

Usuario:LOGOSlanz1/Taller

Capítulo 1.

A) Droga: El consumo de diversos tipos de drogas ha sido una constante observada desde las primeras civilizaciones, en numerosos pueblos y culturas. Diversos tipos de plantas y bebidas eran utilizados con fines rituales y ceremoniales, en donde un miembro especial de la tribu ingería algún extracto de planta alucinógena, entrando en una especie de trance con un propósito generalmente ritual, llámese espiritual, religioso o “curativo”; tal es el caso por ejemplo, del uso del peyote por los huicholes. En farmacología clásica se utilizó el término droga para designar a un medicamento en estado bruto, tal como aparece en la naturaleza. Manteniendo el criterio clínico, en 1969 la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) lo definió como “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones”. De esta manera droga viene a ser sinónimo de fármaco; y así continúa utilizándose en la literatura inglesa (drug). En 1982 la O.M.S. intentó delimitar cuáles serían las sustancias que producían dependencia y declaró como droga de abuso “aquella de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado el ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser autoadministrada”. Una definición más poética de droga la describe como “sustancia capaz de modificar la realidad favoreciendo la fantasía del hombre o evadiéndole de la dura existencia cotidiana para más tarde dominarle por entero hasta quebrantar sus fuerzas y su salud”. La Real Academia de la Lengua Española define: “Droga es el nombre genérico de ciertas sustancias minerales, vegetales o animales, que se emplean en la medicina, en la industria o en las bellas artes”, también da esta definición: “Sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente o narcótico”. Así vemos, que el término droga se define ya bien como un fármaco o, como una sustancia de la que se abusa y depende. El común de las personas, al escuchar la palabra “droga”, no piensa únicamente en los medicamentos, sino también en las sustancias tóxicas prohibidas por la ley, en preparaciones dañinas para la salud y, sobre todo, en el hecho de que causan cambios en la mente del usuario. Así pues, no sólo todos los medicamentos conocidos son drogas, sino que también lo son las sustancias que pueden dañar al organismo y sus funciones. Todas ellas son drogas. Actualmente, la O.M.S. entiende por farmacodependencia o drogadicción: “un estado psicofísico caracterizado por el consumo reiterado y continuo de una sustancia, a fin de experimentar los efectos que produce, o bien, para evitar los síntomas desagradables que se presentan si no se consume.” Actualmente, y desde la perspectiva médica

y científica, se utiliza el vocablo droga para referirnos a un gran número de sustancias que cumplen las siguientes condiciones:

1. Ser sustancias que introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de éste (de carácter psicotrope o psicoactivo).
2. Inducen a las personas que las toman a repetir su autoadministración, por el “placer” que generan (acción reforzadora).
3. El cese en su consumo puede significar un gran malestar somático y/o psíquico (dependencia física y/o psicológica).
4. No tienen ninguna indicación médica, y si la tienen pueden utilizarse con fines no terapéuticos. En el contexto que nos ocupa el término droga de abuso se aplica a “aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva (habituación), capaces de generar dependencia física y psíquica, y que ocasionan en la mayoría de los casos un grave deterioro psicoorgánico y de conducta social”. El consumo de drogas de abuso o sustancias psicoactivas, independiente de los usos médicos de algunas de estas, es decir cuando se consumen en exceso y por ocio desde el alcohol o etanol, cocaína, metanfetamina o cristales de metadona, opiáceos, pastillas psicotrópicas (ansiolíticos), sedantes e hipnóticos, hasta el activo o solventes, dentro de las consideradas drogas duras o pesadas, sencillamente: 1. no ejercen ningún efecto terapéutico, 2. generan neuroadaptación (tolerancia y abstinencia), y modifican el metabolismo del organismo, 3. no solucionan ningún problema, sólo los empeora, y 4. es garantía que degenera o destruya la personalidad funcional y social del adicto.

B) Dependencia a drogas:

La drogadicción o farmacodependencia fue definida como tal, por primera vez, por la O.M.S. en 1964 como “estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizado por: 1) Deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio. 2) Tendencia a incrementar la dosis. 3) Dependencia física y generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia por suspensión de la droga. 4) Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad”. Más tarde, en 1982, la O.M.S. define la dependencia como “síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes”. Asimismo la O.M.S. enfatiza que la dependencia a drogas da lugar a una pérdida de libertad, pues la persona se encuentra supeditada/controlada/esclavizada

por la droga; en otras palabras, la droga se convierte en un objeto autoritario que absorbe la personalidad del sujeto. Según la Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM-IV afirma: “la característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella”; añade que “existe un patrón de repetida auto-administración que a menudo lleva a la tolerancia, a la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia”. Entendemos pues por abuso de drogas, las sustancias autoadministradas que generan cambios en el Sistema Nervioso Central (SNC), modificando una o más de sus funciones, produciendo cambios emocionales y de comportamiento; tienen la capacidad de producir transformaciones, ya sea aumentando o disminuyendo el nivel de funcionamiento (metabolismo) o modificando los estados de conciencia, afectando en la gran mayoría de los casos todos los niveles del individuo: cognoscitivo, psicológico, emocional, psico-afectivo, orgánico; y los sistemas sociales a los que pertenece: familiar, escolar, laboral, sentido de comunidad, etc.

C) Clasificación de las drogas psicoactivas:

1) Depresores del Sistema Nervioso Central: estas sustancias disminuyen el estado de alerta, deprimen la función cerebral. Quien las consume está menos atento a los estímulos del medio exterior y tiene reacciones más lentas. Los depresores disminuyen todas las funciones mentales superiores (atención, juicio, razonamiento, memoria e inteligencia) y deprimen el estado de ánimo. Estos son: alcohol etílico (etanol), inhalables, barbitúricos e hipnóticos, tranquilizantes menores y opiáceos (analgésicos narcóticos).

2) Estimulantes del Sistema Nervioso Central: las drogas de este grupo, al contrario de los depresores, incrementan el estado de alerta, llegando incluso a producir estados de psicosis paranoica. Los estimulantes aumentan el estado de conciencia; estos son: cocaína y crack, anfetaminas y metaanfetaminas, esteroides anabólicos, cafeína, metilfenidato, anoréxicos, nicotina.

3) Alucinógenos: producen, de manera variable, lo mismo depresión que estimulación, pero su característica principal es que provocan siempre una percepción distorsionada de la realidad. El estado de conciencia se altera de tal modo que pueden producirse alucinaciones. La alucinación es una percepción sin objeto (se ve, se oye, etc., algo que no existe). Como este es un síntoma característico de ciertas psicosis (locura en términos populares), también se ha llamado a estas sustancias psicoticomiméticas (que recuerdan o imitan los estados psicóticos). Estas son: LSD (dietilamida del ácido lisérgico), sustancias naturales: psilocibina, psilocina, mezcalina, etc., y otras sustancias sintéticas: DOM, DMT, fencidlidina o PCP, etc.

4) Canabinos: se llaman así porque contienen canabinol (delta-9-tetrahidrocannabinol o THC), la cual es una

sustancia adictiva que proviene de la planta Cannabis Indica o marihuana, en sus 2 variedades indica y sativa. El aceite concentrado de la misma se le llama hashis. Es tanto originaria como muy consumida en ciertas regiones de Oriente. El grado de toxicidad de esta planta depende de su baja o alta concentración de THC. Si estas drogas se consumen en dosis altas pueden provocar alucinaciones, pero esto no ocurre con las dosis habituales, por lo que constituye un grupo aparte.

5) Aminas estimulantes y drogas “de diseño”: son sustancias sintéticas, las cuales son diseñadas en laboratorios químicos clandestinos que evaden las leyes relativas al control de drogas. Algunas de estas sustancias son extremadamente potentes y han provocado numerosas muertes por sobredosis; asimismo, pueden causar daños severos a las funciones cerebrales. Estas son: MDMA (“éxtasis”, tacha) y crystal meth o cristal de metadona (“speed, ice, cristal o piedra). El consumo del ice o cristal se ha popularizado últimamente en México; se le conoce como piedra, la cual es fumada. Es sumamente adictiva y está íntimamente ligada con los actos delictivos para procurar su consumo; este tipo de sustancias son análogos derivados de las anfetaminas (metanfetaminas); fumadas son aun más adictivas que el crack.

Como vemos, sustancias como el alcohol, la cocaína y drogas “de diseño”, no sólo producen cambios en el individuo, sino en todos sus sistemas: familiar, escolar, laboral, personal, afectivo, social, cognitivo, ecológico, espiritual, comunitario, etc. El consumo de la droga se convierte en un verdadero problema, ya que afecta todos los sistemas del individuo, así como su salud propia. El cigarrillo, el café y el té, también son consideradas drogas, sin embargo, aparte de ser legales, su consumo no crea mayores conflictos en el individuo, al menos no en relación a su ingestión, como lo harían el alcohol y demás drogas duras.

D) Descripción y características de las drogas psicoactivas:

1. Depresores del Sistema Nervioso Central:

a) Alcohol: el alcohol es una sustancia que se obtiene de la fermentación o de la destilación utilizando como materia prima cereales o frutos. La especie humana obtiene bebidas alcohólicas por fermentación de productos vegetales al menos desde tiempos protohistóricos. Pero ahora los procesos de destilación de las diferentes bebidas alcohólicas en el mercado, siguen procesos más bien químicos. El psicoactivo de uso más generalizado a lo largo de la historia humana ha sido y sigue siendo el alcohol. El etanol, nombre científico de este psicoactivo, es el principio activo de múltiples bebidas embriagantes como los vinos de uva, el pulque de maguey, el tequila de agave, el ron de caña, la ginebra de enebro, la cerveza de cebada, el sake de arroz, el pozol de maíz y un larguísimo etcétera. La primera idea, que es necesario señalar de manera taxativa, es que el alcohol etílico no resulta beneficioso para la salud. Puede producir un efecto placentero, y no ser nocivo en

personas sanas, de carácter estable y formación ética sólida; no obstante, en la mayoría de las personas, aún sanas físicamente, y en función de la susceptibilidad o vulnerabilidad individual (física y/o psíquica), de las dosis y de las formas de consumo, su potencial tóxico resulta incuestionable. Se puede asegurar que la ingestión de alcohol no tiene ningún efecto terapéutico y, por el contrario, la interacción de su poder adictivo con ciertas características personales tiene la posibilidad de crear dependencia en muchas personas con sus deletéreas (venenosas y mortíferas) consecuencias físicas, psíquicas y sociales; y que esta posibilidad se extiende a todas las personas y está en relación con las cantidades, formas de consumo y características de la personalidad. Las conductas de una persona que ingiere alcohol resultan más instintivas, primitivas y espontáneas, ya que se disminuyen las inhibiciones y el individuo adquiere mayor confianza en sí mismo, se abaten sus preocupaciones, tensiones o vergüenzas a expensas del estado de alerta, del juicio y la autocrítica. Son frecuentes los cambios emocionales bruscos; en ocasiones puede presentarse mayor depresión y agresividad. La disminución en la capacidad de ejecución se investigó desde Kraepelin, y afecta no sólo el área psicomotora, sino también la inteligencia, la memoria y la atención. Cuando a un individuo se le obliga a realizar diversos trabajos físicos y mentales, puede verse una clara disminución de sus habilidades, aun cuando afirme que lo está haciendo mejor.

Bebidas embriagantes (alcohol-etanol) (1)

Efectos psicológicos y fisiológicos: Contrariamente a lo que la mayoría de las personas creen, el alcohol no es un estimulante, sino un depresor del Sistema Nervioso Central. Según lo explica un experto en neuropsicofarmacología como es el Dr. Simón Brailowsky, las personas que suelen atribuirle al alcohol un aumento en su capacidad mental verificable en su capacidad de hacer mejor ciertas cosas como hablar, bailar o crear, están equivocados. Lo que ocurre en realidad es que bajo los efectos del alcohol, estas personas gozan de un lapso de desinhibición provocada por la depresión de mecanismos inhibitorios. Al disminuir la inhibición, los mecanismos de control momentáneamente ceden paso a la excitación. A nivel psicológico, las dosis bajas producen la sensación de elevar el estado de ánimo y relajar a la persona. A nivel físico, un poco de alcohol aumenta la frecuencia cardíaca, dilata los vasos sanguíneos, irrita el sistema gastrointestinal, estimula la secreción de jugos gástricos y la producción de orina. Las dosis medias alteran el habla, el equilibrio, la visión y el oído. Se tiene una sensación de euforia y se pierde la coordinación motora fina, por lo que ya no es aconsejable conducir un automóvil ni manejar cualquier tipo de maquinaria. En dosis altas, los síntomas anteriores se agudizan y se alteran las facultades mentales y del juicio. Si el individuo continúa bebiendo puede ocurrir una pérdida del control motor en la que se requiere ayuda para poder moverse y hay una evidente confusión mental. A partir de una concentración sanguínea equivalente a

beber más de 10 tragos sin descanso alguno, puede ocurrir una intoxicación severa; cualquier otro aumento en las concentraciones puede provocar desde inconsciencia hasta coma profundo y muerte por depresión respiratoria. En términos acumulativos, el consumo inmoderado irrita el estómago y produce gastritis, daña el corazón al producir trastornos del ritmo cardíaco e incluso insuficiencia cardíaca; daña también el hígado, cuya consecuencia es la conocida cirrosis, una enfermedad causada por la pérdida de células hepáticas que disminuye la producción de bilis. Esto genera otros síntomas como mala digestión, pérdida de peso, constipación, etc. En lo que se refiere al Sistema Nervioso Central, el abuso de esta droga puede ocasionar serios trastornos mentales como pérdida de la memoria, deterioro del aprendizaje, inflamación de los nervios, e incluso el llamado síndrome de Korsakoff, un estado psicótico caracterizado por la pérdida de la realidad (cuando al cuadro se unen desnutrición y deficiencias vitamínicas crónicas). Ingerido por mujeres embarazadas el alcohol puede afectar al feto y producir malformaciones o retardo mental irreversible. El uso continuo o frecuente induce un tipo especial de tolerancia que se atribuye al aumento de la cantidad y actividad de la enzima corporal encargada de metabolizar el alcohol. El tejido nervioso también se acostumbra de cierta forma a la presencia continua del etanol y el usuario va adaptándose a los cambios inducidos sobre el habla, la visión y el control motor. No obstante, esta adaptación desaparece en cuanto la concentración etílica alcanza niveles suficientes en el fluido sanguíneo (lo que acontece frecuentemente en casos de abuso). El consumo inmoderado de alcohol provoca una dependencia física intensa. Cuando a lo largo de varios meses el organismo ha sido acostumbrado a ingerir por lo menos tres litros de cerveza o medio litro de licor fuerte todos los días, la supresión alcohólica puede presentar diversas manifestaciones que van desde ansiedad y temblores, irritabilidad e hiperactividad crecientes, hasta el temible delirium tremens: una psicosis orgánica grave que usualmente se manifiesta entre las 24 y las 72 horas posteriores a la ingestión de la última copa, aunque en ocasiones puede ocurrir hasta 7 o 10 días después. Se caracteriza por confusión mental, temblores, hiperagudeza sensorial, alucinaciones visuales (por lo general de serpientes, arañas o cualquier otro bicho), deshidratación, trastornos de la presión sanguínea, convulsiones y anomalías cardiovasculares. Uno de los peligros más frecuentes del uso del alcohol son los accidentes automovilísticos, pues al producirse "mayor confianza en sí mismo" y alteraciones en la capacidad de ejecución psicomotora, el sujeto disminuirá sus precauciones y sus reflejos autónomos. Se ha pensado que el alcohol tiene un efecto afrodisíaco pero esto no es exacto, ya que tanto la erección del pene como la presión vaginal se abaten; lo que realmente sucede es que una cantidad moderada de alcohol desinhibe al individuo y con ello puede llegar al coito. Esto puede resultar útil para las primeras relaciones sexuales, ya que con frecuencia hay inseguridad en la pareja. Es por ello que en nuestra sociedad la conjunción alcohol-inicio de una re-

lación sexual es la norma en los adultos. Por otro lado, la ingestión crónica de grandes cantidades de alcohol produce impotencia, esterilidad y ginecomastia en el hombre, ya que al lesionarse el hígado aumentan los niveles de estrógenos disminuyendo el de andrógenos, lo cual lleva al síndrome de feminización; es por ello, que es frecuente ver en los varones alcohólicos un aumento de grasas en la parte pectoral o pechos.

El alcohol produce sensación de bienestar, disminución de las inhibiciones emocionales, alteración de la percepción, alteración de la coordinación psicomotora y visomotriz, alteración de la sensibilidad al dolor y al frío. Disminución del autocontrol, pérdida de la capacidad de razonamiento, juicio y análisis. Puede causar lesiones hepáticas y cerebrales. Riesgo de contraer algún tipo de cáncer, úlcera gástrica y desgaste muscular.

Las mujeres embarazadas pueden tener hijos con retraso mental y bajo peso. El síndrome alcohofetal es bien conocido y se produce por la ingestión de alcohol durante el periodo de gestación. Este síndrome se caracteriza por anomalías en el Sistema Nervioso Central (SNC), como retardo mental y diversas malformaciones somáticas. Es la principal causa de retardo mental por teratogénesis en las sociedades occidentales. Hasta el momento no se ha podido afirmar categóricamente que la ingestión de alcohol por parte del padre produzca teratogénesis. El alcohol es causa importante de muertes de tránsito, de accidentes de trabajo, de problemas y conflictos familiares, de abusos y agresiones físicas, psicológicas y sexuales. El alcoholismo conduce a la familia a un proceso desorganizador, paralelo al deterioro que sufre el paciente a través de su enfermedad. Por este motivo es frecuente que en estas familias aparezcan alteraciones de su dinámica y trastornos emocionales en sus miembros. La adicción al alcohol afecta a todas clases sociales, por lo que no es aceptable una teoría que atienda al carácter sociocultural bajo como factor predisponente a la adicción, dado que en las clases sociales altas el consumo es extensivo. En cuanto al nivel de estudios es evidente que la falta de escolarización y cultura condiciona la adicción, pero no es específico del alcohol, sino de todas las drogas. No se puede atribuir una explicación única de las toxicomanías, ya que influyen problemas sociales tan variados como el delito, los problemas familiares, la anomia (conducta primitiva), el desempleo o la salud. La adicción al alcohol posee aspectos culturales importantes desde el momento en que el consumo es lícito y los menores, a pesar de las prohibiciones, no tienen mayor problema para consumirlo. La publicidad y la permisibilidad aumentan el número de consumidores. De los efectos a largo plazo del alcoholismo sobre el organismo y la vida psíquica del individuo, los órganos que más sufren son el cerebro, el hígado, el estómago (en general, el aparato digestivo), los riñones y el corazón. Las enfermedades que comúnmente se presentan como complicación de la ingestión prolongada de alcohol son las siguientes: cirrosis hepática, pancreatitis, esofagitis, cardiopatía alcohólica, dermatosis

específicas (trastornos de la piel), malnutrición y otras. Los efectos sobre el Sistema Nervioso Central son particularmente importantes: polineuritis, psicosis alcohólica (delirium tremens), ambliopía (cierta forma de pérdida parcial de la visión), degeneración del cerebelo (distorsión del equilibrio y movimiento psicomotor). A largo plazo, el alcohol ingerido en exceso provoca tolerancia y desarrolla la verdadera adicción conocida como alcoholismo, al que los expertos que lo estudian designan con el nombre de síndrome de dependencia del alcohol. Pero no se trata de un proceso inexorable que arranca del consumo inicial para alcanzar las etapas finales del alcoholismo. La gran mayoría de los bebedores ingiere el alcohol en forma moderada y responsable. Hay muchas personas abstemias y otras que a pesar de beber en forma excesiva no llegan a ser verdaderos alcohólicos y aún pueden limitarse de nuevo al consumo moderado.

¿QUÉ HACER EN CASO DE EMERGENCIA?: La intoxicación por alcohol se manifiesta por confusión, mareo, náuseas y vómito. Esto indica que se ha llegado a una concentración de 0.14 o 0.15% de alcohol (etanol) en la sangre. Indica también que la mayoría de los consumidores de alcohol sufren intoxicaciones, aunque difícilmente las vean como tales y sólo se preocupen por “la cruda” del día siguiente, e incluso “curarla”, con más alcohol.

