrostrando momentáneos debilitamientos en la "integración"—, un desprecio multitudinario a la ley como la disidencia farmacológica tiende no sólo a mantenerse, sino a crecer. Una sociedad sin infractores a sus leyes ideológicas sería un fósil, y el crimen de esta índole debe considerarse útil socialmente, pues "no sólo implica que el camino está abierto a los cambios necesarios, sino que en determinados casos prepara esos cambios".<sup>14</sup>

Resulta entonces que la diferencia rechazada por razones morales es al mismo tiempo una producción de moral. A los desviados y a aquellos a quienes se encomienda el control —con el resto de la población como público pasivo del espectáculo— corresponde actualizar el sistema de valores, que ha entrado en crisis por un complejo de motivos, aunque aísla esa concreta cuestión como paradigma del conflicto. En definitiva, cambio social y cambio en la moralidad son aquí una misma cosa. A pesar de la formidable estructura de intereses económicos que ha suscitado la Prohibición, el asunto es y seguirá siendo un asunto de conciencia, similar en más de un sentido al dilema que suscitó el descubrimiento de la imprenta. Tal como el hallazgo de Gutenberg amenazaba con sembrar en el pueblo innumerables errores, que pondrían en cuestión muchos principios considerados intocables, los progresos de la química orgánica amenazan difundir costumbres y actitudes indeseables, que podrían trastornar la distribución de labor y pasatiempo programada para el cuerpo social. Puesto que parte del cuerpo social se niega a dicha programación —con razones parejas a las que reclamaban una abolición de la censura de libros—, el equivalente actual de las fratricidas guerras religiosas es una histeria de masas crónica, explotada muy rentablemente por unos y padecida devastadoramente por otros.

Articuladas en torno al mecanismo de integración colectiva que es el chivo expiatorio, con tales histerias se activa la arcaica dualidad pureza-impureza, y la

conducta particular de ciertas personas se carga mágicamente de riesgos para todos los otros. Es un veneno espiritual disipable como miasma física, que no sugiere investigar causas ni someter las cuestiones a debate, sino métodos quirúrgicos como sajar y amputar, aunque el abceso a la gangrena —el proceso "infeccioso"— sólo existan en sentido figurado. Muchos contemporáneos olvidan que epidémicos o inmundos, exactamente igual que los actuales toxicómanos, fueron considerados también los cristianos y una larga serie de etnias, sectas y hasta profesiones consideradas traición con arreglo a distintos cánones de conformidad social.

### ***El punto de partida para un examen científico***

Cabe pensar que dentro de los sucesivos símbolos de impureza enarbolados por distintas épocas ninguno es menos supersticioso que el error-miasma encarnado por ciertas drogas, y que erradicar determinados cuerpos químicos no puede equipararse sin mala fe a erradicar actitudes religiosas, razas o criterios políticos. Sin embargo, las perplejidades de la cruzada farmacológica comienzan con la propia noción de droga que le sirve de apoyo.

De la Antigüedad nos llega un concepto —ejemplarmente expuesto por el griego *phármakon*— que indica remedio y veneno. No una cosa u otra, sino las dos inseparablemente. Cura y amenaza se solicitan recíprocamente en este orden de cosas. Unos fármacos serán más tóxicos y otros menos, pero ninguno será sustancia inocua o mera ponzoña. Por su parte, la toxicidad es algo expresable matemáticamente, como margen terapéutico o proporción entre dosis activa y dosis mortífera o incapacitante. La frontera entre el prejuicio y el beneficio no existe en la droga, sino en su uso por parte del viviente. Hablar de fármacos buenos y malos era para un pagano tan insólito, desde luego, como hablar de amaneceres culpables y amaneceres inocentes.

Por contrapartida, caracteriza a la cruzada farmacológica prescindir de esta ambivalencia esencial, distinguiendo medicamentos válidos, venenos del espíritu y artículos de alimentación o pasatiempo como las bebidas alcohólicas, el café y el tabaco. Pero no sumamos litros y grados, o kilos y curvas, y si para clasificar las modalidades de algo podemos recurrir a referencias tan distantes como la medicina, un credo



religioso y cierta situación administrativa también los vinos podrían clasificarse en muy caros, tintos y de Jerez o —como sugirió T. Szasz— las aguas en pesada, bendita y del grifo. Factores no menos arbitrarios suman clasificaciones supuestamente más rigurosas como, por ejemplo, la de drogas que crean toxicomanía, drogas que crean mero hábito y drogas inocuas, porque una droga inocua no sería droga, mientras la diferencia entre toxicomanía y mero hábito constituye un juego verbal.

En el origen de semejantes atropellos al sentido común está la evolución semántica experimentada a principios de siglo por el término "narcótico" —del griego *narkoun*, que significa adormecer y sedar— aplicado hasta entonces, sin connotaciones morales, a sustancias inductoras de sueño o sedación. El inglés *narcotics*, traducido al francés como *estupéfiants*, es lo que llamamos "estupefacientes". Al incorporar un sentido moral, los narcóticos perdieron nitidez farmacológica y pasaron a incluir drogas nada inductoras de sedación o sueño, excluyendo una amplia gama de sustancias narcóticas en sentido estricto. Desde el principio, la enumeración hecha por las leyes topó con una enojosa realidad: ni eran todos los que estaban ni estaban todos los que eran. Tras varias décadas de esfuerzo por lograr una definición "técnica" del estupefaciente, la autoridad sanitaria internacional declaró el problema insoluble por extrafarmacológico<sup>15</sup>, proponiendo clasificar las drogas en lícitas e ilícitas.

Sin embargo, la imposibilidad de hallar criterios químicos y fisiológicos pone de relieve hasta qué punto algo puede no ser lo que parece. Aunque a principios de siglo se dijo que el régimen jurídico de ciertas sustancias era una función de su naturaleza farmacológica, el mero transcurso del tiempo se ha encargado de mostrar que la naturaleza farmacológica es una función de su régimen jurídico. Durante los años veinte la ley prohibía en Estados Unidos la difu-

sión libre del opio, la morfina, la cocaína y el alcohol, siendo indiferentes para el derecho penal las demás drogas psicoactivas. Hoy están prohibidas un millar de sustancias, y aunque el alcohol ha dejado de ser una de ellas es evidente que no preocupan unos productos u otros; ya de modo expreso, el principio de que lo no expresamente prohibido está autorizado dejó de regir en Estados Unidos desde la reciente *Designer Drugs Act*, por la cual todo psicofármaco no autorizado previamente debe entenderse inmerso en el mismo régimen de prohibición que los ilegales. En otras palabras, los Estados no tratan ya de controlar la difusión de ciertas drogas, como al comienzo de la cruzada, sino que se consideran en el deber de controlar todo cuerpo con influjo sobre "el juicio, el comportamiento, la percepción o el estado de ánimo", como afirma el Convenio internacional sobre sustancias psicotrópicas de 1971. Es incumbencia suya cualquier modificación química de la conciencia, la ebriedad en general. Así se entiende el caso de un pintor de paredes en Tucson (Arizona), que ha sido condenado en 1982 a dos años de prisión por inspirar un compuesto con bencina, violando una norma según la cual "nadie respirará, inhalará o beberá conscientemente una sustancia volátil que contenga una sustancia tóxica".<sup>16</sup> El ministerio fiscal fundamentó sus cargos en que "los intoxicados con pinturas pueden ponerse violentos".

El Estado teocrático se sentía legitimado para legislar sobre asuntos de conciencia, y en base a ello decretó duras persecuciones de signo "espiritual" contra la herejía, la apostasia y el librepensamiento. Los Estados posteocráticos han desencadenado también cazas de signo parejo —contra la conjura comunista, sionista, burguesa, etc.— y no menos implacables. Sin embargo, hasta 1971 ni la administración teocrática ni la democrática extendieron las facultades del gobierno a vigilar la percepción o el estado de ánimo, aunque desde la más remota antigüedad existieran sobrados fármacos capaces de influir sobre lo

## UNA OBSERVACIÓN

Durante casi tres años, he visto llegar a este Centro infinidad de familias que buscaban en nosotros la solución de sus hijos.

Observo día a día los problemas que crea un toxicómano para sí y para su entorno, y a veces lo sumamente impotentes que nos sentimos al ver que somos totalmente incapaces de conseguir que vean las cosas con realidad.

Por eso hoy sé que nadie que no tenga claro querer dejar la droga, va a poder curarse, la solución de un adicto no está en que su familia quiera que salga, o en que su terapeuta sea un gran profesional, todo esto importa, por supuesto, pero sobre todo tiene que saber que puede curarse, que si él lo desea de verdad, lo conseguirá.

**MARÍA REDONDO GARCÍA**  
Secretaria general



uno y lo otro. Para ser exactos, todavía no existen en una sola Constitución del planeta preceptos donde se diga que el Estado asume dicha supervisión en general y por derecho propio, pues incluso las más afectas a esquemas totalitarios reconocen derechos subjetivos incompatibles con una tutela llevada a tal extremo. Por consiguiente, lo que acontece en materia de drogas habrá de considerarse una *excepción* a la regla que defiende la autonomía de la voluntad individual, basada en motivos excepcionales y circunscrita a lo que tarde en solventarse un problema muy particular.

Ahora bien ¿es esto creíble? ¿No será más bien un indicio de lo que aguarda a colectivos superpoblados, cada vez más próximos al funcionamiento de la colmea y el hormiguero, donde tan discrecional puede ser prohibir cierta dieta como imponer otra, e incluso acabar gobernando con drogas distintas, o las mismas, usando la prerrogativa ya alcanzada de legislar sobre la percepción y el estado de ánimo? ¿Acaso una asociación mundial de gobiernos que prohíben "droga" no está capacitada para —con idéntico fundamento— declarar cuando le apetezca una "panacea"? ¿Puede alguien citar una sola jurisdicción especial que haya sido renunciada voluntariamente por sus titulares, sin una previa liquidación *política* de las pretensiones en que se fundaba? Más concretamente ¿es el sistema puesto en práctica una solución a medio o largo plazo? ¿Es siquiera el mal menor para lo indeseable en este orden de cosas? ¿Quiénes determinaron su establecimiento y quiénes se lucran realmente del mismo en la actualidad? ¿Qué peso relativo tienen allí la economía, la política y la moral? ¿Hasta qué punto el fracaso constituye un soterrado triunfo para quienes hoy apoyan la cruzada?

Cuestiones tales piden *objetividad*, y la frívola polarización contemporánea de actitudes promueve lo contrario, con un desfile de personas y grupos que se declaran a favor o en contra de una entelequia irreal como *la* droga. Salvo comunidades que viven en zonas árticas, desprovistas por completo de vegetación, no hay un solo grupo humano donde no se haya detectado el uso de varios psicofármacos, y si algo salta a la vista en este terreno es que constituye un fenómeno plural en sí, que se manifiesta en una diversidad de tiempos, cubre una amplia variedad de lugares y obedece a una multitud de motivos. No caer en el tópico diálogo de sordos sostenido por partidarios y detractores exige una actitud sistemática o propiamente científica, y la primera condición del talante científico es una crítica que deslinde experiencia y prejuicio, dato cierto y suposición. Al quedar en segundo plano lo farmacológico con respecto a lo penal, la antigua incumbencia de químicos y médicos pasó a ser atributo de jueces y brigadas policiales, alimentando un progresivo divorcio entre la lógica discursiva y el

conjunto del problema. Al ritmo del voluntarismo legislativo, lo dispar empezó a juntarse y lo afín a separarse, produciendo un cuerpo de "doctrina" cada vez más vago y contradictorio. Esto no significa necesariamente que tales principios deban modificarse, que sean inadecuados o que fomenten lo contrario de su intención explícita. Significa solamente que no debe demorarse un planteamiento de esta materia en el conjunto de su proceso, aceptando que perseguimos algo en buena medida desconocido —o, si se prefiere, lo desconocido de algo—, con intención de formarnos criterios racionales, y no de prestar nuestra adhesión a un cliché u otro.

Aunque no haya sido así en el pasado, "elegimos nuestros venenos de acuerdo con la tradición, sin tener en cuenta la farmacología: son las actitudes sociales quienes determinan cuáles son las drogas admisibles y atribuyen cualidades éticas a los productos químicos".<sup>17</sup> Comprensible en un sentido, la contrapartida indeseable de algo semejante es una pugna con el orden natural de las cosas. Si para hacer puentes o perforar túneles se toman más en cuenta las actitudes que la resistencia de los materiales hay un alto riesgo de que las obras desemboquen en catástrofes y despilfarros. Al hombre de hoy le sorprendería mucho que la homologación de antibióticos incumbiera al Comité Olímpico, y que la autorización para el lanzamiento de satélites meteorológicos correspondiese al Colegio de Abogados. A nadie parece asombrarle que la cruzada farmacológica haya sido puesta en marcha por un obispo anabaptista y algunos misioneros, ni que la reglamentación en vigor sobre psicofármacos sea elaborada en las comisarias y posteriormente asumida por la autoridad sanitaria, en vez de acontecer a la inversa. Tal como se entiende que haya un asesor militar hasta en las instalaciones de lanzamiento para satélites con fines civiles, la trascendencia político-social de la ebriedad hace comprensible que distintos funcionarios intervengan como asesores de los consejos a quienes se encarga su regulación. Pero mal se entiende que en esos consejos carezcan de voto —y casi siempre de voz— los capacitados por formación científica. Así, desde tiempos de J. F. Kennedy la Casa Blanca recaba informes periódicos de una Comisión —la *President's Commission on Narcotics and Drug Abuse*— constituida fundamentalmente por médicos, farmacólogos, científicos sociales y juristas, si bien desde el primer informe en adelante fue costumbre de la Casa Blanca descartar sus reiteradas invitaciones a un cambio de política.

"Liberalismo trasnochado", dijeron de ellas Nixon y Reagan, quizá inconscientes de que la expresión *outdated laissez faire* fue en 1909 la divisa del obispo anabaptista C. H. Brent para acabar con la inmoralidad de las drogas.<sup>18</sup>



## **Una historia dentro de la historia**

Tras milenios de uso festivo, terapéutico y sacramental, los vehículos de ebriedad se convirtieron en una destacada empresa científica, que empezó incomodando a la religión y acabó encolerizando al derecho, mientras comprometía a la economía y tentaba al arte. Oportuna o incoherente, la cruzada contra algunos de ellos constituye una operación de tecnología política con funciones sociales complejas, donde lo que se despliega es una determinada física del poder. En el horizonte de ansiedades que acompañan cualquier cambio en profundidad de la vida, los engranajes de esa física aclaran la creación del problema esquemático como "la droga", y su contacto con el asunto más amplio de la relación que el hombre contemporáneo guarda con su libertad real. Sería ingenuo esperar que los cambiantes criterios de moralidad, los estereotipos culturales y las consignas de una u otra propaganda estén sometidos al detenido examen que persiguen las ciencias. Pero un camino para formarse conceptos en vez de dogmas y mitos sobre este objeto es atender a su propia génesis.

