

Dusek/Girdano



DROGAS

un estudio
basado en hechos



FONDO EDUCATIVO INTERAMERICANO

DROGAS . . .

Dos alternativas surgen aquí como una contradicción que reclama necesariamente definición inmediata: utilizar las drogas médicamente para la eliminación progresiva del dolor y la enfermedad, o bien, emplearlas fatalmente en una terrible e inagotable experiencia de efectos desastrosos.

¿Qué son?

¿Cuál es el porqué de sus mitos y realidades?

¿Qué nos mueve a consumirlas?

¿Cómo podemos comprender mejor, y consecuentemente, ayudar a una persona adicta o en peligro de convertirse en adicta a alguna droga?

Drogas, un estudio basado en hechos, analiza estas sustancias y el impacto histórico y social en los grupos que las consumen. Lleva al lector a comprender su funcionamiento en el sistema nervioso y la relación que tienen con las modificaciones de la conducta humana.

Un libro que descifra las razones más comunes —y las ocultas— del uso y abuso de drogas.



FONDO EDUCATIVO INTERAMERICANO

Apartado Postal 19-188. México 03910, D.F., México
Apartado Aéreo 29696. Bogotá, Colombia
Apartado Postal 62361. Caracas 106, Venezuela
Casilla 6553. Santiago 7, Chile
Apartado Postal 29853. Río Piedras, Puerto Rico 00929
Apartado 4289. Panamá 5, Panamá.

Índice general

1 ¿Por qué drogas?

Perspectiva histórica 2

Adicción contra dependencia 5

Motivaciones para el uso de drogas 7

Curiosidad 8

Placer 8

Autotrascendencia 10

Enajenación social 10

Pérdida de identidad 12

Apatía 12

Resumen 15

Bibliografía 15

Lecturas sugeridas 15

2 Bases fisiológicas de la acción de las drogas sobre el sistema nervioso central

La célula nerviosa 20

Transmisión del impulso nervioso 20

Drogas y transmisión nerviosa 23

Organización del sistema nervioso 23

Las drogas y el cerebro 24

El tronco encefálico (centros vitales) 25

- El tálamo (transmisor de estímulos) 26
- El hipotálamo (homeostasis) 27
- El sistema límbico (conducta y memoria de las emociones) 28
- La corteza cerebral (procesos de pensamiento) 29
- El sistema reticular activador (despertador) 30
- El cerebelo (coordinación) 32

Resumen 32

Bibliografía 32

Lecturas sugeridas 34

3 El alcohol

Introducción 36

- El alcohol como droga 37
- El metabolismo del alcohol y la producción de energía 38
- Porcentaje y graduación 45
- Intoxicación 46
- Efectos del alcohol en la temperatura corporal 50
- Efectos del alcohol en el embarazo 50
- Efectos del alcohol en la actividad sexual 51
- Cirrosis 51

Alcoholismo 52

- Fases prealcohólicas 54
- Fase alcohólica temprana 55
- Fase alcohólica verdadera 56
- Dependencia alcohólica completa 56
- La mujer alcohólica 59

Bibliografía 65

Lecturas sugeridas 66

4 Marihuana: el gran debate

Introducción 70

Cannabis 72

Efectos físicos 74

El uso medicinal de la marihuana 78

Efectos psicosociales 79

- Psicosis de la marihuana 80
- Población consumidora de marihuana 80

Bibliografía 82

Lecturas sugeridas 84

5 LSD y otros alucinógenos

Introducción al LSD 88

- Farmacología 88
- Efectos fisiológicos, tolerancia y dosis 89
- Acción neuroquímica del LSD 89

La experiencia con ácido 90

- LSD y búsqueda espiritual 90
- Fraude y peligros 93
- Regresiones 94
- Psicosis crónica 95
- La cuestión de los cromosomas 95
- El uso del LSD en psicoterapia 97
- Creatividad 97

Otros alucinógenos 98

- Mescalina (y peyote) 100
- Psilocibina 101
- DMT 102
- STP 102
- PCP 103
- Óxido nitroso 105

Bibliografía 105

Lecturas sugeridas 109

6 Anfetaminas y otros estimulantes

Información general 114

El uso de las anfetaminas 115

- Mal uso de las anfetaminas 115
- Control de peso 116

x Índice general

Desempeño físico 116
Desempeño mental 117

El abuso de las anfetaminas y sus peligros 118

Paranoia y violencia 120
Psicosis 120
Sobredosis y muerte 121
Tratamiento para sobredosis agudas 121

Otros estimulantes 121

Cafeína 122
Cocaína 122
Tratamiento para sobredosis agudas 126

Bibliografía 126

Lecturas sugeridas 127

7 El fumar y la salud

Componentes del humo del tabaco 130

Motivaciones para fumar 132

Desistir del hábito 135

Fumar y sus consecuencias para la salud 138

Enfermedades del corazón 138
Cáncer pulmonar 140
Enfisema 141
Bronquitis crónica 142
El fumar y el embarazo 142
El fumar y la úlcera péptica 143
Fumar pipa y puro 143
El fumador pasivo 143

Resumen 144

Bibliografía 146

Lecturas sugeridas 147

8 Sedantes barbitúricos y no barbitúricos

Sedantes hipnóticos barbitúricos y no barbitúricos 152

Tranquilizantes 154

Peligros por mal uso 155

Alteración del sueño normal 156

Suicidio y muerte accidental 157

Peligros por abuso 159

Tolerancia y dependencia física 160

Tratamiento 163

Primeros auxilios 164

Bibliografía 165

Lecturas sugeridas 167

9 Los derivados del opio

La obtención del opio 170

La economía de la adicción a la heroína 170

Efectos farmacológicos 171

Rutas comerciales 173

Historia de los opiáceos 173

El adicto 178

Privación 182

Programas de mantenimiento 182

Programa de mantenimiento a base de metadone 183

Desintoxicación con metadone 185

Antagonistas de los derivados del opio 186

Comunidades terapéuticas 187

Synanon 188

Casas de recuperación y otros centros de rehabilitación 190

Programas legislativos 190

Tratamiento sin droga para pacientes externos 191

Tratamiento múltiple 191

Resumen 192

Bibliografía 192

Lecturas sugeridas 194

10 Drogas sin receta médica

Regulación de las drogas sin receta médica 199

Antiácidos 201

La enfermedad 202

Laxantes 203

Somníferos y sedantes 205

Analgésicos 208

Administración y absorción de la aspirina 210

Efectos farmacológicos principales 210

Antibióticos y productos antimicrobianos locales 211

Productos para la tos y el resfriado 213

Estimulantes y preparaciones contra la obesidad 214

Las drogas sin prescripción como parte de la cultura de las drogas 215

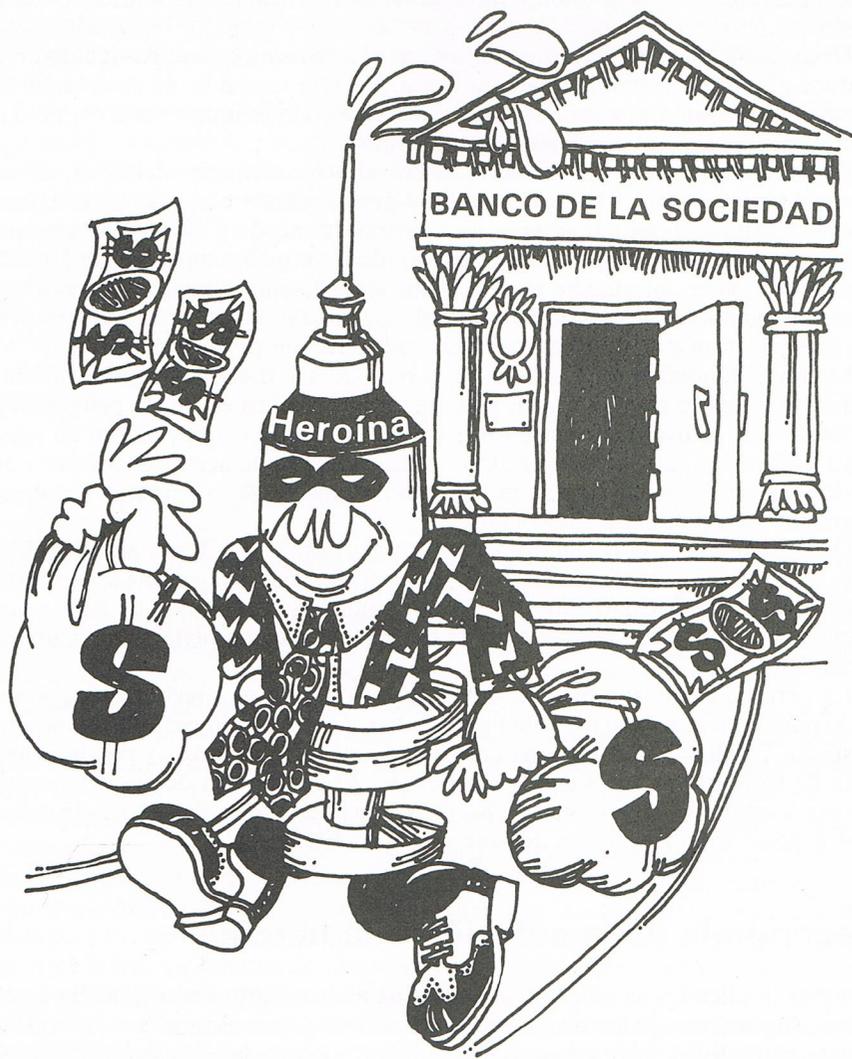
Bibliografía 216

Lecturas sugeridas 217

11 **Hacia el estado místico o de conciencia elevada**

Introducción	220
El estado modificado	222
Auto trascendencia	225
Conciencia cósmica	225
Hacia el estado místico	225
La elevación con drogas	226
La elevación sin drogas	227
Estados dirigidos por la mente	227
Meditación	228
Otras técnicas relacionadas	230
Yoga	230
Entrenamiento autógeno	231
Relajación neuromuscular	231
Resumen	231
Bibliografía	232
Lecturas sugeridas	233
Indice de materias	235

