

DROGODEPENDENCIA

Módulo N° 3

DR. MIGUEL ESTÉVEZ (*)

Estamos acostumbrados a enfocar el problema de las adicciones a las drogas, según el sujeto o sujetos que las consumen; la cultura, legislación o aspectos legales y presupuestos políticos o económicos. Pero también las drogas son sustancias con una estructura química específica, relacionada con la producción de determinados efectos farmacológicos en el organismo. Cumplieron, a lo largo de la historia, una función social, ya sea, unidas al hábito de curar o en rituales religiosos que validan determinadas creencias u horizontes de significación desde los que los individuos dan sentido a la realidad.

En la actualidad, encontramos las drogas unidas a modas o a hábitos sociales, tribus urbanas o movimientos culturales o artísticos. A nosotros nos interesan, en particular, aquellas personas que tienen determinado tipo de carencias afectivo-psicológicas que les impiden afrontar la vida cotidiana y que buscan en las drogas una manera de superarlas. Utilizan drogas y les asignan, en su vida, un lugar desde el cual refieren toda su existencia.

Podemos hablar de adicción, según el marco,

drogas (con determinados efectos farmacológicos), sujetos (con estructuras psicológicas especiales) y entorno adictivo en la sociedad de consumo.

Analizando desde el punto de vista del sujeto, comprobamos factores psicológicos que contribuyen a determinar una estructura de la personalidad, y factores biológicos de naturaleza genética y neurológica. Sabemos de factores genéticos predisponentes, todavía no bien conocidos; de factores de tipo neurológico, ligados al sistema nervioso central y, más concretamente, a los mecanismos involucrados en el aprendizaje y la memoria, necesarios para la adaptación de los seres vivos a su medio. Redes neuronales, implicadas en el aprendizaje y la adaptación al entorno, se verán unidas al hábito adictivo. La drogodependencia será el suceso por el cual dichos mecanismos serán puestos al servicio de una conducta que, como neuroquímico, provoca mecanismos de refuerzo de la propia adicción, tanto más fuertes según el tipo de droga, traducidos en un consumo compulsivo y en conductas centradas en la búsqueda de más droga.

Según la Organización Mundial de la Salud

(*) *Fondo de Ayuda Toxicológica.*
Pringles 951- (1183) Capital Federal.

(OMS), droga es toda sustancia que, introducida en el organismo, modifica una o más funciones de tipo biológico.

Desarrollemos el concepto de "droga" y comprobaremos que en la sociedad existe un primer grupo de drogas aceptadas socialmente y cuyo consumo no está regulado ni restringido; es el caso del tabaco o de las hierbas medicinales. Hay sustancias cuyo consumo es restringido parcialmente, como las bebidas alcohólicas y las producidas legalmente y cuyo consumo sí es restringido, como, por ejemplo, los medicamentos.

Se halla, luego, un segundo grupo de drogas cuya producción y consumo son ilegales. Son sustancias de origen natural, como la marihuana; de origen semisintético, como la heroína o algunas drogas de diseño, sintetizadas en pequeños laboratorios clandestinos y de gran difusión, como el éxtasis.

Por último, se encuentra un tercer grupo de sustancias que son tóxicos o contaminantes ambientales de origen mineral, animal o vegetal.

El concepto de droga no sólo se refiere a medicamentos o sustancias de abuso, en un término más amplio. Cuando decimos "drogas", indicamos sustancias que, por su estructura físicoquímica, tienen un efecto farmacológico en el organismo que las consume. Esto es posible de dos maneras:

- a) inespecífica, por la alteración de las membranas celulares (por ejemplo: etanol).
- b) específica, a través de receptores celulares (sitios donde la droga se une y puede ejercer su acción).

Siguiendo con la definición de la OMS, nos detenemos en la frase: «Introducida en el organismo», y entonces tenemos en cuenta que la estructura química particular de cada droga le confiere la capacidad de disolverse en medios acuosos o grasos. Para poder ejercer su efecto, debe atravesar barreras mecánicas, mucosas, donde la membrana celular es de naturaleza lipoproteica y debe disolverse en los fluidos del organismo que son de naturaleza acuosa.

En otros términos, es necesario que la droga tenga una característica de tipo físicoquímico como el coeficiente de partición que le permite distribuirse en el organismo, llegar a su sitio de acción y ejercer su efecto farmacológico.

Cuando hablamos de vías de administración, debemos tener en cuenta cuáles son las más adecuadas, de acuerdo con la solubilidad de la droga, pero también las menos riesgosas. Esto será importante, en especial, para aquella que se suministra por vía endovenosa, por la posibilidad de infecciones (sida) o de *adulterantes*, tal es el caso de la heroína.

Hay drogas que pueden inhalarse como el clorhidrato de cocaína o cocaína base; pero hay que tener en cuenta que pueden producir, por su efecto vasoconstrictor local, congestión, hemorragias y perforación del tabique nasal.

La vía más común de administración es la oral; por ella, la droga llega al estómago y luego al intestino y en ese nivel se absorbe. El efecto vasoconstrictor de algunas las hará actuar de manera deficitaria; el pH y las enzimas gastrointestinales disminuyen aún más la absorción y, por lo tanto, la cantidad de droga llegada al torrente sanguíneo será considerablemente menor, como durante la masticación de hojas de coca o la ingestión del té de coca.