La sobredosis etílica se caracteriza por depresión general, piel fría y pegajosa, respiración lenta y ruidosa, dilatación de las pupilas, taquicardia, estupor y síndrome de choque; síntomas que sin asistencia profesional conducen al coma y la muerte, por lo que deben considerarse como urgencia médica. En instalaciones clínicas se aplica respiración artificial cuando ésta se halla deprimida, el estómago suele vaciarse mediante aspiración, teniendo cuidado de prevenir la aspiración pulmonar y se aplica hemodialisis o diálisis peritoneal. Ante cualquier sospecha de que la intoxicación pueda deberse a metanol y no a alcohol etílico es necesario buscar ayuda médica, provocar el vómito lo antes posible y hacer que la persona ingiera cualquier bebida que contenga alcohol etílico (no alcohol de uso médico o industrial), para que el hígado metabolice éste y no el metanol. Con ello se impide que se forme el metabolito que daña el nervio óptico. Esta medida puede salvar la vista del intoxicado.

b) Inhalables: Son sustancias volátiles de origen industrial. Se conocen con los nombres genéricos de solventes, cementos o aerosoles, sin embargo no todos los inhalables o inhalantes pertenecen a estas categorías. Estas sustancias no pueden ser llamadas ilegales, ya que su uso es meramente industrial, aún así se obtienen con relativa facilidad incluso por los menores de edad. Estas sustancias suelen consumirse entre pequeños grupos de adolescentes y de niños, usando métodos variables para su inhalación. Es común el procedimiento de aspirar la sustancia directamente en bolsas de plástico para lograr una mayor concentración de los gases que se aspiran, pero desgraciadamente así se aumentan los riesgos de sofocación por falta de oxígeno. Los productos líquidos, como los solven-

tes y los thinners, se pueden aspirar de telas empapadas que se ponen sobre la nariz y la boca. La gasolina se inhala frecuentemente en forma directa de los tanques y de otros envases que la contienen. Lo primero que se debe decir de los inhalables (“activo” o “chemo”) es que dañan seriamente la salud y sus efectos sobre el psiquismo son, en general, iguales a los que produce el alcohol. El principal ingrediente de los preparados que se usan en la industria y en el hogar para diversos fines es el tolueno, pero hay otros que son igualmente dañinos. La siguiente tabla describe los diversos productos industriales y sus compuestos o sustancias psicoactivas contenidas:

Productos industriales Sustancias psicoactivas contenidas
 Cementos: Tolueno, gasolinas, acetatos, benceno, otros.
 Aerosoles: Hidrocarburos fluorinados, extintores de fuego, otros.
 Soluciones limpiadoras: Derivados del petróleo, tricloroetileno, otros.
 Removedores de pintura: Acetonas principalmente.
 Fluidos inflamables: Gasolinas, hidrocarburos alifáticos, otros.
 Pinturas y thinner: Tolueno, butilacetato, metanol, acetona, otros.
 Otros productos derivados del petróleo: Butilacetato, tetraetilo, éter, benceno. (Tabla: a)

Al obtenerse fácilmente estos productos, existe el riesgo de que los niños y los adolescentes experimenten su inhalación; además, los usuarios se refieren a estas sustancias con ostentación, provocando curiosidad y actitudes de reto. Al inhalarlas, estas drogas crean casi de inmediato una sensación de bienestar (euforia), acompañada por lo general de un poco de mareo, desinhibición, lentitud de los reflejos, incoordinación motriz e impedimento del juicio y del razonamiento. Se comprende que esta respuesta rápida e intensa conlleve riesgos inminentes: accidentes, conducta errática y depresión respiratoria que favorece infecciones como las neumonías. Si la dosis inhalada es muy alta (varias aspiraciones sostenidas y profundas), puede provocar anestesia general con pérdida de la conciencia e incluso la muerte por paro cardíaco. Multitud de estos casos han sido reportados en diversos países, pero desgraciadamente en el nuestro carecemos de un buen registro de las muertes acaecidas en esas circunstancias. Los especialistas las han denominado muertes súbitas por inhalación, y éstas son siempre una posibilidad cuando se consumen estas drogas. Los inhalables causan tolerancia y con ello se magnifican los riesgos, ya que el usuario aumenta la dosis a veces de manera excesiva. También conducen a la dependencia psicológica y a cierto grado de dependencia física. El consumidor regular y persistente, sea o no un verdadero adicto, sufre cambios en su estado de ánimo y en la conducta. Se muestra deprimido, pierde el interés por su ambiente, su motivación decrece notablemente y, lo que es más grave, puede sufrir daño cerebral irreversible.

Productos industriales usados como inhalantes (2)

También se incluyen pegamentos, aerosoles, tintas para zapatos, disolventes para lacas, barnices y pinturas, así como un grupo muy heterogéneo de sustancias a las cua-

les se les ha llamado también disolventes industriales. Dentro de las marcas registradas más utilizadas por los toxicómanos se encuentran: Flexo, FZ10, Cemento Duco, Resistol 850 y 5000, pegamento Revell, y otros, además del thinner, el activador y el cloruro de etilo. Estos compuestos contienen diversas sustancias y su composición varía según el tiempo en el cual fueron elaborados; también contienen metales y algunos otros elementos nocivos pero en su composición química principal, la cual es inhalable, se encuentran sustancias tales como tolueno, xileno, benceno, alcohol metílico, metilacetona, metiletilacetona, acetona, metilisobutilacetona, hexano, tetracloruro de carbono, entre otras. No obstante, se ha señalado el tolueno como la sustancia que provoca la mayoría de los efectos psicotrópicos; por regla se presenta como diisocianato de tolueno. Por lo general son inhalados intencionalmente por niños y jóvenes de los estratos socioculturales más pobres, con baja escolaridad y grave desintegración familiar. La intoxicación puede ser también resultado de la inhalación involuntaria, tal es el caso de una actividad técnica o profesional que demande el uso de dichos productos. Otros efectos psicoorgánicos del consumo de estas sustancias son: anemia incurable, muerte del tejido hepático y renal, bronquitis, hemorragias digestiva y respiratoria, deterioro del Sistema Nervioso, pérdida del control emocional y de la conciencia. En los hombres produce disminución en la movilidad de los espermatozoides, y en las mujeres alteraciones en el ciclo menstrual y abortos. El consumo de estas sustancias presenta graves problemas sanitarios. Las edades más frecuentes del uso crónico de inhalantes son al principio o al final de la adolescencia. Esto se debe en parte a la invitación o presión por parte de los compañeros de escuela y amigos, curiosidad e ignorancia de los efectos tóxicos, e inseguridad personal. El uso continuo provoca dependencia psíquica (obsesiva), creando una situación de necesidad de ingesta similar a otras drogas. A consecuencia de la rápida distribución por los pulmones, el inicio de la intoxicación es inmediato. Se relaciona el consumo de estas sustancias con conductas criminales y autodestructivas. La sensación de euforia primero y aturdimiento después, habitual con estos tóxicos, conlleva una perturbación psíquica grave que altera la inteligencia y la percepción. El nivel de inteligencia disminuye, haciendo frecuentes los problemas escolares. Se presentan cambios y descuido en la apariencia física, falta de higiene, falta de atención, alteración de la memoria, disminución de la capacidad de abstracción y razonamiento, personalidad antisocial, agresividad, depresión, ataques de pánico, ansiedad y alucinaciones con trastorno en el juicio crítico y la percepción. Se presentan ataxia (perturbación de las funciones del SNC), lenguaje incoherente y precipitado, diplopía (visión doble), náuseas y vómitos. La interrupción de la inhalación, como así también una intensa aspiración, pueden provocar la muerte. “Sustancias con toxicidad significativa como anticongelantes, cementos, diluyentes de pintura y otros solventes industriales, se utilizan cuando se restringe el acceso al alcohol u otros psicoactivos por razones de pre-

supuesto, leyes o de encarcelación. Considerando que los adolescentes suelen tener prohibido el acceso a bebidas alcohólicas, la aspiración de solventes obedece bastante a este tipo de razones”, Charles W. Sharp y Neil L.

¿QUÉ HACER EN CASO DE EMERGENCIA?: Cuando el consumidor se queda dormido o cae inconsciente con la bolsa o la estopa que contiene el solvente cerca de la boca o las fosas nasales, corre el grave peligro de morir sofocado; la inhalación de solventes después de jornadas extenuantes de ejercicio puede ocasionar un fallo cardíaco inmediato. El riesgo de este tipo de accidentes debe ser ampliamente advertido; en caso de que ocurran deben considerarse como urgencia médica ya que es indispensable administrar asistencia respiratoria y otros cuidados clínicos. Los síntomas de una intoxicación aguda se caracterizan por visión borrosa, temblores, respiración rápida y superficial, irregularidad en el latido cardíaco, excitaciones violentas o delirios que pueden preceder a la inconsciencia, convulsiones y como. Deben considerarse como urgencia médica. Mientras tanto, hay que retirar al individuo del lugar en donde hay aire contaminado y procurar que sus vías respiratorias estén despejadas.

c) **Barbitúricos e hipnóticos:** De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones, los barbitúricos son sustancias relativamente poco usadas en nuestro país con fines de intoxicación. Sin embargo, en virtud de que son medicamentos que ya prácticamente no se prescriben, de hecho ya no deberían consumirse. Desde que en la década de 1950 se pusieron a la venta los llamados “tranquilizantes menores”, los médicos ya no emplean barbitúricos, salvo en contadas ocasiones, en virtud de los efectos secundarios que provocan y debido a los riesgos que acompañan a su consumo. Los barbitúricos o barbituratos, como también se les denomina, son los típicos depresores del Sistema Nervioso Central (SNC): sedantes e hipnóticos (capaces de inducir y de mantener el sueño). Habitualmente se encuentran como drogas psicotrópicas de patente, contenidas en tabletas, cápsulas, supositorios, preparados líquidos o ampulas para inyectarse (Seconal, Tuinal, Nembutal, Luminal, Amital). Cuando se consumen en dosis pequeñas por personas que aún no desarrollan tolerancia, producen relajación, calma y disminución de la ansiedad y la tensión. Al igual que el alcohol, también provocan incoordinación motriz y disminuyen la capacidad de juicio. Si se emplean dosis mayores aparece el sueño precedido de una sensación de “borrachera”, como la que corresponde al alcohol, y se puede llegar a la anestesia general acompañada de respiración irregular, náusea, pulso débil y estado de coma. Las sobredosis pueden causar la muerte por depresión severa del Centro Nervioso que regula la respiración. La combinación con otros depresores del SNC también constituye un gran riesgo, ya que los efectos se suman, aumentando la posibilidad de la parálisis respiratoria. Anualmente se registra una gran cantidad de muertes por la mezcla de barbitúricos con bebidas alcohólicas, con antihistamínicos o con dosis altas de tranquilizantes menores (benzodiazepinas, principalmente).

El consumo crónico de barbitúricos causa adicción psicológica y física, que se manifiesta por la pérdida progresiva de la capacidad de memorizar, gran irritabilidad que llega a la agresividad, trastornos severos de la motilidad y del sueño, fatiga y depresión que puede llevar al suicidio. En virtud de la neuroadaptación que invariablemente se presenta en el usuario regular crónico, la supresión abrupta del consumo puede acompañarse de un grave síndrome de abstinencia caracterizado por ansiedad, insomnio, delirio, convulsiones y muerte. Algunas sustancias que no son propiamente barbitúricos se clasifican en este grupo, que también se conoce como el de los hipnóticos (inductores de sueño). Se mencionan por sus nombres comerciales, dada la importancia que ha alcanzado su consumo sin prescripción médica. Los principales son: Quaalude, Noludar, Doriden, Noctec. Podrían mencionarse además algunas de las benzodiazepinas de acción hipnótica, como el Halción y el Mogadón. Sin embargo, es costumbre asignarles un apartado especial, el de los tranquilizantes menores, siempre dentro del gran grupo de los depresores del Sistema Nervioso Central.

d) **Tranquilizantes menores:** Son productos medicinales ansiolíticos, es decir, que eliminan la ansiedad (angustia). En los años recientes estos tranquilizantes han sustituido paulatinamente a los barbitúricos en virtud de que son más seguros. Causan menos efectos secundarios y su acción sobre el centro respiratorio es mucho más débil, por lo que difícilmente pueden causar intoxicación grave. En manos de los médicos, sobre todo de los Psiquiatras, son psicotrópicos de gran utilidad en el tratamiento de diferentes trastornos; pero fuera de prescripción y bajo uso inmoderado pueden llevar a una seria dependencia psicológica y a una dependencia física no muy grave.

Ansiolíticos, psicotrópicos, sedantes, hipnóticos (3)

Los efectos propios de una dosis moderada (habitualmente la recomendada por el médico) son el alivio de la ansiedad, la relajación y la sensación de bienestar. El consumo de dosis más altas durante un tiempo prolongado lleva a estados de incoordinación motriz y de mal funcionamiento intelectual. El síndrome de abstinencia es semejante al de los hipnóticos, sólo que de menor gravedad, salvo en ciertos casos de consumo de altas dosis durante periodos prolongados. Cabe recordar también los efectos sumativos que se presentan cuando estas drogas se mezclan con otros depresores del SNC como el haloperidol (Haldol, medicamento usado en el tratamiento de ciertas psicosis), los antihistamínicos y los barbitúricos. Finalmente, no está de más decir algo pertinente en el caso de cada droga psicoactiva: la intensidad de la reacción depende de la dosis, del tiempo de uso y de las diferencias individuales (biológicas y psicológicas). Se dice que es sólo cuestión de sustancia y tiempo, para que una droga termine por destruir a una persona, si no antes, como dicen también, “toca fondo”, y recapacita (concienciar) o se rehabilita. Entre los benzodiazepínicos (“pastas”), algunos de los nombres comerciales más conocidos son: Valium, Librium, Ativán, Tranxene, Lexotán, Tafil, Victan, Rohy-

pnol. Otros tranquilizantes menores no benzodiazepínicos son los que contienen meprobamato, también utilizados en medicina, aunque cada vez menos. El Rohypnol es el principal nombre comercial del Flunitrazepam, fármaco perteneciente al grupo de las benzodiazepinas que se usa en el tratamiento a corto plazo de insomnio y como un sedante hipnótico y preanestésico. Tiene efectos fisiológicos similares al diazepam (comercialmente conocido como Valium), aunque el flunitrazepam es aproximadamente 10 veces más potente. Este chocho o pastilla está muy difundido entre las personas jóvenes; informes epidemiológicos muestran el marcado crecimiento de su consumo por parte de jóvenes, que toman la droga con alcohol o lo usan después de la ingestión de cocaína. El consumo de esta droga acarrea dependencia: una vez que ésta se desarrolla, el adicto experimenta graves efectos psíquicos como ansiedad extrema, tensión, inquietud, confusión, irritabilidad, pérdida de identidad, alucinaciones, delirios, fobias o terror desmedido. Entre los efectos físicos se presentan dolores de cabeza y muscular, entumecimiento y prurito (picaazón) en las extremidades, convulsiones, trastorno e incluso colapso cardiovascular. Todos estos efectos pueden retrasarse incluso más allá de una semana desde el último consumo. Esta sustancia es usada por muchos adictos para aliviar síntomas de abstinencia por otras drogas.

e) Opiáceos: Este grupo se denomina también como narcóticos o analgésicos narcóticos, e incluye otras sustancias no naturales que producen efectos semejantes, en particular analgesia (insensibilidad al dolor). Los narcóticos son derivados naturales del opio. Los tipos más comunes son: heroína, metadona, codeína, morfina, meperidina, opio, percocet, lomofil. Algunos de estos opiáceos ocupan un lugar bien merecido en la práctica médica por ser potentes analgésicos utilizados en los casos de enfermedades graves y terminales, como el cáncer, para aliviar el dolor. El opio, que habitualmente se fuma, es aún usado en muchas regiones, principalmente en oriente; afortunadamente, en nuestro país esta modalidad de consumo es excepcional. La morfina (oral o inyectada) es un derivado del opio que también se puede obtener sintéticamente. La heroína es la más usada de todos los opiáceos con fines de intoxicación. La codeína tiene efectos sedantes y es de gran utilidad en preparados contra la tos. Existen además, el dextropopoxifeno (Darvón), la metadona (sustituto de la morfina en el tratamiento de la adicción a esta sustancia), la meperidina (Demerol) y la hidromorfina (Dilaudid). El Nubain, nombre comercial del clorhidrato de nalbufina, es un antagonista de los narcóticos con gran poder analgésico, pero también es capaz de producir adicción; su uso debe obedecer exclusivamente a la prescripción del médico, quien tiene en esta sustancia un medicamento útil. En dosis terapéuticas, la morfina produce depresión respiratoria importante, aumenta la presión intracraneal y puede provocar vómito; genera además, contracción de las pupilas (miosis), estreñimiento, insensibilidad al dolor e incoordinación muscular. Su empleo prolongado puede ocasionar somnolencia, apatía disminución de la presión

arterial, retención urinaria y disminución de la capacidad sexual.

Heroína en sus varias formas (4) Goma de opio (5) Adicto (6)

No se han detectado alteraciones genéticas debidas al uso de morfina; sin embargo, su empleo durante el embarazo es peligroso por la depresión respiratoria y porque el fármaco puede llegar al feto produciendo efectos más prolongados que en la madre. La heroína (“chiva”), al igual que todos los derivados del opio, es usada médicamente como analgésico y anestésico, especialmente en el tratamiento del cáncer. Tienen efectos depresores e hipnóticos (somnolencia). Los efectos inmediatos son trastornos de lenguaje, la memoria y la razón; puede producir un estado de coma. El consumo de la heroína lleva a la muerte. La persona adicta a la heroína se debilitará mucho y fácilmente contraerá infecciones. Una mujer adicta a la heroína muy probablemente tendrá un parto prematuro. El recién nacido tendrá alto riesgo de una muerte temprana, será adicto y sufrirá: llorará continuamente y presentará el síndrome de abstinencia!. El adicto a los opiáceos puede llegar a prostituirse, robar o matar con el fin de obtener la droga, debido a su alto nivel de adicción. Un adicto a la heroína se expone además a dos grandes riesgos que nunca se pueden descartar: el síndrome de abstinencia, que es muy intenso, y la sobredosis, que se presenta con mayor frecuencia en los consumidores que se encuentran en la etapa de desarrollo de la tolerancia. Ambos son estados psicofísicos muy graves, sobre todo la sobredosis, que puede conducir a la muerte por paro respiratorio. Son numerosos los casos, por ejemplo de actores, artistas y músicos, que han fallecido de este modo. Las primeras administraciones de heroína se reciben con manifestaciones de fuerte desagrado, entre las cuales destacan náuseas y vómitos. La sensación inicial se conoce como rush, una estimulación placentera e inmediata de los centros nerviosos de la parte superior del Cerebro. Es decir, una oleada de dopamina y serotonina (neurotransmisores), ya que todas las drogas operan en los receptores neuronales en el Cerebro. Alexander Shulguin, diseñador de drogas y defensor del uso responsable de ciertos tipos de sustancias psicoactivas, asegura: “En mi caso, al probarla, sentí una especie de paz somnolienta, lejos de las preocupaciones y el estrés. Pero también experimenté falta total de motivación, de alerta y de cualquier urgencia por hacer las cosas. No me gustó la heroína porque, bajo sus efectos, nada parece ser importante.” A nivel físico se presenta contracción pupilar, insensibilidad al dolor, disminución de la presión arterial, del ritmo respiratorio y del deseo sexual, e incoordinación muscular. En caso de administraciones continuas puede presentarse obstrucción intestinal. La hepatitis parece ser la complicación más frecuente, aunque no se ha determinado si es directamente provocada por la droga o por los métodos de administración intravenosa. Esta insalubridad que lleva a compartir agujas no esterilizadas entre los usuarios, puede ocasionar también el contagio del virus del sida y

del tétanos así como diversas infecciones cutáneas. No se han detectado alteraciones genéticas debidas al uso de heroína, sin embargo, los hijos de mujeres que la consumen frecuentemente durante el embarazo suelen nacer con bajo peso y presentan manifestaciones abstinenciales en diferentes grados. Las sustancias del grupo de los opiáceos son de muy bajo consumo en México, salvo en las grandes ciudades del centro, frontera norte y en ciertos centros turísticos. No constituyen, por tanto, un problema importante de salud pública en nuestro país, pero pueden llegar a provocarlo. **¿QUÉ HACER EN CASO DE EMERGENCIA?:** Para combatir la depresión del sistema respiratorio provocada por una dosis excesiva de cualquier opiáceo: la cafeína, la anfetamina y la cocaína son buenos remedios inmediatos. De acuerdo a fuentes médicas, el mejor tratamiento de la sobredosificación o sospecha de sobredosificación es la naloxona (Narcan®) que funciona como antagonista de los opiáceos, en dosis de 0.4 mgs. por vía intravenosa. Si se ha tomado una sobredosis los resultados son espectaculares y ocurren a los dos minutos. 2. Estimulantes del Sistema Nervioso Central:

a) Cocaína y crack: Este es un polvo blanco compuesto por cristales casi microscópicos. El sulfato de cocaína o pasta base es el producto bruto o no refinado que resulta del primer proceso de extracción de la cocaína a partir de las hojas de coca (*Erythroxylum coca*). Se obtiene de la maceración de dichas hojas con ácido sulfúrico u otros productos químicos (alcalinos, solventes orgánicos, amoníaco, etc.). Posteriormente sigue un proceso con ácido clorhídrico, obteniendo así el clorhidrato de cocaína, el cual posteriormente será rebajado en lo que llaman “cortes”, agregando sustancias como talco, azúcares, procaína, benzocaína, leche en polvo, etc., para quedar de este modo lista para su venta y consumo en las calles. Incluso se especula que también le agregan veneno para ratas, cal, etc. “Cuanto mayor sea el número de personas que manejen la coca antes de llegar a ti, más veces estará cortada. Todo el mundo aporta su cuota antes de venderla... El buen vendedor de coca elige el corte según la clientela. Y lo que sabe muy bien todo vendedor de coca es que hay muy poca gente que sepa algo de cocaína, y menos aún que la halla tomado pura alguna vez. Cada uno tiene expectativas distintas. La norma de calidad de un usuario se basa en lo que ha esnifado la última vez. Si uno quiere anfetana, un buen vendedor se la da; si busca el “congelamiento” le da novocaína. Los hay que piensan que los grumos son indicio de pureza: el vendedor humedece la coca. El que maneja cantidad, el que compra y vende kilos, corta el producto con bórax, porque es sumamente pesado... (Robert Sabbag: Ciego de nieve)

La cocaína (“polvo”, “nieve”) es consumida inhalada, fumada o inyectada. Los efectos inmediatos son dilatación de las pupilas, elevación de la presión sanguínea, aceleración del ritmo cardiaco y respiratorio, y aumento de la temperatura corporal. El consumo regular por inhalación llega a ulcerar la membrana mucosa de la nariz, así como

provocar la perforación del tabique nasal, produciendo necrosis isquémica (tejido muerto). Provoca dependencia psicológica (obsesión) y fisiológica (compulsión). En el usuario se crea la sensación de que no puede vivir sin ella. La tolerancia a la droga se desarrolla rápidamente en unos cuantos días.