9 Los derivados del opio



La obtención del opio

La familia de los opiáceos deriva de la planta madre *Papaver somniferum* y de su exudado en bruto, el opio. Los campos de amapola son sembrados en el otoño o a principios de la primavera en la faja que va de la planicie de Anatolia en Turquía a través de Pakistán y el norte de la India, hasta el "Triángulo dorado" de Birmania, Laos y Tailandia. Alrededor de tres meses después las plantas florecen y, cuando los pétalos se caen, el capullo de la amapola queda expuesto. Es precisamente en ese momento (antes de que la semilla madure) cuando los trabajadores cosechan el fruto de la manera proscrita por siglos de experiencia. El objetivo de este procedimiento es dejar salir la savia blanca lechosa que mana, para ser recogida pacientemente por los trabajadores de los campos de amapola durante las siguientes 24 horas. Se estima que una persona invierte el trabajo de 40 horas de una semana para recoger una libra de opio.

Después de coleccionar el opio, se deja secar al aire hasta que su contenido de agua se reduce a un nivel aceptable para su venta. En esta forma bruta es de color café, posee un fuerte olor y puede ser fumado, inhalado o ingerido; en esta etapa lo usan principalmente los nativos de las áreas de cultivo.

El siguiente paso en el proceso es la evaporación del resto del agua, de modo que el contenido de morfina por unidad de peso aumente cerca de 10%. Humedeciendo y filtrando el opio al agregar una mezcla de carbón y cloruro de amonio, se eliminan las impurezas orgánicas y el contenido de morfina aumenta de 50 a 70%. Éste es un producto intermedio y no lo absorbe fácilmente el organismo, por lo cual es convertido en sales de morfina o en heroína. Las sales —hidrocloruro de morfina, sulfato de morfina y acetato de morfina— se usan con propósitos médicos.

La diacetil-morfina es simplemente la base de morfina que ha sido tratada con anhídrido acético (o acetil cloruro, pero ya que el primero es menos peligroso, es el compuesto que se usa más a menudo), y pasada luego por un proceso de calentamiento y filtración, que involucra otras sustancias como la acetona, alcohol y ácido tartárico. La sustancia resultante es llamada heroína cruda, y también heroína No. 2, según el código de Asia sudoriental.

De la heroína cruda se elabora la heroína púrpura o No. 3, que se fuma. El proceso es el de calentar, machacar y secar añadiendo estriquina, cafeína y barbitone (el cual neutraliza la toxicidad extrema), a tal grado que el contenido de heroína se reduce a cerca de 15%. Después es tostada hasta tener una apariencia gris, y un aspecto granular.

La heroína cruda también se somete a un proceso de precipitación, secado y molido para convertirse en heroína blanca o No. 4, la droga inyectable que se conoce en Estados Unidos. Ésta tiene una consistencia de talco o harina y puede tener una pureza de 95% o más antes de ser adulterada. El color varía de blanco a amarillo cremoso, a menos que provenga de México, en cuyo caso es de color café debido a que el proceso químico difiere del que se usa en Europa y Asia.

La economía de la adicción a la heroína

Las sumas implicadas en adicción a la heroína abarca tanto áreas financieras como sociales. Ambas pueden ser investigadas por su valor de causa y efecto, pero sólo en términos estimativos. Para comenzar a valorar en dólares la adicción a la heroína en

Estados Unidos, debemos conocer el número de adictos y cuánto cuestan sus hábitos diariamente. Los costos para la comunidad, de las actividades relacionadas con el crimen incluyendo los delitos mismos y los gastos del sistema de justicia para enfrentarlos, dan un promedio de más de 12 000 dólares por consumidor al año. El costo promedio del tratamiento, prevención y educación es alrededor de 2000 dólares por consumidor al año. Esto nos da un total de 14 000 dólares por consumidor al año. La estimación más conservadora del número de consumidores crónicos de derivados del opio en Estados Unidos es de 500 000. Ya que existen 450 000 personas en tratamiento, y es improbable que 90% de todos los consumidores crónicos están recibiendo tratamiento, la cantidad de 500 000 es razonablemente conservadora. Ya la suma asciende a 6 900 000 dólares al año; sumando los costos de los delitos, tratamiento, prevención y educación. ¡En comparación, esto es bastante más de la mitad del presupuesto total para la ciudad de Nueva York! Y puesto que lo que pagan sobre los objetos robados es un dólar por cada tres a cinco dólares de valor real, la cantidad antes mencionada aumenta mucho más pudiendo alcanzar los 12 000 millones de dólares al año (11).

Esto es sólo el aspecto financiero del problema. Las realidades sociales en cuanto a la deshumanización, o pérdida de calidad de la vida a causa de la corrupción, la prostitución y otros elementos envilecedores de la adicción, no pueden medirse más que por una proporción simple: uno por cada adicto.

El aspecto social también debe considerar a los receptores no-adictos de bienes robados para conseguir drogas. Las grandes ciudades como Nueva York ofrecen mayor oportunidad a los adictos para robar objetos y venderlos, pero la venta de estos bienes se ha convertido en una institución en las zonas de bajos ingresos. Aprovechar el bajo precio de los bienes robados de la sociedad establecida, proporciona una sensación de "obtener mi parte", pero perpetúa la drogadicción en dichas ciudades (10).

Efectos farmacológicos

La heroína y los demás derivados del opio son narcóticos sedantes que ejercen sus efectos al inhibir el sistema nervioso central, especialmente las áreas sensoriales del tálamo y la corteza cerebral. Esta acción depresiva sirve para calmar el dolor y, en grandes dosis, induce el sueño. La sobredosis causa la muerte debido a la acción depresiva selectiva del narcótico sobre el centro respiratorio de la médula.

La heroína actúa rápidamente y continúa con su efecto analgésico. Los resultados son una euforia desbordante, la elevación de los ánimos y una sensación de paz, alegría y seguridad, ya que la droga ofrece protección del medio ambiente tanto externo como interno. Ésta es la respuesta al por qué la heroína tiene el potencial más alto de adicción de todas las drogas ilícitas. Su efecto analgésico es alrededor de tres veces mayor al de la morfina: una dosis de 2 a 5 mg de heroína por vía intramuscular tiene más o menos el mismo efecto que 8 a 16 mg de morfina administrada de la misma manera, o 300 a 600 mg de opio por vía digestiva. La heroína se sigue usando en Gran Bretaña como medicamento, y ha probado ser un tranquilizante efectivo, supresor de la tos, y calmante de corta acción para el dolor. También contrarresta la diarrea y se ha usado en el tratamiento del cáncer.

Los efectos comunes de los derivados del opio (tabla 9.1) son la depresión respiratoria (en cuanto a ritmo y profundidad), constipación, constricción pupilar, hi-

potensión postural, supresión de la libido y liberación de histamina (lo cual causa la comezón que puede acompañar el uso de heroína). También pueden presentarse náusea y vómito, especialmente en el neófito. Al contrario de lo que comúnmente se cree, los consumidores de altas dosis de opiáceos pueden comportarse de manera completamente adecuada y, aparte del peligro de las agujas no estériles y otros accidentes debidos al estilo de vida del consumidor de heroína, el adicto no sufre el deterioro físico causado por otras drogas como el alcohol. El uso de agujas no estériles puede producir enfermedades como hepatitis, septicemia y endocarditis, así como los abscesos, comunes entre estos consumidores de droga. Otra causa de muerte en los adictos a la heroína es el colapso cardiovascular por reacción alérgica a la sustancia inyectada.