Hay drogas que pueden fumarse. Esta vía presenta la ventaja de que la sustancia llega directamente a los pulmones, donde hay una gran superficie de absorción. Estamos hablando de 70 metros cuadrados, se elude una barrera natural, como es el hígado, y este hecho es de importancia por la eventual metabolización hepática de la droga. Frutos de esta biotransportación son los metabolitos inactivos o con actividad, que prolongan los efectos de la sustancia en el organismo.

Las vías de suministro pueden ser variadas y, teniendo siempre en cuenta las características físicoquímicas de las drogas, las más comunes son: subcutánea, subdérmica, intramuscular, endovenosa, oral, inhalatoria y rectal.

La vía endovenosa presenta riesgos múltiples: desde infecciones, *adulterantes*, hasta efectos más rápidos de la droga, por ser administrada directamente en sangre. Los *adulterantes* son un problema adicional, dado que muchas drogas que consumen los adictos son producidas en laboratorios clandestinos y pueden estar unidas a productos tóxicos, fruto de su elaboración o, en algunos casos, adulteradas con el agregado de sustancias con caracteres organolépticos parecidos, por ejemplo, para la cocaína, los *adulterantes* usados son talco, lactosa o *lidocaína*.

Cuando hablamos de «modificaciones de tipo biológico que la droga provoca en el organismo»,

nos estamos refiriendo a su *farmacodinamia*, o sea, cómo actúa para manifestar sus efectos.

A partir de ello, distinguimos dos grandes grupos: en el primero, las drogas de acción inespecífica, que no son muchas. Una de ellas, el alcohol, actúa, en virtud de sus propiedades físicoquímicas, alterando membranas celulares; su acción es inespecífica, por modificar distintos procesos fisiológicos en distintos niveles del organismo. En el segundo, la mayoría, se unen a estructuras que denominamos "receptores", que, por lo general, se encuentran en las membranas celulares y están involucrados en procesos fisiológicos determinados. Por ello, las que actúan así son agrupadas como sustancias de acción específica.

En cuanto al sistema nervioso central, tanto las de acción inespecífica como las que actúan específicamente pueden manifestar efectos depresores, estimulantes o alucinógenos, según las características de la sustancia, y esto es lo que nos interesa, dado que el adicto o el sujeto consumidor ocasional de drogas lo hace por sus efectos.

Muchas sustancias como el alcohol no necesitan un receptor para manifestar su efecto farmacológico, pero, en virtud de sus propiedades, pueden modificar el estado de las membranas celulares donde éstos se encuentran. En cambio, hay sustancias que se unen a receptores para manifestar sus efectos.

En el sistema nervioso central, la transmisión del impulso nervioso se realiza por la existencia de un terminal nervioso que libera una sustancia —que denominamos "neurotransmisor"— hacia un espacio llamado "sináptico". Este neurotransmisor se une luego a una estructura proteica ubicada en la membrana celular de otra terminal nerviosa o a un efector. La estructura proteica o receptor, fruto del acople neurotransmisor-receptor, se activa y produce un potencial postsináptico excitatorio o inhibitorio, según la naturaleza química del neurotransmisor determinado y la vía nerviosa involucrada, y se acopla a respuestas fisiológicas por mecanismos de transducción y segundos mensajeros.

Es importante señalar que dicho receptor reconoce sólo un tipo de neurotransmisor y provoca un sólo tipo de respuesta (excitatoria o inhibitoria). Esta acción es fundamental, dado que las drogas, para poder actuar en los receptores, deberán tener una estructura química similar a la del neurotrans-

misor, para poder activar, por acople, el receptor. Por este motivo, agrupamos este tipo de drogas como sustancias de acción específica, por unirse a un tipo de receptor y producir un tipo especial de respuesta.

En el sistema nervioso central (SNC), una droga se comportará como agonista, cuando, al acoplarse con un receptor determinado con el cual tiene afinidad, dé por resultado la manifestación de un efecto depresor o estimulante, similar al provocado por el acople neurotransmisor-receptor. En otros casos, la droga puede bloquear al receptor y, con ello, la respuesta, al no permitir que el primero se una al segundo. Denominamos a este tipo de drogas "antagonistas competitivos" y "no competitivos".

Cuando hablamos de adicción, debemos tener en cuenta no sólo una estructura de la personalidad; también, desde el punto de vista fisiológico, hay una red nerviosa que se va organizando en niveles de complejidad creciente. En ellos actúan las drogas compitiendo o reforzando los efectos provocados por los neurotransmisores. Este concepto es de especial importancia en cuanto al sistema límbico mesencefálico, en vías nerviosas involucradas en la recompensa a determinados estímulos, que se ponen en juego en procesos ligados a la memoria y el aprendizaje. En este nivel, las drogas actúan como reforzadores de estímulos placenteros que piden más droga y adaptan neurológicamente al sujeto a conductas compulsivas de búsqueda y de consumo de más droga. No todas las drogas tienen el mismo nivel adictógeno, como vemos en el cuadro de tipos de dependencias, según la OMS (Tabla I).

A continuación, debemos aclarar algunos términos como:

* Dependencia psíquica: impulso psíquico de tomar o consumir periódicamente o continuamente una sustancia que procure placer, o disipar un estado desagradable.

