

DROGAS Y COMPORTAMIENTO-II

(UN PROBLEMA SOCIAL)

por Francisco García Valdecasas
de la Real Academia de Medicina de Barcelona
de la Académie Nationale de Médecine (Francia)
Miembro de Honor del CINP

RESUMEN: *En este segundo apartado, como continuación del publicado en el anterior número, se analizan las consecuencias sociales de la dependencia de las "drogas". Se estudian desde el punto de vista social, las llamadas drogas legales y drogas ilegales, teniendo en cuenta que en muchos casos, el paso de unas a otras es muy sutil.*

Se trata igualmente el problema de la drogadicción bajo dos prismas que deben ir indistintamente ligados como son, el enfoque médico y la política penal. Sin unas ideas muy claras de adecuación por parte de la Sociedad será muy difícil sino imposible, erradicar este terrible problema social.

DEPENDENCIA Y SOCIEDAD

REPERCUSION SOCIAL DE LA DEPENDENCIA. Como hemos dicho anteriormente, la O.M.S., y la mayoría de los autores, aceptan que la producción de dependencia es la acción más perjudicial de las drogas que actúan sobre el comportamiento, fundándose en:

1.º) El comportamiento compulsivo para la adquisición de nuevas dosis con las que **satisfacer su necesidad** de droga. El drogadicto no respetará para lograrlo el trasgredir las normas morales o cometer actos delictivos los más reprobables.

2.º) El aumento de las dosis usadas para alcanzar la mayor satisfacción y también el utilizar vías de administración parentales (incluso la vía intravenosa) para acortar el sufrimiento de la abstinencia (rapidez en la acción muy valorada por los drogadictos).

y 3.º) Ser la causa del uso continuado, y por ello, de la intoxicación crónica del organismo: cirrosis hepática, degeneración arteriosclerótica, lesiones nerviosas, periféricas o centrales, etc. **para el alcohol:** úlcera de estómago, afectación coronaria y bronquitis **para el fumador** y, en todos los casos, comportamiento desordenado, falta de reflejos rápidos y errores de apreciación y de ejecución de los movimientos semiautomáticos tan trascendentes en nuestra sociedad desarrollada.

La dependencia debe ser por ello consi-

derada como una enfermedad, ciertamente grave para el sujeto y peligrosa para la sociedad. Como si fuera una enfermedad infecciosa, se transmite por contagio y una vez **adquirida**. Sólo existen dos posibilidades de tratamiento: uno inmediato que es la administración de la dosis necesaria para tratar el síndrome de abstinencia, y el otro a más largo plazo, la desabituación, proceso lento que requiere la aceptación voluntaria y no garantiza las recaídas.

DROGAS LEGALES Y DROGAS ILEGALES

Desde el punto de vista social es forzoso distinguir entre drogas legales y drogas ilegales. La libertad de uso de las primeras, la accesibilidad económica de los precios, la libre propaganda y la aceptación universal de su consumo en todos los países, componen un cuadro totalmente diferente al de las drogas ilegales, **las drogas prohibidas**, perseguidas por la policía, condenadas por la sociedad y sujetas económicamente a un mercado "negro" de precios astronómicos, inasequibles incluso para los individuos de clase acomodada y aún de clase muy rica.

La legalidad o ilegalidad de una droga supone un hito decisivo. Si la droga es **legal** no existe barrera alguna de **higiene** para evitar el contagio. La iniciación se hace en las propias familias y, si se llega a adquirir el hábito, la satisfacción del mismo no implica problema alguno para el habituado. Los da-

ños sociales derivan **exclusivamente** del comportamiento anormal **bajo sus efectos directos y de las consecuencias tóxico-orgánicas producidas**.

Por el contrario, las drogas **ilegales** están **marcadas** por la prohibición. Los círculos sociales en que se admiten, los ambientes delictivos en que el tráfico comercial se realiza, los increíbles precios que llegan a alcanzar, el atractivo de la propia prohibición, etc. compone un cuadro totalmente diferente. El daño social no es, pues, el debido **sólo a su acción** (como en el caso de las drogas legales), sino que viene incrementado por una conducta delictiva iniciada en el mero uso, por la creación de los círculos de marginados, por **la necesidad de delinquir** para lograr el dinero suficiente para la adquisición de la droga por su elevado precio, por el mercado negro que se desarrolla al calor de las ingentes ganancias, generadas en el contrabando imprescindible.

¿Hay motivo para esta diferencia de trato social? Aparte del hecho jurídico de la clasificación como drogas ilegales, ni médica ni socialmente se halla fundamentada el diferente trato jurídico. Todos los tratadistas psicólogos sociales incluyen al alcohol y al tabaco entre las "drogas", aunque sean **institucionalizadas** (o legales) sin hacer diferencias ni por la acción sobre el comportamiento ni por su repercusión social (9,15) con las no institucionalizadas o ilegales. Por ejemplo: el alcohol es la droga que provoca mayor delincuencia, el tabaco la que más acorta la vida. Sin embargo, no hay duda de que la repercusión social de las ilegales es mucho mayor por el hecho mismo de la **ilegalidad**. Y es que se debe distinguir con toda claridad el riesgo social que producen las drogas **durante** su acción (acción directa) del riesgo que es consecuencia de la **privación** (acción indirecta).