Tabla 9.1
Drogas derivadas del opio: su origen y potencia

Droga	Origen	Potencia
Láudano	Solución alcohólica de opio al 10%	0.10X opio
Paregórico	Tintura de opio al 4%	0.04X opio
Morfina	Alcaloide natural	10X opio
Codeína	Alcaloide natural	0.50X opio
Heroína	Semisintético	3X morfina
<i>Dilaudid</i>	Semisintético	3-4X morfina
Meperidina	Semisintético	0.1X morfina
Metadone	Sintético	Igual a la morfina

La acción farmacológica de la heroína es la misma de la morfina, debido a que se convierte de nuevo en morfina en el organismo. Por lo tanto, ambas drogas se eliminan por medio de la orina en forma de morfina, lo cual sienta la base del uroanálisis. También se elimina por la leche de la madre, por el sudor y la saliva. Debido a que cruza fácilmente la barrera placentaria, los niños nacidos de adictos son narcoadictos también. A estos pequeños se les trata con paregórico, tintura de opio o metadone en dosis decrecientes hasta que la dependencia física desaparece.

Los peligros de la adicción del adulto son iguales a las del niño en cuanto a la privación. A medida que los efectos de una inyección de heroína van desapareciendo, el adicto dispone generalmente de cuatro a seis horas para conseguir su siguiente dotación. Si durante este tiempo no toma un depresivo fuerte, los síntomas de privación comienzan a aparecer: flujo nasal, dilatación pupilar, espasmos intestinales, escalofríos y demás síntomas de la abstinencia. El adicto puede usar barbitúricos, sedantes hipnóticos no-barbitúricos, jarabe para la tos con codeína, u otros depresivos como éstos para aplazar la privación, mientras consigue heroína o el dinero para comprarla.

En casos de sobredosis, se da al adicto narcóticos contrarrestantes como el levorfan, nalorfina o naloxone para revertir la aguda depresión respiratoria que amenaza la vida. El uso de estos antagonistas contrarresta la acción farmacológica del narcótico e induce, en esencia, la privación de "pavo frío" (que se desintoxica paulatinamente).

La forma preferida de administración de los opiáceos es la intravenosa, por la activación inmediata. Los adictos experimentados pueden diferenciar la acción de la heroína y la morfina, ya que la forma acetilada de aquélla ayuda a la penetración al sistema nervioso central. Otras formas de administración incluyen la inhalación (por la nariz), la inyección intramuscular (o subcutánea, como en los hospitales), o fumada. Muchos de los *soldados norteamericanos* que usaban heroína en Vietnam la fumaban en cigarrillos de tabaco. La heroína que empleaban allí era extremadamente más potente que la obtenida en la calle, en Estados Unidos, porque se vendía en forma casi pura; pero al fumarla, su potencia se reducía rápidamente, debido a que la alta temperatura de ignición del cigarro (alrededor de 850°C) destruye cerca de 80% del efecto de la droga (13). Por lo tanto, fumar heroína casi pura producirá una dependencia más moderada que otros modos de administración.

Rutas comerciales

Mediante 4 redes principales se obtienen los opiáceos, se produce la heroína y se introduce de contrabando en los Estados Unidos (11). La red principal es la de Turquía, Francia, Europa Occidental, Sudamérica, Canadá y Estados Unidos. La segunda red canaliza el opio del área del Triángulo Dorado de Birmania, Tailandia y Laos. Éste viaja a través de los puertos de Hong Kong, Malasia, Bangkok y las Filipinas, hasta Canadá y la costa occidental de Estados Unidos (6).

La tercera red comprende la India, Irán, Paquistán y Afganistán. El opio de los dos últimos países tiene como característica un bajo contenido de morfina, y parece que su importancia no es muy grande en el mercado ilícito mundial de heroína. Debe señalarse aquí que la India es el primer productor de opio lícito (cerca de 85% del mercado mundial de opio). Aproximadamente 90% del opio para medicinas se emplea para producir morfina, la mayor parte de la cual es convertida en codeína. Cerca de 35% de la morfina lícita se extrae de los tallos y frutos machacados (llamado paja de amapola) de la planta. Éste es el modo más eficiente para producir morfina, ya que todo el proceso puede ser mecanizado (2).

Desde la reducción formal de la entrada de heroína francesa a Estados Unidos, apareció en escena la heroína café mexicana, completando así la lista de redes mayores de importación ilícita (fig. 9.1).

Historia de los opiáceos

Históricamente, el opio y sus derivados han generado el temor profundo a la adicción y al drogadicto en la sociedad norteamericana. Aunque la historia no ha dado una respuesta al problema norteamericano de heroína, puede facilitar la comprensión de su desarrollo. Y esta comprensión podría servir para elaborar un enfoque nuevo y útil al problema de la adicción.

La historia del opio empieza siglos antes del nacimiento de Cristo (alrededor de 3500 A.C. en Sumeria, hoy Irak), donde era usado para tratar la disentería. Los sumerios pronto llevaron esta droga a Egipto y Persia, y los navegantes portugueses, a la India. En el siglo X, llegó a China. En aquella época era ingerido como medicina, y en general no se abusaba; pero en el siglo XVII la costumbre occidental de fumar llegó al Asia, y el fumar opio se hizo popular. El abuso de la droga ocurrió por primera vez en gran escala en la India, durante aquel siglo, cuando se prohibió el uso

del alcohol. El opio pronto se extendió a China, donde se convirtió en un vicio muy arraigado, a pesar de los edictos del gobierno en su contra. Cuando la East India Company de Inglaterra monopolizó el comercio hindú del opio, China dejó de cambiar sus preciados productos de exportación, té y seda, por oro y plata, como era la costumbre, recibiendo en pago la droga. En 1729 (cuando el emperador impuso un edicto contra el opio) China estaba importando alrededor de 15 toneladas de opio al año; pero en 1790 la importación había alcanzado 400 toneladas, debido principalmente a las maniobras de la East India Company.

Las guerras del opio se libraron en 1839 y en 1856, debido a que China deseaba reforzar un edicto de 1800, que castigaba la importación de la droga, y los países europeos (proveedores de opio) pelearon por mejores condiciones comerciales. Como resultado, China fue forzada a legalizar el comercio del opio, factor que condujo a que se extendiera aún más la adicción al mismo.

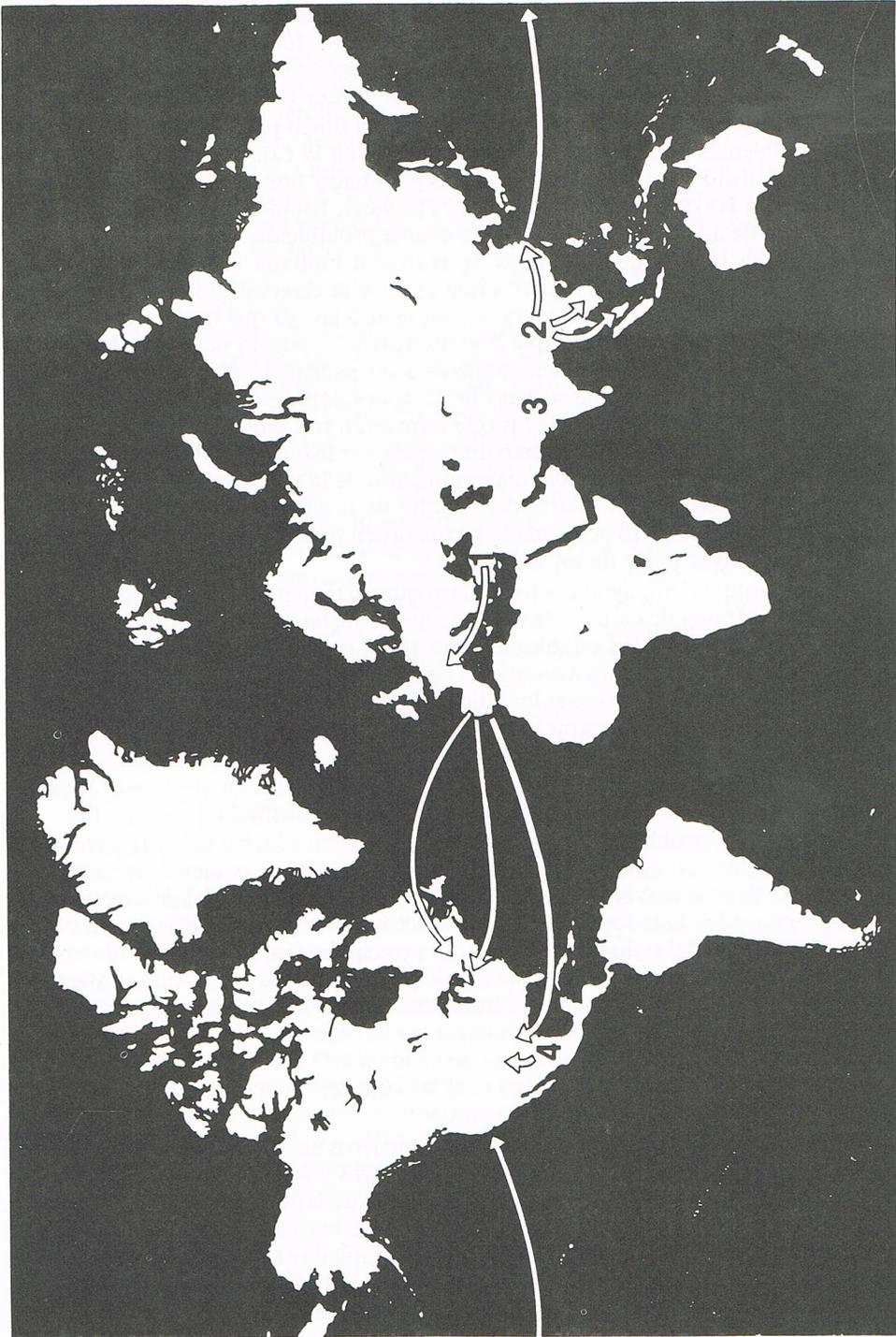
De estos sucesos se desprende la herencia del opio en Estados Unidos. A mediados del siglo XIX llegaron a América trabajadores chinos a ocupar la mano de obra para la construcción de canales y ferrocarriles que no requerían de trabajadores especializados. Con ellos llegó el opio.