* Dependencia física: estado de neuroadaptación caracterizado por intensos trastornos físicos. Si se suspende el consumo de la droga, puede desembocar en un síndrome de abstinencia, caracterizado por efectos contrarios a los que produce la droga, y de naturaleza desagradable.

La OMS define la drogodependencia como un estado psíquico y a veces físico, causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco. Se caracteriza por la modificación del comporta-

Tabla I	Compulsión	Dep. física	Sínd. de abstinencia	Tolerancia	Dependencia psíquica
Morfina	3	3	SÍ	3	3
Cocaína	3	0	NO	0	3
Alcohol	3	2	SÍ	2	3
Barbitúricos					
Benzodiazepinas	2	3	SÍ	2	2
Anfetaminas	2	0	NO	2	2
Marihuana	2	0	NO	1	2
Alucinógenos	2	0	NO	0	2
Solventes	2	0	NO	2	2
RESULTADO: Máximo: 3 Mediano: 2 Bajo: 1 Nulo: 0					

miento y por otras manifestaciones que comprenden un impulso irreprimible a tomar un fármaco en forma periódica o continua. La dependencia puede ir o no acompañada de tolerancia.

* Tolerancia: es la necesidad progresiva de aumentar la dosis para producir el mismo efecto inicial.

Todas las características antes enunciadas nos permiten diferenciar, a las claras, un hábito adictivo no sólo a las drogas, sino también al trabajo, al juego, a la velocidad, etcétera. Conviene distinguir el uso ocasional o prescrito por un médico, de una droga o medicamento, del abuso, como en la automedicación, tan peligrosa por el desconocimiento de sus efectos adversos sobre el sujeto que las consume, pero no, como hábito compulsivo.

Hay, en principio, una clasificación muy burda de las drogas en estimulantes, depresoras y otras.

El grupo de las segundas involucra el alcohol, los barbitúricos y las benzodiazepinas.

El alcohol, por sus características físicoquímicas, una vez que ingresa en el organismo por vía oral y llega al torrente sanguíneo, se distribuye y afecta las membranas celulares y, con ello, los receptores de membrana. Así, el alcohol en el SNC afecta casi a la totalidad de los neurotransmisores, en especial a los excitatorios, pero también a los inhibitorios.

El alcohol se encuentra, en distinto grado, en las bebidas. Al ser ingerido por vía oral, se absorbe en el tracto gastrointestinal y sufre, ya en el organis-

mo, una metabolización a través de distintos complejos o sistemas enzimáticos. Ellos son: 1) sistemas de la *catalasa*, 2) alcohol *deshidrogenasa* y 3) *oxidasas* hepáticas de función mixta. El principal metabolito es una sustancia muy tóxica para el organismo, como el acetaldehído, por lo que hay en él otra enzima que lo degrada, la *aldehído deshidrogenasa* y se evitan así, los efectos tóxicos y deletéreos del acetaldehído. Antes de degradarse, el alcohol se distribuye entre los distintos tejidos. Por la sangre, puede atravesar la barrera hematoencefálica, llegar al SNC. Allí, por su característica físicoquímica, altera membranas de las células nerviosas y, con ella, afecta la funcionalidad de los receptores, en especial los excitatorios y potencia los inhibitorios, de lo que resulta el efecto depresor del alcohol.

Con el desarrollo del alcoholismo, hay mecanismos o procesos metabólicos que se alteran, como el ciclo de la urea, que se ve inhibido y cuyo efecto se traduce en un aumento de amoníaco en sangre. Cuando éste llega al SNC, notamos que provoca desgano, falta de fuerza, apatía, etc. Afecta, también, la degradación de aminoácidos y, entre ellos, algunos que sirven para fabricar neurotransmisores; además, se sintetizarán falsos neurotransmisores.

El hígado y su capacidad desintoxicante se verán afectados con el tiempo, y ese órgano presentará una disfunción, por la cual le costará degradar o destruir sustancias tóxicas, entre ellas el alcohol.

El efecto depresor del SNC se verá reforzado por promover la liberación de endorfinas, activar el

mecanismo de recompensa y potenciar el efecto adictivo al liberar una mayor cantidad de dopamina en el sistema límbico mesencefálico.

Jellinek clasifica a los alcohólicos en cinco grupos:

1) Grupo alfa: pacientes que beben para aliviar síntomas psíquicos.

2) Grupo beta: bebedores excesivos que consultan por sus consecuencias físicas clínicas, pero no, por su dependencia.

3) Grupo gamma: bebedores intermitentes con incapacidad de detenerse.

4) Grupo delta: bebedores a diario con incapacidad de abstinencia.

5) Grupo épsilon: «dipsómanos», que pasan largos períodos sin trastornos, pero, periódicamente, efectúan gran ingesta en forma impulsiva.

Otra clasificación es la de Cloninger y los divide en dos grupos:

a) Tipo I: peculiar por su comienzo, luego de los 25 años, acompañado de trastornos de ansiedad, ánimo y personalidad dependientes, dependencia física (mecanismos de refuerzo), sentimientos de culpa, menos complicaciones sociales y familiares y baja penetración génica (mayor, por vía materna), con mejor pronóstico.

b) Tipo II: caracterizado por su comienzo antes de los 25 años, de personalidad antisocial, con trastornos depresivos, dependencia física (neuroadaptación), con síndrome de abstinencia, agresividad, con toxicomanía, complicaciones sociales y familiares, alta penetración génica y peor pronóstico.