Que una ingestión abundante de alcohol enajena y hace cometer al intoxicado hechos reprobables es algo que no puede negar nadie. El alcohol es sin duda la droga causante de mayor número de delitos: delitos que comienzan en el hogar con el maltrato a la mujer y a los hijos, sigue en la taberna pues es la causa más frecuente de riñas con uso de arma blanca, continúa en la carretera por ser el origen de la inmensa ma-

yoría de infracciones de circulación (con el gran coste humano que supone) y termina en la disminución del rendimiento en el trabajo. No deja de haber círculos de pensamiento que saquen de estos hechos la consecuencia de que el alcohol debiera de ser droga que también estuviera incluida en la prohibición, es decir en la ilegalidad. No hay que responder con una opinión. La experiencia ya se hizo y dejó triste memoria. La Ley Seca de Estados Unidos sólo sirvió para crear un contrabando colosal con negocios astronómicos, una mafia de delincuencia que se potenció con ellos, un aumento de intoxicaciones muchas veces mortales por la ingestión de bebidas fraudulentas más tóxicas y, por último una delincuencia de los propios habituados para poder proporcionarse la bebida no permitida.

La nicotina, la droga que contiene el tabaco no da conducta antisocial directa como el alcohol. El hábito creado es sin embargo fuerte. No ha habido hasta ahora una época de prohibición en ningún país civilizado que nos sirviera para calibrar la intensidad de la dependencia y los delitos a que daría lugar la prohibición del tabaco. Sin embargo, determinadas circunstancias históricas tienen el valor de un experimento. Me refiero a la situación de escasez de tabaco en determinadas zonas de nuestro territorio durante la guerra civil. El valor que adquirió el tabaco era tal que con él se podía adquirir cualquier provisión de primera necesidad. El cigarrillo fue durante algún tiempo la moneda más apreciada.

El tipo de delincuencia que hubo en los Estados Unidos durante la vigencia de la Ley Seca era en todo semejante a la que hoy vemos como consecuencia de las actuales disposiciones jurídicas. La supresión de la Ley Seca, naturalmente, no abolió la capacidad criminogénica del alcohol por acción directa, pero si suprimió la delincuencia añadida por la prohibición (la que llamamos acción indirecta) y también parte de las acciones tóxicas al garantizarse el uso de bebidas exclusivas de alcohol etílico, evitando los fraudes.

A la política prohibicionista, la política penal sólo le queda como justificación la posibilidad (la seguridad piensan sus defensores) de evitar la extensión del vicio, la difu-

sión de su uso y en consecuencia los efectos tóxicos de su acción directa, tanto sobre el individuo como sobre la sociedad.

Dado que la **dependencia**, una vez adquirida, es muy difícil de curarla en forma definitiva, la lucha social contra la droga debe concentrarse en la **prevención**, es decir en evitar la reclutación de nuevos drogadictos. ¿Cómo puede hacerse esto? Haremos algunos consideraciones.

PREVENCIÓN

Se puede intentar prevenir la difusión del uso de las drogas por dos procedimientos:

1) Tolerancia, pero utilizando todos los medios posibles de información e ilustración para crear la conciencia de los riesgos reales de **todas y cada una** de las toxicomanías. En esta modalidad el problema jurídico sólo se suscita por los actos delictivos causados por el comportamiento anormal **provocado por la acción directa de la droga**. Este modelo de **prevención** podríamos pensar que es el actualmente empleado en la lucha contra las drogas legales (alcohol, tabaco), **pero esto no es cierto**. Las posibilidades de información están infrautilizadas, mientras que se explota al máximo la propaganda favorable al consumo. Por esto deben considerarse con el mayor interés las campañas lanzadas recientemente por el Departamento de Sanidad de la Generalitat de Catalunya y valorar sus resultados, si bien no inciden más que en la información pues carece de capacidad para limitar la propaganda contraria. En una palabra, en esta forma de prevención se confiaría en la iniciativa responsable bien informada, con respecto a la libertad del individuo sin permitir la propaganda engañosa de las gentes comercialmente interesadas. En general se desconfía de su éxito, pero la verdad es que hasta ahora no se ha hecho un ensayo serio para valorar su eficacia.

2) La segunda forma de lucha es la ilegalización de la droga y la persecución policial y judicial de su comercio y tenencia. Este es el sistema empleado **con las drogas supuestas más peligrosas** por considerarlo el más eficaz. ¿Lo es realmente?

Merece la pena pararnos a reflexionar sobre este tema durante unos momentos.

POLÍTICA PENAL

El uso de la droga se revela como una patología social con capacidad de contagio y difusión constituyendo una verdadera epidemia. Es lógico por ello pensar que, como en las epidemias orgánicas, el mejor método de lucha sea la prevención del contagio. Y para evitar el "contagio" se sugiere que el sistema ideal será hacer desaparecer la causa: el germen en las epidemias infecciosas y la droga en la epidemia de toxiodicción. La ilegalización de la droga, la persecución policial de su tráfico, la penalización grave de los traficantes, etc., aparece a primera vista como la política ideal de conseguirlo.