Su uso fue adoptado y el opio se convirtió en el ingrediente analgésico de muchas medicinas patentadas, como el polvo de Dover o la mezcla café del doctor Barton. La morfina, derivado del opio, fue también ampliamente utilizada en los soldados heridos durante la Guerra Civil. En aquellos tiempos, la heroína era producida por la compañía farmacéutica Bayer de Alemania, y muy pronto se descubrió que prevenía la privación en los adictos a la morfina, condición que se presentaba, aproximadamente, en uno de cada 400 norteamericanos, a principios del siglo veinte. Muchos soldados expuestos a la morfina durante la guerra continuaron su dependencia, la ciudadanía en general se hizo dependiente de su favorito curalotodo patentado, y había un número limitado de individuos que abusaba de la heroína.

Con excepción de una tarifa impuesta en 1842 sobre el opio importado, para regular su entrada a Estados Unidos, el primer paso que el gobierno dio acerca de los derivados del opio fue la Ley de Alimentos Puros y Drogas en 1906. Esta ley exigía que todos los compuestos que contenían opiáceos lo hicieran saber en sus etiquetas de modo que los consumidores pudieran saber con precisión lo que estaban comprando.

La creciente preocupación por el problema de la adicción se puso de manifiesto cuando el gobierno norteamericano trató de suspender la distribución de la droga. En la reunión de 1909, de la Comisión Internacional del Opio, en Shanghai, Estados Unidos presionó para lograr un control tan estricto de la producción y comercialización de este producto que los 12 países restantes no apoyaron la solicitud. La meta de Estados Unidos era la total e inmediata prohibición del opio en todos los países en los que se cultivaba. Ya que la balanza comercial de muchos de estos países dependía de las exportaciones de este cultivo, la posición norteamericana era poco menos que inaceptable para ellos. Debido a que en la reunión de 1909 no se llegó a un acuerdo, el mismo grupo se reunió en La Haya en 1911 y acordó que los gobier-

Figura 9.1 Principales redes y rutas del contrabando de derivados del opio: (1) Turquía, Francia, Europa Occidental, Sudamérica y Estados Unidos; (2) Burma, Tailandia, Laos, Hong Kong, Malasia, Bangkok, Filipinas y Estados Unidos; (3) India, Irán, Pakistán y Afganistán; y (4) México y Estados Unidos.



nos controlaran los narcóticos tanto a nivel nacional como internacional. En Estados Unidos, la Ley de narcóticos de Harrison, en 1914, fue la continuación lógica de estos sucesos; incluso se especuló que estas conferencias habían sido montadas para persuadir a los legisladores de la aprobación de la Ley de Harrison en 1914 (18).

Históricamente, Norteamérica figura como el único país fuertemente afectado por los problemas de la adicción a las drogas, y en la Conferencia de Ginebra en 1924 y 1925, instó a los países participantes para hacer honor al acuerdo de la Convención de La Haya. Era obvio que desde entonces, Estados Unidos no controlaba su problema de adicción, y no era con la simple prohibición total como iba a resolverlo. Ya que la Ley de narcóticos de Harrison limitaba el suministro legal de opiáceos a los adictos, éstos tuvieron que pasar a la clandestinidad para satisfacer sus necesidades. Esto fue de muy graves consecuencias, ya que marcó el inicio de la cultura de las drogas callejeras que hoy aterroriza al pueblo norteamericano. Los médicos trataron de ayudar individualmente a sus pacientes adictos, pero en 1915 el Departamento del Tesoro (encargado de la aplicación de la Ley de narcóticos de Harrison) estableció que los médicos que estuvieran tratando a este tipo de pacientes, tenían que demostrar que usaban dosis cada vez menores. Las decisiones subsiguientes de la Corte, en contra del mantenimiento de la adicción, acompañadas con presiones a los médicos por parte del Comité de drogas de la Asociación Médica Americana para que fuera aceptada la citada orden policial, hicieron desistir de esta práctica a la mayor parte de los médicos.

El gobierno intentó ayudar a los adictos que no tenían acceso al suministro legal de la droga, a través de clínicas de morfina que se instalaron en algunas de las grandes ciudades (25). En estos establecimientos se les proveía de morfina para impedir la conducta antisocial, y para ayudarlos a sustraerse de su drogadicción, pero la cantidad de los delitos aumentó pues los adictos de las áreas adyacentes vinieron en bandadas a la ciudad para conseguir morfina gratis, contribuyendo en esta forma a deteriorar aún más las bajas condiciones de vida que ya existían allí. Después de algunos años, todas estas clínicas fueron cerradas. Fracasaron en su intento de solucionar el problema, y en realidad la adicción había aumentado.

Los mayores problemas de adicción se habían centrado, característicamente, en las ciudades grandes, especialmente en las costas del Este y el Oeste. Nueva York, actualmente tiene la mayor población de adictos, y es el modelo del desarrollo de este problema en los Estados Unidos. Los adictos a la morfina y heroína en Nueva York, al principio del siglo diecinueve, eran principalmente gente de la vida nocturna: prostitutas, rufianes y carteristas, y los principales grupos étnicos afectados eran los negros, judíos, irlandeses e italianos. Aparte del breve esfuerzo gubernamental de establecer clínicas para ayudar a los adictos a recobrar socialmente, la sociedad prestó poca atención a esta tara social en este periodo, hasta el final de la Segunda Guerra Mundial, durante el cual las rutas estaban interrumpidas y el uso suspendido.

Entre 1947 y 1951, el uso de la heroína comenzó a extenderse rápidamente en las vecindades de escasos recursos, habitadas por negros y puertorriqueños, que habían surgido como resultado del flujo de trabajadores de bajo salario, que arribaron a Nueva York durante la guerra. Una "medida" de heroína costaba un dólar (una cápsula No. 5, la más pequeña usada por las compañías farmacéuticas), y comúnmente se compartía entre dos o tres consumidores. El reunirse para tomar heroína, en aquel tiempo, era como una fiesta de marihuana en la actualidad, en lo que a la unidad de grupo, al ritual y al secreto concierne. De profundo interés social es el

hecho de que el consumidor podía sostener su adicción con un dólar o dos al día; consecuentemente, los delitos no estaban asociados al uso de la heroína, como lo están hoy. Otro punto interesante es que los consumidores típicos de heroína en aquel tiempo eran trabajadores, de entre veinte y treinta años de edad, no adolescentes. Pero hacia 1951, el uso de la heroína empezó a llegar a éstos. Es difícil señalar la causa, pero los rebeldes que pertenecían a bandas se convirtieron en adictos callejeros. El uso de la heroína por los adolescentes se extendió por Nueva York y trajo muchas repercusiones: (a) indignación, porque cualquiera pudiera vender una droga tan dañina a los jóvenes; (b) un mayor índice de delitos, porque estos jóvenes no tenían medios con los cuales sostener su hábito; (c) un aumento en la publicidad, tanto del aspecto humano como del relacionado con la delincuencia; y (d) el aumento en los precios de la heroína misma debido a la ampliación del mercado y a los riesgos que implicaba la venta a menores. Durante este periodo, el crimen organizado fue el instrumento del tráfico de drogas y otras operaciones lucrativas como préstamos leoninos, apuestas ilegales y otros juegos de azar. Pero después de la aprobación de la Ley de control de narcóticos, en 1956, que estableció penas muy altas por violaciones a las leyes federales sobre narcóticos y después de una ruptura entre los grupos de los mayores y los más jóvenes de la mafia (22), el grupo de los viejos decidió abandonar el tráfico de heroína (3). Sin embargo, prestaron grandes sumas de dinero (con altos intereses) al grupo todavía interesado en el comercio ilegal y así todavía continuaron obteniendo provecho de la venta de heroína. Se dice que actualmente la mafia controla 80% del tráfico de heroína en Estados Unidos (20).