Hasta hace poco no se ha tenido en cuenta que el empleo de las drogas descubiertas por las diversas culturas constituye un capítulo tan relevante como olvidado en la historia de la religión y la medicina. Al comienzo de un notable estudio sobre la medicina popular en Grecia y Roma constataba un humanista la escasez de investigaciones sobre materia tan interesante, atribuyéndolo a que "la atención de los profesionales teme perder el tiempo en nimiedades, por un lado, y encontrarse con el hombre primitivo o el salvaje por el otro, bajo el embozo de la toga o la clámide".<sup>19</sup> Multiplicado a la enésima potencia, esto acontece con el tema de la presente investigación; a los historiadores propiamente tales les parece menos nimio examinar la evolución de un estilo pictórico que la evolución en el consumo de una droga, y el propio tema no sólo corre el peligro de llevar al salvaje en grado eminente,

sino que parece coto del sensacionalismo pueril, próximo en cualquier caso al mal gusto, como sucediera con la sexualidad hasta bien entrado el siglo XX. Si esto ha acontecido con el historiador de lo profano, tanto más ha sido habitual —salvo contadas excepciones— entre los historiadores de la religión.

Otro tanto puede decirse de su pertinencia para la antropología comparada, pues el uso de psicofármacos —que es siempre el de tal o cual sustancia, de esta o de aquella manera— constituye un matizado indicador sobre el tipo de sociedad y conciencia donde acontece. Cierta determinación en lo uno permite extrapolar algo en lo otro, siendo el aspecto científico del asunto analizar estructuras recurrentes de emblema. Hasta donde alcanzan la memoria y los signos, las drogas han ido determinando una amplia variedad de instituciones o respuestas, que son explicables sólo a partir de cada concepción del mundo, y que por su parte ayudan a perfilarla bajo una luz nueva. La particular historia de la ebriedad constituye así un capítulo puntualmente paralelo a la historia general, que requiere constantes remisiones a ésta, del mismo modo que lo exigiría una historia coherente de las prisiones o los impuestos.

Pero a esta correlación genérica entre el todo y la parte se añade en el caso de las drogas un cuadro de dramática actualidad, que plantea interrogantes nucleares sobre los límites del discernimiento adulto, la relación entre ley positiva y moral, el sentido del paternalismo político, la dinámica del prejuicio y la polémica sobre eutanasia, por mencionar sólo lo más evidente.

En definitiva, quizá ningún asunto expone de modo tan nítido las justificaciones últimas del Estado del Bienestar donde nos ha tocado vivir. Nuestra civilización sufre a causa de plantas cuya existencia se remonta a tiempos inmemoriales, y cuyas respectivas virtudes fueron explotadas a fondo por todas las grandes culturas. Hasta hace algunas décadas nadie se preocupaba de regular su siembra o recolección, mientras ahora ese hecho botánico cobra dimensión



de catástrofe planetaria. A tal punto es así que su amenaza reúne a capitalistas y comunistas, a cristianos, mahometanos y ateos, a ricos y pobres, en una cruzada por la salud mental y moral de la Humanidad. En plena era espacial no faltan cruzados profesionales ni vocacionales, y no faltan tampoco hordas de infieles atraídos por la rebeldía, las perspectivas de lucro mercantil y el estatuto de irresponsable víctima que otorga frecuentar lo prohibido; lo que congrega a muchos de éstos es el mecanismo psicológicamente descrito como introyección o identificación con el agresor, del mismo modo que aúna a aquellos un mecanismo de proyección y localización exterior del mal.

Por lo demás, semejante tesis no es del todo nueva en la historia de la ebriedad. Aunque su evolución ha solido diluirse de manera apacible en ritos mágicos y festivos, o en aplicaciones medicinales que no suscitan preocupación sobre abusos particulares, al menos en dos ocasiones previas —con el culto báquico en la Roma preclásica, y con los untos y potajes brujeriles desde el siglo XIV al XVII— el uso de drogas acompañó a la peste moral, desatada como crimen contra Dios y el Estado. Complementando estos episodios con el actual cabe enriquecer el banco de datos sobre plagas análogas, casi siempre extrafarmacológicas, que arrastran a sectas y grupos al papel de sacrificadores y sacrificados, en procesos de purificación y reafirmación ritual no por arcaicos menos activos en la actualidad. La aportación concreta que esta crónica puede hacer a la teoría de la peste moral se basa en describir las constelaciones sociales

y psicológicas que propenden a la declaración de epidemia, las cuarentenas aplicadas por cada tipo de cultura y los resultados, tanto previstos como reales.

Queda por último el valor *predictivo* inherente a un tratamiento histórico de la cuestión. Detractores y partidarios de la Prohibición basan una parte fundamental de sus criterios en suposiciones. Unos dicen que su fin estimularía el autocontrol, reduciendo incluso a medio plazo el número de personas que usan compulsivamente los fármacos hoy ilegales. Otros piensan que cualquier permisividad convertiría en toxicómanos a muchos más individuos, por no decir a casi todos. Sin embargo, la historia de la ebriedad en sus distintos vehículos permite abandonar el terreno de las puras suposiciones, y establecer los criterios sobre hechos verificables. No sólo muestra con precisión lo que acontece con el consumo de tal o cual droga cuando es ilegalizada, sino lo sucedido al dejar de ser ilegal una de las antes prohibidas, como aconteció con el opio en China y los alcoholes en Estados Unidos. Aunque los tiempos cambien, los datos relativos a momentos análogos del pasado poseen sobre las conjeturas una ventaja difícil de negar. En un hoy tan marcado por fanáticas tomas de partido, si algo parece urgente es una documentación que permita a cada cual reflexionar por sí mismo con algún conocimiento de causa.

Por lo que respecta al presente estudio, se han hecho algunos intentos de describir las costumbres en distintas partes del planeta a lo largo de las edades, y hay incluso un texto moderno llamado expresamente *Historia de la droga*.<sup>20</sup> Sin embargo, son exposiciones



que sólo pueden considerarse catálogos de noticias sueltas. A veces es un médico, con nociones sólidas sobre toxicología y prácticamente nulas sobre historia universal, quien enumera drogas usadas aquí y allá. Otras veces son un criminólogo, un periodista o un viajero, quizá con ideas menos frágiles sobre historia de las civilizaciones pero totalmente insuficientes a nivel farmacológico, quienes acumulan juicios marcados por el pintoresquismo, la arbitrariedad o el prejuicio. Ni en unos ni en otros aparece expuesto con pulcritud el aparato crítico donde se apoyan, y si brillan por su ausencia las precisiones bibliográficas no menos se echa en falta allí la concatenación exigible a cualquier tentativa orientada a describir objetivamente una *evolución*. Esto no significa que la literatura sobre el asunto carezca de contribuciones muy valiosas, elaboradas con todo el rigor exigible, y gracias a las cuales es posible estudiar ciertos momentos precisos sin una azarosa peregrinación por bibliotecas públicas y privadas, persiguiendo informaciones que muy rara vez aparecen reseñadas directamente en los ficheros. Con todo, se trata siempre de obras sobre algún aspecto singular, que no abordan la materia en su conjunto.

Falta cosa semejante a una historia cultural o general de las drogas, entendiendo por ello un examen donde se combine la perspectiva evolutiva, ligada a una sucesión cronológica, con la comparativa o estructural, que relaciona los datos procedentes de so-

ciudades distintas y los de cada una con sus pautas tradicionales. Pero si los datos sobre este tema no se vinculan con el medio donde se van produciendo será imposible separar lo anecdótico de lo esencial; la alta estima del budismo hacia el cáñamo, por ejemplo, no se explica contando la leyenda de que Buda se alimentó durante una semana con un cañamón diario, sino indicando hasta qué punto los efectos de esa droga se relacionan con sus específicas técnicas de meditación. Mal se entiende, por ejemplo, la gran difusión del opio en la Roma antigua sin considerar el alto valor atribuido por sus ciudadanos a la eutanasia (*mors tempestiva*). Lo mismo sucede prácticamente con cualquier otro episodio de esta crónica.

Tengo por evidente que una investigación tan vasta, sobre materiales dispersos en tantas fuentes, sólo puede aspirar a ser el esqueleto de su propia trama. Para convertir la historia de la ebriedad en un apéndice realmente ilustrativo sobre la condición humana para íaitá el éstuerzo de muchos otros investigadores, que llenen las numerosas lagunas y defectos del esquema, añadiéndole las innumerables informaciones sin duda existentes aunque todavía dispersas en multitud de documentos. En la introducción a su estudio sobre la historia del sistema carcelario decía M. Foucault que sólo trascendería los limitados fines de la mera curiosidad y la erudición en cuanto permitiera "analizar el cerco político del cuerpo".<sup>21</sup> Aquí el objeto de análisis es una evolución que desemboca en el







---

---

# PREVENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA EN LAS TOXICOMANÍAS

---

---

Cuando la prevención primaria no ha tenido lugar o ha fracasado, las intervenciones médicas y sociales deben estar dirigidas a detectar y tratar precozmente a los afectados con el fin de obtener su curación y evitar el paso a la cronicidad (prevención secundaria), así como a la rehabilitación y reinserción social del drogadicto a la sociedad (prevención terciaria).

En lo que hace referencia a la detección precoz de la drogodependencia, es preciso tener en cuenta que no existe una "fórmula mágica" ni en el seno de las instituciones de enseñanza, ni en la familia, ni en la relación médico-enfermo, ni en los servicios sociales, que permita, con absoluta seguridad, el diagnóstico precoz. Desgraciadamente, en la mayoría de ocasiones, lo que se diagnostica es una drogodependencia establecida.

Sin embargo, sí existen ciertas alteraciones de la conducta que, en su conjunto, permiten sospechar una posible e incipiente relación de un adolescente con las drogas. Evidentemente, cada una de ellas, por separado, no indica absolutamente nada.

1. Descenso injustificado del rendimiento escolar.
2. Abandono de ciertas aficiones e intereses que, al menos, aparentemente, no son sustituidos por otros nuevos.
3. Enfriamiento de las relaciones de amistad y confianza entre hermanos y/o hermanas.
4. Cambio en el círculo de amistades tradicionales, acompañado de una especie de interés de que la familia no conozca a los nuevos amigos.
5. Variaciones exageradas en los usos en cuanto a vestidos y peinados.
6. La habitación propia se comienza a decorar, sin motivo justificado, con símbolos orientales y se utilizan pebeteros o varillas de incienso, cuyo olor puede enmascarar con mucha facilidad el del "porro".
7. Ocultación general de los ojos con gafas de sol y de los brazos en particular por medio de prendas de manga larga, incluso en verano.
8. Evitación cuidadosa de cualquier alusión al tema de la droga en la convivencia familiar.
9. Adelgazamiento progresivo, ausencia de apetito, tinte subictérico, manifestaciones cutáneas diversas, etc., acompañadas de serias negativas a consultar al médico familiar.
10. Tendencia a hurtos en el seno familiar

que, en el caso de adolescentes y jóvenes puede alcanzar a objetos fácilmente pignorables.

11. Aparición, entre las pertenencias personales, de librillos de papel de fumar y cartoncillos fabricados con tarjetas de visita de unos 2 centímetros de ancho por 3 ó 4 centímetros de largo.

Es importante señalar que esta serie de conductas no son, ni pretenden ser, un manual para descubrir la presencia de la droga. La existencia de muchas de ellas debe llevar a generar en los padres una duda razonable que les estimule a recabar el consejo e información de un centro especializado.

En cuanto al resto de actividades de la prevención secundaria y terciaria de las drogodependencias, es preciso señalar que el problema de la dependencia a las drogas es muy complejo y requiere un abordaje mixto, médico-biológico y psicosocial.

Hoy en día se admite, a efectos didácticos, que el proceso de tratamiento de la dependencia a las drogas comprende 4 fases o etapas: la desintoxicación, la deshabitación, la rehabilitación (o habilitación) y la reinserción (o inserción). Estas fases no constituyen compartimentos estancos, sino que se solapan o superponen en parte. En la primera, la intervención predominante es la médico-biológica, y en las demás, la psicosocial, pero como es lógico, en todas las etapas, están presentes ambos tipos de intervenciones.

La desintoxicación tiene por objeto liberar al drogadicto de la dependencia física. Existen distintas técnicas de desintoxicación, entre las que se escogerán las más adecuadas en cada caso, según el tipo de droga, la gravedad del cuadro clínico y la actitud del drogadicto.

En el caso de la dependencia a la heroína, la desintoxicación se realiza privando al drogadicto de la droga y combatiendo el síndrome de abstinencia con otras drogas administradas en forma de pauta decreciente.

Siempre que sea posible, la desintoxicación se llevará a cabo en el medio hospitalario. De todas formas, si el drogadicto vive con su familia y ésta asimila plenamente el tratamiento, puede realizarse también en el medio ambulatorio.

Durante esta fase, se lleva a cabo el diagnóstico de las patologías somáticas y psíquicas consecutivas o coexistentes con el consumo de la droga en cuestión y se inicia el tratamiento.



La intervención predominante en esta etapa es la médico-biológica, pero la psicosocial ya está presente. Es necesario informar al paciente sobre la naturaleza de su enfermedad y motivarle para que inicie y participe activamente en el tratamiento. También es necesario informar y orientar a los padres o familiares, cuando los hay, sobre la naturaleza y características del problema, sobre la forma de afrontarle y sobre su papel en el proceso de tratamiento.

La deshabitación tiene por objeto liberar al drogadicto de la dependencia psíquica. Para ello, se le integra en un grupo cuyo objetivo común es consolidar la abstinencia.

La deshabitación se realiza en medio ambulatorio, mediante intervenciones psicoterápicas de grupo o individuales que pueden desarrollarse en paralelo. El papel del psiquiatra y psicólogo es pues fundamental. También se continúa el tratamiento de los problemas médicos y psiquiátricos detectados en la etapa anterior. La duración de esta etapa es variable en cada caso, pero puede ser de un mínimo de 6 meses.

La rehabilitación tiene por objeto que el drogadicto deshabitado haga un aprendizaje de las formas de convivencia social normal. Muchos autores denominan a esta etapa "habilitación", ya que la mayoría de drogadictos son jóvenes que no pudieron realizar un aprendizaje social normal en el momento que les correspondía (15-20 años) por estar en situación de dependencia.