Hoja de coca (*Erythroxylum coca*) (7) Cocaína (8)

A largo plazo, el consumo regular de cocaína produce nuevos daños físicos y psicológicos. La inquietud física es regla común, lo mismo que la locuacidad (verborrea) e irritabilidad con grandes cambios del estado de ánimo y del humor, la pérdida del apetito (anorexia), insomnio, conductas estereotipadas y repetitivas (como tocar algunas partes del cuerpo y rechinar los dientes al punto de dañarlos); este cuadro equivale a lo que en Psiquiatría se denomina estado maniaco. Los consumidores crónicos se vuelven suspicaces y hasta pueden desarrollar ideas delirantes de persecución. De hecho, puede ocurrir que el consumidor realice actos violentos, inesperados e injustificables. Las personas que consumen cocaína, generalmente se irritan con facilidad, sienten hormigueo constante en la piel (prurito). La adicción ocurre con facilidad y es muy difícil de combatir. Es tan fuerte la necesidad de consumo que se desarrolla, que para el cocainómano se convierte en su única meta en la vida: conseguir los medios necesarios para poder consumir la droga. La cocaína se convierte en el modelo organizador de la propia vida del adicto; las consecuencias negativas en la esfera personal psicofísica, social y profesional se hacen muy visibles; la cantidad de cocaína consumida, la frecuencia y duración de uso y el coste económico que conlleva se incrementan de tal modo que el individuo no puede controlar su propia situación. El individuo atrapado en esta adicción abandona todo: familia, amigos, trabajo, afectividad, sentido comunitario. Se comportará de manera diferente: robará y mentirá. Hará todo para conseguir la droga. A largo plazo sufre depresión, lesiones nasales y pulmonares y una pérdida importante de peso. Es muy probable que el uso de cocaína degenera en estados de psicosis. Esta sustancia influye en los procesos bioquímicos cerebrales (las sinapsis y los neurotransmisores) que regulan los impulsos nerviosos básicos tales como comer o huir del dolor y el peligro, sentir placer auténtico, por lo cual, su uso conduce a la pérdida de la capacidad de sentir y satisfacer las necesidades básicas de alimentación, sueño, cuidado físico, e interés por la propia vida. Puede producir convulsiones y, en grandes dosis, paro respiratorio y cardíaco y, por consiguiente, la muerte.

Cocaína: un camino mortal hacia la ruina personal (9)

En una entrevista realizada por otras fuentes a un consumidor y traficante de cocaína, dijo: “Yo dejé de usar cocaína cuando fui a ver lo que era la cocaína de verdad en Colombia, la que usan los capos allá. Es una cosa que te metes una raya y no tienes que pensar en eso en tres días o más. La cocaína fuera de Colombia tiene laxantes infantiles, tiene químicos, tiene soda deshidratada, tiene

un montón de cosas como cloro, gasolina, desintoxicantes de cocina... Sí es una pasada, cuando tú pruebas la cocaína de verdad, la que usaban los Incas, tú dices 'yo soy Dios' ...” La cocaína que usan los capos en Cali es una cosa exquisita, es una experiencia realmente estupenda... Es una cosa que te asciende todo, es rosada, no blanca y viene en escamas como el pez. La conformación molecular son cristales adyacentes que se ordenan fácilmente y tú le puedes tumbar una línea muy fácil... La cocaína de verdad es rosada. La cocaína que venden ahora es blanca porque va mezclada y lo que meten es otra cosa, pero la cocaína de verdad es rosada, no blanca... Lo que usan los capos, es una cosa así rosada chiquita. Un cristalito así chiquito muy bello, que se metían con aspiradores de oro precolombinos que se usan como cadena, o sea es una joya y eso no tiene comparación. Cuando tú conoces eso, la cocaína de calle desaparece, te olvidas de la cocaína, porque ves la diferencia. Ellos no dicen cocaína, “ína” ya tiene como una cosa química. La coca es una cosa primaria que no se compara en nada con la cocaína de la calle. ¿QUÉ HACER EN CASO DE EMERGENCIA?: Los síntomas de una intoxicación cocaínica son: excitabilidad, escalofríos, respiración irregular, alucinaciones, delirios de persecución y en caso fatal, convulsiones, trastornos circulatorios y paro cardíaco. Si la cocaína fue aplicada por la nariz hay que lavar las fosas nasales, si fue inyectada, hay que retardar su absorción mediante torniquetes y compresas de hielo en el sitio de aplicación mientras se solicita auxilio médico. De acuerdo con el manual de manejo de intoxicaciones del CEMEF, en caso de convulsiones, el médico administrará triopental sódico (o cualquier otro barbitúrico de acción corta) al 2.5% por vía intravenosa, lentamente, o un goteo abierto de éter con registro minuto a minuto. Si hubiera dificultades en la respiración se proporcionará en forma artificial o administrando oxígeno; asimismo se mantendrá caliente al enfermo aplicando calor externo, pero con compresas de hielo en la cabeza. (12 veces). De acuerdo a otro manual de diagnóstico clínico y tratamiento, la paranoia debida a una intoxicación aguda por cocaína se trata con haloperidol (Haldol®) y las convulsiones se controlan con diazepam (Valium®). Crack: El polvo en base libre, también conocido como crack, provoca una adicción muy fuerte. Los efectos se empiezan a sentir antes de 10 segundos: aceleración del pulso, dilatación de pupilas, elevación de la presión sanguínea, pérdida del apetito, insomnio, alucinaciones táctiles, paranoia y ataques de apoplejía (paralización súbita, a veces completa, de la función cerebral). El crack se difunde muy rápidamente de pulmones al cerebro; sus efectos son inmediatos, muy intensos y muy fugaces; su “bajada” resulta tan insoportable que entraña un uso compulsivo y muy frecuente, además es muy rápida en efectos en comparación con la cocaína intravenosa o esnifada (inhalada). Se dice que “el crack es el sueño del traficante y la pesadilla del adicto”. El crack produce una dependencia psicológica tan esclavizante que resulta casi imposible abandonar su consumo a aquellos adictos que lo han probado varias veces.

Crack (10) “Para poner la cocaína al alcance de la gente de pocos recursos, y naturalmente ampliar en forma impresionante el hasta entonces reducido mercado de la cocaína, se inventó el crack... que se puede adquirir a un precio 10 o más veces menor que la cocaína “¡Ah, los generosos “designers” de drogas! Ésta, tan elemental y barata ha sido uno de sus primeros grandes aciertos. De existir el infierno los diseñadores de drogas deberían estar pegados a los calderos”. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, fumar crack produce: considerable euforia o estimulación del Sistema Nervioso Central casi inmediatamente. A los pocos minutos la euforia es reemplazada por ansiedad, miedo, depresión o apatía considerables. Estos efectos psicológicos desagradables (disforia) suelen combatirse fumando más, con lo que la persona adquiere la necesidad de utilizar la droga continuamente, durante muchas horas, para sentirse de nuevo relativamente bien aunque raramente volverá a presentar la embriaguez o euforia iniciales. Los usuarios describen este tipo de reacción como ansiedad, pero en realidad es un estado complejo de angustia asociado con una necesidad imperativa de fumar más. Si el individuo sigue fumando, puede llegar a tener alucinaciones, percepciones ilusorias, ideas paranoides o un comportamiento francamente psicótico. Es indudable que cuando las personas empiezan a usar la droga pueden limitar su uso a una o dos veces por semana; sin embargo, en la mayoría de los casos esta frecuencia aumenta gradualmente hasta que la persona se ve obligada a fumar intensamente todos los días, llevada por una necesidad irreprimible. Fumar crack provoca insensibilidad, sequedad de boca, sensación de ardor en los ojos, sudoración, palpitaciones, dolor de cabeza, contracciones musculares, aumento en los reflejos y dilatación de las pupilas. El uso crónico produce irritabilidad, insomnio, pérdida de peso, hipertensión, arritmia cardíaca, temblores, indiferencia sexual, accesos crónicos de tos, paranoia creciente, delirios de parasitosis, percepciones visuales miniaturizadas (micropsia) e infecciones pulmonares que pueden degenerar en edema. Se ha comprobado que el uso de crack por mujeres embarazadas puede provocar deterioro fetal, retardo en el crecimiento intrauterino y parto prematuro. Los niños nacidos en estas condiciones, parecen estar destinados a sufrir conductas anormales. Los “bebés del crack”, como empieza a conocerseles, “tienen problemas para jugar y hablar con los otros niños. Operan sólo en un nivel instintivo. Algunos tienen temores y periodos en que se desconectan del mundo. Nadie sabe todavía cómo deshacer el daño causado por las madres.” El crack produce una tolerancia muy alta que se desarrolla con extrema facilidad, además de una grave dependencia psicológica cuyo síndrome abstinencial se manifiesta por insomnio, fatiga, apatía y depresión grave. Si es el caso dar un ejemplo, el actor mexicano Alfonso Echánove sufrió 8 infartos cerebrales por consumo de crack, además de paralización y deformación de la cara (apoplejía), entre otras desgracias. ¿QUÉ HACER EN CASO DE EMERGENCIA?: La sobredosis puede causar paro cardíaco o paro respiratorio ocasionado por

la vasoconstricción, por lo que cualquier sospecha debe considerarse como urgencia médica. Mientras tanto conviene mantener despejadas las vías respiratorias y aplicar respiración artificial en caso necesario. Distraer al adicto de su obsesión-compulsión por la sustancia. El individuo sufre de agotamiento físico, neurológico y mental, mismos síntomas que se presentan por el consumo de speed, cristal, ice o piedra, así como de MDMA (éxtasis o tacha).

La CIA y el suministro de crack: Años después de la época de los 80's y 90's, se han presentado una serie de datos contundentes indicando que, aunada a la avaricia de los narcotraficantes, la invención y distribución del crack se debe a otra más de las sucias maniobras políticas del gobierno estadounidense. Una reveladora y escandalizante investigación del Mercury News publicada en 1996 asegura que durante gran parte de la década de los ochenta, narcotraficantes de la bahía de San Francisco vendieron toneladas de droga a las pandillas de los Creeps y los Bloods de las calles de Los Ángeles y canalizaron los millones producidos en estas transacciones hacia el financiamiento de un ejército guerrillero dirigido por la CIA. « Esta red de narcotraficantes abrió la primera conexión entre los cárteles de la droga colombianos y los barrios negros de Los Ángeles, ciudad que ahora se conoce como la capital mundial del crack ». Mediante el tráfico de dicha sustancia, las bandas callejeras lograron obtener el dinero y las conexiones necesarias para comprar armas automáticas. Este millonario y turbio negocio está clasificado como «una de las alianzas más extravagantes en la historia moderna: la unión de un ejército respaldado por el gobierno estadounidense con el propósito de derrocar a un gobierno socialista revolucionario, con las bandas 'porta Uzis' de Campton y la región Centro-Sur de Los Ángeles.» Quienes financiaban a ese ejército, se reunían con agentes de la CIA y distribuían cocaína a un costo inusualmente bajo entre las pandillas utilizando los contactos de un conocido traficante local. « Ignorando las conexiones políticas y militares de sus proveedores, Freeway Rick, transformaba el polvo de cocaína en crack y lo vendía al mayoreo a pandillas de todo el país. » El dinero que este sujeto pagaba por la droga, según se demuestra en una serie de expedientes en poder de la Suprema Corte de Justicia de los Estados Unidos, era usado para la compra de armas y equipo destinado a las operaciones de la llamada Fuerza Democrática Nicaragüense (FDN), el mayor de los grupos anticomunistas ligados a los Contras. La siguiente reflexión cierra el reportaje del Mercury News: “Mientras la guerra de la FDN es apenas un recuerdo, los barrios negros siguen sufriendo los nocivos efectos de esas acciones: Comunidades urbanas enteras se enfrentan a hordas de vagabundos adictos al crack. Miles de jóvenes negros cumplen largas sentencias por tráfico de cocaína, una droga virtualmente inconseguible en localidades negras antes de que los protegidos de la CIA la llevaran al área Centro-Sur de Los Ángeles, en los años ochenta, a precios de barata. Y las pandillas de Los Ángeles que usaron ganancias para armarse y distribuir el crack por todo

el país, siguen creciendo, convirtiendo los barrios de las grandes ciudades en zonas de guerra ocasionales”.

b) Anfetaminas: Prácticamente, todos los efectos mencionados de la cocaína son aplicables a este grupo de aminas o aminas estimulantes, que originalmente fueron llamadas despertadoras debido a su acción principal como estimulantes del SNC. Hasta hace relativamente poco tiempo, los Pediatras y los Psiquiatras las utilizaban como coadyudantes farmacológicos en el tratamiento de la hiperquinesia infantil o déficit de atención. Los efectos secundarios que producen, principalmente la anorexia y el retardo en el crecimiento, han hecho que en la actualidad se prefiera el metilfenidato (Ritalín), otro estimulante que suele usarse sin prescripción médica y que tiene cierto poder adictivo en los jóvenes, pero no en los niños. Las anfetaminas y otras sustancias de acción parecida se encuentran en algunos medicamentos utilizados para bajar de peso (Preludin, Tenuate), conocidos con el nombre común de anoréxicos. Las anfetaminas pueden producir numerosos trastornos, especialmente si su uso es continuo. Produce desnutrición, problemas cutáneos, trastornos cardiovasculares y gastrointestinales, anorexia e hipertensión. Alteraciones en el estado de ánimo, irritabilidad, e insomnio y depresión. Con frecuencia se observa lo que se ha denominado “psicosis anfetamínica”, caracterizada por la presencia de alucinaciones auditivas y visuales, delirios de persecución y paranoia grave.

Polvo de anfetamina (11) Bencedrina, dexedrina, etc. (12)

Tanto en el mercado legal como en el ilícito se expenden en soluciones inyectables incoloras o amarillentas, en forma de polvo blanco o en tabletas y cápsulas de 10 a 15 mg. Strassenburg la ofrecía como Bifetamina T®, Smith Kline & French con los nombres de Bencedrina®, Dexedrina® y Dexamil® que es una combinación de dextroanfetamina y amobarbital. En México, Rey-Mol ofreció anfetamina como Obocel Complex®, y Warner Chilcott y Medix comercializaron dextroamfetamina como Lucofen® y Redotex® respectivamente. A nivel internacional, Abbot Laboratories, vendía hidrocloreuro de anfetamina bajo el nombre comercial de Mezedrina® hasta antes de su control internacional, hoy se encuentra en algunos países bajo el nombre de Desoxin® y Desbutal® cuando se encuentra combinado con pentobarbital sódico. “El freak de la anfeeta era un héroe cultural, el último vaquero temerario... condenado a desaparecer sin remisión. Le envolvía un aire de muerte... Un buen hábito de mezedrina es el gran premio electromotriz del uso suicida de las drogas: inyectada, la anfetamina te pone a galopar las entrañas y te sube a las nubes. Es el desafío final a la capacidad de resistencia, es morir con las botas puestas a la americana, los órganos vitales bombean al límite, las sinapsis se incendian: pasas la línea roja”. (Robert Sabbag: Ciego de nieve). ¿QUÉ HACER EN CASO DE EMERGENCIA?: Los consumidores neófitos tienen mayores posibilidades de presentar una intoxicación que se manifiesta por enrojecimiento facial, temblores, pérdida de la coordinación,

confusión, irritabilidad, agresividad, alucinaciones, dolor torácico, hipotensión y arritmias cardíacas. En casos graves pueden sobrevenir convulsiones, coma y falla respiratoria. Muchas veces la “cocaína” contiene anfetaminas. Se recomienda administrar leche o carbón activado para demorar la absorción, provocar el vómito si la persona está consciente y administrar respiración artificial en caso de ser necesario. Aunque la sed sea intensa, se debe limitar la ingestión de agua debido al riesgo de edema pulmonar. Cualquier sospecha de sobredosis debe considerarse como urgencia médica ya que las alteraciones cardíacas pueden alcanzar niveles peligrosos. Los médicos tratan los efectos de la intoxicación con haloperidol (Haldol® o Haloperil®), clorpromazina (Largactil®) o diacepam (Valium®) en combinación con compresas de hielo para bajar la temperatura y otros medios controlar las convulsiones. c) Cafeína: Químicamente, la cafeína pertenece al grupo de las xantinas (o derivados xantínicos), que son sustancias relacionadas con los alcaloides de ciertas plantas, conocidas en medicina por su acción sobre los sistemas cardiovascular y respiratorio. La teobromina y la teofilina, por ejemplo, se han usado como antiasmáticos y diuréticos. La cafeína se encuentra principalmente en el café, el té (té negro: *Camellia sinensis*), los refrescos de cola y el chocolate (cacao).

Cafeto (13) Café negro (14) Cacao, chocolate (15)

El cafeto, las hojas de té, el cacao y la nuez de kola son las principales fuentes de la cafeína, droga psicoactiva perteneciente al grupo conocido como las metilxantinas. Los efectos estimulantes de las metilxantinas provienen de su interacción con los receptores de la adenosina y se observan a varios niveles del organismo: en el Sistema Nervioso, en la respiración y en el músculo cardíaco. Tienen también un efecto diurético, esto es, aumentan la excreción de orina, dilatan los bronquios y estimulan el metabolismo basal. Los efectos que ocasiona un consumo discreto (de 1 a 3 tazas de café al día) son ligeros tanto sobre el psiquismo como sobre el organismo. En general, son los mismos que se describen en el caso de los otros estimulantes, sólo que menos intensos, destacando entre ellos la mayor fluidez del pensamiento, el estado de alerta y la sensación de bienestar. A mayores dosis, sin embargo, produce insomnio, irritabilidad y trastornos vasculares como taquicardia e hipertensión. El consumo excesivo y prolongado de café puede llegar a provocar un estado especial de irritabilidad y de angustia intensa, conocido como cafeinismo, seguido de un síndrome de abstinencia si se suspende abruptamente. Produce nerviosismo, agitación, ansiedad e insomnio. Esto demuestra que la cafeína es capaz de provocar dependencia psicológica y física, así sea ésta moderada. Los síntomas que pueden aparecer al suspender la ingestión excesiva de café son principalmente dolor de cabeza, tensión muscular, ansiedad y fatiga; a veces simplemente se experimenta una vaga sensación de incomodidad. La cafeína es la sustancia carente de valor nutritivo que más se consume en el mundo. La cafeína en cantidades moderadas es prácticamente inocua al or-

ganismo, pero una dosis letal aguda parece ser aproximadamente de 5 a 10 gramos por vía intravenosa u oral (equivalente a 75 tazas de café).

d) Azúcar: Sí, el azúcar también es una droga, de acuerdo a ciertos investigadores. Como es sabido, las funciones cerebrales dependen de los niveles de glucosa. La falta de este combustible cerebral puede ocasionar desde hipoglucemia hasta esquizofrenia debido a que el cerebro se encuentra “hambriento” de glucosa. El azúcar refinado es una glucosa bastante simple que por su misma composición no requiere de un largo proceso de digestión, el hígado prácticamente no tiene que sintetizarla y por lo mismo llega con asombrosa rapidez al Sistema Nervioso. Para que el organismo funcione en condiciones óptimas, la cantidad de glucosa sanguínea debe estar en equilibrio con la cantidad de oxígeno sanguíneo. Refiriéndose a los efectos psíquicos del consumo del azúcar, el Dr. M.O. Bruker, explica que la elevación en los niveles normales de glucosa ocasionada por su ingestión, se experimenta como una leve euforia. Las consecuencias del regreso a los niveles normales, es decir, la baja de glucosa, se halla en relación directa con la cantidad de azúcar consumida. Si ésta fue baja, la sensación es de una leve disforia (malestar). Entre mayor haya sido la cantidad, la baja estará más cercana a experimentarse como una sensación depresiva que William Dufty ha dado en llamar “sugar blues” (tristeza por azúcar). Lo que normalmente suele ocurrir a toda persona que consume azúcar en forma cotidiana, es que sus niveles de glucosa se mantienen permanentemente por encima del nivel regular, es decir, rara vez se experimentará una baja hacia la auténtica normalidad en los niveles de glucosa. La mayoría de la población mundial literalmente vive bajo los efectos del azúcar sin saberlo y sin notarlo. Este desequilibrio permanente está siendo asociado con diversas enfermedades nerviosas, especialmente en los niños. Ya son varios los especialistas que atribuyen al azúcar los índices cada vez más elevados de niños hiperactivos, la inhabilidad para aprender y diversas alergias. El estudio del historial diario de los pacientes diagnosticados como esquizofrénicos revelan que su dieta es excesivamente alta en azúcar y otros elementos que estimulan la producción de adrenalina como la cafeína y el alcohol. En cuanto al aspecto físico, se sabe que la ingestión continua de azúcar provoca la aparición de caries y ennegrece los dientes. En personas con glándulas adrenales débiles puede afectar el páncreas hasta causar diabetes. En algunos casos el abuso continuado conduce a la hipoglicemia. En personas sanas, se relaciona también con el aumento de peso ya que el azúcar es un carbohidrato y el exceso de los mismos se convierte en grasa. Se ha encontrado también que al consumir azúcar el cuerpo elimina el calcio en mayor cantidad, de tal manera que el organismo se ve forzado a sustraerlo de los huesos y los tejidos que son las únicas partes en donde lo almacena el cuerpo. El desgaste de calcio en huesos causa que se vuelvan porosos y frágiles, lo cual finalmente conduce a la osteoporosis.