En 1961 una escasez de heroína fue causa del alza de los precios, y cuando los traficantes se dieron cuenta de que los consumidores pagarían cualquier cantidad por mercancía de baja calidad, su valor aumentó cada vez más. Ahora, que el hábito cuesta un promedio de 15 dólares al día, los adictos a la heroína ya no tienden a reunirse y compartir su polvo mágico; tampoco pueden conservar sus relaciones familiares normales, y la identificación con la cultura de la adicción no es ya la membresía de un club social. La vida del adicto se ha vuelto furtiva, frecuentemente delictuosa, en su esfuerzo para conseguir su próxima provisión de heroína.

Del número estimado de adictos a la heroína (que fluctuó de 200 000 a 600 000 en la última década), más de la mitad residen en el Estado de Nueva York; y la mitad de éstos vive en la ciudad del mismo nombre. Esta ciudad soporta la carga de muchas maneras: 50% de los delitos en Nueva York se atribuyen a la heroína, y se estima en un millón de dólares al día las pérdidas por propiedad robada. La adicción es la causa más frecuente de muertes entre individuos de 15 a 35 años, y cada vez se encuentran más adictos entre los grupos más jóvenes.

Al echar un vistazo al panorama de la heroína en la ciudad de Nueva York, podemos ver también lo que sucede en otras ciudades de Estados Unidos. Notaremos por qué sonó la alarma cuando su consumo traspuso los ghettos, y se presentó como un peligro para la clase media y media-alta, y las voces ultrajadas se dejaron oír. Actualmente, el país se enfrenta a la monumental tarea de combatir la adicción a la heroína (y a otras drogas). En 1970 se aprobó la Ley de control y prevención del abuso de drogas, que por primera vez reunió la prevención, el tratamiento y la investigación; y también aportó su apoyo financiero para la educación sobre drogas en las escuelas. En 1972 fue creada la Oficina de acción especial para la prevención del abuso de las drogas con el fin de reforzar las actividades del gobierno sobre prevención y rehabilitación. Todavía no se ha demostrado la efectividad de este programa, pero sin duda es un paso en firme hacia la solución del problema ya que se le ha dado a la ley una dimensión social.

Además de los programas de prevención y rehabilitación, el gobierno de los Estados Unidos ha persistido en su ataque a la entrada ilícita de heroína al país, y a su producción en países extranjeros. En 1972 Estados Unidos pagó a Turquía 35 millones de dólares para que detuviera su producción de amapola, y ayudó a ese Estado en el cultivo de otros productos del agro. Pero en 1974 Turquía decidió seguir con su cultivo tradicional, y que los Estados Unidos deberían manejar su problema de drogadicción en tal forma que no afectara las costumbres y la economía turcas. En 1974, la Administración para la vigilancia sobre drogas (que se creó en el seno de la Agencia de narcóticos y drogas peligrosas, y otras agencias gubernamentales implicadas en el problema de las drogas) informaron que el número de adictos había descendido a cerca de la mitad del estimado en 1972. El administrador John Bartels, de la AVD, lo atribuyó en gran parte al rompimiento de la llamada conexión francesa, gracias al esfuerzo combinado de las policías norteamericana y gala; pero además, a los programas con metadone y a que los adictos se habían aficionado a otras drogas cuando la heroína europea se hizo imposible de conseguir (16).

Con el conocimiento de los antecedentes históricos, parece evidente que deben tomarse dos líneas de acción concurrentes: la de la *educación* y la del *tratamiento y rehabilitación*, si se quiere combatir efectivamente el problema de adicción a la heroína.

El adicto

Antes de llevar a cabo la educación o el tratamiento y la rehabilitación con resultados satisfactorios (especialmente esta última), debe saberse algo acerca del adicto. Se ha hablado de una "*personalidad de adicción*", pero hasta el momento no existe un estudio que ofrezca información definida sobre la personalidad de preadicción: temerosa, falta de autoafirmación, criminal, psicótica, etcétera. No existe una explicación simple acerca de las circunstancias —sociales, químicas, físicas y psicológicas— que determinan la adicción. Por tanto, la educación debe dirigirse a todos los individuos; mientras que el tratamiento y la rehabilitación, por supuesto, hacia los que han caído en la adicción a la heroína.

En tanto la incidencia de la adicción a la heroína entre individuos blancos, de clase media y edad escolar va en aumento, sigue siendo un gran problema de personas del sexo masculino, jóvenes, morenos o negros de clase baja (5). En vista del hecho de que no hay una tendencia inherente codificada genéticamente en los blancos de clase media, y tampoco en los negros de clase más baja, se podría sugerir que los problemas psicopatológicos constituyen el agente básico causal. Sin embargo, mientras que la incidencia de adicción a la heroína es epidémicamente alta en los *ghettos*, la mayoría de la población de esos lugares no consume la droga. De donde se concluye que generalmente la adicción a la heroína implica problemas de personalidad, pero que éstos son inseparables de las condiciones sociales.

Después de examinar las historias de los adictos a la heroína, Chein (5) describe no una condición del adicto *per se*, sino una personalidad subdesarrollada, retardada por condiciones sociales patológicas. Esto puede dar cuenta de la alta incidencia de experiencias con drogas en los *ghettos*. Es difícil señalar el factor inicial, pero los barrios pobres son básicamente lugares de gran frustración y ansiedad con bajo desarrollo de la capacidad para manejar estos problemas. Los hogares destruidos son un lugar común y tanto los padres como los hijos sufren desventajas obvias. Aun en los hogares en que los padres se las han arreglado para permanecer juntos, la fatiga,

la preocupación y la lucha diaria por la vida dejan poco tiempo para profundizar en los problemas de los niños y la individualidad humana. La esperanza, así como la disciplina, no son constantes, basadas en el estado de ánimo. Los logros a menudo son sueños fuera de la realidad. En este medio escolar empobrecido, los individuos son vistos a menudo por profesores sin experiencia como desadaptados incorregibles, a los que no se puede enseñar. En la calle, se desarrolla una subcultura delincuente, sin objetivos, como única diversión afín a un medio escolar y familiar hostil.

Superficialmente no hay nada misterioso u oscuro en relación a los conflictos que se desarrollan en estas situaciones, pero los investigadores no han sido exageradamente celosos al razonar que son responsables del deseo de apartarse por toda la vida. Más realísticamente, éstos pueden ser poderosos motivadores para iniciar experiencias, ya que se han podido observar algunos ejemplos de una consistente personalidad psicopatológica cuando ha sido bloqueado el ciclo de droga en programas tales como los de mantenimiento con metadone (9).

Por otro lado, es imposible aceptar la propuesta de que conscientemente se adopta un estilo de vida tan peligroso y deteriorante, a menos que se padezca una seria enfermedad psicosocial que favorezca el uso de la droga para satisfacer necesidades sociales. En estos individuos la heroína se adapta y es funcional en la medida que ayuda a vencer la angustia de enfrentar la vida sin una preparación adecuada (23). Desde este punto de vista, el consumidor de heroína es considerado como un individuo con una capacidad de exteriorizar anormalmente alta, y un desarrollo de ego anormalmente bajo. El resultado es una susceptibilidad particular a los reforzamientos e influencias sociales. En su caso, las drogas, así como otras influencias ambientales, se convierten en poderosos determinantes del comportamiento. La literatura actual sobre psicología está saturada de investigaciones que sugieren una tendencia hacia la externalización creciente de la sociedad en general. Ciertamente, un adicto a algo, sea esto la televisión, comida, tabaco, o drogas, ha cedido parte de su poder interno a un objeto externo, sustancia o, en muchos casos, otra persona. El adicto a la heroína, sin embargo, ha cedido su poder a una fuerza más destructiva, una droga potente que puede reducir la angustia, calmar el dolor y ajustar en mayor medida el mundo externo con el mundo interno.

Esta naturaleza destructiva de la heroína y los peligros a que está sujeto el consumidor crónico, llevaron a Khantzian (17) a proponer una teoría de falta de respeto a sí mismo asociada con una disminución de la función del ego, reconocida como de autorregulación y autocuidado. Hay muy poca evidencia del temor y la angustia del adicto, o de su capacidad de evaluar realísticamente los peligros inherentes a su estilo de vida.