Hay, sin embargo, dificultades graves para conseguir la "erradicación" de las drogas. En primer lugar las drogas históricamente "institucionalizadas" tienen un peso muy grande en la estructura económica mundial y su prohibición acarrearía la ruína en muchos países. Nos referimos, claro es, al cultivo de la vid, y del tabaco. Por otra parte, muchas de las drogas ilegales tienen utilidad terapéutica y, por ello el uso médico debe ser respetado y en consecuencia la producción a este fin. Los opiáceos son insustituibles para aliviar los grandes dolores, los barbitúricos sirven para la anestesia y para combatir el insomnio, los anfetamínicos son útiles en casos de narcolepsia, para el tratamiento de niños hiperquinéticos, etc. No es posible pues lograr la erradicación de la droga.

Una política penal debe también establecer con claridad la justificación moral de la persecución legal de la droga. Esta justificación se basa en la conducta delictiva a que da lugar, a las enfermedades producidas en los habituados y al coste social que todo ello produce. Si esto es así y de ello no hay duda, puesto que el mero hecho de tomar droga nunca puede ser delito, tenemos que aceptar que la política que actualmente se sigue contra las drogas no es del todo consecuente. Se persiguen como las drogas más peligrosas, a los opiáceos (según los criterios de la O.M.S. tantas veces citados) que, sin embargo, la propia O.M.S. reconoce que "producen una confiable reacción sedante sin el desequilibrio emocional ni la agresividad que acompaña al uso del alcohol y los barbitúricos. Tampoco tienden a

producir psicosis o reacciones paranoides" (18). Es decir, los opiáceos no provocan directamente "comportamiento delictuoso" sino que, al contrario en opinión de muchos autores (17) su efecto más importante es **antiagresivo**. Hay quien considera que deberían llamarse tranquilizantes mayores. El comportamiento delictivo se produce **sólo en los períodos de privación** por la necesidad, de la que tantas veces hemos hablado, de droga que tiene el habituado. Pero esto también sucedería con el tabaco si fuera prohibido (9,13).

Ahora bien la política prohibicionista debe orientarse precisamente a evitar el desarrollo de la **dependencia** y por lo tanto del comportamiento anormal en caso de privación. Con el tabaco no es posible por la extraordinaria difusión ya alcanzada, por los intereses económicos y por el conflicto social que produciría. Lo mismo se puede decir de las bebidas alcohólicas, a pesar de que ellas sí que producen comportamiento anormal directa e indirectamente. La experiencia de la Ley Seca en U.S.A. demostró el catastrófico resultado producido por la prohibición. Por lo tanto la política penal contra estas drogadicciones es imposible. Pero con las otras drogas, cuyos adictos son todavía una parte pequeña de la población, a pesar del crecimiento experimentado en los últimos tiempos (*), si que parece más lógico implantar medidas de fuerza para evitar que el crecimiento continúe.

EL ANTES Y DESPUES DE LA POLITICA PENAL

Para juzgar la utilidad de la política penal no tenemos otro dato objetivo que la comparación entre la situación anterior y la actual. La política prohibicionista de las drogas tiene su principio a nivel internacional en el Acuerdo de la Convención de La Haya el año 1912. Anteriormente el movimiento de opinión científica antidroga había tenido algunas manifestaciones (Shangai Opium Commission, 1909). Las medidas restrictivas legales fueron apareciendo posteriormente en los diversos países, en Inglaterra la "Defense of the Realm Act (DORA 40B)" en 1916, en USA la "Harrison Narcotic Act" en 1914,

etc.

Estas disposiciones no eran en principio prohibicionistas, sinó que tendían a controlar el mercado entre importadores, fabricantes, médicos, dentistas y farmacéuticos (3). Pero la interpretación en los medios legales fue rígida. Aunque los médicos tenían libertad para prescribir narcóticos en el curso de su práctica profesional, no les fue permitido dispensarla a los adictos, porque **la adicción no era enfermedad** (3). Los médicos que lo hicieron fueron detenidos y en consecuencia, aún el uso auténticamente médico en casos de dolor, etc. también decayó, hasta el abandono prácticamente total que existe hoy día.

¿También disminuyó el número de adictos? Antes de la Convención de La Haya, ni en Europa ni en USA, los narcóticos habían suscitado problema alguno. Hasta fines del siglo XIX en Inglaterra el opio se vendía en las droguerías, se recomendaba oficialmente el cultivo de la adormidera, para evitar la importación, en los huertos caseros, se cultivaba también la planta cuyas semillas servían para preparar infusiones con que calmar a los niños llorones, etc. En España la situación no era muy distinta. ¿Había entonces, muchos adictos? La delincuencia por drogadicción, ¿era muy grande?

Los pocos datos estadísticos sugieren que el número de adictos era pequeño, y **la delincuencia por drogadicción inexistente**. La mayor parte del consumo del opio quedaba fuera del control médico, pero no así la morfina que era usada exclusivamente por prescripción. Los adictos eran solo consecuencia de una iniciación terapéutica. Muchos de ellos eran profesionales (médicos, químicos, farmacéuticos). En un estudio del Nerwood Sanatorium hecho en el período 1907-1932, ya en época de restricción, cerca del 50% eran médicos y habían otros muchos químicos. El problema se enfocó como exclusivamente médico desarrollándose la teoría de la "enfermedad" de la adicción, paralela al alcoholismo en la que fue notable la obra de Norman Kerr, presidente de la British Medical Association, "Embriaguez, su etiología, patología, tratamiento y jurisprudencia" (1889). Pero había

(*) Según una nota de Europa Press (6-VIII-84) se calcula que hay en España unos 80.000 ó 100.000 drogadicción (el 2,7 por 1.000 de la población). Esto es sólo una décima parte de los alcohólicos.

también un problema moral. Alcoholismo y adicción a la morfina eran no sólo una enfermedad sino también un **vicio**: una **enfermedad de la voluntad**. En una palabra, antes de 1916 la adicción a la morfina y al opio existía tolerada, pero su incidencia era muy pequeña y, desde luego, no provocaba conducta delictiva. Los drogadictos no tenían problemas y la sociedad los ignoraba (*).