Esta etapa suele durar un año. Durante ella, el drogadicto inicia el contacto con el mundo exterior. Se continúa con la psicoterapia individual y de grupo, pero su objetivo no es tanto reforzar la abstinencia, como trabajar los aspectos sociales, laborales y familiares de la persona. Durante esta etapa, la intervención psicosocial es la fundamental y el papel del trabajador social es muy importante.

La reinserción comprende el proceso de reincorporación a la sociedad como ciudadano responsable del exdrogadicto. Algunos autores hablan de inserción, basándose en que muchos drogadictos parece que no han llegado a estar

nunca integrados en la sociedad.

En esta etapa, el papel fundamental corresponde a los servicios sociales, sobre todo en pacientes sin familia ni medios económicos (familias de acogida, pensiones a medio camino, talleres protegidos, planes de ocupación, etc.)

Es importante destacar, tal como se ha señalado ya anteriormente, que estas etapas no son compartimentos estancos, sino que se imbrican estrechamente. También es importante señalar que el proceso de tratamiento con todas sus etapas debe planificarse desde el primer momento en función de las circunstancias familiares, personales y sociales que concurren en el drogadicto. Si tiene una familia con recursos que asume el problema plenamente, las diferentes etapas, incluida la desintoxicación, podrán realizarse en medio ambulatorio, y los servicios sociales no tendrán un papel destacado en las dos últimas etapas. Por el contrario, un drogadicto sin familia ni recursos no podrá seguir el proceso de tratamiento si no se integra en una "comunidad terapéutica" y recibe toda la ayuda que sea necesaria de los servicios sociales.

Finalmente, hay que mencionar que, para aquellos drogadictos que no puedan lograr el abandono de la droga y seguir el proceso de tratamiento que se acaba de describir, el "tratamiento de mantenimiento con metadona" puede ser una solución temporal, que puede evitar complicaciones (sobredosis, adulteraciones, infecciones, etc.), disminuir las conductas antisociales (robos, crímenes, etc.) y facilitar, a través del contacto continuado con el centro asistencial, el abandono del consumo.

De todas formas, a estos programas sólo se debe recurrir en casos extremos, ya que, si el sistema sanitario y social no está muy perfeccionado, pueden producir un mercado negro de metadona con la consiguiente creación de nuevos adictos.

**Javier Felip Baquer**



## BIBLIOGRAFÍA

- G. Piedrola Gil, M. Domínguez Carmona, P. Cortina Greus, R. Gálvez Vargas, A. Sierra López, M. Sáenz González:** Medicina Preventiva y Salud Pública. SALVAT. Barcelona, 1989, 73; 985-999.
- Carmi, A., y Schneider, S.:** Drugs and Alcohol. Springer, Berlín, 1986.
- Durell, M., y Bukoski, W.:** Preventing substance abuse: The State of the Art. Public Health Rep., 99, 23-30, 1984.
- Editorial:** Media drug campaigns may be worse than a waste of money. Br. Med. J., 290 416, 1985.
- Freixa Sanfeliu, F.:** El fenómeno droga. Aula Abierta. Salvat Editores, Barcelona, 1982.
- Freixa, F.; Masferrer, J., y Sala, L.:** Aspectos socio-sanitarios de la drogodependencia por heroína. Med. Clin., 82, 30-32, 1984.
- Freixa, F., y Soler Insa, P. A.:** Toxicomanías: Un enfoque multidisciplinario. Fontanella, Barcelona, 1981.
- Hansen, A.:** Will the Gouvernement's mass media campaign on drugs work? Br. Med. J., 290, 1054-1055, 1985.
- Jaffe, J. M.:** Evaluating Drug Abuse Treatment. N.I.D.A. Research Monograph n.º 51. Department of Health and Human Services, Washington, 1984.
- Kramer, J. F., y Cameron, D. C.:** Manual de dependencias de las drogas. OMS, Ginebra, 1985.
- Laporte Salas, J.:** Les drogues. Monografies mèdiques de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears. Barcelona, 1976.
- Louria, D. B.:** Overcoming Drugs. McGraw-Hill, Nueva York, 1971.
- Martínez-Higueras, A. J.:** Legislación sobre drogas. Tecnón. Madrid, 1986.
- Memorandum OMS:** Nomenclature et classification des problèmes liés a la consommation de drogues et d'alcohol. Bull. Org. Mond. Santé, 60, 499-520, 1982.
- Ministerio de Sanidad y Consumo:** Plan Nacional sobre Drogas. Cuad. Acción Social, 19, 75-83, 1985.
- Salleras Sanmartí, L.:** Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Díaz de los Santos, Madrid, 1985.
- Samkiff, J. S., y Baker, S. P.:** Recent trends in fatal poisoning by opiote in the United State. Am. J. Publ. Health, 11, 1251-1256, 1982.
- Segal, M.; Palsgrove, G.; Sevy, T. D., y Collins, T. E.:** The 1990 prevention objectives for alcohol and drug misuse: Progress Report. Public Health Reports, 98, 426-435, 1983.
- Varo, J.:** El consumo de drogas por la población española. Cuad. Acción Social, 19, 7-19, 1985.
- Williams, B. J.:** Are public health education campaign worth while? Br. Med. J., 288, 170-171, 1984.



Una vez que la persona seropositiva presenta infecciones u otros procesos derivados de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la mayor parte de su control se realizará desde los centros hospitalarios. Sin embargo, durante largas temporadas el paciente de SIDA va a permanecer en su casa encamado o no. En estos casos el médico y la ATS de asistencia primaria van a tener un papel importante en su atención, tanto médica como psicológica y en la educación sanitaria de estos enfermos y de sus familiares.

**Atención médica.** Su asistencia no es complicada y sólo debemos conocer los efectos secundarios de la medicación utilizada. En la fase termi-

aparecen y desaparecen por el tratamiento las infecciones oportunistas, aparece un fenómeno de **HABITUACIÓN** a la enfermedad, así como a los síntomas menos graves.

*Segunda fase.* El conocimiento de la seropositividad previo a la aparición de los síntomas hace que, aunque el impacto sea más traumático, sea una situación que el paciente ha podido anticipar. Dicho conocimiento una vez han aparecido los síntomas es un fuerte shock traumático y las reacciones emocionales y de conducta son de mayor intensidad. Es un *momento muy delicado*, que requiere un acercamiento al paciente y a la situación concreta por parte de los profesionales,

---

## LA ASISTENCIA AL PACIENTE CON SIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA

---

nal la medicación suele ser puramente sintomática, como los analgésicos y tranquilizantes.

Hay que asegurarle al paciente que se le va a asistir y apoyar en todo momento con la medicación necesaria.

**Asistencia psicológica.** Tanto o más importante que la médica para el enfermo y su familia, siendo importante este segundo criterio, ya que los familiares (sobre todo la madre) pueden aportar un máximo de apoyo al paciente.

Se les dedicará tiempo, hablando de sus dudas, angustias y, si es necesario, con apoyo específico de psicólogo o psiquiatra.

*Primera fase.* La aparición de síntomas en un paciente VIH positivo supone un fuerte impacto psicológico, ya que los temores se fundamentan en patología concreta de aparición de infecciones. El paciente entra en un proceso agresivo hacia su organismo, que genera un agotamiento físico y emocional. Cada nuevo síntoma o la repetición de anteriores es estresante, con la agravante de los efectos secundarios de la terapéutica.

Es una etapa de confusión y abatimiento, en la que aparecen el miedo al dolor, al sufrimiento y a la muerte. Como *emergente* más importante aparece la **DESPRESIÓN**. Ello conlleva la aparición de diversas manifestaciones, con ideas suicidas, que a la larga deben considerarse como petición de ayuda.

La enfermedad se convierte en algo obsesivo, que da lugar a mecanismos de defensa como la *negación*, orientada a minimizar la gravedad de la enfermedad, distorsionando la realidad, haciendo planes de futuro irreales. En la medida que

para conllevar a una orientación de cada caso en particular y a su posterior evolución.

*Tercera fase.* Con el SIDA, el paciente se encuentra con infecciones que se instauran y que no responden a la medicación.

Las reacciones emocionales van desde una angustia muy fuerte con gran demanda de atención, hasta la apatía. Es una etapa de dolor psíquico notable.

El paciente se encuentra con la tarea de reconciliación con las personas significativas de su vida. De la aceptación de éstos va a depender que pueda recuperar parte de su autoestima. En esta etapa es importante asegurar su comodidad física y evitar la sensación de rechazo y aislamiento, tanto social como emocional, hay un fuerte temor al dolor físico. Es importante tener en cuenta las características de la personalidad del paciente, ofreciéndole apoyo incondicional, interés por la situación y la persona, así como el acompañamiento.

**Educación sanitaria.** Es un punto clave en la asistencia la paciente con SIDA y a sus familiares; debe ser continua, ya que se suelen abandonar con una cierta frecuencia.

a) Para el paciente, si puede asearse por sí mismo, se le debe recordar la exclusividad en aquellos utensilios personales como peine, cepillo de dientes...

b) Para los familiares es más importante, dado que si el paciente se encuentra encamado, es la madre u otro familiar el que va a ocuparse de su aseo (así, por defecto en estas normas está



documentado el único caso de transmisión de un niño a otra persona, su madre).

Dichas normas destacan:

1) Lavado de manos antes y después de cada contacto con el paciente, aunque éste se realice con guantes; para ser efectivo requiere 20 segundos de fricción con agua y jabón.

2) Utilización de guantes, siempre que se ponga en contacto con fluidos del enfermo (sangre...), mucosas, piel no intacta, heridas; si no son necesarios.

También en el caso de que la persona que atiende al enfermo tenga heridas o erosiones en piel o mucosas; si son demasiado extensas, estas personas no deberán atender dichos pacientes.

3) Utilización de batas desechables y mascarilla, esta última de manera excepcional.

4) Lavado de ropa, puede hacerse con el resto. Si están manchadas de sangre u otros fluidos corporales se lavarán *aparte* a 60 grados centígrados o más durante 30 minutos y previamente se puede introducir durante 10 minutos en una solución de lejía doméstica diluida al 10%...

5) Vajillas y cubiertos, con el resto excepto con heridas en boca, candidiasis, en que se diluirá con lejía durante 10-30 minutos.

6) Baños, lo mismo y si presenta heridas se desinfectarán con lejía tras su uso.

7) Heridas y erosiones se desinfectarán con povidona yodada o con alcohol de 70 grados y cubriéndose posteriormente con apósito hasta la curación completa.

8) Salpicadura de sangre, si es en los suelos

(también vómitos, heces) se verterá sobre ellos lejía diluida al 10%, cubriéndose con toallas de papel. Sobre otras personas se lavarán inmediatamente con agua y jabón, si es en la piel; si es en mucosas, con agua abundante.

9) Eliminación de residuos, se recomienda una bolsa de plástico para depositar todo el material que utilice el paciente. Cuando deba eliminarse se introducirá en otra bolsa de plástico resistente, que se eliminará con el resto de la basura.

10) Personas embarazadas y atención a pacientes con SIDA, por el riesgo de transmisión de infecciones tipo herpes y citomegalovirus que afectan al feto, estas personas NO DEBEN realizar atención directa a pacientes con SIDA.

11) Fallecimiento. Se debe comunicar la situación de infecciosidad para las medidas pertinentes de los empleados de funeraria.

Se introducirá el cadáver en un saco de plástico con cierre de velcro. Luego se introducirá en una caja de madera. Para transporte a otra comunidad será en caja de zinc.

**Normas a seguir por los profesionales sanitarios.** El riesgo de transmisión del VIH a los profesionales sanitarios es muy bajo. Se han producido, en todo el Estado español, múltiples accidentes con sangre o fluidos de pacientes infectados por el VIH, pero hasta la actualidad únicamente se ha detectado un caso de transmisión a un trabajador sanitario.

Por ello, ya han empezado las voces para pe-



dir que dicha infección, en el personal sanitario, sea considerada como enfermedad profesional y como un riesgo añadido.

Por otra parte, las experiencias recogidas nos muestran que un porcentaje importante de los accidentes que tienen lugar pueden ser evitados mediante unas medidas sencillas. Insistir en la necesidad de seguir normas preventivas que *minimicen la exposición al VIH y el consiguiente riesgo de transmisión al personal sanitario.*

1) Evitar riesgos con objetos punzantes, con especial cuidado en la maniobra de reencapuchar las agujas, que debe evitarse, sin doblar las agujas, sino que se deben introducir (aguja y jeringa conjuntamente) en recipientes rígidos que se eliminarán como material infeccioso.

Todo el material punzante o cortante deberá ser de un solo uso.

2) Utilización de guantes, en todos los procesos invasivos como extracción de sangre, realización de curas, sondajes...; manipulación de muestras de sangre y materiales contaminados; al limpiar superficies, materiales u objetos contaminados.

*No son precisos para la exploración física del paciente seropositivo.*

3) Utilización de bata, mascarilla y gafas protectoras, se realizará en aquellos casos en los que se pueda producir salpicaduras a la ropa.

Se recomienda la utilización de mascarillas y gafas protectoras en los casos en los que se prevengan salpicaduras accidentales a mucosas oculares u orales.

4) Rotulación de muestras infecciosas, de manera adecuada, la sangre y otras muestras biológicas. Para su transporte se introducirán en un segundo envase.

5) Normas de higiene PERSONAL, lavándose las manos con jabón y agua antes y después de atender a un paciente, incluso aunque se utilicen

guantes. Las salpicaduras se tratarán con agua y jabón o con agua abundante si es en mucosas. Con pinchazos o cortes accidentales se lavará inmediatamente la zona con agua y jabón, se desinfectará, inmediatamente, con alcohol 70 grados o con povidona yodada y se dará parte de accidente al servicio de medicina preventiva.

Si el profesional sanitario presenta heridas o erosiones en piel o mucosas, deberá cubrir las con guantes o apósitos impermeables durante la asistencia a los pacientes. Si son muy extensas esa persona será retirada temporalmente del servicio.

Profesionales sanitarias embarazadas no deben realizar atención directa a los pacientes con SIDA, por el riesgo de transmisión de infecciones por herpes o citomegalovirus al feto.

6) Normas de higiene general, ver el apartado 8 de educación sanitaria. Las superficies metálicas se desinfectarán con glutaraldehído al 25%, no usando lejía por corroer el metal en su uso prolongado.

Todo el material desechable se eliminará como material infeccioso introducido en DOBLE BOLSA de plástico resistente.

7) Esterilización y desinfección, *siendo el material a usar, si es posible, de un solo uso.*

*El VIH es muy sensible a los métodos habituales de desinfección, pudiendo asumir que los medios utilizados para inactivar otros virus (hepatitis) nos sirven para éste.*

Previa a la esterilización, el material deberá limpiarse. Para evitar riesgo, antes se procederá a desinfectarlo en un medio líquido con glutaraldehído 2% o alcohol 70 grados y la esterilización en autoclave durante 20 minutos a 120 grados centígrados.