El tratamiento del alcohólico será distinto de la intoxicación alcohólica, del síndrome de abstinencia y del alcoholismo crónico.

En la intoxicación alcohólica, se recomendará reposo, hidratación, dieta libre de proteínas y complejos vitamínicos B. Se trató de mejorar la depresión, sin muchos efectos, con *efedrina*, *aminoflilina*, *L-dopa*.

No hubo resultados con *naloxona*, en el coma alcohólico; el *litio* actúa bien en la disfunción cognitiva (sensación subjetiva de intoxicación y deseo de continuar bebiendo); el *ibuprofeno* mejora las funciones cognitivas y la acción de la *fluoxetina* es nula.

Ante el síndrome alcohólico de abstinencia, se busca hidratar, corregir desequilibrios electrolíticos (potasio y magnesio), corregir la hipoglucemia y administrar vitamina B1. Se suministran *benzodiazepinas* (a pesar de la tolerancia cruzada con el

alcohol), pero no *neurolépticos*, porque disminuyen el umbral convulsivo.

En casos de alcoholismo crónico, se puede proporcionar: *disulfiram* y agonistas GABAérgicos: *acamproato*, carbonato de litio, *imipramina*, *fluoxetina*, *naltrexona*.

El modo de acción de otros depresores como los tranquilizantes menores, *benzodiazepinas* y barbitúricos, convierte este tipo de drogas en un grupo de sustancias cuyo modo de actuar es específico, en el receptor GABA. El neurotransmisor GABA es el principal entre los inhibidores del SNC.

Las *benzodiazepinas* sólo pueden ejercer su efecto depresor luego de acoplarse con el receptor GABA en presencia del neurotransmisor GABA y aumentarán la frecuencia de aperturas del canal de cloruros acoplado al receptor GABA, potenciando el efecto inhibitorio del neurotransmisor; son sustancias sedantes no peligrosas, pero sí, adictivas.

Los barbitúricos, en cambio, en bajas dosis necesitan también la presencia del neurotransmisor, pero en altas dosis son *gabamiméticos* y aumentan el tiempo de apertura del canal de cloruros y, por lo tanto, el efecto depresor puede conducir a una depresión más profunda y peligrosa que las *benzodiazepinas*. La dependencia psíquica es mayor en el alcohol, pero la física es mayor en los tranquilizantes menores, aunque con un síndrome de retirada presente en ambos.

Los prototipos clásicos de las drogas estimulantes son la cocaína y, en menor medida, las anfetaminas.

La característica principal del consumo de cocaína es el estado de excitación que provoca sin tolerancia ni dependencia física. Sí, dependencia psíquica y gran compulsión en el consumo sin síndrome de abstinencia.

Su efecto excitativo se debe al aumento de neurotransmisores excitadores, *noradrenalina* fundamentalmente, en el espacio sináptico, por bloqueo de la recaptación mediada por aneurorreceptores presinápticos.

Esto se comprueba, también, con las anfetaminas y con el ICE, cuya estructura química contiene similitudes con aquella y con el LSD; además de los efectos estimulantes, es alucinógeno.

Podemos encontrar la cocaína en distintas presentaciones:

* Hojas de coca (principio activo de 0,5 % a

1,5%), consumidas por masticación forman los clásicos bolos, o usadas para preparar el té de coca; en ambos casos, al librarse el principio activo y llegar al tracto gastrointestinal, es destruido, en gran parte, por el pH y las enzimas digestivas. Además del efecto vasoconstrictor de la cocaína, hará que ésta se absorba en menor cantidad y sea una concentración pequeña de droga la que alcanza el SNC (pasta de coca, "crack", "pasta" o "basuco", que contiene entre 40 % y 90% de principio activo). Como sulfato de cocaína, puede ser fumada o administrada parenteralmente como el *crack* inyectable. El *crack* puede ir asociado al tabaco, marihuana, PCP. El inyectable puede asociarse a la heroína.

* Cocaína propiamente dicha, también llamada "blanca", "frula", "merca" o "papel"; tiene entre 12% y 75% de clorhidrato de cocaína y se inhala o administra por vía endovenosa.

* Por último, la cocaína base o base libre con un principio activo de entre 10% y 80%; como alcaloide de cocaína puede ser inhalada o fumada, sola o asociada a tabaco, marihuana, PCP.

La vía de administración más segura es la inhalatoria, dado que, al llegar a los pulmones, la superficie de absorción es de 70 metros cuadrados, pero además evita la metabolización hepática, al pasar de los pulmones al corazón, y de allí se distribuye por el resto del organismo. Por vía endovenosa, los riesgos son mayores, entre ellos, el sida y otras infecciones, o por la presencia de *adulte-rantes*.

Las drogas del tipo del LSD provocan alucinaciones de naturaleza distinta de la marihuana. La diferencia reside en que los alucinógenos inducen un cuadro de desestructuración de la personalidad muy parecido a las psicosis con alucinaciones; por ello, se los denomina "psicomiméticos" y su acción puede manifestarse hasta después de un año de administrada por última vez. Denominamos "flash back" a este episodio.