A partir de 1916 en toda Europa y USA se desarrolla como ya hemos dicho la "Penal Policy", es decir el control por penalización cada vez más severo y también aumenta el problema social de la droga, primero lentamente y más tarde en progresiva aceleración hasta alcanzar el estado actual preocupante en todos los países por el gran número de delitos que es su consecuencia.

La política de penalización tiene, como todas las cosas, su lado positivo y su lado negativo. Su lado positivo es el dificultar el tráfico y comercio de la droga con medios policiales y penales cada vez más severos. Su lado negativo es el no haberlo conseguido. Este fracaso ha provocado a su vez problemas sociales nuevos de gran importancia. Merece la pena considerarlos. Unos son de tipo económico y otros son médicos. Ambos son igualmente graves.

PROBLEMAS SUSCITADOS POR LA POLITICA PENAL

Económicamente el factor más importante es la creación de una estructura delictiva, una mafia, para el tráfico ilícito. El precio, en general, de las drogas es bajo. Pero debido a la prohibición y en **proporción directa** a la severidad de las penas, el precio ilegal se multiplica. Lo que vale uno en lugar de origen pasa a valer mil o más en el mercado negro. Estas enormes ganancias son un incentivo poderoso para vencer todos los obstáculos. Entra en juego entonces, incluso, la corrupción de las propias estructuras sociales correctoras. Todo un mundo del delito se crea alrededor de este comercio ilícito.

Consecuencia del lucrativo comercio ilícito se organiza un sistema de propaganda, también ilícito. No se puede contar, como en el caso del tabaco y el alcohol, con los medios de información públicos, pero en

cambio se cuenta con unos agentes de promoción eficacísimos que son los propios drogadictos. Impulsados por su propia desgraciada situación, el medio **menos "delictuoso"** de lograr la droga es la captación de nuevos adeptos que a su vez van a formar parte del tráfico ilegal. Fuera de éste no le queda al adicto para pagar el elevado coste de su "medicamento" (más de diez mil pesetas diarias) que la delincuencia violenta o la prostitución.

Los problemas médicos son menos relevantes para la sociedad, pero más importantes a juicio de los médicos. En primer lugar, las disposiciones legales sobre la receta de tóxicos, obligan a vulnerar el secreto profesional: es imprescindible que figura en la receta el nombre del paciente y el diagnóstico. Naturalmente éste no puede ser "drogadicto", pues un drogadicto no debe tratarse, si acaso sólo en centros públicos autorizados y con finalidad de "deshabitación" (**con la otorgación del carnet de drogadicto**) (27), cosa que el drogadicto rechaza en principio. En la mayor parte de los casos la única vía posible termina en la cárcel, y sabido es que las cárceles son, hoy día, los peores centros de corrupción moral. Lo que empezó como una curiosidad casi infantil y un mal consejo, termina irremisiblemente en el más bajo mundo del delito común y de la prostitución.

Otros problemas médicos corresponden a las condiciones en que se desarrolla el mundo ilegal de la droga. No cabe pensar en medidas higiénicas (*) para las inyecciones y menos en "garantías" de pureza de los productos utilizados. El fraude y la adulteración son lógicamente reyes en el mercado negro. Infecciones y toxicidad son la consecuencia. Del doctor Bronet, jefe del servicio de toxicómanos de la Cruz Roja de Madrid son estas palabras: "La heroína que venden en el mercado negro, se entiende tiene un cinco o un diez por ciento de impureza. Te la pones durante años y no te pasa nada. Pero llega un día en que te mueres. Las sobredosis accidentales no existen. Cuando un chico utiliza una sobredosis es porque tiene intención de matarse. Lo hacen porque están hartos de todo, de no

(*) No hacemos referencia a la Historia de la prohibición de China y la guerra del opio por considerarla debida a otras causas.

(*) Y en consecuencia el contagio de enfermedades, v.gr. el SIDA.

conseguir "desengancharse", de tener problemas, de pasarse la vida entrando y saliendo de la cárcel y, sobre todo hartos de no encontrar una salida, **porque realmente no la tienen**" (4). La imagen del drogadicto como un crápula vicioso, feliz en la abyección de su conducta no existe. Recordemos una vez más la frase de Soler Insa: "no existen drogadictos felices. Sólo la infelicidad mueve al heroinómano...". Este cuadro tristísimo merece compasión y, es evidente, que la Política Penal no se la ofrece.