Azúcar (16) El consumo constante de este psicoactivo también atrofia el rendimiento de las glándulas, causando poca secreción de hormonas o alterando la composición química de las mismas, puesto que se ha podido comprobar que el azúcar afecta la correlación de minerales en el organismo. Su potencial de dependencia es considerablemente alto. La dependencia es de tipo psicológico y físico. Su síndrome de abstinencia se experimenta hasta después de varias semanas de haber discontinuado totalmente el uso de azúcar y alimentos que lo contengan. Sus síntomas incluyen depresión, fatiga, nerviosismo, ansiedad por comer alimentos dulces, falta de concentración, alergias e hipertensión. En grado extremo la dependencia al azúcar se presenta como hipoglucemia, en cuyo caso una privación de alimentos dulces puede conducir a ataques fatales. En una crisis de hipoglucemia, se presenta una súbita baja de glucosa sanguínea que ocasiona sudor, temblor, ansiedad, taquicardia, dolor de cabeza, sensación de hambre, debilidad, convulsiones y en casos extremos, convulsiones y muerte. El individuo que presente una crisis de este tipo debe ingerir de manera inmediata glucosa o alimentos que contengan azúcar suficiente para restablecer los niveles. Las transnacionales dedicadas al comercio del azúcar, el café, el té, el chocolate y las bebidas de cola, se cuentan entre las más poderosas del Mundo, por lo que sin lugar a dudas, son los psicoactivos de mayor venta a nivel Mundial. Algunos autores como el Dr. Bruker, William Dufty, Laura Urbina y Nancy Appleton afirman que por ello mismo, la información sobre estas drogas es una de las más escasas, manipuladas y poco difundidas dentro de la historia de las drogas. Los intereses económicos que hay detrás de ellas, concretamente en el caso del azúcar, han sido lo suficientemente poderosos como para suspender, retrasar e incluso tersiversar la realización de estudios científicos concluyentes respecto a las repercusiones físicas y psicológicas del uso cotidiano de esta droga a largo plazo.

d) Nicotina: El 28 de octubre e 1492, Rodrigo de Jerez y Luis de la Torre, dos compañeros de Cristóbal Colón, fueron los primeros occidentales que vieron a los indios fumando tabaco. Rodrigo de Jerez los imitó en seguida, sin sospechar que de regreso a su tierra habría de ser encarcelado por la Santa Inquisición acusado de brujería puesto que “sólo el diablo podía dar a un hombre el poder de sacar humo por la boca”. Antes de la llegada de los españoles, en todo el continente americano los indígenas consumían el tabaco con fines tanto rituales como terapéuticos. Lo enrollaban en forma de puro, lo envolvían en hojas de maíz a manera de cigarrillo o lo fumaban en pipa. También solían incluirlo en jarabes para beberlo. El tabaco era una planta mágica para los pueblos prehispánicos de México porque “hace visible el aliento”. Fumar tabaco es la forma de administrarse nicotina más ampliamente extendida en todo el mundo; se puede mascar, inhalar (rapé), fumar en pipa, puro y cigarrillo. La planta original de donde se obtienen las hojas que se procesan es la *Nicotinia tabacum*, y su principio activo, una droga psicoactiva capaz de generar adicción, es la nicotina, sus-

tancia extremadamente tóxica que se extrae de las hojas del tabaco. A corto plazo provoca hipertensión arterial y taquicardia, hiperacidez gástrica, pérdida de apetito, aumento de la salivación y disminución de la agudeza olfatoria y degustadora. Dependiendo de la dosis de nicotina consumida, produce sedación o estimulación. La dependencia psicológica es muy intensa y, desde luego, también se produce adicción física. Dado que todo el organismo, no sólo el SNC, se adapta a la presencia de la nicotina, dejar de fumar puede precipitar, en algunos casos, un estado depresivo, ansiedad, dificultades para la concentración mental y trastornos del sueño (principalmente insomnio). El reinicio del consumo produce la reversión de estos síntomas y una sensación de relajación, por lo que muchos fumadores reinciden en su adicción.

Hojas de tabaco (17) Tabaco (18) Cigarrillo (19)

El humo del tabaco contiene multitud de compuestos, más de 4.000, como productos de su combustión. En realidad, se trata de un aerosol, con alrededor de 4×10^9 partículas por mililitro. La elevada temperatura de su combustión en la zona de incandescencia, 800 °C, determina que el extremo del cigarrillo sea como un pequeño alto horno, donde se forman y fundamentalmente se transforman los compuestos que paulatinamente van entrando en combustión. La nicotina está contenida en la subfracción alcalina de la fase de partículas del humo del tabaco. Tras la inhalación de éste, la nicotina llega al alveolo en gotas de 0,1 a 1 mm de diámetro, es rápidamente absorbida y alcanza concentraciones significativas en el SNC al cabo de muy pocos segundos. Un cigarrillo estándar contiene de 0,9 a 2,4 mgs., de nicotina; ésta se metaboliza principalmente en el hígado y pulmón y se excreta por la orina. Se sabe que el tabaco es nocivo debido a que el porcentaje de nicotina que contiene puede llegar a ser hasta del 10%. Además, el humo de tabaco contiene otras sustancias igualmente dañinas, como el benzopireno, que es cancerígeno. El tabaco puede ser mascado, inhalado directamente por la nariz (rapé) o fumado en pipas, cigarros (puro) o cigarrillos. Aspirando el humo, esto es “dándole el golpe”, se puede absorber hasta el 90% de la nicotina, mientras que si éste permanece únicamente en la boca, la cifra se reduce al 20 o 35%. Aproximadamente 8 segundos después de haber entrado a los pulmones, la nicotina contenida en el tabaco alcanza el torrente sanguíneo y a más tardar en 5 minutos ha logrado traspasar la barrera hematoencefálica para llegar al cerebro. Sus efectos duran entre 5 y 10 minutos provocando fases de acción estimulante y acción depresora del Sistema Nervioso Central. En primera instancia estimula algunos receptores sensitivos y produce una descarga de adrenalina que acelera la frecuencia cardíaca y eleva la presión arterial; posteriormente deprime todos los ganglios autónomos del Sistema Nervioso Periférico. Según las últimas investigaciones del Brookhaven National Laboratory de Nueva York, el efecto de la nicotina en el cerebro consiste en la reducción de la enzima MAO-B, responsable de regular la transmisión de la dopamina, neurotransmisor

que controla entre otras alteraciones anímicas, la motivación y el placer. Por tanto, a menor cantidad de MAO-B (hasta un 40% menos en el cerebro de un adicto), mayor incremento de dopamina; aumento que, al intervenir en el tálamo, se convierte en la clave para sentir unas ganas irreprimibles de volver a fumar otro cigarrillo. A nivel físico, la nicotina aumenta la frecuencia cardíaca, el ritmo respiratorio, la presión arterial y el flujo coronario. Durante la combustión del tabaco, algunos de sus elementos se transforman en monóxido de carbono, emisión venenosa que contribuye al surgimiento de enfermedades cardíacas. Cuando el monóxido de carbono entra al torrente sanguíneo, tiende a reemplazar el oxígeno contenido en las células rojas de la sangre formando carboxihemoglobina. En los fumadores, hasta el 10% de la hemoglobina total puede ser carboxihemoglobina, lo cual equivale a decir que sus tejidos reciben 10% menos de oxígeno. A largo plazo el tabaquismo tiene diversos efectos sobre el sistema broncopulmonar, cardiovascular y digestivo. Las úlceras gástricas y duodenales son doblemente más comunes entre los fumadores. Las heridas de la piel pueden tardar más en sanar debido a que la nicotina reduce los niveles de vitamina C en el organismo. Además, el humo del cigarrillo produce inflamación en la mucosa del aparato respiratorio y aumento de la producción de una enzima llamada elastasa, que degrada la elastina, material constitutivo del pulmón al que se debe su capacidad de expandirse y contraerse. El hábito de fumar provoca que el tejido pulmonar pierda sus propiedades elásticas, aparentemente de manera irreversible, con la consecuente disminución en la capacidad pulmonar para ingresar oxígeno a la sangre.

Esquema del cigarrillo (20) El alquitrán puede causar desórdenes bronquiales y contiene sustancias que se consideran cancerígenas, es por ello que al tabaco se le atribuyen el 90% de los casos de cáncer pulmonar en el mundo y también se relaciona con la aparición de cáncer en la boca y en la garganta. Reportes médicos calculan que en total ocasiona el 30% de todas las muertes producidas por el cáncer, el 30% de las enfermedades cardiovasculares, el 75% de las bronquitis crónicas y el 80% de los casos de enfisema; aunque de hecho, la Nueva Medicina ha comprobado ya que el cáncer tiene como origen un conflicto emocional que surge por sorpresa y es vivido en aislamiento, lo cual explicaría por qué no todos los fumadores sufren invariablemente de cáncer, a pesar de que tengan un buen caldo de cultivo para que se presente. También se asegura que las mujeres fumadoras pueden ver reducida su fertilidad, sufrir desórdenes menstruales y, en caso de usar pastillas anticonceptivas, están 39 veces más propensas a sufrir infartos que las que no fuman. Aunque no se esperan disturbios genéticos del uso del tabaco, éste puede aumentar el riesgo de partos prematuros y de bajo peso en los recién nacidos. Aunque durante los últimos años de la década de los noventa se han aprobado leyes que restringen el consumo de cigarrillos en espacios públicos, y aunque el presidente Bill Clinton haya declarado a la nicotina como un agente altamente adictivo (como

parte de su campaña por la reelección, claro está), en el Congreso estadounidense los estados tabacaleros siempre han estado bien representados. Los prohibicionistas no entienden como es que los millones de consumidores no se amedrentan cuando leen en las cajetillas de su marca favorita leyendas como: «Este producto puede provocar cáncer» o «Fumar durante el embarazo aumenta el riesgo de parto prematuro y bajo peso en el recién nacido». Compartiendo la incredulidad de muchas personas, una periodista cuestionó a Mitchell Feigenbaum (fuerte candidato al Premio Nóbel de Física por sus teorías sobre el caos) acerca de su afición por los cigarrillos. Esta fue la respuesta del científico: El tabaco es malo para la salud, sin duda, pero me facilita la concentración. Es un precio que he pagado y he conseguido algo a cambio... Yo empecé a fumar hasta más o menos los 23 años. Antes de empezar, cada cuatro horas de trabajo tenía que salir a pasear. Una vez que comencé a fumar, podía estar sentado y concentrado durante dos o tres días a la vez, sin dormir. Esto demuestra hasta qué punto las decisiones racionales en cuestión de drogas no necesariamente obedecen al enunciado lógico: X es malo para la salud, entonces, no consumo X; sino que pueden responder a secuencias lógicas más elaboradas en donde se ponderan costos y beneficios en función de las expectativas personales de cada consumidor. Ceremonia de fumar: el ritual o “liturgia”, del acto de fumar resulta especialmente reforzador de la dependencia tabáquica. Extraer el cigarrillo de la cajetilla, colocarlo en los labios, encenderlo (un determinado tipo de encendedor puede aumentar la motivación), inhalar el humo, exhalar el humo y contemplar las volutas, etc., son maniobras que contribuyen a mantener y reforzar la conducta adictiva. Es un fenómeno observado por los fumadores que fumar en la oscuridad reduce notablemente el placer de fumar, ya que, aunque se inhale el humo con su correspondiente dosis de nicotina no se perciben en su plenitud las maniobras inherentes al acto de fumar. Estas maniobras tienen un especial significado en los fumadores de pipa. El siguiente es un comentario de las memorias del cineasta Luis Buñuel acerca del cigarrillo y el alcohol: “Se enciende un cigarrillo para celebrar una alegría y para ahogar una pena. Estando solo o acompañado. El tabaco es un placer de todos los sentidos: de la vista (es bonito ver bajo el papel de plata los cigarrillos blancos, alineados como para revista), del olfato, del tacto... Si me vendaran los ojos y me pusieran entre los labios un cigarrillo encendido, me negaría a fumar. Me gusta sentir el paquete en el bolsillo, abrirlo, palpar la consistencia del cigarrillo, notar el roce del papel en los labios, gustar el sabor del tabaco en la lengua, ver brotar la llama, arrimarla, llenarme de calor. Un hombre llamado Dorronsoro, ingeniero español de origen vasco y republicano exiliado en México al que conocía desde la Universidad, murió de un cáncer de los llamados “de fumador”. Fui a verle al hospital en México. Tenía tubos por todas partes y llevaba una mascarilla de oxígeno que él se quitaba de vez en cuando, para dar una chupada a un cigarrillo, a escondidas. Fumó hasta las últimas horas

de su vida, fiel al placer que le estaba matando. Por tanto, respetables lectores, para terminar estas consideraciones sobre el alcohol y el tabaco, padres de firmes amistades y de fecundos ensueños, me permitiré darles un doble consejo: no beban ni fumen, es malo para la salud. Añadiré que el alcohol y el tabaco acompañan muy gratamente el acto de amor. Por lo general, el alcohol viene antes, y el tabaco después”.

Aspectos sociales: desde hace muchos años, aunque con variaciones según modas y costumbres, el acto de fumar se ha considerado como un acto ritual dentro de un determinado contexto social. Así, los adolescentes empezaban a fumar para reafirmar su personalidad y sentirse “más varoniles” (cuando fumar era cosa de hombres). Ahora las mujeres fuman casi tanto y a veces más que los hombres. Antes, fumar un cigarrillo en determinados ambientes era un signo de distinción social. Fumar puros en los toros o en el fútbol son también claros ejemplos del estímulo ambiental y del componente social del uso del tabaco. En fin, existen numerosos ejemplos de la asociación del tabaco a determinados ambientes o circunstancias (reuniones o tertulias, después de tener relaciones sexuales, actividades intelectuales: escritores, artistas, estudiantes, etc.) que refuerzan la conducta adictiva. Las teorías psicoanalíticas del tabaquismo consideran el acto de fumar como la recompensa de necesidades instintivas de estimulación bucal u oral. Sin embargo, sólo una muy pequeña proporción de fumadores consideran satisfactorio fumar cigarrillos con muy bajo o ningún contenido de nicotina (como cigarrillos “light”), lo cual denota que no es tanto esa necesidad oral, sino obtener la dosis de nicotina. Se sabe que el hábito de fumar se adquiere generalmente en la adolescencia, cuando, fácilmente influenciado por compañeros o medios de comunicación y publicidad, la persona se siente inducida a probarlo. En estudios que se realizaron con adolescentes que han usado tabaco, ellos expresaron el deseo de nunca haber empezado a fumar. El consumo crónico de nicotina se acompaña de una leve tolerancia. A menos que exceda su dosis habitual, el fumador no experimenta los efectos de náusea y mareos que suelen reportar las personas que no están acostumbradas al tabaco. La nicotina provoca una dependencia física bastante severa. El síndrome de abstinencia aparece dentro de las primeras 24 horas posteriores a la supresión y se manifiesta por: irritabilidad, inquietud, dolores de cabeza, disminución de la frecuencia cardíaca, aumento del apetito, disminución de la vigilia o insomnio y dificultades de concentración. En el caso de la nicotina, la dependencia psicológica juega también un papel preponderante, por lo que el síndrome de abstinencia puede durar varios días o varias semanas. La administración de nicotina en chicles o en parches puede aliviar parcialmente este síndrome. **¿QUÉ HACER EN CASO DE EMERGENCIA?:** Las intoxicaciones por nicotina son muy raras, casi nunca se dan por mascar o fumar tabaco sino por la ingestión accidental de nicotina en forma pura o por el contacto directo a través de la piel. Las manifestaciones de intoxicación incluyen náuseas, diarrea, taquicardia, aumento drástico de la pre-

sión arterial y salivación. Con grandes dosis se presentan convulsiones, lentitud respiratoria, irregularidad cardíaca y coma, por lo que debe considerarse como urgencia médica.

Cigarrillos en México: 25% de mexicanos mayores de 12 años fuman. Actualmente se sabe, además, de la importación ilegal (contrabando) de cigarrillos en muy diversas marcas, denominados “piratas”. Éstos son introducidos de manera ilegal al país desde China y Filipinas, siendo producidos en fábricas o talleres en circunstancias insalubres; el tabaco se maneja sin el menor control de calidad, y se mezcla con envolturas, arena, plásticos y otros desperdicios. De cada 100 cigarrillos de tabaco que se venden en nuestro país, 3 son “piratas”. Resulta prácticamente imposible, a simple vista, identificar los cigarrillos falsos o “piratas”, de los originales, ya que los contrabandistas se las han ingeniado para imitar casi a la perfección cajetilla, leyendas y logotipos, celofán, aluminio, envolturas, colores, etc. Imitan todo tipo de marcas de cigarrillos, desde los americanos y europeos, hasta incluso los de producción nacional.

3. Alucinógenos: La sustancia típica es la LSD (dietilamida del ácido lisérgico), (“ácido” o droga psicodélica), la cual actúa sobre los neurotransmisores Serotonina, es por ello el “alucinar”, pero algunas respuestas son más o menos específicas para cada droga alucinógena. Se pueden subclasificar en: a) indoles, y b) feniletilaminas, conforme al siguiente cuadro:

Alucinógenos 1. Indoles: LSD, psilocibina (del hongo *Psilocybe mexicana* o Teonanácatl) y DMT (dimetiltrip-tamina).

2. Feniletilaminas: mezcalina (del peyote, cacto mexicano *Lophophora williamsii*), y otras sintéticas: PCP o “polvo de ángel”, DOM, STP, y otras poco conocidas. (Tabla: b)

Entonces los alucinógenos son sustancias de origen natural o producidas sintéticamente. Son sustancias adictivas, ya que con frecuencia se observa la dependencia psicológica que obliga al usuario a repetir periódicamente su consumo. Sin embargo, no se presenta síndrome de abstinencia ni síntomas clínicos de supresión, por lo que no se puede hablar de dependencia física. En esto existe algún desacuerdo, ya que el otro elemento propio de la neuroadaptación se presenta con mucha claridad: la tolerancia. El usuario tiene que aumentar muy pronto las dosis para obtener los mismos resultados. También se ha llamado a estas sustancias con otros nombres, por ejemplo, drogas psicodélicas, palabra que se refiere a la supuesta capacidad de “expandir” la mente; pero es un término que no debe usarse porque los alucinógenos no producen semejante efecto. Una cosa es lo que el usuario dice que siente y otra lo que los estudios realizados cuidadosamente han demostrado al respecto. Se produce de hecho una distorsión de la mente que lleva a percibir un ambiente distinto, el cual, si bien puede resultar agradable (aunque no para todos), no corresponde a la realidad. Las alucinaciones y las ilusiones constituyen la respuesta común, por lo que

algunos expertos llamaron a estas drogas psicocómicas, que quiere decir que sus efectos se parecen a los síntomas y los signos de los estados psicóticos. Hay otras semejanzas entre los efectos de los alucinógenos y las psicosis. Puede aparecer una incapacidad para percibir adecuadamente la realidad, con los síntomas típicos de la esquizofrenia: los delirios o al menos las ideas delirantes de tipo persecutorio (paranoia). En ocasiones, esta respuesta se presenta durante la primera experiencia; en general, se habla de un “mal viaje” cuando los efectos no son agradables, o bien cuando son totalmente desagradables e incluso terroríficos, abrumadores. A veces, las distorsiones de la percepción llevan al sujeto a una situación particular en la que, según su decir, “oye” los colores y “ve” los sonidos. Las ilusiones visuales consisten en la visión de objetos o de seres vivos, no observables por los demás, a partir de figuras, colores o cosas, que sí se encuentran realmente presentes en su entorno, pero tales como, por ejemplo, a partir de una mancha en el suelo, “percibe” un animal que se arrastra; las nubes pueden ser dibujos o pinturas; un sonido musical se escucha como un grito, etc. El juicio y el razonamiento pueden verse impedidos, y son frecuentes la angustia y los estados depresivos; es decir, ocurre un daño, muchas veces irreversible, en la producción de ciertos neurotransmisores en el cerebro, tales como serotonina y dopamina, entre otros. Al forzar estos neurotransmisores con la sustancia alucinógena o cualquier otra droga dura, en el caso de la serotonina “se dispara” de modo irregular generando alucinaciones; en el caso de forzar la dopamina, que genera ese placer ilusorio, pasajero, las lesiones irreversibles ocurren cuando estos neurotransmisores, que fueron forzados a actuar de manera irregular, simplemente ya no funcionan de modo regular o natural. La enajenación de la realidad contextual se hace visible, así como la incapacidad de sentir placer real o auténtico. Es común ver entre los efectos de alucinógenos, el delirio tóxico y los flashbacks. El primero es un estado confusional agudo con alucinaciones, delirios, agitación y paranoia. Se han reportado suicidios y muertes por accidentes: el sujeto puede creerse capaz de volar, de detener un vehículo, de resistir el impacto de una bala, etc. Cabe señalar que estos efectos pueden ocurrirle a una persona sin antes haber sufrido trastornos emocionales o mentales reconocibles. Los flashbacks son estados de corta duración en los que se “reviven” los efectos mucho tiempo después de haber consumido y eliminado el alucinógeno. Se han reportado casos en los que cinco años después de haber suspendido el consumo de la droga se presentan estos estados, con diferentes grados de ansiedad y sufrimiento.