Entre los alucinógenos hay distintos grupos de drogas:

1. De origen natural: *psilocibina*, *psilocina*, (principio activo del hongo *Psilocybe*), *mezcalina* (Peyote Mexicano), LSD - ergot (del hongo llamado "Cornezuelo de centeno") y, en nuestro país, el *cucumelo*.

Estos principios activos de origen natural se encuentran asociados a ritos religiosos de aborige-

nes centroamericanos, para conectarse con la divinidad. Posteriormente, se los utilizó en la época de la psicodelia en movimientos de tipo cultural y universitario.

2. De diseño como DMT, DET, DOM, DOB, NDMA o "éxtasis", que tienen acción mixta: excitatoria-estimulante; alucinógena, dado que su estructura química es similar a la del LSD y las anfetaminas. Su consumo está asociado con fiestas o reuniones y no podemos hablar, en este caso, de adicción, dado que el consumo es preferentemente de tipo ocasional. También se las conoce como "drogas de fin de semana".

Los alucinógenos actúan sobre receptores para un neurotransmisor del SNC, la *serotonina* (5 HT) y el tipo de receptor involucrado es el 5HT₂, relacionado con la modulación de ansiedad, hambre, sexualidad, temperatura, etcétera. Por ello, provocan hipertermia, episodios de tipo cardiovascular con aumento de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca; paranoia, deterioro de la capacidad de juicio, insomnio y alerta con alucinaciones, ideas delirantes y un "yo" de tipo espectador. El LSD y las drogas de diseño pueden encontrarse como grageas, pastillas, píldoras o en papel secante o figuritas que disuelven el polvo impregnado en un vehículo adecuado.

La marihuana se obtiene del cáñamo o *Cannabis sativa*; la resina se encuentra en las flores y hojas de la planta hembra y contiene hasta 400 compuestos psicoactivos. Se la utiliza como: "ficharas", en Asia; "haschish", en Oriente Medio. En todos estos casos, la resina contiene entre un 30% y 35% de principios activos. Utilizada como cáñamo, flores y hojas secadas trituradas, el principio activo es del orden del 8% al 12%. Los principios activos son el *cannabinol*, *cannabidiol* y el THC. Se fuma y libera en los pulmones de 2,5 a 5 mg de principios activos, y los efectos se manifiestan entre los 10 y los 20 minutos, como nerviosismo, ansiedad, euforia relajada, soñadora y jocosa.

Se han descubierto receptores para *cannabinoides*, denominados CB₁ y CB₂ y un *ligando* endógeno, la *anandamina*.

Los opioides se han utilizado desde hace 4000 años, en China, de distintas formas relacionadas no sólo con el consumo, sino con el estrato social.

Los estratos sociales más elevados lo consumían con forma de bolitas de opio bruto pulverizado y otro tipo de sustancias aromatizantes y afrodi-

síacas o estimulantes. Esta modalidad se fumaba en pipas. Otro nombre con el que se lo conocía es "chadúm". El residuo de las pipas contenía algo de principio activo y era denominado *dross*, consumido por las clases sociales más bajas. El opio podía ser ingerido mezclado con alcohol, como el láudano, o en el elixir *paregórico* (opio + anís). Sus principios activos, provenientes de un látex lechoso obtenido a partir de incisiones en las cápsulas verdes de la planta *Tapaver somniferum* contienen, fundamentalmente, morfina y codeína. Se pueden refinar y obtener morfina y codeína base. A partir de la morfina, y por semisíntesis, se obtiene la heroína, de la que hay distintos tipos y calidades: heroína blanca, heroína oscura, heroína *ros*, heroína N° 3, para ser fumada, heroína N° 4 y *Black Tar*.

Hay opioides de diseño, obtenidos por síntesis química como el *fentanilo*, *metilfentanilo* (China White), *3-metilfentanilo* (TMF); *petidina* y *meperidina* son sus derivados (MPPP y MPTP).

En el organismo, encontramos sustancias a las que denominamos péptidos opiáceos, que actúan sobre tres tipos de receptores: mu, delta y kappa. Sobre éstos, y con distintas afinidades, actúan las drogas opioides, provocando una sensación de calma con bienestar, analgesia, supresión de la tos y control de la diarrea acompañada de efectos indeseables como disfonía, depresión respiratoria, sedación, confusión, vómitos, náuseas, constipación, constricción pupilar y retención urinaria.

Para evitar el síndrome de abstinencia en adictos, se ha utilizado y se utiliza *metadona* como droga de sustitución. Se baja la dosis progresivamente y se espacia la toma. Pero surge el problema cuando se trata de bajar de los 5 mg, pues sobreviene el síndrome de abstinencia y, con ello, recaídas.

Referencia

Curso teórico-práctico de entrenamiento en el tratamiento de la drogodependencia, módulo 3, organizado por el Programa de Ciencias de la Salud, Bahía Blanca, julio de 1995.

DROGODEPENDENCIA

Módulo N° 4

LICENCIADO ALBERTO CALABRESE (*)

Prevención es acción, entendida como promoción comunitaria, como solidaridad social y también es tratamiento preventivo o atención primaria en salud.