MOTIVACION DEL INICIO DE LA DROGADICCION

Como en una enfermedad infecciosa, el contagio de la drogadicción requiere un vehículo portador. No se trata, claro es de un vehículo físico; el agua de bebida, el aire, un insecto, etc. Se trata de un contagio a través de la palabra seductora, hablada o escrita, de la curiosidad, de la imitación a los "héroes" de las bandas callejeras, del ocio por falta de trabajo, en fin, de una corriente estética, de una moda. El problema no es muy diferente del de la iniciación del tabaquismo. El muchacho vence las primeras dificultades físicas (mareos, vómitos, etc.) por imitar a los mayores, por darse importancia, por curiosidad... Pero independientemente de esto se necesita la oferta, el vehículo que haga llegar a la personalidad propicia la causa fundamental: la droga. Aquí juega un papel clave el drogadicto ya "enganchado" y los círculos de la mafia creada por los grandes negocios económicos del tráfico de las drogas. No se piense que por no ser una propaganda abierta es menos eficaz. Es la propaganda directa, al oído, el contagio de persona a persona la que tiene una capacidad de difusión increíble. ¿Quién puede ser más creíble para el joven incauto acerca de la acción de la droga que el propio drogadicto? Y si el propio drogadicto habla de su felicidad... ¿Cómo pensar que miente obligado por su propia desgracia? **Dí simplemente, no**, es el inteligente eslogan propuesto por el Departamento de Sanidad de Catalunya para que el muchacho rechace la primera toma. Pero este eslogan es a su vez toda una confesión de fracaso de la política penal antidroga que no logra evitar la oferta. Si este deside-

rato no se alcanza, la política penal antidroga es más perjudicial que beneficiosa.

EL ENFOQUE MEDICO-FARMACOLOGICO Y EL "MANTENIMIENTO CON METADONA" (MM)

Se caracteriza por un renovado interés por el drogadicto y su tratamiento médico. En Inglaterra desde el primer momento de las leyes prohibitivas, se consideró por muchos que ellas eran una usurpación de las funciones profesionales (3). En 1923, W.E. Dixon profesor de Farmacología de Cambridge dice, "No podrán comprender nuestros legisladores que la única esperanza de extirpar la drogadicción es por medio de los médicos...? ¿Que pedir eliminar la drogadicción prohibiéndola es tanto como prohibir que existan locos?". La consideración de la drogadicción como enfermedad ha sido pues una constante siempre reverdecida por el mundo médico.

A principios de los años setenta de nuestro siglo se inician los primeros intentos de tratamiento de los adictos fundado en principios científicos. Se considera que los adictos tienen en muchas ocasiones, alteraciones psicopáticas y buscan las drogas como alivio (16). Los opiáceos son las drogas más peligrosas por producir la mayor dependencia, pero esta dependencia está en relación con el alivio real que el enfermo de ansiedad o de depresión siente por la acción de los opiáceos. Al desabituarlos reaparece (17) el síndrome psicótico. Muchos autores americanos abundan en estos conceptos. Wellisch en 1971, encuentra que en los 1.500 pacientes que trata en su sección de desintoxicación "muchos usan heroína por sus propiedades tranquilizantes y antipsicóticas". Chein (16) nos dice que 22 de 52 adictos eran psicóticos o casi psicóticos. Ya indicamos que incluso la O.M.S. reconoce que los opiáceos "producen una confiable reacción sedante" y que no dan lugar a efectos agresivos bajo su influencia.

La iniciación de los **programas de mantenimiento** (19) de los adictos tienen este fundamento. Dada la dificultad de lograr la deshabitación (sin recaídas) en muchos pacientes y el hecho de que al suprimir la droga **afloran** los síntomas psicóticos, el trata-

miento legal de mantenimiento parece lógico, pues retiraría al adicto del mundo del delito y lo incorporaría de nuevo al trabajo y a la sociedad. Los progresos de la Farmacología hacían pensar en la posibilidad de esta terapéutica. Como posible "tratamiento" se piensa en dos tipos de subclases de opiáceos. Por una parte los llamados "agonistas parciales" o "agonistas-antagonistas". Son opiáceos que ejercen una acción agonista débil, pero ocupan los receptores e impiden la acción de los agonistas "totales" (llamados así porque ejercen la totalidad de la acción). Pero no todos servirían, sólo aquellos que tuvieran una cinética adecuada. Puesto que la reacción bioquímica (cualquier que sea) que origina la dependencia es persistente, la sustancia elegida debe ser de acción duradera. Cuanto más dure la acción, más tardará en aparecer la abstinencia. Las otras sustancias posibles son los propios agonistas totales pero con acción prolongada. En la práctica son estos últimos los que han obtenido mayor éxito, ya en el sistema británico, ya en el mantenimiento con metadona usada en América del Norte.

La farmacocinética de las drogas tiene mucha importancia en la drogadicción. Los opiáceos de acción rápida producen una satisfacción inmediata, muy apreciada por el drogadicto, pero su efecto dura poco tiempo. El prototipo de esta acción es la heroína. La morfina tiene también acción rápida y pasajera, aunque no tanto como la anterior. Por el contrario la metadona es de acción prolongada. Esto quiere decir que, con la heroína, la desaparición del síndrome angustioso de la abstinencia se hará con la mayor rapidez (el drogadicto recurre incluso a la inyección intravenosa: **no tiene espera**) pero también reaparecerá al poco tiempo. Con la metadona sucederá a la inversa. La espera hasta la desaparición de la abstinencia será algo larga, pero luego el drogadicto podrá tener confianza en que la terrible (para él) sintomatología tardará mucho tiempo en reaparecer y, además, lo hará lentamente. Podríamos hacer la comparación con los tratamientos que a veces se proponen para combatir el hambre desafiada de algunos obesos. Recurrir con preferencia a alimentos de prolongada digestión

que mantengan largamente la sensación de saciedad (grasas) que a otros de menos calorías pero que tengan la propiedad contraria (hidratos de carbono).