Psilocybe mexicana (21) *Psilocybe wassoni* (22) *Lophophora williamsii* (23)

Algunos autores afirman que hay más de 500,000 variedades de plantas en diversas partes del mundo que contienen alucinógenos; gran parte de ellas son bien conocidas por sus efectos en las regiones en donde crecen. Hay algunas variedades de hongos que contienen alcaloides capaces

de alterar el Sistema Nervioso Central. Estas variedades se conocen científicamente y coloquialmente como hongos psicoactivos. Aunque se han identificado cerca de 15 especies diferentes, las principales variedades en México son tres, y han recibido nombres bastante pintorescos: *Psilocybe mexicana* que brota en días soleados sobre prados húmedos inmediatamente después de una noche lluviosa, se le llama “pajarito”; al *Psilocybe caerulescens* que nace también en tierra húmeda, “derrumbe”; y al *Psilocybe* (o *Stropharia*) *cubensis* que crece sobre el estiércol del ganado vacuno, “San Isidro”. En nuestro país generalmente crecen en zonas montañosas de los estados de México, Oaxaca y Morelos, San Luis Potosí, Michoacán y Puebla. En los bosques de España, por ejemplo, crecen *Psilocybe wassoni*, *Psilocybe semilanceolata* y *Stropharia cubensis*. A nivel sensorial, después del consumo de hongos usualmente se presenta lo que se conoce como sinestesia: un estado peculiar en el que los sonidos se “ven”, los objetos se “escuchan”, los olores se “sienten”, y cosas por el estilo. Pueden aparecer patrones caleidoscópicos frente a los ojos. Frecuentemente el consumidor siente que abandona su cuerpo, hay un proceso de introspección y las cosas se ven desde otra perspectiva. Se sabe que ni los hongos ni sus alcaloides generan tolerancia si la ingestión se realiza con intervalos mayores a los tres días consecutivos, no hay reportes sobre dependencia física y su potencial de dependencia psicológica es bajo, considerando que cada viaje es una experiencia tan intensa que difícilmente se tiene la disposición de repetirla cotidianamente. ¿QUÉ HACER EN CASO DE EMERGENCIA?: Hay varias clases de hongos venenosos parecidos a los psilocibos cuya ingestión puede tener consecuencias fatales. Las especies más peligrosas son *Amanita phalloides*, *Amanita verna*, *Amanita virosa* y las especies de *Galerina* que contienen amanitina, una potente toxina. De hecho puede bastar con ingerir parte de uno de estos hongos para ocasionar la muerte debido a necrosis aguda de hígado, riñones, corazón y músculos esqueléticos. Los síntomas de un envenenamiento con este tipo de hongos son tardíos, se presentan en un lapso de 6 a 24 horas después de la ingestión. Se inician con cólicos abdominales graves y diarrea profusa, vómitos y heces sanguinolentas, ictericia (pigmentación amarilla de la piel), edema pulmonar, confusión y depresión mental, hipoglucemia y signos de lesión cerebral con convulsiones. Las sobredosis con auténticos hongos psilocibos se hacen evidentes dentro de los 15 a 30 minutos después de la ingestión. Provocan dolor abdominal, náuseas y vómito. Aunque rara vez causan la muerte, se recomienda precipitar el vómito e ingerir jugos de fruta fortificados con glucosa. En caso de un “mal viaje” hay que infundir confianza y serenidad al sujeto y administrar una tableta de niacina (Niacin®) para suavizar los efectos. De ser verdaderamente necesario, la medicina convencional recomienda recurrir a la administración de algún antipsicótico que contenga haloperidol (Haldol®) o clorpromazina (Largactil®). El PCP (fenciclidina) o “polvo de ángel” es una sustancia sintética alucinógena que provoca otros efectos entremezcla-

dos (estimulantes, euforizantes) que prácticamente impiden su clasificación; de los indoles, el más conocido es el DMT (dimetiltriptamina); aunque ninguna de estas dos sustancias se consume en México, salvo raras excepciones. Otras drogas sintéticas, como las denominadas “de diseño”, como el éxtasis, podrían clasificarse entre los alucinógenos; así, el caso de la marihuana. Sin embargo, ambos grupos están clasificados aparte por sus características muy particulares, que difieren de todos los alucinógenos.

4. Canabinos: En estas sustancias, el principio químico activo que produce alteraciones en el organismo y en el psiquismo es el delta-9-tetrahidrocannabinol, que se encuentra en una planta originaria de la India, la *Cannabis sativa* o marihuana. En sus orígenes, la *cannabis* tiene dos variedades principales: *sativa* e *índica*. Algunos autores señalan una tercera variedad que es la *rudelaris*, pero la mayoría sólo reconocen las dos primeras. No obstante, hoy en día se pueden adquirir semillas de *cannabis* de más de un centenar de variedades diferentes en general desarrolladas genéticamente por estadounidenses y holandeses a partir de variaciones, hibridaciones y polihibridaciones. En ocasiones se hace referencia a la marihuana (“mota”, “hierba”) como alucinógeno, es decir, como una sustancia cuyo consumo causa alucinaciones, pero no es común que esto ocurra con las dosis usuales. Excepcionalmente, las alucinaciones pueden presentarse en algunos sujetos que la fuman por primera vez, pero la experiencia señala que ese fenómeno es frecuente sólo en fumadores excesivos crónicos. También hay otra razón para no clasificar a la marihuana entre los alucinógenos, y es que no produce los otros trastornos provocados por estos (en particular las ideas delirantes). Con las dosis en que habitualmente se fuma, la marihuana tiene efectos parecidos a los del alcohol: relajación, desinhibición, euforia con tendencia a reír y hablar más de lo usual, trastornos de la coordinación muscular e inhibición de los reflejos. La combinación de alcohol y marihuana es sumamente peligrosa cuando se conduce un vehículo, principalmente en el caso de adolescentes; los efectos depresores de ambas sustancias sobre el SNC se intensifican, y aletargan al individuo, deprime sus reflejos y el estado de alerta. El uso diario de canabinos o marihuana y hachís produce a la larga un grado moderado de tolerancia, por lo que el consumidor aumenta progresivamente la dosis a fin de obtener los resultados que busca. Los fumadores ocasionales, así como los frecuentes, también desarrollan esa dependencia psicológica, y sólo en quienes consumen marihuana por un tiempo prolongado y en dosis altas se genera la dependencia física, en el caso de fumadores excesivos crónicos. En éstos se presenta un estado de ansiedad, insomnio y temblores después de uno a dos días de la suspensión del consumo.

Cannabis sativa (24) *Cannabis indica* (25)

Podría decirse que la relajación y la euforia son, junto con la desinhibición y la propensión a reír fácilmente, las respuestas que el consumidor espera obtener y casi

siempre consigue. Sin embargo, no todo es placentero, y los riesgos que se corren, tanto psicológicos como físicos, son bien conocidos y han sido estudiados en numerosas investigaciones. No hay dudas sobre este fenómeno: durante la intoxicación inmediata (aguda), que se prolonga de 2 a 6 horas después del consumo, los canabinos (delta-9-tetrahidrocannabinol) disminuyen notablemente la capacidad de aprendizaje y de memorización, sobre todo de los hechos recientes; también decrece la motivación, por lo que el sujeto se muestra pasivo y apático. La respuesta más común cuando se fuma una dosis habitual de marihuana (de 1 a 2 cigarrillos) en cierto lapso de tiempo, es la siguiente: después de unos 10 minutos puede presentarse un periodo corto de angustia o nerviosismo, seguido de calma y relajación con euforia, la impresión de que el tiempo transcurre más lentamente y de que las sensaciones, en particular las auditivas y las visuales, se ensanchan, resultando ser más vívidas e intensas; el sujeto siente que sus ideas fluyen más fácilmente, que puede reír con facilidad y que olvida rápidamente lo recién ocurrido (memoria a corto plazo). Otros efectos producidos por la marihuana son el aumento de la sed y del gusto por los alimentos dulces, la taquicardia y el enrojecimiento de los ojos como manifestaciones que ocurren durante la intoxicación. Pero a largo plazo se pueden producir en el aparato respiratorio los mismos males que provoca el tabaco: bronquitis, cáncer broncogénico (la marihuana contiene 50% más de hidrocarburos cancerígenos que el tabaco) y enfisema pulmonar. Se sabe también del efecto nocivo que ejerce sobre el sistema endocrino al disminuir los niveles de las hormonas sexuales, aunque, por otra parte, no se cuenta con estudios confiables sobre cómo, a su vez, esto pueda afectar el funcionamiento sexual. También es un hecho indudable que, como efecto inmediato, disminuye la cuenta de espermatozoides y altera el ciclo menstrual en la mujer. Es importante señalar la posibilidad de que el consumo crónico de marihuana, hachís y de los canabinos en general, produzca lo que se ha llamado el síndrome amotivacional, o aplanamiento emocional, caracterizado por pasividad, conformismo, apatía, aislacionismo y pérdida de las ambiciones personales. La denominada psicosis cannábica, cuya clínica es parecida a la de un episodio agudo de esquizofrenia paranoide, puede darse, según algunos autores, sólo en personalidades predispuestas, mientras que otros señalan que tan sólo basta un consumo muy importante de *cannabis* para que pueda producirse. Los trastornos de ansiedad son con mucho las complicaciones agudas más frecuentes. Se producen porque la persona vivencia de manera inadecuada los cambios o acontecimientos ambientales. Se suele producir en consumidores novatos o cuando existe un estado emocional previo alterado. Dos son las patologías más típicas: las crisis de pánico y las fobias. Asimismo, diversas investigaciones señalan que un consumo prolongado y frecuente de *cannabis* significa una disminución persistente de la adecuada función focalizadora de la atención (concentración) y una merma en el rendimiento intelectual que llevan a un descenso en la ca-

pacidad de aprendizaje, observable en el fracaso escolar de los adolescentes consumidores. También parece existir una disminución del impulso sexual. En relación a la agresividad, los autores presentan hallazgos contradictorios, que podrían explicarse en que un aumento o disminución de la agresividad e irritabilidad guarda una estrecha relación con el nivel de excitación previo al consumo. En pacientes con un diagnóstico de trastorno esquizofrénico, no parecen existir dudas en relación a la capacidad del cannabis de desencadenar un nuevo episodio psicótico. El consumo de cannabis y la interrupción de la medicación neuroléptica son el principal determinante de ingreso hospitalario de los pacientes esquizofrénicos. Estos pacientes manifiestan que utilizan el cannabis como una automedicación con la cual paliar los sentimientos de vacío, la sensación de pasividad y la falta de ánimos que la medicación antipsicótica produce. Con el cannabis los pacientes refieren una experiencia en dos fases, con sensaciones iniciales de relajación, aumento de energía y mejora de estado de ánimo, seguidas por una activación de los síntomas psicóticos positivos: alucinaciones auditivas y desorganización ideativa. Los pacientes parecen estar dispuestos a aceptar el predecible episodio psicótico con tal de experimentar breves momentos de escape y euforia, en contraste a sus profundos sentimientos depresivos. Es aún más polémico el supuesto de que el cannabis sea un facilitador de esquizofrenia, de manera que su consumo crónico desencadene un primer episodio de esta patología en un sujeto predispuesto. Se ha observado que las dosis elevadas y el consumo prolongado de cannabis precipitan trastornos psicóticos prolongados o crónicos. El inicio de la sintomatología psicótica es lento y progresivo. Gradualmente la persona se vuelve muy suspicaz y desconfiada, llegando a mostrarse hostil antes de que desarrolle su ideación delirante paranoide. Los componentes del delirio se refuerzan con los efectos inmediatos del consumo y a su vez aquellos median en las manifestaciones agudas, presentándose verdaderas alucinaciones auditivas y visuales. Las alucinaciones hápticas (táctiles) también se hallan intensificadas. Se pueden presentar otros síntomas psicóticos, como inserción del pensamiento, difusión del pensamiento, “lectura del pensamiento”, etc. Otro trastorno en este área es el síndrome de flashback o “reexperimentaciones”. Son episodios que duran entre unos segundos a varias horas y se vivencian, generalmente, como algo horrible. En ellos hay un resurgimiento transitorio de sensaciones, percepciones y pensamientos originalmente experimentados bajo la influencia de un alucinógeno: distorsión visual, pensamientos atemorizantes, despersonalización, y síntomas físicos concomitantes a una ansiedad intensa. Los flashbacks son mucho más frecuentes con el consumo de LSD, como ya se mencionó anteriormente. Los efectos “simples” del consumo de cannabis (marihuana) dependen más del sujeto, bastante del contexto y sólo en parte de la dosis. Es decir, bajo los efectos de la droga, se intensifica la vivencia circunstancial del consumo y el ambiente, sea solo o en grupo. Mucho se dice también, que el iniciarse en el consumo de esta droga, se-

rá en la gran mayoría de los casos, un “trampolín” hacia el consumo de otras drogas, aún más fuertes. Esto puede ser más bien circunstancial, es decir, si el adolescente se inicia en el consumo de marihuana, también se inicia en el ambiente de las drogas, de los vendedores y compañeros de vicio, los cuales seguramente le incitarán a consumir otras drogas. “Una persona que consume habitualmente marihuana en un 80% de los casos después de 3 años estaría consumiendo otro tipo de drogas”, destaca el Dr Ángel Prado, director del Consejo Nacional contra las Adicciones en México. Por otra parte, actualmente es controvertido el tema si se debe legalizar la marihuana, o si realmente tiene propiedades curativas o médicas. “Definitivamente yo he recomendado el uso de la marihuana en infusión en algunos casos y en otros preparados en té por vía oral”, afirma el Dr. Elías Moreno Brizuela. En otros países el uso terapéutico de la marihuana es legal. Según estudios existe evidencia científica sobre su utilidad médica. Es permitido en algunos estados en la Unión Americana y Canadá. También en países europeos como Alemania, Austria, Holanda, Irlanda, Italia, Portugal, Bélgica, Suiza, España y Reino Unido. El cáñamo era una especie de panacea antes de su prohibición y parece que continúa siéndolo a pesar de ella: en diversos países asiáticos y latinoamericanos sus varas se hierven para conseguir infusiones relajantes capaces de facilitar las contracciones durante las labores de parto; sus hojas maceradas en alcohol se untan para curar los dolores reumáticos o se fuman para aliviar el asma y los dolores de cabeza provocados por la migraña. En los periódicos mexicanos de la década de los cincuenta todavía se encontraban afirmaciones como esta: “la marihuana es un magnífico analgésico para los dolores reumáticos y este remedio se prepara con alcohol y ajo machacado siendo muy usado por nuestra gente pobre que todavía recurre a la farmacopea de casa.” Actualmente se está estudiando, principalmente en el Reino Unido, el uso de cannabinoides sintetizados a partir del THC como el dronabinol comercializado como Marinol® y la nabilona, como Cesamet®. Estos fármacos sintéticos buscan aislar las propiedades físicamente terapéuticas de las alteraciones perceptuales, pero no han tenido mucho éxito en desligar una cosa de la otra.

Es probable que este año se presente una iniciativa ante el Congreso de la Unión para la legalización de la marihuana en México con exclusivo uso medicinal o médico, e industrial, por las fibras del cáñamo. En México hay medio millón de adictos a esta droga.

5. Aminas estimulantes y drogas “de diseño”: Como ya se mencionó, las primeras drogas consumidas desde la antigüedad eran puramente de origen natural o drogas vegetales, como el opio (en Asia y Oriente), la marihuana (en Asia, América y Europa), las hojas de coca (en Sudamérica), el peyote (en Norteamérica y México), etc. Sin embargo, desde la primera mitad del siglo XX se difundió el uso de las drogas sintéticas clásicas, como la LSD, la metadona, la petidina, las anfetaminas y los depresores. Estas sustancias pueden tener un uso médico, sólo en

verdaderas situaciones médicas, y son objeto de control internacional a partir de lo establecido por las diferentes convenciones de la ONU. La metanfetamina se desarrolló en el Japón en 1919, fue estudiada en Alemania en 1938 y se utilizó por primera vez para contrarrestar la fatiga entre los soldados del eje durante la Segunda Guerra Mundial. Llegada la paz se comercializó ampliamente con los nombres de Maxitron® y Metedrina®. A raíz de su inclusión en las listas de sustancias internacionalmente controladas apareció en el mercado negro en forma de clorhidrato de metanfetamina. Inicialmente compartió uno de los nombres genéricos propios de su predecesora en Norteamérica, speed y más tarde recibió el término específico de crank. Simultáneamente apareció en el mercado negro del continente asiático, pero no como clorhidrato sino en forma pura y bajo los apelativos de Shabu o Sharon. Cuando llegó pura y cristalizada a los Estados Unidos recibió su nombre callejero más conocido en la actualidad: cristal o ice (hielo). Aunque el clorhidrato de metanfetamina (speed, crank, cristal o ice) puede administrarse oral y vía nasal, lo más común es que se inyecte por vía intravenosa, en cuyo caso se disuelve en agua destilada siguiendo el mismo ritual administrativo que recibe la heroína; de hecho los adictos a la metanfetamina reciben el sobrenombre de speed-junkies. La metanfetamina pura (Shabu, Sharon) únicamente se administra por vía pulmonar. Los cristales se calientan en papel aluminio y se fuman en pipas de cristal o en pipas convencionales. Los efectos de esta amina inyectada o fumada comienzan con un rush bastante breve e intenso y duran entre 3 y 5 horas. La metanfetamina es el estimulante más potente sobre el Sistema Nervioso Central que se ha generado a la fecha. Su mecanismo de acción es el mismo que el de la anfetamina, no obstante, su estructura química determina una mayor penetración a través de la barrera hematoencefálica y ello trae como consecuencia una mayor liberación de los neurotransmisores dopamina y noradrenalina. Los adictos a dicha sustancia suelen describir sentir un placer inmediato (liberación de dopamina), por lo cual generalmente creen encontrar en dicha sustancia de moda un “verdadero” placer o escape a los problemas, denominense de cualquier tipo, sin embargo éstos muy bien saben que inmediatamente a dicha sensación de “placer”, el consumidor experimenta una muy intensa ansiedad y angustia, temor y miedo, paranoia clínica, una muy copiosa sudoración, y en consecuencia una necesidad irreprimitible de consumir más esta droga; lo cual sin duda genera una total despersonalización del sujeto, desde los cambios metabólicos en su organismo: no comer, no asearse, descompensación biorítmica, etc., hasta por supuesto, un verdadero problema de tipo social: robo para procurar el consumo irreprimitible, cometer actos sociopáticos o delincuentes, debido al estado totalmente alterado del consumidor, en un completo estado de trance o “congelamiento”, de modo que no hay raciocinio ni cordura; se rige solo por la lógica emocional del adicto, ya su organismo le exige más sustancia, precisamente porque el clorhidrato de metanfetamina es una sustancia dise-

ñada química-sintéticamente para alterar completamente las sinapsis y literalmente jugar con los neurotransmisores cerebrales. Se trata de Química ilegal, cuyos principales protagonistas son verdaderos científicos o ingenieros químicos, que tentados por los enormes pagos ofrecidos por otros protagonistas, para quienes resulta un meganegocio. A partir de finales de la década de los setentas, surgieron nuevos tipos de drogas sintéticas, similares a las controladas en cuanto a su estructura química y a sus efectos en la mente o psiquismo, pero con ciertas diferencias que impiden su control. Estos nuevos fármacos se conocen como drogas “de diseño”, ya que son diseñadas en laboratorios químicos clandestinos que evaden las leyes relativas al control de drogas. Algunas de estas sustancias son extremadamente potentes y han provocado numerosas muertes por sobredosis; asimismo, pueden causar daños severos e irreversibles a las funciones cerebrales. Durante la mayor parte de la década de 1980 el consumo de estas drogas se limitaba prácticamente a Estados Unidos. La metanfetamina (aminas estimulantes) o análogo de la anfetamina (d-N-metilanfetamina) con elevado potencial de abuso, recibe los nombres callejeros de speed, crank, ice o crystal meth. Actualmente representa ser la droga más consumida en EE.UU., quien recibe ser el primer lugar mundial en su consumo, debido a su bajo precio y efectos inmediatos. A partir de finales de los ochenta, su uso empezó a extenderse en Europa y Asia. En nuestro país, el consumo de esta sustancia se ha elevado durante los últimos años y actualmente estas sustancias son responsables del aumento delictivo en mucho; para los consumidores de estas sustancias denominadas derivadas de las anfetaminas (análogos de las anfetaminas, o es decir, metanfetaminas). Dos de las variantes de las metanfetaminas que más se consumen son las drogas conocidas como “éxtasis” (“tacha”) y “speed, cristal o ice” (“piedra”). Ambas pueden administrarse oralmente o fumadas, inyectadas por vía intravenosa o incluso inhaladas, como la cocaína. Tal parece que la metanfetamina o crystal meth (speed), se originó en EE.UU. principalmente, para sustituir a la cocaína, debido a su menor precio en su elaboración, distribución y venta, e igual forma de consumo: inhalada, fumada, inyectada. La metanfetamina (speed, crystal meth, cristal o ice), conocida en México como piedra, por su gran liposolubilidad, se difunde al cerebro con extraordinaria rapidez, ocasionando sensaciones de euforia e intensa energía, instauración de una rápida dependencia psicológica (obsesión), con cuadros alucinatorios y estados paranoides. Inyectada por vía endovenosa, produce efectos de tipo cocaína. En algunos individuos se han observado espectaculares pérdidas de peso. Debido a la elaboración clandestina de esta sustancia, puede manifestarse una toxicidad añadida originada por los productos intermedios utilizados en los procesos de síntesis, como el ácido fenilacético o el acetato de plomo. En el caso de este último compuesto se puede presentar un cuadro de saturnismo (dolor abdominal, anemia, convulsiones, encefalopatía, mialgias, neuropatía motora, hepatitis tóxica e insuficiencia renal). El éxtasis

o MDMA (metilendioxi metanfetamina) es una droga sintética psicoactiva con propiedades alucinógenas de gran potencial emotivo y perturbador psicológico, con efectos similares a las anfetaminas. Esta es una droga peligrosa en extremo por sus propiedades neurotóxicas y alta adicción, afectando a diversas zonas del Sistema Nervioso Central (SNC). Su producción se realiza en laboratorios clandestinos a partir de materias primas relativamente accesibles en el mercado industrial. Es de color blanco, inodoro pero con sabor amargo, se presenta en forma de comprimidos, cápsulas o en polvo cristalino que se disuelve en líquidos, pudiendo ser bebida, ingerida o inyectada. Sus consumidores suelen ser principalmente jóvenes adultos, que buscan en esta un estimulante que los lleve a bailar durante extensos periodos de tiempo (por ello se les denomina “disco-drogas”). Durante los años sesenta se utilizó con fines terapéuticos dado que según determinados sectores de la Psiquiatría, le atribuían que ayudaba en la comunicación y el tratamiento de neurosis fóbicas. Surgió entonces la polémica médico-legal, atribuyendo a su consumo repercusiones en el aumento de índices de delincuencia, por consumo de la droga, por lo que finalmente fue ilegalizado. El éxtasis (“tacha”) produce efectos psíquicos de gran potencial perturbador, cuya duración fluctúa entre las 3 y las 6 horas desde su consumo. Inicialmente el sujeto experimenta sensaciones de confianza y excitación, a las que sigue un estado de hiperactividad (que en realidad es un déficit de la atención, o incapacidad de concentración) e incremento de pensamientos morbosos. Provoca trastornos psicológicos: confusión, insomnio y pesadillas, pérdida de memoria, deseo incontenible de consumir nuevamente drogas (síndrome de abstinencia), depresión, agresividad y violencia, ansiedad grave y paranoia. Estos efectos se presentan incluso luego de varias semanas del consumo. También se informaron casos graves de psicosis. Entre los síntomas físicos figuran: taquicardia, anorexia, tensión y trastornos musculares similares a los presentes en la enfermedad de Parkinson, trismos (espasmos de los músculos de la masticación), trabazón de la quijada, náuseas, visión borrosa, desmayos, escalofríos y sudación excesiva y copiosa, signo característico durante la intoxicación. Se ha comprobado que el aumento de la frecuencia cardíaca y la tensión arterial es causal de ataques cardíacos y otros trastornos cardiocirculatorios o vasculares. Informes forenses indican que es causal de muerte súbita. La hiperactividad acarrea, además de los problemas cardíacos, hipertemia, deshidratación y fallas renales, y agotamiento. Las investigaciones demuestran que la MDMA (“tacha”) destruye las neuronas productoras de serotonina, que regulan directamente la agresión, el estado de ánimo, la actividad sexual, el sueño y la sensibilidad al dolor físico. Es probable que esta acción sobre el sistema productor de serotonina sea el origen de las propiedades psíquicas. La MDMA también guarda relación en su estructura y sus efectos con la metanfetamina, la cual ha demostrado ser causante de la degeneración de las neuronas que contienen la sustancia neurotransmisora dopamina.