JOSEP M.<sup>a</sup> VIDAL ELÍA

## BIBLIOGRAFÍA

- Grupo de Trabajo asistencial del Plan del SIDA del Servicio Vasco de Salud. JANO 900. 1990. 47-50.  
C. Rodrigo: Infección por el VIH en niños. I Curso de Avances en Pediatría. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona, marzo 1990.



# EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE DROGAS EN ESPAÑA

Para el estudio de la epidemiología de las drogodependencias se han utilizado diferentes indicadores, tanto indirectos (decomisos de drogas, detenciones por tráfico o consumo, robos en farmacias, etc.) como directos (mortalidad, demanda asistencial, encuestas de consumo, etc.). Ambos tipos de indicadores permiten estimar los niveles y tendencias del consumo, lo cual es fundamental para la planificación de los programas de lucha contra la drogodependencia y para la evaluación de su efectividad. Los indicadores directos permiten, además, detectar los grupos de población en mayor riesgo y que, por tanto, deben ser objeto de intervenciones prioritarias.

El análisis de los indicadores disponibles en España permite afirmar que las drogodependencias constituyen un importante problema de salud pública, que ha experimentado un incremento extraordinario en los últimos años.

Entre los indicadores indirectos, los más válidos son los que publica periódicamente la Brigada Central de Estupefacientes: drogas decomisadas, detenciones por tráfico o tenencia de estupefacientes, distribución por edades de los detenidos por tráfico o tenencia de estupefacientes y robos en farmacias.

Como es lógico los decomisos sólo representan una pequeña parte de las drogas en circulación (la Brigada Central de Estupefacien-

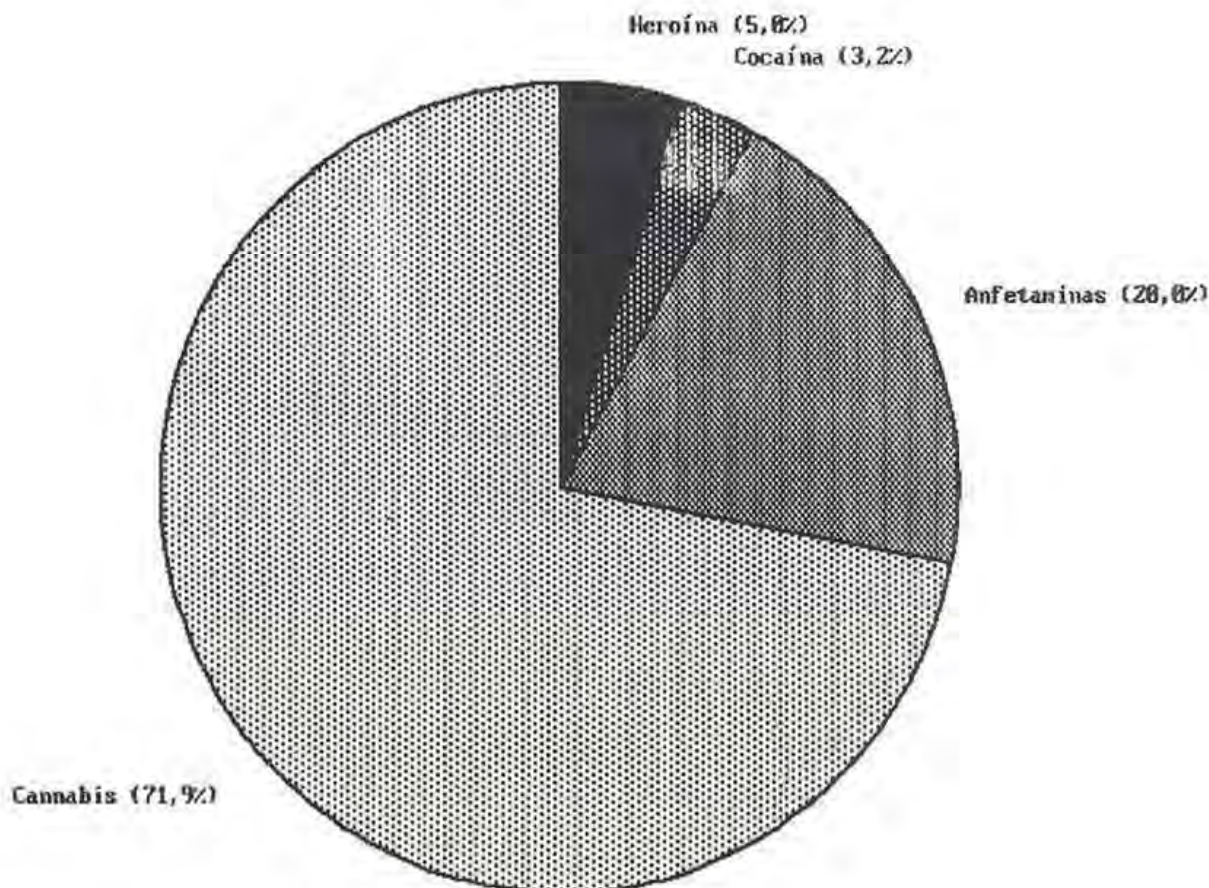
tes la estima en el 0,5-10%, según los años), pero son indicativos de los importantes niveles alcanzados por el consumo de drogas en nuestro país y del extraordinario incremento del consumo producido en los últimos años.

Aunque es sabido que España es un país de tránsito de la cocaína procedente de Sudamérica y del Cannabis de Marruecos, es indudable que el problema es de primera magnitud.

En cuanto a las detenciones por tráfico o tenencia de estupefacientes, se observa también un crecimiento importante en los últimos años.

Un dato de interés es que el mayor contingente de los deteni-

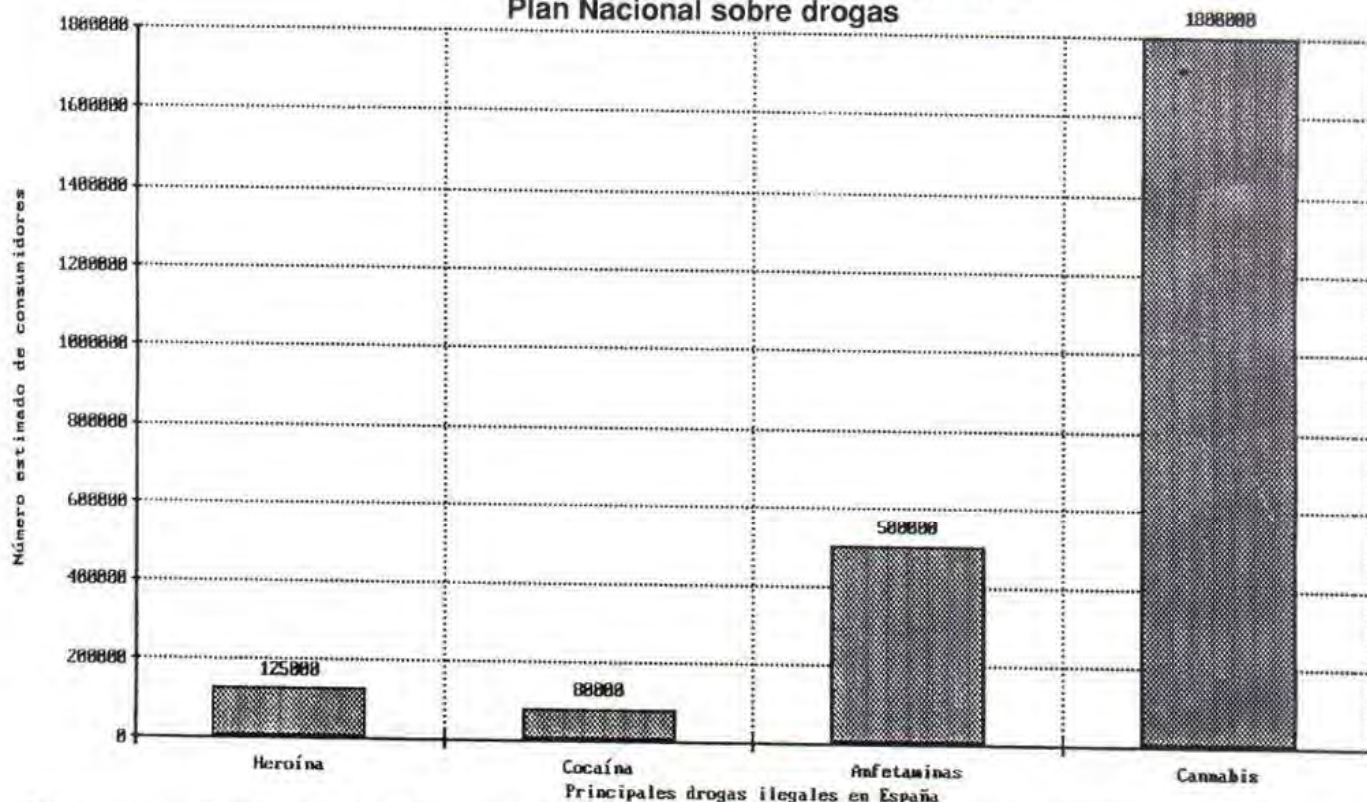
## CONSUMO DE DROGAS EN ESPAÑA Plan Nacional sobre drogas





## CONSUMO DE DROGAS EN ESPAÑA

Plan Nacional sobre drogas



dos corresponde a las edades jóvenes. En 1985, el 66% de los detenidos por tráfico o tenencia de estupefacientes tenían menos de 30 años.

Finalmente, en cuanto a los robos en farmacias, parece que han disminuido en los últimos años. Este descenso no se debe a una disminución del número de consumidores de droga, sino que, con toda probabilidad, es consecuencia de las medidas de seguridad adoptadas en las oficinas de farmacia desde principios de los del decenio 80.

En cuanto a los indicadores directos del consumo de droga, los más utilizados son: la "mortalidad por reacciones agudas a la heroína", las "urgencias relacionadas con la heroína (sobredosis, síndrome de abstinencia) atendidas en hospitales", la "demanda de asistencia en centros especializados" (drogadictos que inician el tratamiento en un centro de rehabilitación) y las "encuestas de consumo". Los tres primeros son indicadores del consumo de heroína, fundamentalmente. El cuarto permite estimar el consumo de todos los tipos de drogas.

Como es lógico, la validez de los datos recogidos con estos indicadores es muy variable. En gene-

ral puede afirmarse que sólo detectan una parte del problema, por lo que su valor como indicadores del nivel de consumo es relativo. De todas formas, permiten efectuar estimaciones de la magnitud del problema, y cuando se dispone de datos de años sucesivos, es posible estimar las tendencias y evaluar la efectividad de los programas de intervención.

A nivel del conjunto de España, sólo se dispone de datos de la "mortalidad por heroína" publicados por la Brigada Central de Estupefacientes y de las "encuestas de consumo" realizadas por diferentes organismos e instituciones públicas y privadas.

Las "encuestas de consumo" son una fuente fundamental para el estudio de la epidemiología de las drogodependencias en los países desarrollados. Estas encuestas se llevan a cabo en muestras representativas de diferentes colectivos de población. Los datos se recogen mediante entrevistas efectuadas por profesionales especialmente entrenados, que siguen un cuestionario especialmente diseñado al efecto. Su principal inconveniente es que la ocultación del consumo es muy frecuente en las drogas ilegales, igual que ocurre con el alcohol. Otro inconveniente importante es que la pobla-

ción en mayor riesgo de consumo (marginados sociales, delincuentes, presos, militares, etc.) son difíciles de detectar con las muestras normalmente seleccionadas, que comprenden a poblaciones con hogar o poblaciones escolares. Los resultados obtenidos, por lo general, subestiman, por ello, el consumo. De todas formas, si las muestras han sido bien seleccionadas y tienen un tamaño suficiente estas encuestas proporcionan una estimación aproximada de los niveles de consumo en los diferentes colectivos y si se repiten periódicamente, permiten observar las tendencias del consumo, lo cual es de utilidad en la evaluación de la efectividad de las medidas preventivas y asistenciales puestas en marcha para controlar el problema.

Finalmente, un último inconveniente de estas encuestas es que los criterios utilizados para evaluar el consumo en las diferentes encuestas no son uniformes, lo cual dificulta las comparaciones.

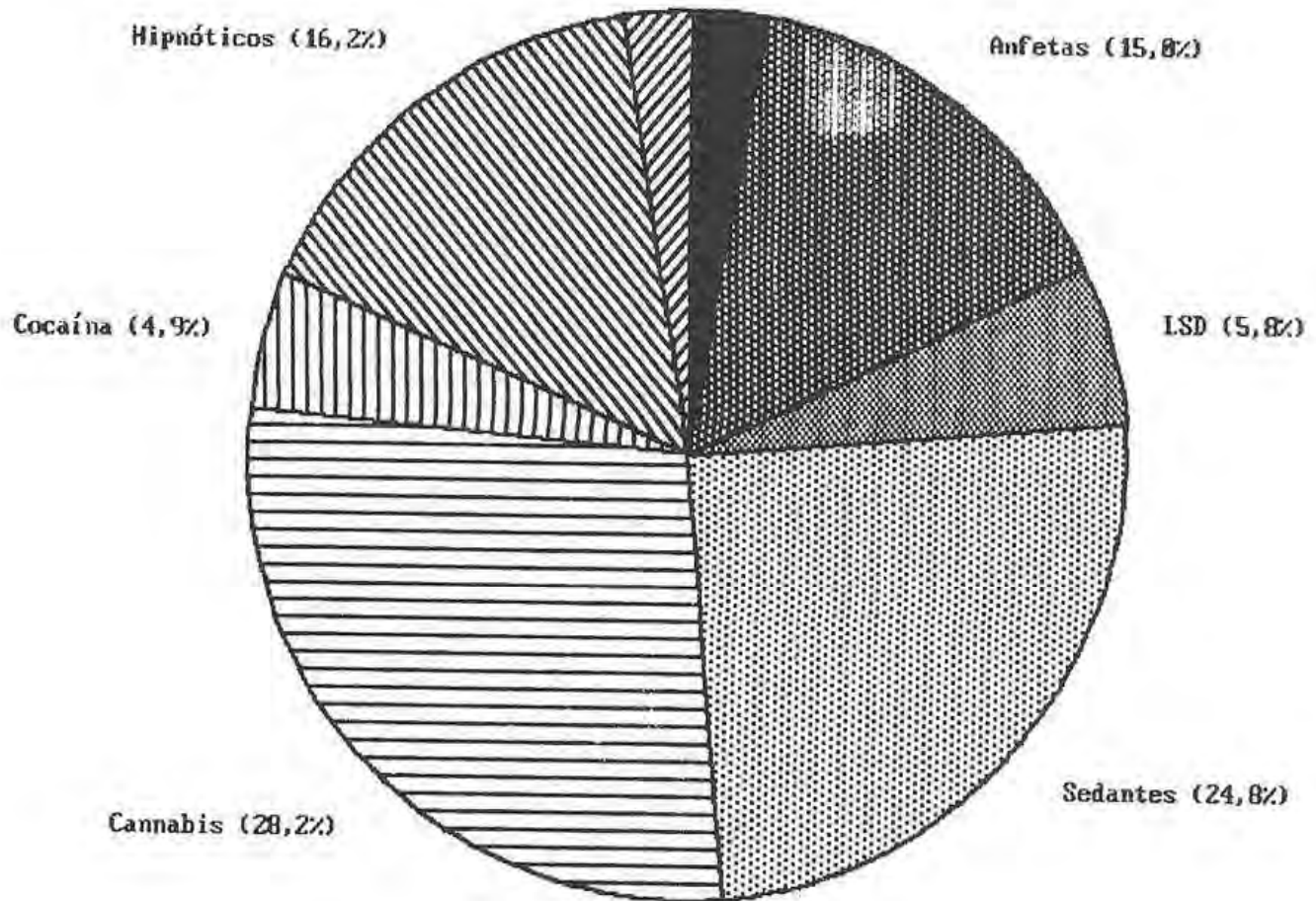
Se ha puesto de manifiesto también que los jóvenes que no se han iniciado en el consumo de drogas antes de los 20 años es muy poco probable que lo hagan posteriormente. Esto es válido para todas las drogas, excepto para la cocaína. También se ha confirmado el