El éxito de los programas de mantenimiento ha sido considerable, hasta el punto de que la metadona para el común de las gentes es, más que un opiáceo, un tratamiento de la drogadicción. Los resultados con agonistas-antagonistas han sido inferiores (tienen ciertas acciones disfóricas), pero se continúa la búsqueda de nuevos compuestos más idóneos.

En la actualidad se tiene ya una larga experiencia, en especial en USA, con los programas de **mantenimiento de metadona** (MM). Al cabo de los años se puede estar seguro de su tolerancia (16). Numerosos psiquiatras reconocen la acción terapéutica de esta forma continua de administrar metadona incluso para el tratamiento de sus enfermos psicópatas, en especial los agresivos y los deprimidos. En los adictos, la reincorporación a una vida social normal y de trabajo es la norma, sin recaída a la "heroína callejera". Hay sin embargo fracasos, fundamentalmente debidos a la persistencia del lucrativo mercado negro y por lo tanto al beneficio que el individuo tratado puede querer encontrar en algún momento con la droga facilitada. El llamado **sistema inglés** (13,11), es similar al MM, pero incluso es admitida la heroína, que no es ilegal en Inglaterra.

Si el drogadicto se somete, y consigue la deshabituación, el problema es no recaer. Para ello las Comunidades Terapéuticas (CT), psicoterapia de grupo **posterior** a la cura de desintoxicación (deshabituación) son una posible solución. La aceptación de los "enfermos" se hace tras un estudio riguroso. La finalidad es evitar las recaídas.

El mantenimiento con drogas antagonistas (naloxona, naltrexona) se basa en el hecho de que, bajo la acción de estas drogas, los opiáceos administrados no tienen acción y, por lo tanto, no causan satisfacción al drogadicto. La desintoxicación previa es necesaria, pues de lo contrario la droga antagonista provocaría un síndrome de abstinencia física. Sin embargo, en la práctica, los resultados no son del todo satisfactorios. Requieren una gran dosis de voluntad en el enfermo pues su situación es similar a la del

alcohólico que sustituye su habitual bebida por otra de sabor análogo sin alcohol. El abandono del sistema es frecuente.

El enfoque médico puro del problema de la drogadicción sitúa al drogadicto en una posición totalmente distinta. Ya no es un delincuente irredimible, sino un enfermo. Considerado desde esta postura no importa el lugar y el modo en que haya contraído la enfermedad. Ofrecerle como todo tratamiento la cárcel es inhumano y poco caritativo. ¿Qué en muchos casos el tratamiento ha de ser continuado por toda la vida? Bueno, ¿no sucede lo mismo con los diabéticos? ¿O con los esquizofrénicos? ¿O con tantos otros enfermos crónicos? Alguien dirá ¿por qué vamos a darle un tratamiento **costoso** a seres que se han buscado ellos mismos su enfermedad? Esta es una idea falsa, pues los opiáceos no son fármacos costosos. Sus precios astronómicos no son el precio real, sino el precio de mercado negro consecuente de la ilegalización.

LAS OTRAS DROGAS

Como dice Bronet Cinovas "son otra cosa" (4). Esto está corroborado por todos los autores, empezando por la O.M.S. que sitúa en el primer lugar de peligrosidad a los opiáceos. La dependencia que producen las drogas alucinantes, los barbitúricos, los inhalantes es mucho menor. Si en el uso no se asocian con opiáceos (lo cual es frecuente) la drogadicción no es compulsiva y no existe dependencia física. Bajo su acción, las alucinaciones producidas pueden ser causa de conducta agresiva o de errores graves en el manejo de máquinas. (Ambas cosas constituyen también la causa de la gran cantidad de delincuencia debida a las bebidas alcohólicas). Pero es evidente que sin la asociación de los opiáceos casi constante, la conducta delictiva de los períodos de abstinencia no se daría. Los auténticos "yonquis" son los heroínómanos que aún siguen teniendo necesidad de tratamiento ambulatorio después de deshabituaos y con los que apenas se logra el 20% de curaciones definitivas (4,9). El recurso a sustancias "cualesquiera" (disolventes orgánicos, cualquier clase de drogas, etc.) es la busca desesperada de algún alivio al síndrome de

abstinencia a los opiáceos. Para comprender de verdad la situación mejor será citar las palabras patéticas de un adicto de 1922 (*), morfinómano de más de 40 años:

"Proclamo haber sido útil a mi país, enseñando a otros a ganarse su vida y sólo permitiéndome ganar la mía propia... apelo a Ud. que me mire con ojos imparciales. Yo imploro no ser crucificado con esta nueva ley... la morfina nunca me corrompió, nunca hice nada malo en ningún concepto... **únicamente pido que me dejen en las manos de mi médico**".