Drogas de diseño, smart drugs, MDMA (éxtasis) (26)

En experimentos de laboratorio, una sola exposición a la metanfetamina en dosis elevadas o el uso prolongado en dosis bajas destruye hasta un 50% de las células cerebrales. Aunque este daño no sea inmediatamente aparente, los estudios científicos muestran que con el envejecimiento o la exposición a otros tóxicos pueden aparecer síntomas de la enfermedad de Parkinson. Estos comienzan con falta de coordinación y temblores, y a la larga pueden causar una forma de parálisis. Como ya se describió, las principales variantes de las anfetaminas (metanfetaminas) o llamados análogos de las anfetaminas (tacha o piedra) potencialmente implican un serio problema de salud pública significativo en el Ámbito Internacional y por supuesto en nuestro país, por las siguientes razones: de entrada, al “diseñarse” de manera ilícita, en muy pocas ocasiones se prueba su potencia; por tanto, siempre está presente el riesgo de consumir una sobredosis. Por otra parte, quienes la elaboran clandestinamente casi nunca se aseguran de la pureza de la droga, por lo que existe el peligro de una intoxicación causada por alguna sustancia contaminante (plomo, blanqueadores, líquidos de limpieza, compuestos sintéticos industriales). Por último, como ya se mencionó también, producen daños neurológicos irreversibles, y sin duda en el ámbito social del individuo consumidor. El consumo ya desmedido que genera esta sustancia (cristal o piedra), ocasiona daños neurológicos irreversibles en las sinapsis neuronales y sus compuestos endógenos (internos), los diversos neurotransmisores. La toxicidad de esta droga hacia el Cerebro es inmediata y directa, engañando las sustancias naturales del Cerebro (neurotransmisores) que nos permiten regular todas las funciones metabólicas naturales del organismo: genera una muy intensa y copiosa sudoración, pérdida de las sensaciones de hambre y de placer en general (dopamina, endorfinas), funciones de higiene, sano juicio, y sin duda muy intensos malestares morales o de culpa y desasosiego (falta de quietud y tranquilidad). La tolerancia a la metanfetamina es muy alta y amplía bastante el umbral de la dosis letal. Según Escotado, un consumidor asiduo, puede administrarse treinta o cincuenta veces la dosis capaz de provocar un ataque de locura furiosa a cualquiera. La metanfetamina no parece ocasionar dependencia física pero sí una extraordinaria dependencia psicológica. El síndrome de abstinencia provoca ansiedad, ataques súbitos de hambre, sueño, violencia y depresión severa que pueden durar varias semanas. En ocasiones se observa apatía general prolongada después de haber consumido dosis elevadas.

¿QUÉ HACER EN CASO DE EMERGENCIA?: Los síntomas de una intoxicación aguda son: aumento brusco en la temperatura corporal, enrojecimiento facial, temblores, pérdida de la coordinación, confusión, irritabilidad, alucinaciones, dolor torácico, hipotensión y arritmias cardíacas. En casos graves pueden sobrevenir convulsiones y shock. Se han reportado ataques cardíacos directamente provocados por sobredosis metanfetamínicas,

así es que cualquier síntoma debe considerarse como urgencia médica. Se recomienda administrar leche o carbón activado para demorar la absorción, provocar el vómito si la persona está consciente y administrar respiración artificial en caso de ser necesario. Aunque la sed sea intensa, se debe limitar la ingestión de agua debido al riesgo de edema pulmonar. Los médicos tratan los efectos de la intoxicación con haloperidol (Haldol® o Haloperil®), clorpromazina (Largactil®) o diazepam (Valium®) en combinación con compresas de hielo para bajar la temperatura y otros medios controlar las convulsiones. Anabólicos esteroides: Cabe mencionar, dentro de este grupo de sustancias de diseño, otros fármacos que van teniendo demanda entre los deportistas y las personas interesadas en desarrollar sus músculos, crecer o aumentar de peso. Éstos son los esteroides anabólicos, que son sustancias derivadas de las hormonas masculinas, en particular de la testosterona, que tienen su lugar en el arsenal médico. Desafortunadamente, su uso fuera de prescripción se ha expandido en muchos países, incluyendo el nuestro, ya que algunos atletas desean aumentar su musculatura y competir con ventaja al obtener mayor fortaleza. Los llamados fisiculturistas, los levantadores de pesas y los jugadores de fútbol americano son quienes más consumen anabólicos, pero también recurren a ellos los corredores y los lanzadores que compiten en las pruebas de atletismo. Sobre decir que estas sustancias les están prohibidas a los deportistas y que ya son muchas las medallas olímpicas que han tenido que retirarse al comprobar la infracción de la ley. Los anabólicos esteroides son capaces de producir efectos psicológicos, además de los físicos, que son muy marcados. Se conoce un claro síndrome de supresión, por lo que debe considerarse a estas sustancias potencialmente adictivas. Alteran los procesos cognoscitivos o cognitivos (de aprendizaje, intelecto, memoria), el estado de humor y la conducta, de tal manera que interfieren con el aprendizaje y con las relaciones interpersonales. En cuanto a los efectos físicos, son notables los cambios hormonales; la disminución de las gonadotropinas provoca atrofia testicular. Puede haber una disminución de 15 a 35 % en el tamaño de los testículos con hipospermia (disminución de la cantidad de semen) o azoospermia (desaparición de los espermatozoides), con la consecuente incapacidad para la fecundación del óvulo, es decir, esterilidad. Esta situación aún persiste por largos periodos después de haber suspendido el consumo de los esteroides. Si consideramos estos hechos, es importante que los jóvenes sepan los riesgos que se corren cuando se usan estas drogas, cada vez más populares para mejorar el “rendimiento” en el deporte. Los nombres farmacéuticos más conocidos en nuestro medio son: Depo-Testosterone, Durabolin, Deca-durabolin, Winstrol, Primobolán y Dianabol.

2) Proceso y conducta adictivos en el consumo de drogas :

Tolerancia: es la necesidad de consumir mayores cantidades de droga, debido a que una misma cantidad de la sustancia ya produce menores efectos en el consumidor;

por tanto, surge una necesidad de incrementar cada vez más las dosis para conseguir el efecto deseado, como el de “la primera vez”. Así pues, tolerancia es la adaptación del organismo a los efectos de la droga, lo que implica la necesidad de aumentar la dosis para seguir obteniendo resultados de igual magnitud. Mientras más seguido o frecuentemente se utilice una sustancia psicoactiva, el organismo se va adaptando tanto orgánica como psíquicamente (neuroadaptación) para depender de dicha sustancia, es decir, mientras más se consume y dependa de la sustancia, se desarrolla una tolerancia a la misma, es decir, cada vez se depende de consumir con mayor frecuencia y a mayores dosis, y un síndrome de abstinencia ante la supresión..

Síndrome de abstinencia: cuando un consumidor-adicto deja de consumir una sustancia psicoactiva (droga), el organismo reacciona con una serie de síntomas físicos como sudoración, escalofríos, náuseas, vómito, convulsiones, alucinaciones y ansiedad. Estos síntomas indican que los niveles de una determinada sustancia psicoactiva en la sangre han disminuido hasta el punto en que el funcionamiento perdió su equilibrio y en el organismo se ha originado una nueva necesidad. Entonces el síndrome de abstinencia es el conjunto de estos síntomas que sufre el consumidor que ha adquirido dependencia, cada vez que deja de consumir bruscamente la sustancia a la que su organismo ya se acostumbró, o cada vez que disminuye la dosis.

a) Drogadicción y daño social:

La drogadicción genera un grave problema social. El individuo, su familia, amistades, escuela, ambiente laboral, y finalmente, la comunidad entera son perjudicados. Las estadísticas globales acerca de las adicciones en Occidente, son alarmantes. Por ejemplo, anualmente mueren 3 millones de fumadores, 750 mil bebedores, y 200 mil drogadictos. El grave aumento en el número de consumidores ocasionales y adictos, parece relacionarse íntimamente con el aumento de la violencia social y la comisión de delitos. Quizá muy pocos roben, defrauden o maten por hacerse de un paquete de cigarrillos o beber un poco más de alcohol, pero sí bastantes lo han hecho, por procurarse una dosis más de crack o cristal o ice (piedra). Muchos actos delictivos se deben al alcohol y otras drogas, tales como abusos físicos y sexuales, riñas, asesinatos, accidentes de tránsito, muertes. Es importante entender lo siguiente sobre la conducta adictiva, ésta no es sólo propia hacia el consumo abusivo de drogas o sustancias psicoactivas, como conducta adictiva, también son conductas adictivas el juego de azar compulsivo, la adicción a las relaciones sexuales, el despilfarro, el robo, la anorexia, etc. La conducta adictiva en sí representa ser como un trastorno de los impulsos: ansiedad, compulsión, baja tolerancia a la frustración, hedonismo, ambición; es como querer obtener “placer” inmediato a impulsos que obedecen a una labilidad (debilidad) emocional, y poco dominio consciente. En la conducta adictiva hacia el consumo de drogas o sustancias psicoactivas, los adictos son

atraídos por cierto tipo de cambios en el estado de ánimo o exaltaciones. Harvey y Milkman y Stanley Sunderwirth en “Craving for Ecstasy: The Consciousness and Chemistry of Escape” (“Dependencia por el éxtasis: La conciencia y química del escape”), hablan de exaltaciones adictivas diferentes pero específicas, que atraen a la gente: excitación, saciedad y fantasías forman parte de las adicciones. Ambas, la saciedad y la excitación son atractivas, astutas, desconcertantes y poderosas exaltaciones. La exaltación se logra con anfetaminas y metanfetaminas, cocaína o los primeros tragos de alcohol. La exaltación hace a los adictos creer que pueden obtener felicidad, seguridad y plenitud; provoca sentimientos de omnipotencia, mientras que sutilmente les drena todo su poder. Para obtener más poder, los adictos regresan al objeto (sustancia) y al acontecimiento (consumo) que provoca la exaltación y poco a poco llegan a ser dependientes de éste. A los adictos a la exaltación, por consumo de drogas, les agobia el temor de perder su poder, y que otros descubran cuán impotentes son en realidad. La exaltación de saciedad se hace con el control de la persona y promete siempre un alivio del dolor, emocional o físico. Sin embargo, el dolor regresa más profunda y persistentemente, hasta que se transforma en pena y desesperación. La atracción por las sensaciones parecidas al trance sobrepasa el deseo natural a la trascendencia y al contacto con lo divino. Las sensaciones del trance producen sentimientos en el individuo de que esa conexión es real. Crea una realidad virtual en la cual la experiencia espiritual se vuelve real, pero de hecho es una ilusión. La verdadera experiencia espiritual nos da un sentido de crecimiento y la habilidad para ver en su dimensión real lo significativo, la salud y la compasión (sentido de comunidad). Nos proporciona una creencia fuerte en las relaciones y nos humaniza. Después de experimentar una situación pseudoespiritual en el trance adictivo, la persona queda con el dolor y la ansiedad de los cuales trató de escapar, además del vacío creado cuando el alma (psique) se da cuenta que no ha tenido lugar ningún contacto o resolución a su conflicto interno. El trance entonces forma parte de la adicción como enfermedad, por medio de la cual los consumidores creen experimentar una conexión espiritual a través de las drogas o sustancias psicoactivas y conductas en el consumo que sólo producen una sensación temporal. La adicción se convierte en un estilo de vida en el cual el adicto pierde el control en el uso de las sustancias y conductas de consumo, y evade el aspecto emocional de la vida. Los adictos insisten en no enfrentar los problemas de la vida para sentirse bien. La adicción o drogadicción es muy lógica, para el adicto al menos, y su metabolización en el organismo y sigue una progresión igual de lógica; pero esa progresión está basada en lo que podemos denominar lógica emocional, mas no lógica racional. La lógica emocional obedece a la frase “quiero lo que quiero y lo quiero ahora”, debido a que las necesidades emocionales y psicológicas (obsesión) frecuentemente se sienten de manera urgente y compulsiva. La lógica emocional trabaja para satisfacer esa urgencia aun cuando no sea en beneficio de

la persona. De este modo, el yo racional parece quedar casi parcialmente inutilizado, ignorado, desplazado, reprimido, antes los fuertes impulsos de origen emocional propiamente. Para los adictos, el objeto (droga o dinero) o la conducta (“rituales” del consumo) se vuelven más y más importantes en la medida en que tratan de resolver su necesidad emocional de intimidad a través de sus relaciones con éstos. Eventualmente su relación emocional se vuelve prioritaria porque experimentan un cambio del estado de ánimo y empiezan a creer que sus necesidades emocionales están satisfechas, lo cual es una ilusión.

La conducta adictiva hacia drogas, como ya vimos sólo obedece a impulsos emocionales y fisiológicos, ya instaurada la tolerancia en el organismo, tales como la dependencia psicológica (obsesión) y la dependencia física (compulsión), por el proceso ya descrito de neuroadaptación y tolerancia. Por tanto, el adicto sólo obedece a estos impulsos y “necesidades”, ya instauradas; y el yo o raciocinio del individuo queda prácticamente paralizado, por lo cual no hace absolutamente nada en su beneficio ante dicha conducta de consumo y dependencia. El drogadicto, mientras más se hunde, más niega su impotencia o vulnerabilidad, y el proceso es continuo hasta tocar fondo. La adicción es un amor patológico y una relación de confianza (cierta fé) con una droga o sustancia (objeto) y con la conducta propia del consumo. Incluso, el hecho de comprar o “conectar” la droga se vuelve parte del mismo ritual.

Un sujeto con patologías está fuera de una condición sana y normal. Cuando alguien es descrito como enfermo mental, significa que se ha apartado de lo que se considera normal. La palabra patología se refiere a lo anormal o fuera de la norma. En consecuencia la drogadicción es en parte también, una relación anormal con una sustancia o droga, y la conducta propia del consumo. La mayoría de las drogas, de origen y con finalidades médicas, ayudan a superar el dolor o curar enfermedades; cualquiera que use estas sustancias de esta forma, cabe dentro de la norma y lo legal, por tanto es considerado como socialmente normal y su relación con las mismas es saludable, es decir, no abusa de éstas; sería el caso, por ejemplo, del uso médico de tranquilizantes menores, anfetaminas, morfina y codeína. En el adicto, sin embargo, éste se separa de esa función normal y socialmente aceptable de la sustancia o droga y establece una relación patológica o anormal con ésta. Más aún, en el caso de sustancias psicoactivas que no tienen ninguna finalidad ni uso médico, como son algunos alucinógenos, el alcohol o etanol y las drogas “de diseño” (metanfetaminas y sus derivados). El drogadicto o alcohólico desarrolla una relación con la sustancia misma, esperando satisfacer sus necesidades. Ésta es la enajenación mental de la adicción, puesto que la gente normalmente satisface sus necesidades emocionales o de intimidad a través de una balanceada combinación de conexiones íntimas y afectivas con otras personas, consigo mismo, el trabajo, sueños o metas, con su comunidad y quizá también, con un poder superior; pero

nunca o en absoluto cuando se trata de depender de manera habitual de sustancias o drogas para “estar, y sentirse bien”, mucho cuando se trate de estos “estimulantes” químico-sintéticos; si “estimulan” esto de nada sirve para el cumplimiento de tareas simples o sencillas, mucho menos complejas. Al parecer estos tipos de estimulantes fueron creados en un principio desde quizá la Segunda Guerra Mundial o antes, para ser utilizados en los soldados o tropas en los frentes de batalla, para mitigar la fatiga y condiciones de escaso descanso y alimento, así como las extensas jornadas en dichas condiciones; en muy diferentes frentes de batalla, desde la Segunda Guerra hasta Vietnam, y posteriores. Quizá exista una relación entre milicia, drogas, armas y guerra.

La forma en que los drogadictos se tratan a sí mismos y a los demás: Dado que la drogadicción es una enfermedad, la relación prioritaria del adicto es como ya se mencionó con la sustancia (objeto) y con conductas (rituales del consumo) y no con personas. Normalmente manipulamos objetos para nuestro placer y beneficio, para hacer la vida más fácil. Los drogadictos transfieren poco a poco su relación con los objetos a su interacción con las personas que los rodean, y llegan a tratarlas como objetos dimensionales que también manipulan. Los drogadictos se tratan a sí mismo como tratan a los otros. Al tratarse como objetos, su mente o espíritu y su cuerpo son sometidos a muchos peligros diferentes, incluyendo niveles elevados de tensión (estrés). Como continúan tratándose como objetos, frecuentemente llegan a padecer alguna forma de trastorno psicológico o de personalidad, incluso neurológico. Lo que hace a una relación adictiva tan atractiva es el cambio del estado de ánimo que produce. Así funciona siempre, eso está garantizado, de ahí la sensación de poder y aparente placer y control que el adicto-consumidor cree tener, siente el poder. “Engañar a otros es muy grave, pero engañarse a uno mismo puede ser fatal”.

Etapas de la adicción: El “viaje” para los alcohólicos principia cuando se intoxican por primera vez y descubren que una sustancia puede hacerlos sentir diferentes. Todos nosotros, aun los no adictos, experimentamos cambios en nuestro estado de ánimo similares; pero para el drogadicto este es un nuevo e intenso descubrimiento. En el cambio de ánimo, que procura mediante la dosis y consumo, existe la ilusión de control, la ilusión de bienestar y la ilusión de perfección. Cualquier drogadicción o adicción a una o varias drogas comienza cuando una persona busca repetidamente la ilusión del consuelo para evadir sentimientos o situaciones desagradables, mediante el uso y abuso de cualquier sustancia psicoactiva. Esto es alimentarse a través de la evasión; es una manera antinatural de hacerse cargo de la satisfacción de las propias necesidades. En este punto, el drogadicto empieza a rendirse y desechar las relaciones naturales y la liberación que éstas ofrecen. Reemplaza estas relaciones con las adictivas. El drogadicto pierde categóricamente oportunidades de vida a nivel social y psicológico y emocional o espiritual. El yo (parte pensante y personalidad) del sujeto droga-

dicto sufre una ambivalencia, por así decirlo; el yo real se encuentra en contrapartida con el yo adicto (este es el lado consumido y transformado por la adicción). Ciertamente es que ambos son reales, pero el segundo corresponde a ser una forma de patología o desviación. Eventualmente la persona adicta forma una relación dependiente con su personalidad adictiva. La siguiente cita de R.L. Stevenson de su libro “Dr. Jekyll and Mr. Hyde” proporciona una ilustración adecuada de sendos lados de la personalidad adictiva. El doctor Jekyll describe la pérdida de su yo, de la siguiente manera: “Aún cuando al inicio la dificultad radicaba en deshacerse del cuerpo de Jekyll, en últimas fechas se había transferido paulatinamente pero decididamente al lado opuesto... comencé a perder el control de mi yo original y mejor, y cada vez me incorporaba más a mi segundo y peor yo”. En breve síntesis, esta novela trata de un doctor Jekyll que al ingerir cierta sustancia que él mismo preparaba químicamente, éste se transformaba en otra identidad de tipo monstruosa, Mr. Hyde.