HAN CONSUMIDO ALGUNA VEZ

Opiáceos (2,4%)

Colas (2,7%)

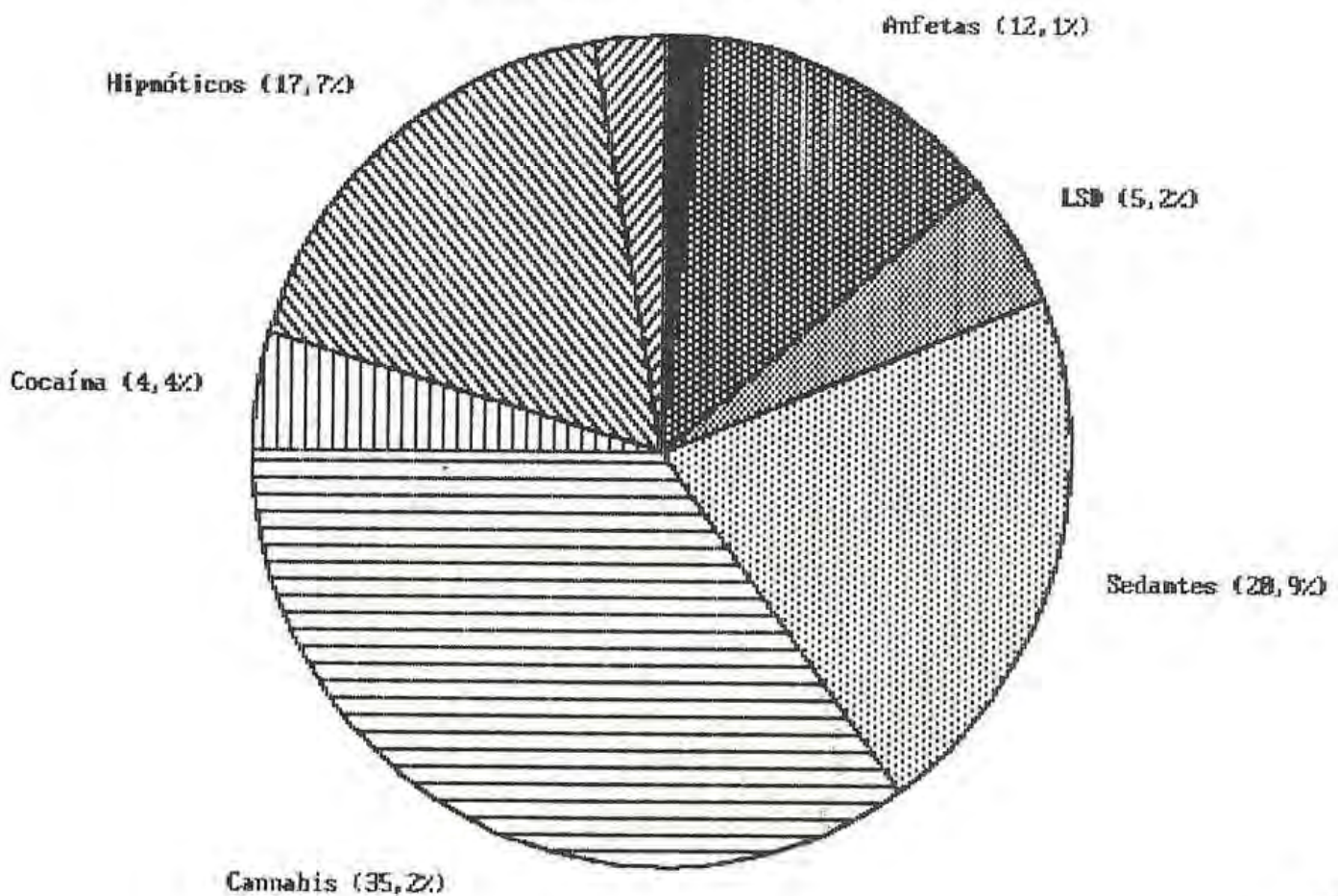


HAN CONSUMIDO

En últimos 6 meses

Opiáceos (2,7%)

Colas (1,7%)





## HAN CONSUMIDO EL ÚLTIMO MES

Opiáceos (2,6%)

Colas (1,2%)

Anfetetas (10,9%)

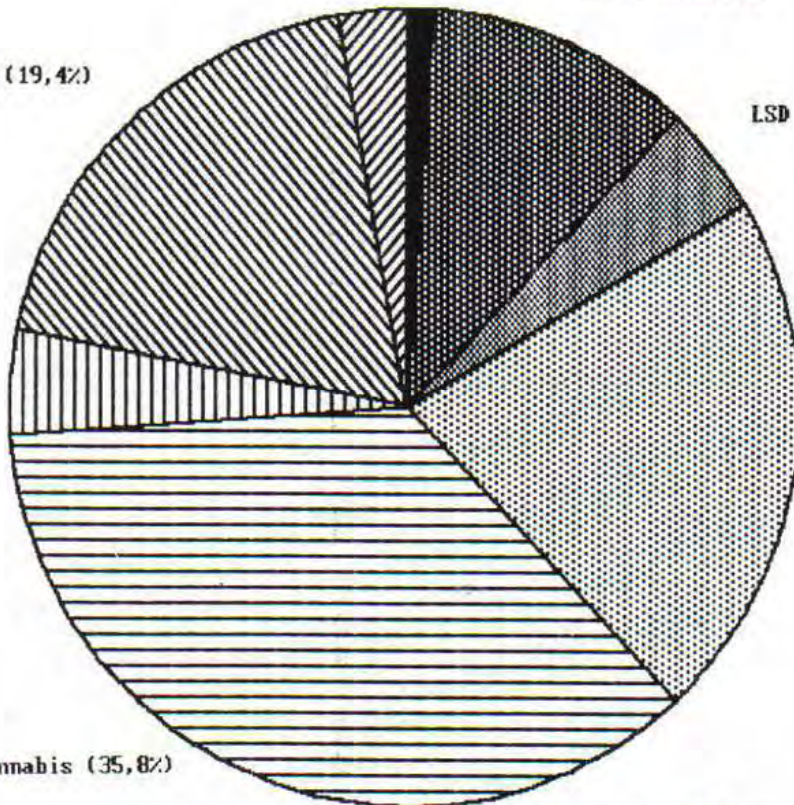
Hipnóticos (19,4%)

LSD (4,4%)

Cocaína (4,1%)

Sedantes (21,7%)

Cannabis (35,8%)



## CONSUMIDORES HABITUALES

Dos o más veces/semana el último mes

Opiáceos (2,4%)

Colas (0,4%)

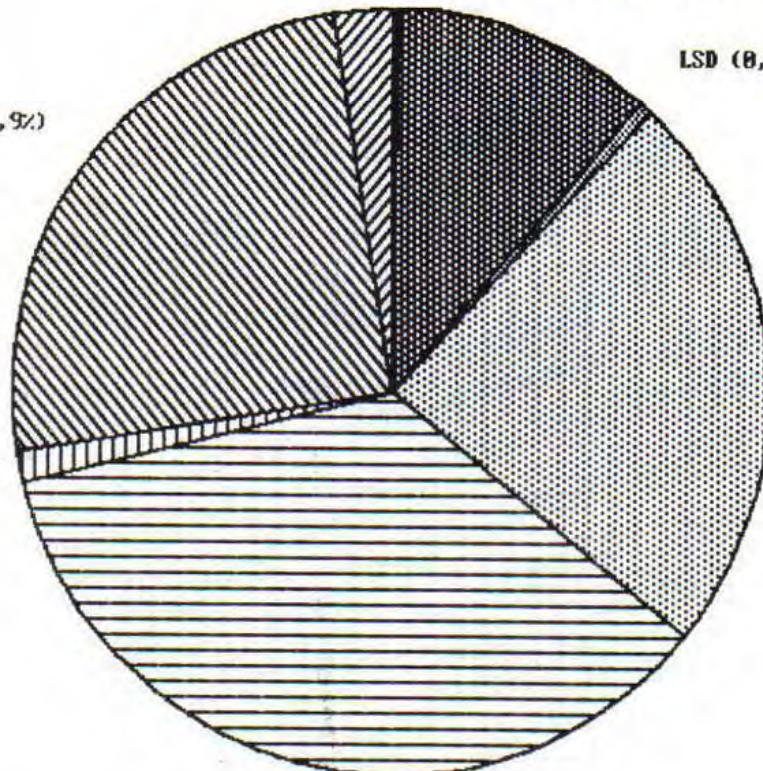
Anfetetas (11,0%)

Hipnóticos (24,9%)

LSD (0,5%)

Cocaína (1,6%)

Sedantes (24,0%)



Cannabis (35,1%)



denominado "uso secuencial de drogas". El uso previo de Cannabis es necesario para la progresión al uso de otras drogas.

En España se han llevado a cabo numerosas encuestas sobre el consumo de drogas, pero las poblaciones encuestadas, el ámbito territorial, la muestra y la metodología utilizados han sido variables, lo cual, como es lógico, dificulta las comparaciones.

Entre las encuestas de ámbito nacional, tomo como ejemplo la llevada a cabo en 1985 por EDIS por encargo de la Cruz Roja Española y de la Dirección General de Acción Social. Esta encuesta se ha realizado en una muestra de 6.000 personas representativas de la población española, de 12 o más años, residentes en 200 municipios distribuidos por todo el país.

Para la realización del estudio se utilizó el modelo de cuestionario propuesto por Smart y cols.

(1980), que permite distinguir cuatro niveles en el consumo de cada droga:

1) la han consumido alguna vez.

2) la han consumido en los últimos 6 meses.

3) la han consumido en los últimos 30 días.

4) consumidores habituales (la han usado habitualmente dos o más veces por semana el último mes).

La Cannabis es la droga más difundida en nuestro país de acuerdo con los resultados de esta encuesta, seguida de los tranquilizantes y de los hipnóticos. La población joven es la más afectada. Así, por ejemplo, en el caso de la Cannabis se observa claramente que las mayores prevalencias de consumo corresponden a los jóvenes, disminuyendo rápidamente con la edad a partir de los 30 años.

Para finalizar, sólo resta señalar que, sobre la base de los datos

disponibles acerca de los indicadores indirectos y directos del consumo de drogas en España, los responsables del Plan Nacional sobre drogas estiman el número de consumidores de cada una de las principales drogas ilegales en España como sigue:

Heroína: de 80.000 a 125.000.

Cocaína: de 60.000 a 80.000.

Anfetaminas: de 350.000 a 500.000.

Cannabis: de 1.200.000 a 1.800.000.

Las drogas constituyen, pues, un problema de salud pública de primera magnitud, en nuestro país.

REDACCIÓN

## BIBLIOGRAFÍA

- G. Piedrola Gil, M. Domínguez Carmona, P. Cortina Greus, R. Gálvez Vargas, A. Sierra López, M. Sáenz González: Medicina Preventiva y Salud Pública. SALVAT. Barcelona, 1989, 73; 985-999.
- Carmi, A., y Schneider, S.: Drugs and Alcohol. Springer, Berlín, 1986.
- Durell, M., y Bukoski, W.: Preventing Substance abuse: The State of the Art. Public Health Rep., 99, 23-30, 1984.
- Editorial: Media drug campaigns may be worse than a waste of money. Br. Med. J., 290 416, 1985.
- Freixa Sanfeliu, F.: El fenómeno droga. Aula Abierta. Salvat Editores, Barcelona, 1982.
- Freixa, F.; Masferrer, J., y Sala, L.: Aspectos socio-sanitarios de la drogodependencia por heroína. Med. Clin., 82, 30-32, 1984.
- Freixa, F., y Soler Insa, P. A.: Toxicomanías: Un enfoque multidisciplinario. Fontanella, Barcelona, 1981.
- Hansen, A.: Will the Gouvernement's mass media campaign on drugs work? Br. Med. J., 290, 1054-1055, 1985.
- Jaffe, J. M.: Evaluating Drug Abuse Treatment. N.I.D.A. Research Monograph n.º 51. Department of Health and Human Services, Washington, 1984.
- Kramer, J. F., y Cameron, D. C.: Manual de dependencias de las drogas. OMS, Ginebra, 1975.
- Laporte Salas, J.: Les drogues. Monographies mèdiques de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears. Barcelona, 1976.
- Louria, D. B.: Overcoming Drugs. McGraw-Hill, Nueva York, 1971.
- Martínez-Higueras, A. J.: Legislación sobre drogas. Tecnon, Madrid, 1986.
- Memorandum OMS: Nomenclature et classification des problèmes liés a la consommation de drogues et d'alcohol. Bull. Org. Mond. Santé, 60, 499-520, 1982.
- Ministerio de Sanidad y Consumo: Plan Nacional sobre Drogas. Cuad. Acción Social, 19, 75-83, 1985.
- Salleras Sanmartí, L.: Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Díaz de los Santos, Madrid, 1985.
- Samkiff, J. S., y Baker, S. P.: Recent trends in fatal poisoning by opiote in the United State. Am. J. Publ. Health, 11, 1251-1256, 1982.
- Segal, M.; Palsgrove, G.; Sevy, T. D., y Collins, T. E.: The 1990 prevention objectives for alcohol and drug misuse: Progress Report. Public Health Reports, 98, 426-435, 1983.
- Varo, J.: El consumo de drogas por la población española. Cuad. Acción Social, 19, 7-19, 1985.
- Williams, B. J.: Are public health education campaigns worth while? Br. Med. J., 288, 170-171, 1984.