El enemigo en cuestión es todos y nadie, porque el narcotráfico, el flagelo, el traficante, en realidad, son nadie, son entelequias cuando se los enuncia sin descripción. Por ejemplo, cuando se habla de mafia, no se efectúa una distinción del concepto y se aplica la palabra en forma genérica; de hecho, mafias hay muchas y operan en formas diversas y en muchas oportunidades enfrentadas entre sí. La falta de conocimiento de sus actos o las noticias indiscriminadas sobre ellos contribuyen a una mayor confusión.

Así como, a veces, se generaliza y se habla de los jóvenes como si participaran de un magma en el que están todos igualados, se habla de los narcotraficantes con el mismo criterio. Este es otro error de concepto, puesto que no estamos frente a una entelequia, sino ante hechos reales, mafias concretas y, cuanto más imprecisamente se las perciba, más inscriptas estarán en el modelo clásico del miedo

como lenguaje. La falta de conocimiento, la enunciación global, contribuyen a generalizar el miedo.

Tipos de modelos de prevención

El modelo ético-jurídico y el médico-sanitario, llamado por algunos autores modelo médico hegemónico, son aún hoy los dominantes. Considero que actualmente casi ni los propios médicos lo estiman válido; sin embargo, es curioso cómo muchos organismos públicos lo siguen empleando, porque una situación aparentemente global, queda, entonces, sectorizada. Nosotros habíamos indicado que el problema de las adicciones lo es en globalidad; es un problema social, porque tiene todas las características de éste y, obviamente, también una parte importante en todos sus aspectos médicos o biológicos, aunque éstos no lo comprendan por completo. En general, cuando se actúa preventivamente, se junta el modelo ético-jurídico con el médico-sanitario.

El primero también considera la droga, eje de su discurso, como agente activo. El protagonista de este modelo es la droga en sí. En el modelo éti-

(*). *Docente titular de la cátedra de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Fondo de Ayuda Toxicológica.
Pringles 951- (1183) Capital Federal.*

co-jurídico, la responsabilidad, por tanto, desde el punto de vista individual, es atribuible al adicto o al traficante, cuando éstos se pueden corporizar. Como en la mayoría de los casos, el traficante queda excluido, porque se lo desconoce, salvo al pequeño traficante. Entonces, quien paga las consecuencias es el adicto. Al seguir este modelo nuestra ley actual, encontramos el extraño ejemplo de que no solamente se castiga la consumición, sino también el tráfico. Además, se lo obliga a completar un tratamiento, con una especie de funcionalidad yuxtapuesta entre lo que, se dice, está mal y el procedimiento de la cura. Se comprueba así, cómo se une este modelo jurídico con el médico-sanitario.

La sumatoria del daño es, en general, la ejemplificación de todos los desastres a los que conduce consumir una droga o la combinación de algunas de ellas. Esto debe ser conocido por el público, de acuerdo con estos modelos mencionados.

Pero ¿dónde se centra el esfuerzo de la prevención? La prevención debe dirigirse a los jóvenes, porque éstos corren mayores peligros y en este juicio, insisten ambos modelos, especialmente el médico-sanitario, por lo que se sigue una lectura poco innovadora de los factores de riesgo, mantenida sin una verdadera discusión hasta la actualidad. Si se suman dichos factores al modelo ético-jurídico, los dos modelos aparecen agregados como la forma secuencial clásica y permanente de la prevención.

Tengamos en cuenta que los conceptos y apreciaciones sobre un tema determinado pueden representar un avance frente a enfoques perimidos. El error es creer que la innovación es para siempre.

En efecto, el responsable del esquema preventivo es el sector de salud. Se advierte que, en general, quienes defienden estas campañas presentan a alguien que levanta el discurso médico; también, que se exponen numerosas referencias que terminan focalizando el protagonismo de la droga y lo que les pasa a quienes la consumen.

El modelo psicosocial proviene, junto con el sociocultural, de la década del 60, cuando, sobre todo en los Estados Unidos, notaron que el problema de la droga se hacía masivo. En referencia a este último modelo, podemos decir que tanto las drogas como sus consumidores a través de sus comportamientos, valores y actitudes —centrados especialmente en la familia—, mencionan esta familia como si estuviera en un escenario individual. La respon-

sabilidad ante estas dificultades recae sobre la familia, grupo de desviados sociales y jóvenes, aunque le corresponda al sector de la salud, en cuanto a lo preventivo. Esto da lugar a políticas existencialistas insuficientes por ser parciales, que aplican un criterio psicológico al problema de las drogas.

En cuanto al modelo sociocultural, se basa en los factores culturales y socioeconómicos de los consumidores, a los que considera desviados sociales. Por otra parte, suele hacer especial hincapié en la dualidad entre drogas y pobreza. Le falta una visión política del macrofenómeno, al no advertir, por ejemplo, la distinción con las drogas que se consumen de acuerdo con patrones culturales diversos. Si bien este modelo ha agregado la visión social del fenómeno adictivo, suele ser tomado desde dos vertientes contrapuestas, que dan por resultado la idea de que solamente con un gran cambio de los patrones sociales, puede señalarse una modificación positiva ante el consumo; o de que, dadas las condiciones sociales que se nos imponen, es imposible diseñar una política sólida acerca de este cambiante y creciente fenómeno.