Desarrollo de la adicción: “Las bases de la adicción se encuentran en toda la gente. Se encuentran en el deseo natural de tener éxito en la vida con el mínimo de dolor y el mayor placer posible (hedonismo). Se encuentra en nuestra negatividad y en la desconfianza de otros y del mundo, ya sea que este pesimismo sea válido o no. No hay nada equívoco en esta parte de nosotros; hasta cierto punto es natural tener estas creencias o preferencias. Sin embargo cuando esas creencias controlan nuestra vida como lo hacen en la adicción, la gente se mete en problemas. Algunas personas son más susceptibles a la adicción que otras. Son susceptibles a ella las personas que no saben cómo establecer relaciones saludables y les han enseñado a no confiar. Deben haber sido tratadas mal por otros mientras crecían, y como resultado nunca aprendieron a relacionarse adecuadamente” (Nakken, Craig, 1999). Si la persona fue criada en una familia donde la cercanía no era una realidad, estará más propensa a establecer una relación adictiva por dos razones. La primera, por haber aprendido a distanciarse de la gente y a no relacionarse con ella. Segundo, el crecer en ese tipo de familia le ha dejado un profundo sentimiento de soledad que no ha querido cambiar. La drogadicción le brinda la ilusión de ese cambio. Si ha crecido en una familia donde la gente era tratada como objeto más que como persona, ha aprendido entonces la lógica adictiva. La drogadicción es una creencia activa en un compromiso ante un estilo de vida negativo. La adicción comienza y crece cuando una persona abandona los caminos naturales de satisfacción de necesidades emocionales al conectarse con otras personas, con su propia comunidad, consigo mismo y tal vez con un poder espiritual superior. El repetido abandono de uno mismo y de los valores propios a favor de la elevación adictiva, causa el desarrollo de la personalidad adictiva misma y su gradual poder. La adicción a una droga o sustancia empieza a generar dolor, precisamente aquello que la persona trata de evadir. Al crear dolor el proceso crea también la necesidad de continuar la relación adictiva. El adicto busca refugio del dolor de la dro-

gadicción sumergiéndose cada vez en el proceso adictivo. El adicto busca felicidad y serenidad mediante el trance que le proporciona el consumo de la sustancia, pero como ha empezado a abandonarse a sí mismo y a otros, no puede ver que el dolor que siente es creado por su propia actuación o conducta. Mucho antes de que la adicción esté fuera de control, el consumidor ha peleado y perdido muchas batallas en el nivel emocional o psíquico; poco a poco la personalidad adictiva se desarrolla y va ganando control, sobre el yo interno. Los adictos actúan como niños. Si se sienten bien, lo hacen, exploran. Siguen impulsos emocionales que provienen del centro de su ser, en lugar de apelar a la lógica común. En esta etapa, el drogadicto llega a sentir desagrado, inquietud y culpa. Estas son señales internas de alarma, pero parte del proceso adictivo supone negar estas señales de peligro. La adicción es también un proceso de rechazos (evasión). Rechazo a la realidad, pero principalmente rechazo de sí mismo. Este último debe ser cada vez mayor para que progrese la adicción.

Cómo cobra fuerza la personalidad adictiva: Gran parte de la obsesión mental de un drogadicto o consumidor resulta del rechazo o la negación a reconocer la pérdida de control que sucede a nivel emocional. Evadir la realidad de una situación y traicionándose a uno mismo, conlleva a un dolor mayor, el cual eventualmente crea la necesidad de explicarse a sí mismo qué esté sucediendo. Esto puede evolucionar hacia pensamientos obsesivos o bien la persona llega a preocuparse y trata de racionalizar su situación. Los pensamientos obsesivos empiezan a aparecer con mayor frecuencia y consisten en cuestionamientos constantes: ¿por qué?. La preocupación tiene que ver con la actuación y con los cambios en el estado de ánimo. Todos hemos oído la frase “La mente construye”. Nadie sabe eso mejor que un adicto. Si un adicto activo no le gusta la manera como se siente, solamente necesita recurrir al objeto (sustancia) de su adicción para que ocurra un cambio sutil en su ánimo. Cada vez que esto pasa, el drogadicto (“alma descarriada”) pierde un poco de control, lo cual aumenta su lado adicto. Todo consumo de esas drogas, las denominadas duras desde el alcohol, encabezando la larga lista, finalmente no ayudan en nada, ni en la ejecución de tareas simples, mucho menos complejas, y finalmente solo destruyen al consumidor adicto, al individuo que en sí es; únicamente le habrán servido para lograr su propósito oculto o inconsciente, ante una falta de madurez para enfrentar ciertos problemas, miedos o trabas mentales, destruirse. Bastante hemos escuchado esta palabra: drogadicto, y da la sensación de ser una palabra fuerte; pero no se trata de una palabra despectiva, sino descriptiva ante el fenómeno de la drogadicción. El drogadicto si bien se le considera un enfermo, lo cual es cierto, ya que la drogadicción es una enfermedad, desde el alcohólico y “chemo”, hasta el cocainómano y “tachero”, o el “pedrero”. Una persona con problemas de drogadicción es sinónimo de mil y más adjetivos que le denotan, desde “traumado” y “loco” hasta “perdido” y “animal”, esto ante una completa enajenación de la conducta habitual o des-

habitual del adicto, ante él mismo y su medio, familiares cercanos principalmente. Dicha conducta enajenada por el consumo y adicción contrasta terriblemente ante una realidad que compartimos en general en un medio como nuestra comunidad. En el drogadicto, la pérdida gradual del yo, ocurre en el proceso de adicción, y como éste lo es cada vez más, la disminución del yo incrementa la personalidad adictiva. En una situación de drogadicción o farmacodependencia hay un constante conflicto interior entre el yo y su parte adictiva. En esta lucha el yo adicto gana invariablemente. Esto significa la pérdida de control. Entre más árdua es la lucha, mayor es el control que la personalidad y comportamiento adictivos adquieren para establecerse definitivamente en la persona. Cada vez que el yo lucha contra la adicción, el adicto se fortalece. Es decir, la metabolización de la sustancia o droga a nivel del organismo, o sea la tolerancia y el síndrome de abstinencia, terminan por tomar control, muy por encima de la personalidad del individuo o su conciencia e inconsciente. Es como decir, si el sujeto consumidor nunca tuvo o logró una verdadera conciencia de sí mismo, o de lo que es, o lo que quería ser, y por ello sucumbió en el submundo y pseudocultura del consumo desmedido de enervantes, desde el alcohol encabezando la lista y demás sustancias químico-sintéticas, sea debido quizá a una carencia, una falta de apoyo, una falta de fé, confianza o creencia, o una desorientación, o una desilusión, o un rechazo, etc.; hasta finalmente, como parte del proceso, degenerar en la enajenación mental que ello implica, y si bien tocó fondo y logró salvarse, y si no, su caso requiere de tomar las riendas de su vida o de su existencia, si no, nunca logró nada, fue más ignorante de lo que pensó, se volvió doblemente prisionero de sí mismo, primero de sus conflictos que no quiso enfrentar y superar (hacerlos concientes), segundo de las sustancias o drogas de abuso, cuya única fé radicó en ser un consumidor-adicto fiel a su escapes de la realidad, a sus “dealers”, y la cobardía de nunca lograr sus sueños o metas o ideales, sólo fiel de su “sagrada destrucción”. Simplemente todo ello conduce a hundirse cada vez más hasta lograr su cobardía más perversa, su destrucción. El luchar y pelear contra algo que tiene más poder que uno mismo, drena la energía del ser (energía vital). Por cada derrota hay algo de pérdida de la autoestima; ahí está el porqué la gente se rinde en el proceso recuperador. Es aceptando que uno no puede enfrentarse solo a la enfermedad, cuando la persona encuentra la fortaleza para empezar a conectarse con otros, en vías de recuperación o rehabilitación. La relación adictiva es una relación interna entre el yo y el adicto; es una relación de uno a uno basada en la lógica emocional. Con el tiempo la conducta adictiva se convierte en la personalidad dominante. Los amigos y familiares con frecuencia se preguntan a ellos mismos y a otros ¿por qué él actúa así?, ¿acaso ya no le importamos?. La verdad es que al adicto no le interesa nada de lo que ocurre fuera de él mismo. Lo único que le ocupa es actuar y entrar en trance. Tampoco se preocupa por sí mismo. Frases tales como “si no te detienes por mí hazlo por ti mismo” caen en oídos sordos.

La persona que sufre adicción también se hizo las mismas preguntas antes que nadie. ¿Por qué actúo de esa manera? ¿Acaso no me importa? Muchas familias dolorosamente han caído en la cuenta de que es el adicto, al enfermo a la adicción lo que todos odian y temen, y no a la persona que la padece. Frecuentemente es un alivio para la gente que sufre de alguna drogadicción, darse cuenta de que ellos mismos no son malas personas como creían, que su personalidad adictiva no es todo en ellos, sino una parte de sí mismos que ha crecido como resultado de una enfermedad, el consumo de enervantes: alcohol, cocaína, crack, metanfetamina (piedra, cristal, ice o speed y MDMA (tachas), ácidos, anfetaminas, esteroides, sedantes, psicotrópicos, alucinógenos, activo o solventes industriales, opio y sus derivados (heroína, morfina, etc.) entre las drogas denominadas duras o pesadas; y otras denominadas blandas, suaves o lícitas, las de mayor consumo y expansión, incluyendo el alcohol, tabaco, cafeína, glucosa, colas, y las ahora muy de moda “bebidas energéticas”, a base de cafeína, guaraná, kola, taurina, etc. Los drogadicctos quieren tomar decisiones de control cuando se sienten menos poderosos o débiles. Esta opción crea un sentimiento de tener todo bajo control y cercano a una perfección, al menos por un rato. Tratar de ganar ese sentimiento de control, aun cuando es ilusorio, es muy tentador. Aceptar la realidad de no tener poder, es algo difícil de entender. El adicto lo pierde todo, desde el control y conciencia de sí mismo, hasta todo lo que involucra su esfera psicosocial, valores económicos y materiales, motivos básicos, respeto, dignidad, honor, sapiencia, aprendizaje, conocimiento, inteligencia, en fin los daños ocasionados por el consumo de estas drogas duras o de abuso, en realidad dañan todo el ámbito biopsicosocial del individuo, desde los sistemas del organismo, biológicos, fisiológicos y neurológicos, hasta su esfera interpersonal, lo que involucra sus redes sociales más próximas, psicoafectivas, contactos u oportunidades, socialización. Teorías desarrolladas en la relación entre recursos sociales y salud mental sostienen que el vínculo psicológico que existe entre la participación en una red social y la salud mental es el apoyo social derivado de dicha participación. La teoría del apoyo social propuesta por, afirman que la falta de apoyo social desempeña un rol M. Brewster Smith y Nicholas Hobbs causal en el inicio de una enfermedad mental. El trastorno mental no es la “misericordia privada de un individuo”, sino está estrechamente ligada a las deficiencias de las fuentes naturales de apoyo social (la familia extensa, el vecindario, los amigos) para funcionar efectivamente en la vida del individuo. Existen pruebas empíricas obtenidas de varias fuentes, que demuestran que el apoyo social mantiene una relación positiva con la salud mental. Los estudios correlacionales han demostrado que mientras más apoyo social tengan los individuos, menores serán sus síntomas de perturbaciones psicológicas (por ejemplo, depresión o ansiedad), enfermedades psicosomáticas (úlceras, migraña), y riesgos de involucrarse en el consumo y drogadicción.

La conducta del drogadiccto: - El adicto empieza a men-

tir a otros, aun cuando es más fácil decir la verdad. - El adicto empieza a culpar a otros, sabiendo que no son culpables de su situación. - El adicto empieza a ritualizar su conducta. - El adicto empieza a separarse o aislarse de las demás personas. El drogadiccto no sólo tendrá a su disposición un mundo secreto donde refugiarse su vida emocional y su mente, sino también un mundo secreto en el cual vivirá un estilo de vida adictivo. Por ejemplo, en esta etapa los alcohólicos empiezan a tomar un par de tragos y pastillas de menta antes de llegar a casa, o ritualizar sus sesiones de consumo. Los drogadicctos deben darle sentido a todo eso y lo hacen negando el miedo y el dolor causados por su conducta inapropiada. Aquí es cuando el adicto se vuelve hacia la negación, la represión, la mentira, las racionalizaciones y otras defensas (mecanismos de defensa inconscientes) que le ayudan a lidiar con lo que le sucede. El proceso adictivo tiene el poder y la capacidad de hacerse necesario, como la nicotina al fumador, el alcohol al alcohólico, la piedra al adicto. A través de actuaciones repetidas (condicionamiento o reforzamiento de la conducta), combinadas con obsesiones mentales, en esta etapa se establecerá con cada vez mayor control otra forma de compromiso. La pérdida de control de la conducta es una expresión de la pérdida interna de control del yo, cedida al adicto.

b) Rituales adictivos:

Erich Fromm afirma en su libro “The Sane Society” (“La sociedad sana”), que en un ritual la persona “actúa con el cuerpo lo que piensa con su cerebro”. Los rituales son afirmaciones de valores. En la adicción, los rituales son la afirmación de valores acerca de las creencias del adicto. Estos rituales pueden ser y son, de hecho, totalmente opuestos a las creencias del yo. De allí que en la adicción la persona actúe con su cuerpo la lógica adictiva que existe en su cerebro (tolerancia, abstinencia, obsesión), es decir, tanto a nivel psicológico como fisiológico. La drogadicción del individuo hace que su organismo actúe instintivamente, ya por funciones patológicas impuestas (sustancia, tolerancia y síndrome de abstinencia); en cierta forma, la sustancia introducida en el organismo, lo engaña en todos niveles. Hace depender al organismo de una sustancia (en el caso de drogas de abuso o duras) totalmente innecesaria y que además le es perjudicial. La mayoría de las sustancias psicoactivas, si no es que todas, una vez introducidas en el organismo, prácticamente engañan las funciones sinápticas (neuronales) en los neurotransmisores del cerebro, dañando la producción y transmisión de los mismos.

Elecciones y rituales:

Cuando actuamos de acuerdo a un ritual, es porque hemos optado por ello. Cuando el drogadiccto enfrenta una opción, siente de hecho una gran tensión interior (conflicto): vivo o no vivo la adicción. Esta tensión puede prolongarse por horas, días o semanas y es una gran parte del sufrimiento causado por la adicción. El ritual adictivo relajará esa tensión, de nuevo. Al involucrarse en un ritual

de consumo más, el conflicto se supera momentáneamente.

La comunidad y los rituales: La comunidad a la cual pertenecemos nos da dirección y reglas de conducta social. Los rituales que hacemos nos enlazarán siempre a alguna comunidad aun cuando los actuemos solos, es decir, tales como ver una película, una cena especial, un viaje, ir a un evento, ir a la playa, practicar algún pasatiempo y deporte, etc.. Pero los rituales adictivos casi siempre tienen lugar a solas o con un grupo cuyos miembros no tienen en realidad contacto, provecho o pro-actividad uno con otro. Generalmente, la única conexión es su forma común de actuación (drogarse). Las relaciones adictivas son muy superficiales y a la vez muy privadas. Se ha otorgado ya control total sobre el adicto y éste en su interior. El adicto interno no se interesa por estar con la gente, prefiere la soledad o la compañía de otros drogadictos que conocen, aceptan y no se asustan con sus ritos de adicción. El alcohólico bebe solo o con “compañeros de juerga”. Lo mismo con los cocainómanos o los fumadores de “crack y cristal”. Así con los heroínómanos y los “disco-drogos” (“tacheros”). La drogadicción es una forma negativa de idolatría, a través, de la cual el adicto se relaciona con su parte negativa a expensas de su yo interno. El yo atestigua el ritual adictivo, pero por lo general se disgusta en lo que se ve forzado a participar, aunque el poder de la enfermedad lo mantiene cautivo (prisionero en las “mallas de su ficción directriz: ideativa y adictiva”). Los rituales adictivos tienen este propósito, empujar a la persona más profundamente dentro del proceso adictivo. Cada vez que la persona actúa, su sistema adictivo de creencias y defensas se fortalece. La gente que sufre la adicción tiene que recurrir a sistemas adictivos (usando su lógica adictiva) para explicarse sus acciones; de otro modo, las encontraría difíciles de aceptar. Para los drogadictos, la sustancia (objeto) de su adicción se convierte en un símbolo de su relación con el mundo. Es una afirmación que en ese momento eligen con objetos o actitudes por encima de la gente y de la relación espiritual que cada uno de ellos pueda tener. Cada vez que el drogadicto se involucra en su ritual, la sustancia y consumo adquieren mayor poder. Como un símbolo, la sustancia gana más y más poder. Los drogadictos llegan a ser fanáticos de sus rituales propios de consumo de la sustancia. Para el alcohólico el uso del alcohol forma parte de un ritual sagrado, más poderoso que la vida misma. Los rituales saludables nos mantienen unidos a la familia y a los amigos, a los principios espirituales o una comunidad basada en la ayuda mutua (sentido de comunidad). En otro sentido, los rituales adictivos actúan al revés; su primer propósito es aislarnos de los demás. Los rituales saludables nos ayudan a sentirnos bien con nosotros mismos; los rituales adictivos nos hacen sentir mal. Los rituales saludables nos vinculan con la gente que se preocupa por nuestro bien. Los rituales adictivos nos vinculan con el adicto o con la parte peligrosa de los otros (relaciones o redes desfavorables). Los rituales saludables nos ayudan a establecer relaciones sanas y mejores; los rituales adictivos destruyen las relaciones. Los

rituales saludables nos ayudan a sentir orgullo de nosotros mismos y de nuestros amigos (elevan la propia estima). Los rituales adictivos causan vergüenza (disminuyen la autoestima). Los rituales saludables celebran la vida; los rituales adictivos celebran la muerte. Un drogadicto activo es un solitario emocional que verdaderamente prefiere serlo. La presencia de otras personas, especialmente alguien que quiere acercarse, le resulta una molestia, pero al mismo tiempo el yo puede estar añorando establecer una relación con otro ser humano, con alguien que pueda ayudar y escuchar lo que le está sucediendo.

Problemas con la gente: Conforme progresa la enfermedad de la drogadicción o farmacodependencia y la persona adicta se va dirigiendo más y más hacia ésta, sea cual sea la sustancia objeto de su abuso, quienes están a su alrededor sentirán este abandono emocional y reaccionarán ante el mismo. Esto le empieza a provocar “problemas con la gente”. Debido a que la adicción es con la sustancia y consumo, y no con la gente. Surge así una despersonalización, desestructuración social del sujeto (sus redes sociales y psicoafectivas), y se dan muchos cambios. Los drogadictos empiezan a manipular a los demás tratándolos como objetos. No es de sorprender que para él o ella no tenga sentido el que se ofendan de ser tratados así. El drogadicto es en muchas ocasiones muy exigente y tiende a centrarse en sí mismo, de manera patológica. Otra razón por la cual los drogadictos encuentran confortable la relación con sustancias y el consumo como relación emocional primaria, en lugar de relacionarse con personas, es porque sus objetos de adicción no pueden cuestionar. Los objetos nunca se quejarán de la manera de actuar del drogadicto y además no hacen demandas, por decirlo de esa manera. Estos aspectos del ambiente adictivo son más y más atractivos conforme progresa la enfermedad, y la confianza hacia los demás decrece. En esta etapa, si la familia o los amigos tratan de relacionarse con la persona para descubrir qué le esté sucediendo se enfrentarán con algún tipo de resistencia: engaños, abandono, e incluso a un ataque personal. Los drogadictos empiezan a desconfiar de las demás personas a su alrededor porque proyectan su sistema de “creencias y valores adictivos” en cualquiera. El sistema de creencias adictivo asume que la gente se utiliza mutuamente (porque para ellos la gente es exactamente un objeto) y que “tienes que hacerles antes de que te hagan a ti”. La mayoría de la gente que sufre adicción a drogas rechaza intelectualmente esta creencia pero emocionalmente no tiene recursos para rebatirla. El yo no tiene ya el control. El adicto sí. Esto causa más vergüenza y continuamente el adicto comienza a sentirse victimado, se compadece de sí mismo y se desespera, se conmisera de sí. También busca con frecuencia algo o a alguien a quien culpar (el villano) y éste suele ser alguien cercano. El drogadicto utiliza a la gente, ya sea para procurarse dosis de sustancia, o ya sea por encubrir su enfermedad adictiva, presa de su inmadurez, su ignorancia quizá por falta de información al respecto como mínimo. El adicto, pensante en su lógica adictiva emocional, se inventa miles de pretextos

tos para excusar su conducta, muchas veces en un estado de nerviosismo, entre intoxicado, ansioso, eufórico, paranoide y finalmente depresivo, lo cual sin duda conduce a la comisión de actos agresivos, delictivos e ilógicos, incluso sociopáticos, en su gran mayoría de los casos. La parte más triste es que en realidad la única víctima es el adicto mismo. Como cualquier otra enfermedad, la drogadicción es un asalto contra la persona, pero el adicto no lo percibe así. Sólo alcanza a ver lo que está sucediendo, resultado de su adicción, como una amenaza a su actuación. La rabia y la tensión que el drogadicto experimenta se proyecta hacia otros primero; después hacia sí mismo y finalmente al mundo o la vida misma. Los ataques, los abandonos de responsabilidades y los engaños así como la negación son en este punto actuaciones forzadas. A través de estas formas de actuar se genera un dolor interno que justifica la siguiente acción. Amigos, familia y otros alrededor del drogadicto continúan tratando de relacionarse emocionalmente con el yo del adicto. No obstante, se quedan con las manos vacías, y de alguna manera cambian la relación con el adicto para protegerse a sí mismos. Tener una relación con un drogadicto o alcohólico activo es una experiencia muy dolorosa y emocionalmente peligrosa, principalmente para los demás miembros de su familia.