---

# DROGAS: VISIÓN CONJUNTA

---

Las drogodependencias, tanto las institucionalizadas (tabaco, alcohol) como las no institucionalizadas (drogas ilegales, consumo no médico de medicamentos), constituyen un importantísimo problema de salud pública.

Las drogodependencias por drogas ilegales reúnen con creces los requisitos que debe mostrar un problema de salud pública para ser considerado como prioritario: la prevalencia del consumo es elevada y está en constante incremento en los últimos años; las causas no están en el individuo, sino en la sociedad; las consecuencias para los individuos y para la sociedad son graves, tanto en términos sanitarios como socio-económicos, y, por último, la solución del problema escapa de la capacidad de los individuos afectados, debiendo ser asumida por la sociedad.

El problema es de tal magnitud que la mayoría de los gobiernos de los países desarrollados lo consideran de manera prioritaria.

En España, la importancia del problema ha sido percibida por todas las fuerzas políticas del país, de tal forma que, en la sesión del Congreso de los Diputados del 27 de octubre de 1984, se aprobó una resolución de obligado cumplimiento, cuyo texto literal es el siguiente:

«Elaboración de un plan de prevención contra la droga, en el que se contemple la reinserción social de los drogadictos.»

En cumplimiento de esta resolución, el gobierno constituyó un grupo de trabajo interministerial integrado por todos los departamentos interesados en el tema y encomendó su coordinación al Ministerio de Sanidad y Consumo. Al mismo tiempo se constituyó un grupo de carácter técnico para la elaboración del plan, el cual fue aprobado por el gobierno el 4 de julio de 1985.

Para resolver los problemas planteados por el uso de drogas causantes de dependencia, un requisito previo e indispensable es que los interesados en el tema estén de acuerdo en lo que se entiende por droga. Esto es aparentemente fácil pero, en realidad, es una cuestión muy compleja, porque gran parte de los conocimientos actuales relativos a las drogas proceden de los países de habla inglesa, y esta lengua tiene una cierta imprecisión en lo que respecta al significado de la palabra droga, igual que ocurre con otros muchos términos.

Tal como señala Freixa, encontrar un significado exacto y a la vez realista al término droga no es tan sencillo como parece. Las definiciones médicas y farmacológicas se muestran insuficientes ante la complejidad de un tema de trascendencia mundial por sus implicaciones, pero cuyas perspectivas concretas dependen de cada sociedad y de cada cultura.

En nuestro medio, el término droga tiene varias acepciones. Según el Diccionario Enciclopédico Es-

pasa, drogas son ciertas sustancias minerales, vegetales o animales que se emplean en medicina, en la industria o en las bellas artes. En el lenguaje médico no es raro, pero tampoco frecuente, que sea empleado como equivalente de la palabra inglesa drug, que significa fármaco o medicamento.

Según Kramer y Cameron, fármaco o droga (drug) es toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones corporales. Es un concepto intencionadamente amplio, pues abarca no sólo los medicamentos destinados, sobre todo, al tratamiento de enfermedades, sino también a otras sustancias activas desde el punto de vista farmacológico. Las drogas que nos interesan aquí son las que pueden causar en el organismo vivo un estado de dependencia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el nombre de droga resulta aplicable a toda sustancia, terapéutica o no, que, introducida en el cuerpo por cualquier mecanismo (inhalación, ingestión, fricciones, administración parenteral, intravenosa, etc.), es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central del individuo hasta provocar en él una alteración física o intelectual, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de su estado psíquico. Esta modificación condicionada por los efectos inmediatos (psicoactivos) o persistentes (crónicos) predispone a una reiteración continuada en el uso del producto. Su capacidad de crear dependencia física o psíquica, en el consumidor, es precisamente una de las características más importantes a la hora de definir una sustancia como droga. Pero, tal como señala Freixa, la dependencia no viene determinada exclusivamente por esta interacción entre la sustancia y el sistema nervioso central. Es una situación más compleja, en la que también intervienen la estructura social donde se desenvuelve el sujeto, sus relaciones dentro de un grupo humano y la "agresividad" en los mecanismos del mercado del producto. En este factor dependencia está basada precisamente una de las clasificaciones más controvertidas de las drogas "duras o pesadas", cuando crean adicción física, y "blandas o ligeras", cuando no la crean.

Desde el punto de vista sociocultural, "drogas" son todas aquellas sustancias que, sean o no medicamentos, son utilizadas con intención de actuar sobre el sistema nervioso central, con el fin de conseguir un mejor rendimiento intelectual o físico, con ganas de experimentar nuevas sensaciones o bien con la pretensión de modificar, cabe suponer que satisfactoriamente, el estado psíquico del individuo. En este contexto, droga es cualquier sustancia que sea utilizada con la finalidad primordial de conseguir una autograti-ficación (Laporte).

En el estudio de las drogas es fundamental la definición de los términos "dependencia", "dependen-



cia psíquica", "dependencia física", "síndrome de abstinencia" y "tolerancia".

Se entiende como dependencia el fenómeno en virtud del cual y como resultado de la administración de una droga se desencadenan una serie de fuerzas (psicológicas, bioquímicas, sociales o ambientales) que predisponen a su utilización de una manera continuada.

Hay dos tipos de dependencia claramente diferenciados: dependencia psíquica, también llamada dependencia psicológica, psicogenética o emocional, y dependencia física, también conocida como adicción o neuroadaptación.

En la dependencia psíquica se produce una situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico, que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar malestar.

Este estado mental es, evidentemente, el más potente de todos los factores implicados en la intoxicación crónica con drogas psicótropas y puede ser el único factor en el caso de ciertos tipos de droga (las que no causan dependencia física).

En este tipo de dependencia es imprescindible la administración continuada del producto para que el individuo pueda mantener un bienestar óptimo y está estrechamente ligada al deseo, a veces irresistible (compulsión), que se experimenta por el producto. Si se interrumpe la administración de la droga, se instaura un estado de incomodidad que, en cualquier caso, es aliviado inmediatamente con la administración del producto.

Todas las drogas causantes de dependencia causan dependencia psíquica.

En la dependencia física o adicción, el organismo vivo requiere realmente la presencia de la droga para el mantenimiento de la homeostasis y de su normal funcionamiento.

En esta dependencia se produce un estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga. Estos trastornos o síndromes de privación, de retirada o de abstinencia están constituidos por series específicas de síntomas y signos, de carácter psíquico y físico, peculiares de cada tipo de droga, que se alivian por la administración de la misma droga o de otra de análoga acción farmacológica, perteneciente al mismo tipo genérico.

La dependencia física es un potente factor de refuerzo de la influencia de la dependencia psíquica, en lo que se refiere a la continuación del uso de la droga o a la recaída en el consumo después de un intento de retirada.

El síndrome de abstinencia es, pues, el conjunto de síntomas y signos que se presentan como consecuencia de la supresión brusca de la droga en los casos de dependencia física. Las drogas causantes de dependencia física son las que dan lugar al síndrome de abstinencia.

Por último, la tolerancia es un estado de adaptación caracterizado por la disminución de las respuestas a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico.

Todas las drogas depresoras del sistema nervioso central causan tolerancia. De las estimulantes, sólo



causan tolerancia las anfetaminas y el tabaco, éste último sólo durante los 3 primeros años. Algunos disolventes (tolueno) también la producen. Las drogas psicodélicas no la producen.

A lo largo del presente siglo ha habido numerosos intentos de clasificación de las drogas causantes de dependencia, tarea, por lo demás, difícil, ya que los criterios de clasificación posibles son muy variados. Ello no es de extrañar, pues a las dificultades evidentes de clasificación hay que añadir que las clasificaciones quedan muy pronto obsoletas por la introducción de nuevos productos y por los constantes avances en los conocimientos científicos sobre sus características.

Cronológicamente, el primer tipo de clasificación del que se tuvo noticia fue el clínico o psicopatológico, establecido en 1924 por Lewin, sobre la base de los distintos efectos de las drogas en el comportamiento. Mantuvo su vigencia durante muchos años, hasta ser perfeccionado por Chaloult, en 1971. En opinión de Lewin, existirían cinco tipos de drogas: euphorica, que ocasionan bienestar físico y psíquico; phantastica, o alucinatorias; inebrantia, o embriagantes; hypnotica, o productoras del sueño, y excitantia, o estimulantes.

Como una variante de esta ordenación, sobre la base de considerar sólo el principal de los efectos psíquicos producidos por cada sustancia, o "tono psicológico", Delay propuso, en 1957, una nueva clasificación de las drogas en psicolépticas o disminuidoras del "tono", psicoanalépticas o elevadoras del tono y psicodislépticas o desviadoras.

Laporte, desde un punto de vista farmacológico, clasifica las drogas en tres grandes grupos según los efectos sobre el sistema nervioso central: depresoras del sistema nervioso central (opio y derivados, hipnóticos, sedantes, tranquilizantes y el alcohol), estimulantes de las funciones nerviosas (cocaína, anfetaminas, tabaco) y psicodélicas (Cannabis, LSD), cuya característica principal es que producen alteraciones de la percepción sensorial.

Las drogas depresoras se caracterizan por producir dependencia física, tolerancia y síndrome de abstinencia.

De las drogas estimulantes, la cocaína no produce dependencia física. Las anfetaminas y el tabaco pueden producirla, pero menor que las drogas depresoras. En relación con la tolerancia, la cocaína no la produce; el tabaco, de ligera a moderada, los primeros años, y las anfetaminas sí la producen. En cuanto al

síndrome de abstinencia, las anfetaminas y el tabaco dan lugar a un síndrome menor.

Las drogas psicodélicas se acepta, por lo general, que no dan lugar a dependencia física, aunque hay indicios de que la administración prolongada de Cannabis, a dosis altas, puede producir un cierto grado de dependencia física. En cuanto a la tolerancia, clásicamente se ha afirmado que las drogas psicodélicas no la producen, pero investigaciones efectuadas recientemente parecen demostrar que el uso intenso puede desencadenar tolerancia. En cuanto al síndrome de abstinencia por lo general no lo producen y en todo caso originan un síndrome menor en la Cannabis.

Freixa resumió las principales características farmacológicas de las drogas causantes de dependencia de mayor interés en nuestro medio, que adjuntamos en la tabla 1.

Según su capacidad de crear o no adicción (dependencia física) y atendiendo a sus efectos, riesgos, peligros y consecuencias de su uso continuado, la OMS clasifica las drogas en cuatro grupos: 1) opio y derivados; 2) barbitúricos y alcohol; 3) cocaína y anfetaminas, y 4) LSD y Cannabis (tabla 2).

El orden de esta clasificación expresa de mayor a menor la peligrosidad por su uso continuado. Las sustancias de los grupos 1 y 2 crean dependencia física (adicción). El sujeto no podrá desprenderse de su uso si no es a través de una terapéutica médica de desintoxicación, como primer paso para abandonar el consumo de la droga. La rapidez en crear la adicción es tanto mayor, cuanto más alto es el orden en el grupo (de arriba abajo). Los efectos nocivos sobre el organismo y comportamiento del sujeto consumidor son graves, y esta gravedad es también directamente proporcional a su situación en la tabla. Son las llamadas drogas duras.

Las sustancias del grupo 3 no crean adicción (cocaína) o ésta de menor intensidad que la de los grupos 1 y 2 (anfetaminas). En cuanto a sus efectos sobre el organismo y el comportamiento del sujeto consumidor ocupan una posición intermedia. Son las llamadas drogas semiduras.

Las sustancias del grupo 4 no causan adicción. Sus efectos tóxicos sobre el organismo y la conducta del consumidor son mucho menos nocivos y graves. Si se presentan, son pasajeros. Tienen gran capacidad de creación de dependencia psicosocial. La mayoría de trastornos de la conducta que presentan los consumidores no son debidos a características intrín-



secas de la droga, sino al trato social que ésta y ellos reciben. Son las llamadas drogas blandas.

Por último, desde un punto de vista sociológico, las drogas pueden clasificarse en dos grandes grupos; las drogas institucionalizadas o integradas y las drogas no institucionalizadas o no integradas. Las drogas institucionalizadas son aquellas que gozan del respaldo de la tradición cultural. Su consumo es tolerado, legal e incluso, en ocasiones, fomentado. Las drogas no institucionalizadas, en cambio, son objeto de rechazo cultural y social. Su consumo es, por tanto, ilegal, y esa ilegalidad otorga a toda droga una nueva dimensión, ya que, desde ese momento, su consumo representa un riesgo más.

El hecho de que una droga esté institucionalizada o no institucionalizada condiciona en gran parte las características del consumidor y posible toxicómano, así como los riesgos y consecuencias para la salud individual, y el daño para la sociedad. En el caso de las drogas no institucionalizadas, el tráfico ilegal, el ambiente de delincuencia de la droga, crea el conocido fenómeno del halo que hace que aquellos que "precisan" las drogas, aquellos que las utilizan y el grupo de traficantes directos sean sujetos socialmente marginados o socialmente marginales.

En la actualidad, la única droga que es reprobada por la mayoría de civilizaciones es el opio y derivados. El resto de las drogas que figuran en la clasificación de la OMS reciben un trato socioeconómico y cultural distinto según el contexto en que se consumen, siendo unas institucionalizadas y otras no en los diferentes países y grupos sociales. Así, por ejemplo, en las regiones andinas de Perú, Colombia y Ecuador, el consumo de las hojas de coca está institucionalizado. En los países árabes, el alcohol está prohibido y, en cambio, el hachís se consume regularmente.

En España son drogas institucionalizadas (o integradas) el alcohol y el tabaco. Drogas no institucionalizadas (o no integradas) lo son (excepto en el caso de utilización como medicamento) los opiáceos, los barbitúricos, la cocaína, las anfetaminas, el LSD y la Cannabis.

En nuestro medio, en contra de lo que creen la mayoría de la gente e incluso ciertos profesionales, las drogas institucionalizadas (tabaco, alcohol, medicamentos usados con fines no médicos) constituyen un problema de salud pública de mayor magnitud que las drogas no institucionalizadas.

En cuanto a los medicamentos causantes de dependencia, su uso se ha extendido considerablemente en los últimos años. Se trata de hipnóticos, barbitúricos o no, sedantes, tranquilizantes, analgésicos, adelgazantes (anfetaminas), etc., cuyo uso continuado crea a la larga una dependencia física. Su inicio puede ser una prescripción médica, pero luego su uso puede extenderse y consolidarse por este fenómeno tan de moda en la actualidad, que es la automedicación. Este hecho es cada día más frecuente y hasta hace poco había sido tolerado por la Administración.