Tanto del modelo psicosocial como del sociocultural, podemos afirmar que no han seguido el desarrollo que requieren los tiempos. Por lo general, se toman algunos de sus aportes para sustentar más adecuadamente la yuxtaposición ya enunciada de los dos primeros modelos (médico-sanitario y ético-jurídico).

En cuanto al modelo geopolítico estructural, surgió como un producto elaborado por la Comisión Nacional de Drogas de Venezuela, en 1985. Tiene un importante y novedoso análisis frente a toda esta problemática, aunque debemos reconocer que muchos de sus postulados quedan desdibujados, tanto por el proceso de globalización que vive el mundo y, por ende, la pérdida de protagonismo por parte de los estados latinoamericanos, como por la creciente incorporación de éstos a la prédica y doctrina estadounidenses sobre el narcotráfico.

Lo fundamental de este modelo es considerar los factores y actores de una manera integrada e interdependiente y, por tanto, las instituciones sociales como formando parte de este creciente modo de incorporación del tráfico y el consumo a la vida cotidiana.

De la responsabilidad sobre este problema, se hacen cargo tanto el Estado como los organismos internacionales y éstos, a la vez, fortalecidos por la sociedad civil, democrática y solidarizada. Se pide del Estado una voluntad política para movilizar y

organizar a los distintos protagonistas, desde su función decisoria. Por lo tanto, para eso necesita de políticas globales de seguridad y bienestar social que politicen el fenómeno de las drogas y lo redimensionen como problema social y no hagan distinciones entre drogas lícitas e ilícitas y que tengan en cuenta, desde luego, que toda droga es una mercancía. Este último punto es sumamente importante, dada la incorporación del individuo a hábitos de consumo o de tráfico en pequeña escala. También significa desarrollar acciones preventivas que eviten la incorporación a este circuito. Es evidente que este modelo, por su capacidad de analizador global de la situación que observamos, tiene, con las limitaciones ya acotadas, una indudable vigencia.

Hay una gran cantidad de escritos, indicaciones y resoluciones de las Naciones Unidas que expresan, justamente, que, una vez que el narcotráfico se inscribe como forma de sostén en lo cotidiano, es difícil de erradicar. Esto sucede, en este momento, en Bolivia o en el Perú, pero también pasa en Manhattan, en Europa, en Detroit y en nuestro país, es decir, en lugares donde precisamente la gente no tiene otra forma de ganarse la vida. Y como no suele haber otra alternativa, opta por una nueva. Esta es una observación muy importante: la aparición de una cuestión muy atractiva desde el punto de vista económico, no significa que, automáticamente, uno la elija, si existen otras opciones. Lo que, en general, no comprenden los gobernantes de las naciones y a lo que apunta este modelo, es que existe algo más que la necesidad humana de consumir droga: por un lado, que el hombre hoy no encuentra satisfacción en los parámetros habituales; por otro, que el atractivo financiero del narcotráfico es muy importante, porque se relaciona con el movimiento creado alrededor de una mercancía que tiene mucho rédito.

En definitiva, este modelo proviene de visiones unívocas y restringidas de los precedentes, y no debemos soslayarlo, si queremos verdaderamente conocer los procedimientos adecuados para establecer una prevención.

Y agregamos otro modelo a los conocidos: el ético-social. Este fue redactado para el informe argentino ante la UNESCO, por la FAT, en 1975. Esta organización lo premió y recomendó como un modelo para ser repetido en toda América Latina. Obviamente, como sucede en estos casos, la sugerencia de la UNESCO no fue muy tomada en cuenta en la Argentina.

El modelo ético-social está basado en un aspecto al cual, en realidad, también aluden, por ejemplo, el ético-jurídico, que hay que resguardar. Este último es, fundamentalmente, un modelo de resguardo de una estructura que debe conservarse y, para eso, existen las leyes que reprimen el acto de consumo de drogas. Pero el aspecto ético al cual alude el modelo ético-social es diferente. Expresa cuál es la razón valorativa por la cual se organiza una estructura social y, sobre todo, en qué parámetros se asienta, para ser convincente ante los integrantes de dicha estructura. No es un criterio ético declamado, sino un contrato por el cual quien se compromete con él actúa asumiendo una determinada postura ante la vida o un compromiso frente al mundo, esto es, una clave del modelo ético-social.

Podemos decir que, en las actuales condiciones del mundo en que vivimos, encontramos una fuerte dificultad para integrar modelos de prevención, por los actuales desafíos y cambios, que transforman los tradicionales esquemas y definiciones sobre los estamentos y órdenes de la sociedad. Si dijimos que la trilogía que conforma el ámbito donde puede desarrollarse una adicción está integrado por cultura, familia y sociedad, y que los modelos clásicos hacen especial énfasis en el papel y responsabilidad de la familia, nos olvidamos de que aún ésta se encuentra en profunda crisis. Asimismo, que, en estos tiempos de auge de los medios masivos de comunicación, se puede declarar, con certeza, que la imposición social y los parámetros de consumo condicionan absolutamente a la familia.