Naturalmente esto no quiere decir que "las otras drogas" no merezcan atención y tratamiento médico. En el caso del alcohol, que tantos actos delictivos produce, la adicción es competencia exclusiva del médico por su aceptación social. A la ley sólo le corresponden los delitos y aún ¡sirve de atenuante! El tabaco sólo incumbe al médico por sus efectos patógenos, pero no da nunca conducta antisocial. Los barbitúricos son también problema exclusivamente médico o como más del médico especialista. Sólo nos quedan las drogas alucinantes, desde el cáñamo (marihuana, haschish, grifa, etc.) hasta el LSD-25 (lisérgida) sujetas a la política penal. Al no producir una dependencia intensa, no son miradas por la O.M.S. como tan peligrosas como los opiáceos. El de mayor repercusión social es la cocaína, cuyo tráfico ilegal tiene grandes proporciones y produce comportamientos peligrosos. No produce dependencia física y la dependencia psíquica es débil. Pero al darse con la mayor frecuencia asociada su adicción a los opiáceos, su problema se confunde con el producido por aquéllos. Ahora bien, si la adicción es pura, el tratamiento de deshabituaación es más fácil y consigue resultados duraderos.

ENFOQUE MEDICO Y POLITICA PENAL

Parece obvio que es necesario compatibilizar ambos sistemas de lucha contra la drogadicción. No podemos situarnos en los comienzos del siglo, antes de la prohibición. Por muchas circunstancias, y no sólo por la prohibición, la "epidemia" se ha extendido en proporciones incalculables (el uso clandestino no tiene estadísticas confia-

(*) Carta dirigida por Thomas Henderson al Ministerio del Interior (Home Office) inglés.

bles) y se ha creado un mercado negro y una mafia con capacidad suficiente para enfrentarse a los propios estados nacionales. Después de setenta años de ilegalización lo menos que podemos conceder es que la política penal no ha logrado su propósito. La "epidemia" continúa su progresión creciente, cualesquiera que sean sus motivaciones. La pura política punitiva es impotente. Las enfermedades de la voluntad, lo mismo que las enfermedades orgánicas, **no pueden prohibirse**. La ley y la política penal deben actuar en sus esferas. Pero en el ámbito médico, sólo la conducta médica debe ser la responsable. La actual política penal sólo ha sido eficaz para que el uso médico de los opiáceos haya prácticamente desaparecido, perdiéndose las ventajas positivas de sus acciones antiálgicas y de sus acciones tranquilizantes, mientras que ha sido ineficaz para evitar la difusión del abuso.

Desde un punto de vista económico, también debe considerarse la situación actual. Los gastos médicos para el tratamiento de los drogadictos no suelen mirarse con simpatía. Al drogadicto se le considera culpable de su propia desgracia y no merece compasión. Incluso en círculos médicos no se consideran aceptables más que aquellos que "tienen propósito de desintoxicarse" (9). Sin embargo, teniendo en cuenta el alto gasto económico de la persecución de la droga y su poco rendimiento, la ayuda médica abierta debiera considerarse. Todos los autores médicos se quejan de las pocas posibilidades y de la escasez de centros para la lucha contra las toxicomanías. Y lo peor es la oposición de grandes círculos a que tal asistencia se realice, incluso en contra de las autoridades sanitarias.

Por último, el concepto de "enfermo" del drogadicto hace inhumano el que la sociedad no lo entienda, o peor aún les persiga. El creerlos culpables de su propia enfermedad no lo justifica. Ya hemos citado que muchos de ellos son psicópatas que buscan en los opiáceos remedio a sus males por sus "propiedades tranquilizantes y antipsicóticas" (16). El factor endógeno en la drogadicción no puede negarse. Resulta evidente en el consumo de las drogas legales (13). Tanto en las bebidas alcohólicas, como en el tabaco, el grado de exposición es **universal**

(¿Quién no ha probado alguna vez el vino? ¿Quién no ha cogido alguna vez una botella?) en el mismo seno de las familias, pero no somos todos alcoholómanos, aunque quizás una inmensa mayoría consume diariamente una cantidad moderada de bebida alcohólica que, llegado el caso, no tiene inconveniente en dejar si se lo prohíbe el médico. Lo mismo sucede a muchos fumadores. Es indudable que en estos casos no se trata de "drogadictos", aunque la bebida aún moderada puede ser la causa de accidentes automovilísticos y de otros problemas sociales. En la drogadicción el problema es, probablemente, semejante. En muchos casos del MM, no es necesario aumentar la cantidad de metadona a lo largo del tratamiento a pesar de durar éste años (16) y de aumentar la tolerancia a la droga. Entonces, si el factor de psicosis larvada juega un papel, los opiáceos tienen un papel paliativo y en la actualidad ya hay una gran cantidad de experiencia sobre el papel de la metadona en el tratamiento de síndromes psicóticos a largo plazo.

El intensificar la asistencia médica libre de los drogadictos, sería la ayuda más eficaz que recibiría la política de prevención. Tendría las siguientes ventajas:

1) Arrancaría a muchos drogadictos de las redes del mercado negro y, con ello, de la comisión de delitos. En Inglaterra la delincuencia por la droga es mucho menor que en el Continente y eso que el "sistema británico" admite, incluso la heroína.