Es obvio que no existe un acuerdo universal en relación con la causa de la adicción; por lo tanto no puede haber acuerdo sobre los métodos de rehabilitación. Ésta es indudablemente la causa de que la rehabilitación no haya tenido éxito suficiente en Estados Unidos. Para el adicto, todo su mundo es la adicción; la heroína no es solamente una sustancia que se toma a intervalos: es un medio de vida social, psicológico y físico; de hecho su vida está centrada en tal sustancia absolutamente necesaria. Por ejemplo, imagínese usted mismo como alguien que tiene muchísima hambre. La comida está en sus sueños día y noche. Ahora imagine que puede comer cuanto quiera y cuando quiera. Llegará a ser obeso, pero seguirá deseando la comida, y saboreará cada bocado. Debe gastar, legal o ilegalmente, su dinero en comida. Tratará de evitar a la gente de peso normal, especialmente a los que siguen una dieta. Disfrutará las fiestas y otros encuentros en los que haya alimentos, y su vida social

estará rodeada por este deseo básico de comer. Cuando se encuentre en el trabajo, estará ansioso e intranquilo esperando la hora del café y del almuerzo, y especialmente al final de la jornada, cuando podrá ir a casa a prepararse una succulenta comida y un refrigerio. Ahora suponga que su médico o sus amigos le recomiendan que siga una dieta para perder esas 100 libras de más. O quizás que ha sufrido un ataque cardiaco, y *deba* limitarse a 500 calorías al día.

Si usted puede imaginarse a sí mismo en tal situación (o en la de renunciar a cualquier hábito placentero), la posición del adicto y su vida de adicción resulta más clara y los términos “tratamientos” y “rehabilitación”, más comprensibles. Para una persona obesa (o cualquiera que descubra que debe seguir una dieta o renunciar a cualquier otro hábito arraigado), la comida no es sólo un elemento indispensable —*es toda una vida construida alrededor del comer* lo que se añora. Esta persona debe llenar el tiempo con alguna otra cosa aparte de comer; debe alterar su modo de vida a fin de excluir las fiestas u otras reuniones en las que se sirvan botanas; de hecho, todo su patrón de conducta debe ser alterado para excluir los viejos hábitos de comer.

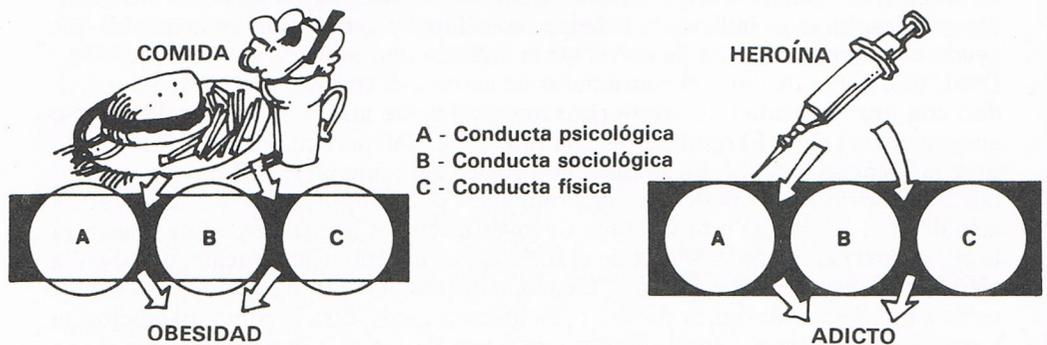


Figura 9.2

En la fig. 9.2 podemos ver los elementos que se combinan para crear la obesidad. Sustituya la comida por la heroína (o cualquier otra droga) en este diagrama, y podrá ver las fuerzas que crean al adicto. Para “curar” la adicción, todas estas fuerzas deben ser remodeladas sin la droga. La existencia del adicto ha estado condicionada en todo por el mundo de la droga. Ahora debe ser *reacondicionada* de modo que la ausencia de la droga no deje un enorme vacío. Para el adicto sólo cuentan el dinero y la heroína. En el proceso de rehabilitación algo debe sustituir a la heroína, y el primer paso es el de llenar el tiempo. Ahora el adicto tiene todo el tiempo del mundo, horas que antes ocupaba en el ciclo de conseguir la droga e inyectarse. Ahora el tiempo debe ser ocupado en una conducta no orientada a la droga, y a menos que se le dé apoyo, esta persona enferma, desorientada, que tiene continuamente la sensación de que “algo le falta”, regresará al viejo mundo de la droga por falta de algo mejor que hacer.

Debido a esta necesidad de reorientación multidimensional, sólo un reducido porcentaje de adictos a la heroína ha sido curado hasta la fecha. El tratamiento y la rehabilitación deben perseguir este fin, y entre más se acerquen a él, más alto será

el índice de curación. Con esto en mente, buscamos en los tratamientos y programas de rehabilitación actuales de que se dispone en Estados Unidos y señalamos las vías útiles.

Ya que la adicción a los derivados del opio ha existido durante siglos, podría asumirse que el conocimiento de los factores causales y los métodos de rehabilitación deberían estar muy avanzados. Infortunadamente, los programas para controlar la adicción y la sociopatología que la rodea, han sido ideados, intentados y abandonados uno tras otro. La dificultad reside en los componentes psicosociales de la adicción. Estas características psicosociales repetitivas, como ha sido informado por Chein y colaboradores (5) en 1964, y validado continuamente por la investigación subsecuente, son dadas en la tabla 9.2.

Las características enlistadas en la tabla 9.2 no describen a todos los adictos, ni tampoco cada individuo con varias de estas características se convierte en un adicto a la heroína. Pero el saber que son comunes a un gran número de ellos, puede ser de ayuda para planear programas de tratamiento.

Tabla 9.2
Características psicosociales del adicto a la heroína

Sociales	Psicológicas
Hombres negros o morenos de clase baja	Debilidad de carácter
Pobreza	Autojustificación en la búsqueda de euforia
Condiciones sociales patológicas:	Necesidad de escapar de la realidad
Hogares destruidos	Preocupación emocional por sí mismo
Falta de ejemplo familiar en cuanto a disciplina u objetivos	Temor
Falta de cohesión familiar	Pérdida de confianza y seguridad en sí mismo
Delincuencia	Personalidad subdesarrollada
	Desarrollo retardado
	Sensación de inutilidad
	Actitud negativa

El primer intento serio por rehabilitar al adicto de la heroína fue la instalación de dos hospitales federales, en Lexington, Kentucky, y Fort Worth, Texas, en 1936 y 1938, respectivamente. Se dio la mayor importancia al proceso de privación de la droga, seguido por un intento de rehabilitación psicológica y vocacional. Con un cuidado mayor en el aspecto médico y menor en cuanto a las características señaladas en la tabla 9.2, el éxito no era de esperarse y es bien conocido el fracaso absoluto de estos hospitales. La tasa de reincidencia varía de un informe a otro, pero se sabe que aproximadamente 95% de los que fueron tratados regresaron a las drogas, 90% dentro de los seis meses después de haber sido dados de alta. Los promotores de este programa señalaron que la reclusión forzada y lo breve de los tratamientos fueron los principales responsables de su fracaso. Las posibilidades de éxito del programa disminuyeron porque parecen haber estado basados más en la desintoxi-

cación legal que en el apoyo psicosocial. Al ser incapaces de comprender las causas del hábito de la heroína, las autoridades del hospital dieron mayor importancia a la privación absoluta y brusca de la droga y se dio muy poca atención al apoyo previo a la suspensión, a la sensibilización y a la creación de incentivos.

La conciencia social y el despertar de los sesentas produjo muchos programas que, aunque todavía en etapa experimental, parecían prometedores, porque estaban basados en teorías más realistas. Dole y Nyswander (8) han sido responsables de la adopción de varios programas nuevos basados en el mantenimiento de la droga, centrando sus esfuerzos de rehabilitación en la idea de que los síntomas de la personalidad del adicto son el *efecto* del hábito como objeto único de la vida y no su *causa* (9). Al observar las características anotadas en la tabla 9.2, la teoría de Dole y Nyswander (como prototipo de los programas de mantenimiento) está basada en la erradicación de los factores sociales que causan la adicción, mientras que el punto de vista "tercermundista" (que tiene a Synanon como prototipo) se enfoca más sobre los aspectos psicológicos. La teoría que sustenta el tipo de rehabilitación expuesto por Synanon, gira alrededor del desarrollo de la personalidad y de la autoconfianza, la autosuficiencia y el concepto de sí mismo. Cada una de estas visiones básicas es acompañada, sin embargo, por un tratamiento médico o suspensión de la heroína, lo cual tiene lugar antes de intentar la rehabilitación.

Privación

Los adictos pueden prescindir de la heroína, ya sea de manera brusca, como plantea Synanon, o gradualmente, como en los establecimientos hospitalarios. Puesto que la droga es un agente depresivo, la administración de otro depresivo fuerte, en dosis decrecientes, por un periodo de siete a diez días, deberá acompañar el tratamiento médico. La heroína que se vende en la calle en Estados Unidos se ha extendido debido a los severos síntomas de privación que causa; este tratamiento hace del proceso de privación algo menos riesgoso que el *delirium tremens* o la privación de tranquilizantes o sedantes hipnóticos.