Es de destacar, pues, que, en nuestro medio, drogas duras (alcohol) están institucionalizadas.

REDACCIÓN

JAVIER FELIP BAQUER



## BIBLIOGRAFÍA

- G. Piedrola Gil, M. Domínguez Carmona, P. Cortina Greus, R. Gálvez Vargas, A. Sierra López, M. Sáenz González:** Medicina Preventiva y Salud Pública. SALVAT. Barcelona, 1989, 73; 985-999.
- Carmí, A., y Schneider, S.:** Drugs and Alcohol. Springer, Berlín, 1986.
- Durell, M., y Bukoski, W.:** Preventing Substance abuse: The State of the Art. Public Health Rep., 99, 23-30, 1984.
- Editorial:** Media drug campaigns may be worse than a waste of money. Br. Med. J., 290 416, 1985.
- Freixa Sanfeliu, F.:** El fenómeno droga. Aula Abierta. Salvat Editores, Barcelona, 1982.
- Freixa, F.; Masferrer, J., y Sala, L.:** Aspectos socio-sanitarios de la drogodependencia por heroína. Med. Clin., 82, 30-32, 1984.
- Freixa, F., y Soler Insa, P. A.:** Toxicomanías: Un enfoque multidisciplinario. Fontanella, Barcelona, 1981.
- Hansen, A.:** Will the Gouvernement's mass media campaign on drugs work? Br. Med. J., 290, 1054-1055, 1985.
- Jafe, J. M.:** Evaluating Drug Abuse Treatment. N.I.D.A. Research Monograph n.º 51. Department of Health and Human Services, Washington, 1984.
- Kramer, J. F., y Cameron, D. C.:** Manual de dependencias de las drogas. OMS, Ginebra, 1975.
- Laporte Salas, J.:** Les drogues. Monografies mèdiques de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears. Barcelona, 1976.
- Louria, D. B.:** Overcoming Drugs. McGraw-Hill, Nueva York, 1971.
- Martínez-Higueras, A. J.:** Legislación sobre drogas. Tecnon, Madrid, 1986.
- Memorandum OMS:** Nomenclature et classification des problèmes liés a la consommation de drogues et d'alcohol. Bull. Org. Mond. Santé, 60, 499-520, 1982.
- Ministerio de Sanidad y Consumo:** Plan Nacional sobre Drogas. Cuad. Acción Social, 19, 75-83, 1985.
- Salleras Sanmartí, L.:** Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Díaz de los Santos, Madrid, 1985.
- Samkiff, J. S., y Baker, S. P.:** Recent trends in fatal poisoning by opiote in the United State. Am. J. Publ. Health, 11, 1251-1256, 1982.
- Segal, M.; Palsgrove, G.; Sevy, T. D., y Collins, T. E.:** The 1990 prevention objectives for alcohol and drug misuse: Progress Report. Public Health Reports, 98, 426-435, 1983.
- Varo, J.:** El consumo de drogas por la población española. Cuad. Acción Social, 19, 7-19, 1985.
- Williams, B. J.:** Are public health education campaigning worth while? Br. Med. J., 288, 170-171, 1984.

**TABLA 1. CLASIFICACIÓN FARMACOLÓGICA DE LAS DROGAS**

Droga	Modo de administración	Tolerancia	Dependencia psíquica	Dependencia física (adicción)
<i>Depresores del sistema nervioso</i>				
Opiáceos ( morfina, heroína, codeína y específicos como Sosegon, Tiliterate, Dolantina	Oral	++++	++++	++++ (corto plazo)
	Intravenosa (IV)			
	Intramuscular (IM)			
Alcohol (bebidas alcohólicas, fermentadas y destiladas)	Oral	+++	+++	+++ (medio plazo)
Hipnóticos y sedantes (barbitúricos)*	Oral	+++	+++	+++
Tranquilizantes menores (benzodiacepinas)*	Oral IV IM	++	+++	+
Disolventes y pegamentos	Inhalación	++++	++	+ (+)
<i>Estimulantes del sistema nervioso</i>				
Anfetaminas y anorexígenos	Oral IV	+++	++++	++
Cocaína	Oral Aspiración Masticación	?	++++	0 ?
Xantinas (café, té, bebidas de cola)	Oral	?	+	+
<i>Psicotodislépticos</i>				
Derivados del Cannabis (grifa, marihuana, hachís)	Oral	0	+++	0 (+)
	Fumar	?		?
Alucinógenos psicodislépticos (mescalina, LSD)	Oral	0 ?	+++	0 ?
	Fumar	++	+++	++



? = En la actualidad se llevan a término estudios en profundidad sobre diversos aspectos de la tolerancia y de la dependencia física de determinadas sustancias, dado que la literatura científica presenta resultados contradictorios al respecto.

\* Los medicamentos hipnóticos, sedantes y tranquilizantes pueden ser considerados como drogas al desviarse de su uso terapéutico y sobre todo al mezclarse con bebidas alcohólicas.

## **TABLA 2. CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS SEGÚN SUS EFECTOS, RIESGOS, PELIGROS Y CONSECUENCIAS DE SU USO CONTINUADO (OMS)**

1. Opio y derivados
2. Barbitúricos y alcohol
3. Cocaína y anfetaminas
4. LSD y *Cannabis*



**TABLA 73-14. CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS PARA LA SALUD**

Droga	Intoxicación aguda	Síndrome de abstinencia	Efectos a largo plazo	Peligro en la conducción de vehículos o accidente laboral	Riesgo de muerte por sobredosis	Nivel de consumo
<b>Opiáceos</b>	Miosis, depresión respiratoria, disminución de las percepciones sensoriales, confusión, edema pulmonar, shock, convulsión, etc.	Midriasis, disnea, diarrea, vómitos, rinorrea, lagrimeo, dolores musculares, escalofríos, carne de gallina, temblor, bostezos, sudoración, convulsiones	Anorexia, adelgazamiento, amenorrea (esterilidad), impotencia sexual, «miseria fisiológica», endocarditis bacteriana, hepatitis, SIDA, estados de confusión, tatuajes de los pinchazos, etc.	+++	++ (*)	+
<b>Alcohol</b>	Embriaguez o borrachera, olor <i>sui generis</i> , diplopía, agitación, trastornos del equilibrio, confusión, riesgo de muerte por depresión respiratoria. Cabe contar con posibles hepatopatías y otras complicaciones orgánicas (pancreopatía, cardiopatía, gastropatías, hemopatías, neuropatías, etc.)	Menor: temblor de labios y lengua, ansiedad, sudor, etc. Mayor: <i>delirium tremens</i> , incluso con alcoholemia alta (deprivación relativa)	Psicosis, demencia, enfermedad de Korsakoff, encefalopatías, etc. Hepatopatías: cirrosis, hepatitis aguda, etc. Polineuritis, miocardiopatía, etc.	+++	+++ (*)	++++
<b>Hipnóticos</b>	Ataxia, incoordinación, disimetría, <i>nistagmus</i> , trastornos del equilibrio (Romberg), pupilas normales o indicativas de la depresión respiratoria, hipotensión, hipotermia, bradicardia, hiporreflexia, shock, etc.	Insomnio, hiperreflexia, hipotensión ortostática, desmayos, «flojedad», temblores, hipertemia, agitación, delirio confuso-onírico subagudo con características de <i>delirium tremens</i> enólico, psicosis, deshidratación y coma	Ansiedad, adelgazamiento dermatopatías, irritabilidad, trastornos de comportamiento, labilidad afectiva, infantilización comportamental, distimias, agresividad, psicosis crónica y deterioro intelectual	+++	++ (*)	++
<b>Tranquilizantes</b>	Síntomatología similar a la reseñada para los barbitúricos, aunque de presentación más tardía, menos marcada y no tan frecuente			++	+ (*)	++
<b>Disolventes y pegamentos</b>	Embriaguez o borrachera comparable a la del alcohol, olor <i>sui generis</i> , ilusiones y alucinaciones, diplopía, depresión respiratoria, agitación, coma. Según el producto, otros efectos. Es frecuente la muerte por sofocación (bolsa de plástico)	Sin signos físicos específicos, manifestaciones comportamentales de condicionamiento psicosocial. Embriaguez típica por disolventes	Posibles lesiones hepáticas en determinadas mezclas, lesiones cerebrales, renales y de la médula ósea	++	+ (*)	+
<b>Anfetaminas y anorexígenos</b>	Midriasis y sequedad de boca, irritabilidad, agresividad, temblor de manos y dedos, ocasionalmente sacudida de toda la extremidad, espasmos, convulsiones, fiebre, sudor e hipertensión. Delirio paranoide, esquizomorfo	Depresión, apatía, somnolencia, algias musculares, fatiga, inquietud, intranquilidad. Crisis afectiva con riesgo de suicidio	Irritabilidad, adelgazamiento, ocasionalmente persistencia de la sintomatología paranoide esquizomorfa. Psicosis anfetamínica, «propiciador de psicosis» Abscesos, tatuajes, hepatopatías	++	+ (*)	+



Droga	Intoxicación aguda	Síndrome de abstinencia	Efectos a largo plazo	Peligro en la cond. vehiculos o accidente laboral	Riesgo de muerte por sobredosis	Nivel de consumo
<b>Cocaína</b>	Los mismos síntomas del grupo anterior, más la típica lesión en el cartílago nasal. Típicas alucinaciones vermiformes bajo la piel		Los mismos síntomas del grupo anterior. Síndrome o psicosis de Magnan	++	+	++
<b>Xantinas</b>	Sintomatología parecida a la del grupo anterior, aunque más atenuada y breve Riesgo para cardíacos e hipertensos			—	—	++++
<b>Derivados de la Cannabis</b>	Pupilas normales, enrojecimiento de la conjuntiva, sequedad de boca, hilaridad estúpida, ansiedad, depresión pasiva, hipotensión ortostática, taquicardia, ilusiones paraeidólicas, excepcionalmente alucinaciones	Síndrome del anhelo o deseo. Sin manifestaciones específicas. Manifestaciones conductuales psicosociales	Puede favorecer la aparición de trastornos psicóticos. Psicosis cannábica <i>Flash-backs</i> . Síndrome amotivacional	++	?	+++
<b>Alucinógenos psicodislépticos</b>	Midriasis, reacciones de pánico, ansiedad, agresividad, distorsión perceptiva, ilusiones, alucinaciones, despersonalización, «paranoidismo» episódico	Manifestaciones psicógenas aparentes, sin trastornos específicos	«Propiciador de psicosis», <i>flash-backs</i> u otras manifestaciones psiquiátricas que pueden convertirse en crónicas	++	+?	+
<b>Tabaco</b>	Hiperapnea, náuseas, diarrea, taquicardia, sialorrea, sudoración, hipertensión, etc. Postración, eventualmente convulsiones, depresión respiratoria, trastornos cardíacos, coma, riesgo de muerte (+ niños)	Sequedad de boca, irritabilidad, nerviosismo, modificaciones del hambre, etc.	Bronconeumopatías, coronariopatías Manifestaciones neoplásicas en bronquios, labios, lengua, faringe, laringe y vejiga	? Fuego	—	++++

(\*) Depende de la dosis y de la mezcla con otros productos.



Con objeto de divulgar la farmacología y uso clínico de la naltrexona, Laboratorios Lácer, en colaboración con la Universidad Complutense, reunió el pasado 22 de marzo en Madrid a un centenar de profesionales dedicados a la atención de las toxicomanías. El marco escogido para tal fin fue el aula del Departamento de Farmacología de la Facultad de Medicina, y actuó como coordinador del encuentro el catedrático Pedro de Lorenzo. Tras agradecer la iniciativa a los organizadores, el farmacólogo madrileño justificó la importancia de la reunión en el hecho de que la naltrexona es actualmente "el único tratamiento racional que puede resultar definitivo", y lamentó que determinados programas de agonistas tuvieran una protección oficial —como es el caso de la metadona—, mientras que "las bendiciones oficiales de la Administración" para con este antagonista de los opiáceos se hacen rogar.

# Simposio sobre naltrexona

El farmacólogo madrileño justificó la importancia de la reunión en el hecho de que la naltrexona es actualmente "el único tratamiento racional que puede resultar definitivo", y lamentó que determinados programas de agonistas tuvieran una protección oficial —como es el caso de la metadona—, mientras que "las bendiciones oficiales de la Administración" para con este antagonista de los opiáceos se hacen rogar.

### Farmacología

Una vez hubo presentado a los dos otros integrantes de la mesa —los doctores Manzanares y Pérez de los Cobos—, el profesor De Lorenzo inauguró las intervenciones abordando la naturaleza farmacológica de la naltrexona, que —junto con la naloxona— definió como un antagonista "puro" en cuanto al papel que desarrolla en la farmacodinámica opioide.

Circunscribiéndose al descubrimiento de este fármaco, señaló primero que, a veces, una sustancia exógena pone de relieve otra endógena, poniendo como ejemplo de ello el descubrimiento de la acetilcolina a partir de la muscarina o la nicotina del tabaco. Recordó luego que en los años 70 se detectaron cadenas cortas de péptidos en la corteza del cerebro integradas por encefalinas tales como la leu-encefalina y la met-encefalina, con una afinidad especial para los receptores opioides. Estas cadenas, observadas primero en ileón de cobaya, tenían todos los efectos de la morfina y podían ser antagonizadas. "De este modo —concluyó— empezaron a estudiarse los opioides endógenos hasta la detección, años más tarde, de un péptido muy particular, con noventa y un aminoácidos". La molécula descubierta, la beta-lipotropina, se propuso como modelo de opioide endógeno, y con posterioridad se definieron en su estructura tres familias de polipéptidos precursores: propiomelano, con 267 aminoácidos y distribución en el sistema nervioso central, hipotálamo e hipófisis; proencefalina A, también con 267 aminoácidos, distribución en el núcleo parabraquial, la sustancia gris paraquioductual y el sistema límbico; y proencefalina B (o prodinorfina), con 256 aminoácidos y distribución en la formación reticular y el núcleo caudal.