2) Disminuiría el consumo clandestino de droga. El temor a convertir a los drogadictos en "yonquis legales" (9) no está justificado. La metadona no es tóxica, ni aún a largo plazo (16,17) y el sujeto sometido al MM es un enfermo tratado crónicamente, no más costoso que un epiléptico, un diabético o un esquizofrénico. Para la sociedad y para el enfermo mismo siempre será mejor el ser tratado legalmente, incorporado a la sociedad, que no el vivir marginado, entrando y saliendo de la cárcel continuamente por la comisión de delitos.

3) La disminución del mercado clandestino aminorará la importancia y capacidad del mercado negro y de sus ganancias ilegales. Lo lógico es que desapareciera pues antes de la prohibición no existía.

4) Por último, el disminuir los drogadic-tos delincuentes, disminuiría la oferta de droga a los jóvenes incautos, y por ello la di-

fusión de la epidemia. Es análogo a lo que sucede con el tratamiento de las enfermeda-des infecciosas: al disminuir los enfer-mos, disminuye la fuente de contagio.

BIBLIOGRAFIA

1. Aristóteles de Estagira. Gran Etica, cap. 7.º Trad. de Francisco de P. Samarach. Barcelona, 1964. Ed. Aguilar.
2. Bayés, V. 1982. Iniciación a la Farmacología del Comportamiento. Ed. Fontanella, Barcelona.
3. Berridge, V. 1982. Opiate Use in England, 1800-1926. Ann. of The N.Y. Acad. of Sci. 398, 1.
4. Bronet Cinovás, J. 1984. Declaraciones en entrevista con Matilde Duque: Consulta, 246, 6.
5. Dioscorides Anazarbeo, P. Versión castellana y comentarios por el Dr. Andrés Laguna. 1555. Ed. Juan Latio, Amberes.
6. Efron, H.E., Holmstedt, B. y Kline, N.S. 1967. Ethnopharmacologic Search for Psychoactive Drugs. Public Health Service Pub. N.º 1645.
7. Emrich, H.M. Vogt, P. and Hertz, A. 1982. Possible Antidepressive Effects of Opioids: Action of Buprenorphine. Ann. of the N.Y. Acad. of Sci. 398, 108.
8. Flórez, J. 1984. Manejo Clínico de los Opiáceos en el Tratamiento del dolor. Farmacoterapia, 1, 79.
9. Freixa, F. Solor Insa, P. A. y col. 1981. Toxicomanías. Ed. Fontanella, Barcelona.
10. Guillermin, R. y co. 1976. Endorphins; etiological factors in mental illness. Science, 194, 630.
11. Kramer, J.F. y Cameron, D.C. 1975. Manual sobre Dependencia de Drogas. O.M.S., Ginebra.
12. Kreek, M. J. and Hartman, N. 1982. Chronic Use of Opioids and Antipsychotic drugs: Side Effects, Effects on Endogenous Opioids and Toxicity: Ann. of the N.Y. Acad. of Sci. 398, 151.
13. Laporte, J. 1976. Les Drogues, Ed. Ediciones 62 S.A., Barcelona.
14. Leong Way, E. 1982. History of Opiate Use in the Orient and the United States: Ann. of the N.Y. Acad. of Sci. 398, 12.
15. Lorenzo Salgado, J.M. 1983. Las Drogas en el Ordenamiento Penal Español. Ed. Bosch, Barcelona.
16. McKenna, G.J. 1982. Methadone and Opiate Drugs: Ann of the N.Y. Acad. of Sci. 398, 43.
17. McLellan, A.T., Woody, G.E., Bradley, D.E. and O'Brien, C.P. 1982. Treatment of Mixed Abuser in Methadone Maintenance: Ann. of the N.Y. Acad. Sci. 398, 62.
18. O.M.S. Comité de Expertos en Farmacodependencia. 1978. 21 Informe.
19. O.M.S. Problemas Relacionados con el Consumo del Alcohol. 1980. Serie de Informes Técnicos n.º 560.
20. O.M.S. 1981. Evaluación de los Problemas Sociales y de Salud Pública Relacionados con el uso de Sustancias Psicotrópicas. Serie de Informes Técnicos n.º 656.
21. Santo-Domingo Carrasco, J. 1981. Tratamiento del Alcoholismo. Información Terapéutica de la Seguridad Social, 5, 69.
22. Simposio: Instituto Municipal de Psiquiatría, 1982. Drogodependencias. Un Nuevo Modelo de Enfermedad. Barcelona.
23. Valdecasas, F.G. 1977. Opiáceos. Endógenos. XVI Congreso Nacional de la Sociedad de Ciencias Fisiológicas. Conferencia Magistral.
24. Valdecasas, F.G. 1978. Farmacología. Ed. Espaxs. Barcelona.
25. Vega, A. 1982. Delincuencia y Drogas. Ed. ICE de la Universidad de Barcelona.
26. Watkins, I.R., Kinscheck, I.B. y Mayer, D.J. 1984. Potentiation of Opiate Analgesia and Apparent Reversal of Morphine Tolerance by Proglumide. Science, 224, 395.
27. Resum de la normativa vigent per a la prescripció i dispensació d'estupefacents i psicotròps. Edició del Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, 1985.