Programas de mantenimiento

La identificación de la causa de una enfermedad y su eliminación subsecuente elimina generalmente el problema. Sin embargo, en el caso de la adicción a la heroína, hay dos áreas básicas que se deben considerar: la primera es un círculo *psicosocial* de condiciones y hechos que llevan a experimentar con la heroína; la otra es un círculo *psicofisiológico*, que requiere la continuación del uso de heroína. Si las condiciones psicológicas y sociales mencionadas anteriormente en este capítulo fueran responsables del uso de la droga, tendríamos que separar al adicto de estos factores de modo que pudieran desarrollarse personalidades más fuertes, más adaptables. Aunque éste no es un objeto realista a corto plazo para nuestra sociedad, las comunidades "tercermundistas" como las de Synanon evidencian que un cambio en el medio apoya la abstinencia a las drogas.

Puesto que la tecnología científica norteamericana ha avanzado más rápidamente que las condiciones sociales, parecería más productivo trabajar con el círculo psicofisiológico, aun cuando este trabajo se realizara como medida de relleno. Los programas basados en esta premisa son llamados *programas de mantenimiento*.

Aun cuando se están usando en muchos países del mundo, el programa que se usa en Gran Bretaña ha recibido la mayor publicidad y es conocido como el "sistema inglés". En este programa los adictos reciben diariamente una dotación regular de derivados del opio, gratuitamente o a un costo mínimo. Se colocan bajo la supervisión de un médico ético y competente que suministra los requerimientos de apoyo del adicto. El programa está en manos de especialistas que han reducido la corrupción que alguna vez infestó el sistema. No obstante que los ingleses no han legalizado la posesión de heroína, su uso bajo vigilancia médica es legal. El mundo de las drogas allí permanece básicamente estable, y pocos delitos son cometidos por adictos a los opiáceos (18). Al estar protegido por este programa, el adicto no pierde su vida buscando fuentes de heroína o los medios para pagarla.

Programa de mantenimiento a base de metadone

Un sistema similar, en Estados Unidos, es el mantenimiento con metadone. El metadone (difetil-dimetilamino heplanone, cuyos nombres de marca y genéricos incluyen el Hidrocloruro de Metadone, HCl Adanon, HCl Dolofina, HCl Aldosa, y HCl Amidona), como la morfina, es una droga analgésica, pero diferente en su estructura química. Esta sustancia, completamente sintética, posee características farmacológicas muy parecidas a las de la morfina, pero tiene muchas ventajas prácticas comparada con los derivados del opio:

1. Puede ingerirse, en dosis de 40 mg a 120 mg, mezclada con bebidas como jugo de naranja.
2. Se elimina lentamente y su acción se prolonga durante 24 horas.
3. Es menos probable que cause efectos tóxicos colaterales, como las irregularidades en la menstruación sufridas por la mayoría de las mujeres adictas a la morfina.
4. Lo más importante, inhibe el deseo de tomar heroína al bloquear primariamente la euforia que ésta produce, y los síntomas de abstinencia.

El metadone es un narcótico y produce tolerancia y dependencia física (véanse las teorías en relación a estos dos fenómenos en el capítulo 8). Aunque su mecanismo de acción no se comprende bien, en teoría es parecido a la morfina. Una de estas teorías plantea que hay una depresión selectiva interneuronal de la médula espinal y de las neuronas post-ganglionares del sistema autónomo. A pesar de que sus efectos primarios parecen estar relacionados con el sistema colinérgico (el sistema de las fibras nerviosas activadas por acetilcolina), el descubrimiento tanto de aumentos como disminuciones de acetilcolina impide una clara visión de su acción depresiva (15). La depresión de reflejos seleccionados indica una acción sobre la médula espinal; disminución en el ritmo respiratorio indica una acción sobre la médula oblonga; y la disminución de la temperatura corporal indica una acción sobre el hipotálamo (21). Su acción sobre el eje hipotálamo-pituitaria-suprarrenales puede ser evidenciada por la supresión de la liberación de ACTH (hormona adrenocorticotrópica, la hormona de la pituitaria responsable de la respuesta de tensión en el organismo), y podría ser responsable, por tanto, de la supresión, en general, de las reacciones de tensión. La supresión de la producción de hormonas sexuales, podría ser también la causa de los problemas de la menstruación en la mujer y la pérdida de deseo sexual experimentada por ambos sexos, pero esta hipótesis requiere una mayor investigación (7).

Fuera del estreñimiento, que realmente es un precio bajo que el adicto debe pagar, no se ha registrado ningún efecto mayor al tomar metadone. Tanto las funciones mentales como las neuromusculares parecen ser normales. Los pacientes se desenvuelven bien en el trabajo y en el salón de clase. De hecho, los investigadores no han sido capaces de encontrar una prueba médica o psicológica, aparte del análisis de orina, capaz de distinguir a los pacientes con metadone de los individuos normales.

El programa de mantenimiento con metadone rompe el ciclo de conseguir la droga e inyectarse, indefinido, en que se encuentra el adicto. En esencia, éste queda estabilizado en un estado de bloqueo, entre la euforia y la privación. Los pacientes pronto empiezan a tolerar las situaciones frustrantes sin sentir el deseo por la heroína. Sus sueños y conversaciones sobre drogas empiezan a calmarse y a menudo, cuando están ocupados, incluso olvidan su medicación periódica (8).

Comparando la fig. 9.3 con el diagrama original de adicción de la fig. 9.2 vemos que el metadone bloquea la necesidad física de la heroína, transformando, por tanto, el patrón de conducta física. Los cambios en la conducta social y psicológica son evidentes, pero dependen solamente de la droga de apoyo. A diferencia de algunos de los programas de autoayuda, que serán discutidos posteriormente, el mantenimiento con metadone *per se* ayuda poco al desarrollo psicológico y social. Indirectamente, sin embargo, permite a los adictos permanecer sin heroína, conseguir trabajos estables, mantener a sus familias, e iniciar el camino que los convierta en miembros productivos de la sociedad. En este proceso el mantenimiento con metadone contribuye no sólo en cuanto a los factores sociales, sino también en cuanto a los psicológicos.

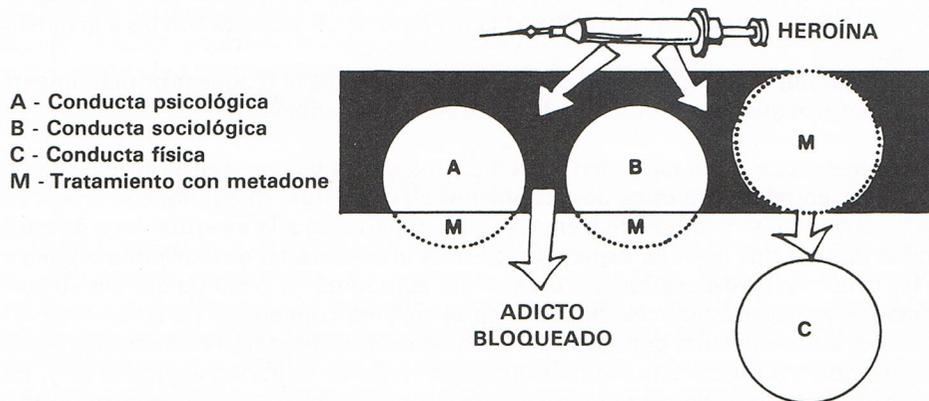


Figura 9.3

Sin embargo, en este momento, hay una serie de desventajas y críticas al programa de mantenimiento con metadone:

1. Aun cuando el costo diario para el adicto es en términos gruesos el de una taza de café, el tratamiento total de cada adicto cuesta entre 1500 y 2000 dólares anuales.

2. Los médicos, justificadamente, están renuentes a iniciar a los pacientes jóvenes en un tratamiento que puede hacerlos dependientes durante toda la vida.
3. Obliga a los pacientes a un ritual diario de recibir la medicina en clínicas de pacientes externos.
4. El mantenimiento con metadone es, en el mejor de los casos, una cura incompleta.
5. Dar una droga que crea adicción, a drogadictos, es contrario a nuestra moral actual.
6. Parte del metadone llega a venderse en la calle.

Los programas de mantenimiento con metadone varían a lo largo del país en cuanto al financiamiento, naturaleza del apoyo financiero, naturaleza de dirección, grado de servicios auxiliares que se prestan, dosis, sitio institucional, enfoques, logros y muchos otros factores. El modelo Dole-Nyswander que proporciona los lineamientos para la mayoría de los programas, ha sido modificado y significativamente. El modelo de alta dosificación a largo plazo por lo general no se ha seguido ya que la experiencia demostró que dosis más bajas tenían la misma efectividad. El objetivo del programa de mantenimiento con metadone, por orden de la AFD, es desintoxicar al paciente en el término de algunos años.