Pasó después De Lorenzo al mecanismo de acción de los cuatro principales receptores — $\mu$ (mi),  $\delta$ (delta),  $\kappa$ (kappa), y  $\sigma$ (sigma)— en los sistemas nervioso central, neurovegetativo y hormonal, cuya actividad determina la existencia de sustancias agonistas, agonistas-antagonistas y antagonistas. De entre estas últimas (nalorfina, naloxona y naltrexona) subrayó la función de unos "antagonistas puros" —naloxona y naltrexona—, que no tienen actividad intrínseca  $\mu$ ,

kappa ni delta. De la nalorfina dijo que fue experimentada en los años 40 y 50 para la recuperación de pacientes adictos a la morfina, y de la naloxona, que se mostraba eficaz cuando era administrada por vía parenteral pero no en tratamientos continuados de deshabitación a opiáceos. "La naltrexona, por el contrario, constituye el fármaco de elección al actuar por vía oral y presentar un perfil de larga duración, con posibilidad de una dosificación mucho más elástica", fueron sus palabras, aunque no ocultó que este fármaco produce también una acción agonista en el ojo (miosis), que calificó de "efecto colateral poco importante".

En resumen, el especialista de la Complutense afirmó que la naltrexona altera la acción de los productos opiáceos, reduce la tolerancia al dolor, antagoniza el efecto analgésico producido por sustancias placebo, acupuntura o estrés, reduce la hipotensión por shock, previene la sobrealimentación y la obesidad, incrementa los niveles de FSH y CSH en atletas amenorreicas, disminuye la producción hormonal en el ejercicio, previene el incremento de corticoides y antagoniza la capacidad de adaptación al estrés.

Hizo entonces De Lorenzo un breve paréntesis para enfatizar lo que, a su juicio, podría ser la propiedad terapéutica más importante de la naltrexona: su capacidad para convertirse en metabolito activo ( $\beta$ -naltrexol) "debido a su acción prolongada sobre el organismo". Con todo ello, apuntó que el empleo de esta sustancia tiene como finalidades terapéuticas la deshabitación opiácea, psicosis esquizofrénicas, enfermedades de Alzheimer, Parkinson y Huntington, bulimia y obesidad.

Como reacciones adversas apuntó que dosis superiores a 300 mg/día pueden provocar lesiones hepatocelulares, aumento de las transaminasas, anorexia, rash cutáneo, náuseas e inactivación de determinados tratamientos antitusígenos, antidiarreicos o analgésicos que tienen por base una formulación opiácea. Con todo, aseguró que la severidad de estos efectos sólo hallaba justificación en un empleo de dosis elevadas por largo espacio de tiempo, y refirió un estudio multicéntrico llevado a cabo con 1.006 pacientes, apoyando la tesis de que la naltrexona "reúne todas las garantías de seguridad y eficacia para su empleo clínico".



# ESCRITO

# EN EL VIENTO

## RESUMEN

El objetivo del presente artículo es el de sensibilizar una vez más a la opinión pública acerca de las toxicomanías bajo el punto de vista de la patología que suponen y de alternativas terapéuticas que no supongan de "entrada" el ingreso en prisión de esos enfermos.

Ante el misterio hay dos formas de tomarlo, acercarse o huir; cuando llevas leído, visto, vivido casi seis años en el fenómeno de las toxicomanías y aún te preguntas el porqué de tantas situaciones, te das cuenta de que estás solo frente a tu supuesta realidad, y es que angustia a veces no compartir opiniones con quienes dedicándose o no al fenómeno en una forma más o menos directa actúan sobre él interaccionando y modificándolo en un sentido favorable o desfavorable para los afectados, los afectados desde mi óptica son enfermos salvo error de apreciación y me excuso del atrevimiento ignorante tal vez de ponerles una etiqueta: enfermos.

Tal vez no sirva, pero me remito a la historia, en aquellos tiempos en que se quemaba a las brujas, o infieles, o lo que fuesen porque tenían una conducta diferente, o una ideación distinta; que entorpecía la pulcritud en el correcto pensar de una mayoría; una mayoría que murió en el error, y que jamás supo que aquellos seres humanos que murieron en la hoguera eran simples enfermos a los que la "madre naturaleza" les jugó la mala pasada de hacerlos "distintos" de los demás, la naturaleza... o la sociedad, puesto que si no me equivoco y sigo excusándome... tal vez el entorno incida peyorativamente sobre esa "naturaleza distinta de ciertos semejantes".

¿Cómo puede ser que una sociedad que ostenta orgullosa una tradición de conducta que presume de caritativa, de civilizada, de portadora de los valores eternos de determinadas creencias, se permite marginar, juzgar, y disponer del destino de unos enfermos de quienes desconoce la naturaleza de la enfermedad?; ¿cómo puede dejar en libertad a los causantes de su mal y castigar a los enfermos?; ¿porque en qué abominables leyes se

cita que tales enfermos no pueden disponer de una medicación que les alivie de su mal cuando la solicitan?, ¿que no se ve la biografía torturada de aquel enfermo toxicómano que lleva tras su mirada ausente, sus palabras que encubren a "su realidad no revelada" una depresión que raya en lo exasperante?...; si la muerte no les llega, la terapéutica consiste en la limitación de la libertad, y en ese guetto que supone tal condición "empeoran" pero ¿qué importa?, al menos no estorban el "libre albedrío" de los bienpensantes.

Cita Guillermo Mattioli: A la luz de la experiencia y de la lógica, prohibir y curar resultan términos contradictorios. Este debate no es nada nuevo. Veamos qué es lo que pensaba un autor francés, Brussell, en su tesis del año 1936, resumiendo lo que era en buena parte de la opinión médica respecto de la ley francesa de 1916:

"Delante de todos estos inconvenientes, ¿cuáles son las ventajas? El objetivo de la ley era sin duda disminuir el número de toxicómanos o incluso de hacerlos desaparecer, pero toda su reglamentación parece basarse sobre un completo desconocimiento del verdadero problema. Por un lado, el número de toxicómanos es ínfimo, sobre todo si se lo compara con el de alcohólicos, otros toxicómanos a los que no se amenaza para nada. Por el otro, si la toxicomanía fuera libre, no veríamos más que (como antes de la ley) morfomános y heroínomános, y ya hemos dicho que de todos los tóxicos éstos eran los más inofensivos. En lugar de eso, los vemos recurrir al azar de las ofertas de los traficantes, a la cocaína que es terriblemente peligrosa o a todos los sustitutos que se pueden procurar fácilmente de farmacia en farmacia, como los barbitúricos que son infinitamente más nocivos y provocan con demasiada frecuencia accidentes mortales (...). De hecho la ley ha ignorado el carácter patológico de su intoxicación y sin lograr disminuir su número. Pensamos que debería retomarla sobre bases médicas más apropiadas a la realidad de los hechos."

Sigue Mattioli: Estas palabras conservan toda su actualidad y reflejan la penosa situación en la que se encuentra el clínico cuando por un lado la



eficacia de su acción exige la libre disposición del enfermo para consultarlo y por el otro esta voluntad, ya de por sí contradictoria, se ve perturbada por el absurdo de ver prohibida la enfermedad misma.

Casa Nombela, cita que la expresión "tráfico ilícito" posee una involuntaria connotación irónica. De las drogas de las que se habla no hay ningún tráfico lícito y en cambio sí que existe un enorme tráfico lícito de productos también perniciosos como el alcohol y el tabaco, en el caso del primero no sólo para la propia salud sino para la ajena, porque es un estimulante de la agresividad.

En primer lugar, el controlar y legalizar la distribución de drogas exóticas no supone necesariamente la eliminación del negocio económico ligado al actual tráfico ilícito. Sí cabría hablar de una lógica reducción de los beneficios, pero no de su extinción.

No creo que ningún defensor de la venta legalizada de drogas haya previsto la absoluta "extinción" del tráfico ilícito. Por lo que parece, esto es bastante difícil en todos los ámbitos de las actividades comerciales, así que no hay porqué exigirle a esto más de lo que se les exige a los otros. Como lo demuestra la frecuente presencia de organizaciones mercantiles clandestinas en actividades perfectamente lícitas y regladas (piénsese en sectores como la alimentación, el transporte o la misma sanidad.<sup>1</sup>

Aunque esta anteriormente escrita es la pers-

pectiva más habitual, hay que reconocer que afortunadamente se están haciendo notables progresos en este tema, ya que en el diario «El País» del viernes, 6 de julio del año en curso, se lee: "Vía libre para que los tribunales dicten el internamiento curativo a los condenados toxicómanos. El supremo consolida la sustitución de la cárcel por el tratamiento terapéutico de los drogadictos". Con ello el Supremo hace posible extender por vía de la atenuante analógica las medidas de internamiento previstas en el Código Penal, tras su reforma parcial de 1983, para los casos, poco frecuentes, de atenuación de la pena por trastorno mental o grave alteración de la conciencia de la realidad. Con el aval de consideraciones de carácter técnico-jurídico, el Supremo defiende que "las medidas alternativas a la pena son aconsejables en los casos de enfermedades mentales o toxicomanías que producen serios trastornos de la personalidad, con alteración o modificación de las facultades intelectivas o volitivas". Al fin pues el Supremo abre la posibilidad de que en los casos más frecuentes, de la atenuante analógica, los tribunales penales apliquen "las medidas sustitutorias de internamiento y tratamiento adecuado, previstas para los supuestos de enajenación mental".

Celebro pues desde este artículo el paso adelante que se ha dado totalmente acertado en la terapéutica de los enfermos toxicómanos.

REDACCIÓN

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Guillermo Mattioli.** Psicoterapia del toxicómano. Barcelona, Logos. 1989; 161-162.
2. **Bonifacio de la Cuadra.** El Supremo consolida la sustitución de la cárcel por el tratamiento terapéutico de los drogadictos. «El País», 1990, julio, viernes 6; 34.



---

# DÍA A DÍA



**Juan Antonio Gomera Galán**  
Fallecido en septiembre de 1990

Hemos abierto una puerta a la esperanza, hoy muchos de nuestros amigos toxicómanos que un día, tímidamente, con desesperanza, llamaron a nuestra puerta, han comenzado una nueva vida.

Siempre al hablar de personas con problemas de drogas, nos hacemos la idea de un personaje, ante todo delincuente, sucio y desaliñado, un personaje que nos encontramos en cualquier esquina a punto de caerse, o en cualquier cajero, dispuesto a (darnos el palo) como ellos dicen.

No es demasiado justo pensar así, si bien es cierto que mucha de la delincuencia actual se ha cubierto con la toxicomanía, no deja de ser cierto, también, que muchos de estos chicos, incluso algunas veces, muertos de miedo, su adicción les obliga a buscar dinero a costa "de lo que sea".

Quiero en esta ocasión llamar vuestra atención para contaros que detrás de muchos de "ellos" y os lo digo de nuevo, porque **de verdad los conozco**, hay personas excelentes, temerosas, faltas de cariño, personas que esperan que alguien confíe en ellos, que alguien piense alguna vez que un toxicómano aparte de serlo, también quiere vivir, también quiere dejar de sentirse atrapado.

Hoy algunos de los que hace un tiempo comenzaron un tratamiento en nuestro centro están a punto de conseguir el alta médica (ya un año de tratamiento), un año en el que han rehecho su vida. Jordi se casó, Javier ha iniciado Psicología, Nuria comenzó a trabajar y se siente una persona nueva, y un largo etcétera de personas que emprenderán un nuevo camino.

También es cierto que muchos han retrocedido, pero no perderemos la esperanza, y ellos saben que estamos preparados para recibirlos de nuevo.

Con emoción, un recuerdo para nuestro querido amigo Juan Gomera Galán, que cuando quiso salir fue tarde para él.

Gracias a todos por ser capaces de confiar en nosotros y en vosotros mismos para conseguir vivir de nuevo.

**LINA ESTHER HENAR PÉREZ**  
GERENTE

---



---

# CANDIDIASIS DE LOS HEROINÓMANOS

---

Se produce en consumidores de heroína marrón de mala calidad. La primera epidemia española se produjo en el verano de 1984. La clínica es bastante similar en todos los casos; a las pocas horas de la inyección aparece fiebre elevada con malestar general, escalofríos, etc., que dura 24-48 horas y cede espontáneamente. Entre uno y seis días después aparece la tríada sintomática:

**Lesiones cutáneas:** Son muy características en su distribución, localización y morfología. Están constituidas por pústulas foliculares, nódulos y abscesos muy dolorosos, localizados en barba y cuero cabelludo, sobre todo zona marginal posterior. Histológicamente hay una foliculitis aguda. El cultivo en medio de Sabouraud es muy positivo para *Candida albicans*.

A los cuatro o cinco meses del proceso agudo hay alopecia difusa e importante por un defluviun telogénico y, por tanto, reversible en unos meses.

**Lesiones oculares:** Hay molestias oculares y trastornos de la visión que traducen distintas formas de endoftalmitis. Pueden abocar a pérdida definitiva de la visión del globo ocular afectado.

**Lesiones óseas y articulares:** Aparece osteocondritis y artritis, generalmente condroesternales, padecen dolores osteoarticulares y tumefacciones subcutáneas dolorosas sobre eminencias óseas.

**Afectación visceral:** Algunos pacientes presentan, acompañando a la tríada anterior, también focos en otros órganos como sistema nervioso central produciendo meningitis, corazón afectando endocardio, etc.

Si el enfermo no tiene el estado general y sistema inmunológico muy alterados por la adicción a la heroína, suele conseguir superar la candidemia.

Epidemiológicamente no se ha conseguido avanzar mucho, ya que no se ha conseguido cul-

tivar la *Candida* en la heroína obtenida de los enfermos afectados, y los hemocultivos han sido siempre negativos. Sin embargo, con frecuencia el enfermo refiere que todos los que se pincharon con él padecen un cuadro similar.

**El tratamiento:** Siempre está indicado el tratamiento sistémico con ketoconazol si la afectación es general y cutánea. En caso de invasión ocular o visceral está indicada la anfotericina B, que sólo se utiliza por vía intravenosa y en algunos casos mediante instilación local. La dosis es de 5-10 mg./día, hasta llegar a un máximo de 1 mg. por kg./día, siempre en suero glucosado, ya que en fisiológico cristaliza. Los efectos secundarios son muy frecuentes e importantes: escalofríos, fiebre, cefaleas, náuseas, vómitos y flebitis local; el más importante es su nefrotoxicidad. El ketoconazol es un derivado imidazólico introducido en terapéutica en 1981. Se absorbe bien por vía oral. Es activo frente a dermatofitos, levaduras y otros hongos patógenos. Actúa dañando la membrana celular al dificultar la incorporación a la misma del acetato de ergosterol, necesario para su integridad y función barrera. La dosis es de 200 mg. por 24 horas en una sola toma en ayunas durante 15-20 días. Su principal efecto secundario es la hepatotoxicidad, que puede llegar a ser muy severa, por lo que es imprescindible realizar analítica hepática previa al inicio del tratamiento. También produce ginecomastia y parece tener efecto antiandrógeno al interferir en la síntesis de los derivados del colesterol.

**REDACCIÓN**

## BIBLIOGRAFÍA

Dra. Dolores Moya González: Dermatología (colección pregrado). Luzán. Tomo I. 1987; 89-90.