Frente a esto, nos encontramos con una nueva ética, una nueva concepción de la familia: quiere decir que, si hoy no la reconocemos y seguimos hablando de una familia entelequia, cuyos miembros se ajustan a determinadas normas y a un especial criterio de creencias; ese enfoque debe ser revisado para que los hombres se adecuen a estas nuevas formas.

El modelo ético-social propone a quien le quepa, la responsabilidad de adquirir una nueva ética, una nueva proyección social. Este no es un concepto abstracto, sino aplicado a un campo social.

La sociología crítica es también la que origina el modelo ético-social, porque dice que comprende algo mucho más profundo, justamente, su inscripción en lo social. O sea, hay razones profundas que no se advierten y condicionan los hechos sociales. A la vez, necesitamos una propuesta ética para

cambiar un devenir, cada vez más negativo, de todo el conjunto social. Pero para asumir ese compromiso (el de entender las causas y proponer una conducta ligada a la ética), siempre debe haber un regulador, que será el de aquellas entidades organizadas en función del compromiso ético.

Al Estado le corresponde organizar una red que reconozca la existencia de organismos públicos y privados; de organizaciones no gubernamentales y que poseen la regulación y el control, y que lograrán mejores condiciones, si actúan por su propia cuenta. Esto se advierte, por ejemplo, en la Guía Nacional sobre Salud y Drogas de España, en la que todo está catalogado de acuerdo con si es público, privado o municipal; si una organización tiene sucursales en otros lugares del país, qué tipo de atención brinda, con qué costos; todo certificado, en ese caso, por el Estado. Cuando uno visita instituciones de distinta índole, sabe que el Estado español, que ha observado esa institución, le ha dado una validez determinada y ha sido controlado por su rendimiento a lo largo del tiempo.

Nuevamente, destaquemos la importancia del compromiso en los planos microsociales. El modelo ético-social sostiene que no hay actividad posible de prevención, sino a través del compromiso de sus participantes; con establecer una ida y vuelta que vincule los dos partícipes del acto preventivo, tanto el que emite como el que recibe. Llega un momento de transformación y el emisor opera en función de lo que recibe y lo que puede retransmitir a su vez. La mejor acción preventiva es la que se conduce a través de proyectos individuales, que luego pueden transformarse en proyectos colectivos.

El modelo ético-social no pretende eliminar los precedentes, sino, más bien, superarlos. Para hacerlo, cuenta con el instrumental ético, con la sociología crítica, con la práctica que reinvierte los términos preventor-prevenido, con el compromiso que busca adhesiones para transformar lo cotidiano; con la experiencia concreta, que deviene de encontrar, en la comunidad y en sus miembros, los elementos para transformar la realidad que se nos impone, enmarcar nuestros proyectos individuales y asociarnos cabalmente en un proyecto que nos comprenda a todos.

Prevención es promoción, o sea, una situación útil para lograr una acción concreta que auspicie la satisfacción de la salud y de las apetencias, en función del trascender.

Un verdadero adicto, no un adicto figurado, es una persona que vive para la droga. Lo contrario es una persona con proyectos; no, el proyecto inducido por otro, sino el de quien debe promoverse. Esta es la cuestión fundamental para actuar preventivamente. Por eso, si hablamos del modelo ético-social, mencionamos el deber con una función central, puesto que la acción preventiva es siempre de compromiso.

Naturalmente, en cada comunidad es probable que constatemos distintas pulsiones y necesidades que requieren tanto de la imaginación del preventor como del alto grado de participación del público, para elegir los tipos de acción que una comunidad necesita.

En ciertos casos, puede organizarse un taller que libere a los participantes de ciertas maneras del prejuicio; en otros, un taller creativo o una acción recreativa; en otros (y esto a largo plazo), un microemprendimiento que canalice funciones laborales. Esto no implica que dejemos de lado la respuesta adecuada a las preguntas concretas sobre la sustancia y su ingesta, pero lo que cambia es el marco. Es distinto empezar y terminar con las sustancias de transformarlas a partir del pretexto que nos dan. El desafío mayor es asumir el contacto, el choque con la realidad, con la gente y darse cuenta, además, de que no hay una fórmula para hacerlo. La única clave es, precisamente, que la droga no debe ser la protagonista.

Recordemos que, en definitiva, toda vez que asumimos el reto de realizar una acción preventiva, estamos destrabando un mecanismo de ocultación que se regodea en el conocimiento obsesivo de la sustancia, pero que, con la simple advertencia acerca de sus peligros, no se puede conjurar. Este no es un hecho mágico. Así como decimos que hay que desacralizar las drogas para ponerlas en su verdadera dimensión de objetos, debemos fortalecer, en cambio, el sentido por el cual obramos la prevención. Y, por ende, comprender que, una vez que develamos el primer impulso hacia un conocimiento de las sustancias, encontramos el del consumo y las múltiples causales que lo sostienen. La clave, en cada caso, se encuentra en una movilización solidaria, creativa, que recrea lazos afectivos y aglutina, transformando, esta situación que, de no ser conjurada por la constricción de la comunidad, sólo daría lugar al miedo y a la inoperancia.

Referencia

Curso teórico-práctico de entrenamiento en el tratamiento de la drogodependencia, módulo 4, organizado por el Programa de Ciencias de la Salud, Bahía Blanca, agosto de 1995.