Desintoxicación con metadone

Las dos modalidades principales del uso del metadone, la desintoxicación y el mantenimiento, son a menudo confundidas. Los reglamentos para el metadone acordados por la AFD definen ambos tratamientos como sigue:

El *tratamiento de desintoxicación* con metadone consiste en la administración de este fármaco como sustituto, en dosis crecientes, hasta liberar a un individuo dependiente de la heroína u otra droga del tipo de la morfina en un periodo que no exceda de 21 días.

El *mantenimiento* con metadone es la administración de este narcótico, bajo vigilancia médica y social adecuada, a niveles relativamente estables de dosificación, por un periodo superior a 21 días, como sustituto por vía digestiva de la heroína u otras drogas del tipo de la morfina, a un individuo dependiente de la heroína. El objetivo del tratamiento es liberar al paciente de la droga, pero se reconoce que, en algunos casos, el metadone puede ser necesario durante largos periodos.

Desde principios de los cincuentas, han evolucionado varias técnicas con esta droga para desintoxicar adictos. Chambers (4) ha agrupado estas técnicas en dos grandes categorías: Privación para pacientes internos y desintoxicación para pacientes externos o ambulatorios. Ambas técnicas requieren ciertos ajustes básicos para hacer el tratamiento apropiado a cada paciente, incluyendo modificaciones que consideran (1) la cantidad de heroína usada habitualmente; (2) la existencia de dependencia múltiple que abarca hipnóticos, alcohol, o tranquilizantes menores; y (3) la condición general, física y psiquiátrica del paciente.

Los que proponen la privación con pacientes internos generalmente plantean que los pacientes presentan no sólo un problema de dependencia de drogas, sino también múltiples desajustes psicosociales. Estas condiciones externas son consideradas con frecuencia como las causas subyacentes principales del problema de dependencia, y figuran de manera importante en la alta tasa de recaída que se registra en los pacientes que siguen el tratamiento de privación. El objetivo de la privación

de pacientes internos es, por tanto, ayudar a un individuo a alcanzar un estado libre de droga, en un medio de apoyo estrechamente vigilado que, al menos durante un tiempo limitado, lo protege de presiones adversas. Durante este proceso se espera que el programa sea capaz de proporcionar servicios auxiliares adecuados (como consejo, colocación y cosas semejantes) y que, una vez libre de la droga, el paciente esté más dispuesto a convertirse en un miembro productivo de la sociedad.

La filosofía de los programas de privación para externos comparte muchas características de la técnica de internos. El objetivo principal es estabilizar al adicto en una dosis baja o moderada de metadone (20 a 40 mg al día) y de ahí, reducirla gradualmente hasta que deja de requerir la administración de un narcótico para reducir el malestar de la privación. Durante el tratamiento se da mucha importancia al aprendizaje de nuevas normas de conducta productiva, o el restablecimiento de antiguas costumbres. Sin embargo, la técnica de desintoxicación de externos con metadone, más que cualquier otra, requiere que el paciente asuma la mayor parte de la responsabilidad acerca del tratamiento y la rehabilitación. El papel del médico es decididamente más pasivo que en la desintoxicación interna; sólo pueden administrar la medicina y suministrar servicios de apoyo si el paciente adicto decide ir a la clínica. Durante el curso de la privación, el paciente debe, de hecho, tomar una serie de decisiones para regresar a seguir el tratamiento. En este sentido, la desintoxicación de externos se vuelve un proceso motivacional y de interacción social, mientras que la privación de internos es más un proceso médico (24).

Antagonistas de los derivados del opio

También han sido probados ciertos fármacos en un intento por encontrar una sustancia más práctica que frene la adicción a la heroína. Algunas de las drogas clasificadas como *antagonistas* de los derivados del *opio* son la nalorfina, el naloxone, la ciclazocina y el naltrexone. Éstas son menos objetables que el metadone desde un punto de vista moral, ya que son antinarcóticos y bloquean los efectos de la morfina. Sin embargo, debido a sus efectos tóxicos y a su incapacidad para calmar el deseo de heroína, los antagonistas no son tan populares entre los pacientes como el metadone. Su mecanismo de acción no está aclarado totalmente, pero se piensa que está asociado con el incremento de los niveles de acetilcolina en lugares específicos(14).

El tratamiento con ciclazocina requiere primeramente suspender la heroína. Entonces se administra en dosis crecientes hasta que produce tolerancia. Esta dosis de alrededor de 4 mg al día bloqueará los efectos subjetivos de 20 a 25 mg de heroína por un periodo de 20 a 26 horas. El adicto está generalmente tranquilo y libre de ansiedad, sin que parezca en absoluto perturbado mentalmente, o que ha tomado sedantes. Lo más importante es la ausencia del impulso por conseguir heroína, en tanto que da lugar a la rehabilitación y al aumento de productividad.

La acción de la nalorfina es demasiado corta para ser de alto valor clínico; es más usada para detectar el uso de heroína y para contrarrestar los efectos de una sobredosis. El naloxone debe ser administrado en dosis masivas para bloquear los efectos de la heroína, y su corto suministro no permite usarlo ampliamente. Hasta el momento el uso de antagonistas en programas de tratamiento es muy limitado debido a que (1) tienen efectos colaterales desagradables y molestos, (2) deben ser administrados diariamente, y (3) los adictos a la heroína no encuentran útiles estas drogas (26).

El naltrexone es la droga antagonista experimental que ha demostrado la mayor utilidad potencial en el tratamiento de adicción a la heroína. En presencia de una do-

sis suficiente de naltrexone, la heroína y otras drogas derivadas del opio no producen ningún efecto.

En general se presume que los efectos bloqueadores del naltrexone se producen como resultado de su semejanza estructural con los derivados del opio. Se piensa que las moléculas de naltrexone, a través de un proceso que no se comprende bien, desplazan por competencia a las moléculas del opiáceo de los sitios donde éste ejerce su acción. Por medio de este desplazamiento, los efectos narcóticos son bloqueados por un agente esencialmente neutral.

El naltrexone no produce adicción ni síntomas de privación cuando se suspende. Es un antagonista casi puro, sin efectos eufóricos, y por tanto no tiene valor en la venta callejera ni estimula ninguna actividad ilícita en la comunidad.

Los efectos colaterales del naltrexone son mínimos (1), y no se presentan en todos los pacientes. Se manifiestan en forma de náusea y dolor moderado del estómago, y un ligero incremento de la presión arterial. Las reacciones gastrointestinales disminuyen generalmente tomando la sustancia después de la comida. La elevación de la presión arterial generalmente no es significativa y tiende a volver a lo normal a medida que el tratamiento avanza.

El naltrexone se ingiere (tiene un sabor extremadamente amargo) en diferentes dosificaciones. Los adictos dependientes físicamente de los opiáceos deben ser desintoxicados antes de la inducción al naltrexone. El efecto de una dosis de 50 mg normalmente dura cerca de 24 horas, y las de 110 mg y 150 mg duran 48 y 72 horas, respectivamente. La inducción empieza generalmente con 10 mg y aumenta 10 mg al día hasta lograr el nivel de mantenimiento. Uno de los regímenes de tratamiento más comunes es de 50 mg diariamente por un periodo de varias semanas, seguido por una rutina de tres dosis a la semana —100 mg, 100 mg y 150 mg, en lunes, miércoles y viernes, respectivamente. En ciertos casos se prescriben dosis de 150 mg dos veces a la semana, martes y viernes (19).

Actualmente se experimenta con nuevos *sistemas* de administración de la *droga* para obtener efectos sostenidos de larga duración. Para este objeto se utilizan técnicas que varían de las microcápsulas, tubos, y bolitas sólidas, hasta discos implantados y masas gelatinosas inyectadas intramuscularmente (27, 28). Estos vehículos producen efectos antagónicos al bloqueo durante un mes o más.

Comunidades terapéuticas

Las comunidades terapéuticas son programas de tratamiento en residencias que intentan afectar las causas psicológicas de la adicción, cambiando el carácter del adicto y su personalidad. Las técnicas usadas en general son similares a las de Alcohólicos Anónimos, las cuales incluyen confesiones repetidas, interacción de grupo y apoyo mutuo sobre los miembros. A fines de los cincuentas y principios de los sesentas el concepto de terapia de grupo fue haciéndose más popular a lo largo del país, y al crearse comunidades terapéuticas adoptaron el concepto como técnica principal. El desarrollo de comunidades terapéuticas también fue paralelo al desarrollo de comunas, y parte del espíritu de cooperación de las comunas fue incorporado a las comunidades terapéuticas. La idea de un grupo de gentes que viven y trabajan juntas para su beneficio mutuo fue, y sigue siendo, el principio básico de la comunidad terapéutica.

Aunque las comunidades terapéuticas son manejadas a menudo por antiguos adictos, y generalmente no tienen en su personal profesionales de salud mental, el mé-