c) Influencia social del consumo de drogas:

El consumo de drogas es influenciado por la situación social. El ingerir bebidas alcohólicas, fumar cigarrillos o marihuana, inhalar cocaína, fumar “piedra”, inhalar “activo”, etc., se produce mediante un aprendizaje con otras personas, habitualmente de significación como son los amigos o amistades, la familia, los padres y dentro del contexto social del sujeto. Generalmente estos consumos se dan en grupo, es de escasa frecuencia, el consumidor aislado. De algún modo existe un contagio o presión social que condiciona muchas veces el uso de drogas. Un factor que aumenta estos consumos es la disponibilidad de la droga, que facilita el acceso de los consumidores a estas sustancias. Ejemplo de ello es la facilidad para adquirir bebidas alcohólicas en envases pequeños en los supermercados o “mini-supers” de 24 horas de atención, que hace que las personas, cada vez beban más, incitando principalmente a los jóvenes, que conviven en lo que llaman “reventón” o “rock n`roll”; que si bien muchas veces es sano, generalmente se le vincula con la ingesta de alcohol principalmente. Así con la venta de cigarrillos, y disponibilidad de productos industriales usados como inhalables (“activo”). El uso de drogas ilícitas es aceptado en la sociedad porque cumplen un rol y aportan dinero a la economía. Su producción, distribución y venta tienen un sentido económico y de lucro, en general. Es una actividad lícita o ilícita según la droga que se comercializa. El uso se debe a que producen algún grado de placer y por su efecto sobre el estrés, tal es el caso del alcohol por ejemplo, son usadas como acompañamiento de los alimentos (vino, cerveza, aperitivos, cocteles, etc.), y además, como facilitador de las relaciones interpersonales en algu-

nos eventos sociales. En el sentido estricto del significado (médico) de drogas, habitualmente éstas tienen la función de disminuir la ansiedad y la tensión emocional, produciendo cierto nivel de bienestar y alegría en forma transitoria, por lo cual hay fármacos usados, sin la justificación médica que regula estos consumos, y a veces utilizando productos que no tienen ningún uso medicinal, y que resultan de fácil acceso. En este sentido estricto, fármaco o droga es toda sustancia que introducida en el organismo vivo produce la modificación de una o varias de sus funciones, y que se usa con fines médicos. Más sin embargo, en su significado común, como ya vimos, es toda sustancia que tiene acción directa en las funciones mentales, y que puede modificar la conducta; y en su consumo abusivo o desmedido provoca muy serios conflictos en la personalidad del individuo consumidor y adicto, y todo su entorno social es afectado, de manera próxima a corto, mediano y largo plazo. Cabe reconocer que no todas las personas que consumen drogas, por prescripción o moda, son adictas o dependientes; sino que existe un proceso en el cual la persona va cambiando las motivaciones hacia la obtención y el consumo de la sustancia.

d) Tipos de consumidores:

- 1) Experimental: la persona prueba únicamente una vez por curiosidad.
- 2) Ocasional: la persona consume una o varias drogas de vez en cuando, sin continuidad, la consume cuando se le presenta la ocasión. No hay búsqueda activa de la sustancia.
- 3) Habitual: la persona la consume regularmente, se le ha transformado en un hábito y se preocupa de obtenerla, mas también puede prescindir de ella. Son personas que generalmente pueden continuar con sus actividades cotidianas, sin afectarlas.
- 4) Dependiente: la persona tiene la necesidad de consumir la sustancia(s) de forma continua y periódica para evitar los efectos psíquicos y fisiológicos producidos por el síndrome de abstinencia. La obtención y el consumo de la sustancia pasa a la vez a ser la motivación central de su vida. Dentro de estos parámetros, ninguna división categórica es estable o permanente; por lo general, salvo excepciones poco contadas, los correspondientes a los 3 primeros parámetros, en el proceso adaptativo adictivo, van cediendo gradualmente su paso hacia el siguiente tipo de consumo en el proceso. En el caso del consumidor dependiente, su siguiente y única alternativa es la rehabilitación y reincorporación a una vida exenta de la sustancia que le origina adicción y dependencia. El drogadicto en recuperación debe entender los términos “todo o nada”: “me destruyo o vivo”. En esta enfermedad progresiva, degenerativa y mortal, no hay términos medios de consumo, no hay: “sólo una más” o “nomás hoy y ya” o aquella frase: “total, qué tanto es tantito”; ese tantito inicial llega a destruir la dinámica de vida de la persona consumidora de drogas, principalmente por las ya denominadas drogas duras o pesadas. Los sueños, ilusiones o metas sim-

plemente nunca se concretizan en un drogadicto, aunque en su lógica emocional adictiva, ya patológica, y sintiéndose conmisericordioso de sí, cómplice de su segunda derrota, siempre tenga la ilusión de control o poder sobre sus estados anímicos, cada vez más atrofiados o patológicos, ya víctima y esclavo de la sustancia(s).

Modelo social adicto (27) Polvo de cocaína (28) Crack (29)

MDMA o éxtasis (30) Metaanfetaminas (31) LSD o ácidos (32)

Capítulo 2

1. Factores inherentes del fenómeno de drogadicción: individuales, micro y macrosociales, y promotores:

El fenómeno de la drogadicción es en mucho muy complejo, cuyas causas son multifactoriales; en éste se implican dimensiones puramente médicas (somáticas y psíquicas) junto con otras de tipo económico, sociológico, cultural, antropológico, ideológico, de política mundial, psicológico y médico, etc. Resulta difícil estudiar uno de sus aspectos sin tener en cuenta las implicaciones derivadas de los otros mismos. Implica un estudio holístico (integral o en conjunto) y no visto por elementos o hechos aislados. Los aspectos médicos implicados son los efectos graves que las sustancias psicoactivas o drogas de abuso tienen a nivel psico-orgánico (neurofisiológico) y psíquico (psicológico), y conductual, afectando de manera general el Sistema Nervioso Central (SNC). Los aspectos de tipo sociológico y cultural se reflejan en el uso de estas sustancias por numerosos grupos y personas en prácticamente todo el mundo. Un enfoque psico-social nos da cuenta no sólo del daño psicológico que se hace el individuo consumidor adicto, sino también de éste afectando a su entorno o red social. Pero a su vez, quizá ésta misma puede estar generando el problema, desde múltiples dimensiones, micro y macrosociales; es decir, un fenómeno que involucra no sólo aspectos antropológicos o sociológicos, sino que también desde sus aspectos psicológicos, neurológicos, clínicos, sociales, educativos, adaptativo, conductual, comunitario, ambiental, sistémico. Y sin lugar a dudas, el hecho de que las drogas de abuso son tóxicas, dañinas y destructivas a todos niveles y sistemas del individuo, es irrefutable e innegable. Desde una perspectiva antropológica, el uso de sustancias psicoactivas es una constante en la historia del hombre, desde épocas ancestrales; se puede decir, que es parte del inconsciente colectivo del hombre. Sin embargo, antes se consumían estas sustancias totalmente derivadas de vegetales o plantas, es decir, de origen natural, y para fines folklóricos, de ritual, trance o “magia sanadora”, o chamanismo; más ahora la tendencia es el uso de sustancias psicoactivas cada vez más químicas y sintéticas, artificiales, por tanto, aún más peligrosas y dañinas; considerando también que la enfermedad de adicción a sustancias psicoactivas, es ya una constante común en nuestros tiempos, quizá debido a los diversos tipos de estrés generados por los estilos de vida actuales, y la oferta-demanda entre cualquier grupo

o nivel social, la promoción directa o indirecta, la permisibilidad y fácil acceso a estas por los jóvenes. Y también quizá, por intereses socio-políticos y económicos ocultos a altísimas esferas de poder, que incluso rebasan a los Presidentes de Naciones. Con respecto a la política mundial o sistema socio-económico activo o imperante, sabemos que el uso y pretexto de las guerras muchas veces implican un gran negocio, como en el caso de la producción y venta de armas y armamentos, y el militarismo. Así también, el tráfico y venta de drogas implica un gran negocio; ambos a escalas inimaginables. Algunos psicólogos, de forma radical, niegan que el fenómeno de la drogadicción caracterice principalmente a los jóvenes porque sean más vulnerables a ella y afirman que este fenómeno más bien se ha inventado y producido, o sea impuesto, activamente en las sociedades capitalistas, ya a causa del beneficio obtenido con el comercio de la droga y utilizado por el capitalismo internacional (Lamour y Lamberti, 1973), ya por el control social que la droga permite ejercer sobre los jóvenes (opresión), a los que las clases dominantes ven como factores de desorden y de protesta (Blumir 1973, Szasz 1977, Arnao 1979, Scanagatta y Noventa 1981). La difusión de la droga correspondería pues a la lógica del capitalismo, porque es la mercancía que permite probablemente el beneficio más elevado que se conoce y sería útil para mantener el consenso social y el orden establecido, es decir, para beneficio económico y de control social. Por supuesto nos referimos a las drogas de abuso, las idiotizantes creadas por el Sistema, el alcohol, cocaína, anfetaminas y sus análogos (metanfetaminas) y sus derivados, etc. Si nos damos cuenta, estos tipos de drogas duras o pesadas, si bien son de mínimo extracto natural, como el alcohol (cebada, centeno, etc.) o cocaína (hoja de coca), también son totalmente modificadas y transformadas químicamente en sus procesos. En el caso de las anfetaminas y sus análogos, las metaanfetaminas (piedra, y tacha), éstas son en su génesis más bien químico-sintética.

A fin de entender bien el fenómeno de la drogadicción, es conveniente recordar 4 aspectos clave con respecto a las drogas:

- 1) Si bien desde épocas protohistóricas el hombre ha consumido sustancias psicoactivas, de origen puramente vegetal o natural, y generalmente las consumían únicamente determinadas personas que representaban un papel especial dentro de una tribu o clan, con fines de vinculación y representativos, o chamanísticos.
- 2) El hombre moderno ha desarrollado drogas a partir de plantas o extractos naturales, con propósitos medicinales, médicos y curativos.
- 3) Sin embargo, también ha abusado de los fármacos y la química ilegal o experimental, mucha de esta generada por ciertos gobiernos, incluso experimentando con humanos; incluso los ha sintetizado más, como el caso de los llamados diseñadores de drogas. Surgió así, el fenómeno de un tráfico y venta de drogas, una oferta-demanda de éstas, consideradas principalmente ilegales, y así, surgió también una demanda de su consumo y dependencia. “En

la casa de los muertos de la química moderna, en que los barbitúricos son la cámara de gas, la anfetamina es la silla eléctrica: una descarga electromagnética de alto voltaje y las luces vacilan. Se funden los plomos”. 4) Se habla del alcoholismo o adicción, cuando el consumo del etanol, la cocaína, la metaanfetamina (piedra, tacha), la anfetamina, el esteroide, el psicotrópico, el sedante, el ácido, el alucinógeno, el activo, los opiáceos, etc., en cualquiera de sus tipos o representaciones, empiezan por afectar no sólo al individuo consumidor y su organismo, sino a todos sus sistemas sociales: familiar, escolar, laboral, sentido comunitario, psicoafectivo, interpersonal, creativo, evolutivo, etc. Entonces se habla de una adicción al consumo de la sustancia(s), lo cual representa sin duda una enfermedad con efectos negativos a niveles individual y social.

A) Factores individuales: 1. El individuo La vulnerabilidad de los individuos para desarrollar dependencia a determinadas drogas está relacionada con una serie de factores biológicos y psicológicos. Entre los primeros tenemos la edad, el sexo y la carga genética, y entre los segundos están sus rasgos de personalidad, su grado de estabilidad emocional y la presencia de alteraciones psíquicas o pequeñas lesiones cerebrales, debidas a golpes, generalmente. La adolescencia es una edad de riesgo para muchas dependencias, debido a las características del proceso madurativo psicológico de esta etapa de la vida, la cual implica que la personalidad culmine su desarrollo en los planos psicosexual, psicoafectivo, intelectual y socioeconómico. En esta etapa se está especialmente sensible en lo emocional, y el grupo de iguales es capaz de ejercer una gran influencia (presión de grupo). El sexo o género parece ser un factor de vulnerabilidad a ciertas sustancias debido a características constitucionales inherentes a uno u otro. Las mujeres, por ejemplo, presentan una menor capacidad metabólica del etanol (alcohol), lo cual significa que dosis pequeñas tengan en ellas efectos importantes. A nivel epidemiológico los varones parecen ocupar el primer lugar en el consumo de todo tipo de drogas, sin embargo este hecho parece deberse más a factores culturales que a biológicos. La carga genética de la persona puede mediar en las características farmacocinéticas de la droga, dado que existe un polimorfismo de los genes codificadores de los enzimas que participan en la absorción, el metabolismo y la eliminación de las drogas y en las reacciones mediadas por la interacción droga-receptor. Las diferencias interindividuales pueden explicar los distintos grados de refuerzo positivo o condicionante que una misma droga puede ejercer sobre distintas personas. En pocas palabras, los contenidos genéticos de cada individuo o grupo familiar, están relacionados esencialmente, con los diversos grados de tolerancia que diferentes personas tienen hacia diferentes sustancias o drogas. Por ejemplo, los hijos de padres alcohólicos tienen mayor probabilidad de desarrollar alcoholismo, aunque luego vivan en un ambiente exento de alcohol, fenómeno compatible con un trastorno poligénico. Las diferencias en el metabolismo del alcohol pueden influir también en la proclividad

al abuso, debido a mutaciones genéticas de los enzimas responsables del metabolismo, resultando éste menos detoxicante. Es decir, la tolerancia innata al alcohol puede representar un rasgo biológico que contribuye al desarrollo del alcoholismo. No obstante, la existencia de factores hereditarios no implica que una dependencia sea un trastorno hereditario por sí mismo, sino que existe un riesgo mayor o propensión de desarrollar esa dependencia. Por otra parte, la ausencia de factores somáticos frente a una determinada dependencia no implica la ausencia de riesgo en personas sin antecedentes de propensión genética. Es decir, personas sin estos antecedentes genéticos también pueden volverse alcohólicos. Cabe hacer notar, que en realidad el alcoholismo es en mucho, una enfermedad social o de tipo social. Es en mucho también, un rasgo característico de casi todas las culturas del mundo. Su consumo a lo largo de toda la historia del hombre, denota que es parte de su inconsciente colectivo, “la bebida embrutecedora”; asimismo la historia nos demuestra de grandes culturas que se sabe han abusado de la bebida y sus síntomas finales siempre son los mismos, culturas desde la antigua Mesopotamia, Egipto y regiones de los países Árabes, en Europa: vikingos, normandos, germanos, galos, romanos, griegos, etc., hasta cualquier región de Asia, y América; ni que decir del uso del alcohol en las culturas actuales. Otra variable inherente al individuo como factor de riesgo de dependencia o adicción, son los trastornos psiquiátricos. La drogadicción es frecuente en personas con problemas psíquicos e igualmente las patologías mentales son frecuentes en individuos drogadictos. Es decir, sujetos con sintomatologías psicológicas o emocionales, así como con pequeñas lesiones a nivel cerebral (golpes en la cabeza), pueden ser propensos a la drogadicción; asimismo los ya drogadictos son propensos a desarrollar patologías mentales o de conducta, degenerativas debido al mismo consumo y abuso de drogas. Así pues, cabe señalar que a veces se acude a ciertas drogas controladas para aliviar determinados síntomas de la esfera psiquiátrica: ansiedad, depresión, insomnio, etc., o cambiar determinados estados de la personalidad como una autoestima baja o una presencia de impulsos agresivos. Se sabe, con frecuencia los síntomas psíquicos observados en consumidores de drogas aparecen después de una etapa de consumo. También se incluyen aquellos factores que corresponden con factores evolutivos, dado que un periodo de especial riesgo en el consumo de drogas se halla en la adolescencia; y por factores evolutivos entendemos no solo los que acontecen en y tras la adolescencia, sino etapas posteriores del desarrollo del individuo: logro de metas, calidad de vida, conocimiento, experiencia, etc. Todo consumo de drogas de abuso implica un deterioro de la personalidad y desarrollo evolutivo del sujeto o individuo, en cualquier etapa de su vida, implica un escape falso, una negación, un retroceso.

2. Factores evolutivos: Durante el periodo de la adolescencia se producen grandes cambios, teniendo lugar una “crisis madurativa biopsicológica”. Esta etapa se caracteriza porque se busca la identidad personal (aceptación de:

físico y características psicosexuales), la independencia (emocional y económica) de los padres y la intimidad con los iguales. El pasaje al mundo adulto siempre significa, en mayor o menor grado, una fase de oposicionismo (etapa de los noes (no)) junto con la reformulación de muchos valores hasta entonces no cuestionados. Cuando la fase de oposicionismo no va paralela a una adecuada reformulación de valores se produce un vacío y este vacío puede ser facilitador de la “conducta de probar” que puede orientarse al consumo de drogas como respuesta a la curiosidad que pueda existir frente a las mismas. Además, la intimidad con el grupo de coetáneos da lugar a un aumento de la influencia de los amigos y compañeros (presión de grupo), y si en ellos el uso de drogas es frecuente, ésta será la conducta que se adopte por una solidaridad grupal. También los hay (amigos y compañeros) que no consumen drogas, y la misma solidaridad grupal y presión de grupo influyen para no consumir drogas. Por otra parte, el adolescente tiende a sobreestimar su capacidad de poder evitar patrones de consumo abusivo y, así mismo, infravalora las consecuencias autodestructivas a corto, medio y largo plazo del consumo de drogas; desde el consumo de inhalantes o activo a pastillas psicotrópicas, hasta el del alcohol y cocaína, y drogas “de diseño” (éxtasis y cristal). Lo habitual es que se piense que en su caso “todo está bajo control”, es decir, cuando ellos quieran dejarlo, y en ellos no se producirán los efectos negativos (“ilusión de control”). Esto porque en realidad la sustancia que se consume toma el control del individuo, quien se habitúa, y llega a depender tanto psicológicamente (obsesión) como neurofisiológicamente (neuroadaptación: tolerancia y síndrome de abstinencia, compulsión).

3. Factores de personalidad: Las investigaciones para identificar los rasgos de personalidad que aumentarían la vulnerabilidad del individuo para presentar una drogadicción son innumerables. Los resultados de estos estudios han hecho que se formule una larga lista de características, pero estas características de personalidad están con la misma frecuencia, o más, entre personas que nunca desarrollan problemas de abuso ni de dependencia a sustancias. En definitiva, hoy en día, no está acreditada una personalidad drogadicta previa. No obstante, y aunque resulte vago decirlo, el drogadicto presenta una personalidad caracterizada por un perfil de rasgos que señalan una inmadurez afectivo-emocional, es decir, presenta unos rasgos que son propios del periodo adolescente, a saber: dependencia afectiva, labilidad afectiva, baja autoestima, incapacidad de futurizar (no hay un proyecto vital o de vida), agresividad y egocentrismo, permanente temor al abandono, habilidades sociales deficientes (retraimiento social), escasa tolerancia a la frustración, dificultad en las relaciones sociales (fobias sociales) y, a veces, en la identificación de su rol sexual, etc. Algunos autores han asociado estos rasgos de personalidad con posibles motivaciones directas del consumo, de manera que: a) la timidez, la inseguridad y la dependencia afectiva se asocian a sentimientos de pasividad y el consumo se realiza para “pasar el rato” (consumo por sentimientos de

aburrimiento); b) la baja tolerancia a la frustración y los sentimientos de culpabilidad e inferioridad dan lugar a un consumo para “huir” (consumo evasivo); c) la tendencia a actuar impulsivamente, los sentimientos inconformistas y la búsqueda de sensaciones llevan a consumos para “experimentar” (consumo por desafío).

4. Motivaciones individuales: La O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) señala que en el inicio y mantenimiento del consumo de drogas aparecen con frecuencia los siguientes motivos: - Satisfacer la curiosidad sobre los efectos de la droga. - Adquirir la sensación de pertenecer a un grupo (pertenencia y aceptación). - Expresar independencia u hostilidad y rebeldía. - Tener experiencias emocionantes o peligrosas. - Adquirir un estado superior de conocimiento o capacidad creadora. - Conseguir una sensación de bienestar y tranquilidad. - Escapar de algo, necesidad de evasión. Muy independiente a cualquier motivo de los antes mencionados, el consumo de drogas, sin excepción, provocará una neuroadaptación de la sustancia(s) en el organismo, tolerancia y síndrome de abstinencia, necesidad cada vez mayor de consumo, y sin duda un muy grave impacto en su entorno social; la drogadicción se convierte en una enfermedad, cuyos síntomas se reflejan a todos niveles psicoorgánicos y sociales, funcionales.

B) Factores del entorno próximo (Microsociales):

1. El ambiente Hoy en día no se pone en duda que son muchos los factores ambientales, y del más diverso orden, que condicionan el desarrollo de una drogadicción. Es de gran importancia el entorno familiar, siendo un factor de riesgo la disfunción familiar: la poca comunicación entre sus miembros, el autoritarismo paterno, la falta de límites en la dinámica familiar, la escasa participación de los hijos en las decisiones y responsabilidades, etc. Otros factores ambientales de riesgo son: la propia legislación en materia de consumo de drogas, a veces permisiva; la actitud ante la droga en el entorno de una “sociedad liberal”, consumista y tecnificada; la publicidad y propaganda manipuladora e inductora al consumo (alcohol, tabaco); la información incompleta, incluso errónea y encubierta, sobre el peligro del consumo de drogas, la situación socio-política laboral (el paro juvenil); la inadecuada orientación del tiempo de ocio (falta de alternativas recreativas); el comportamiento de los modelos sociales (artistas, políticos, intelectuales, deportistas, etc.); la necesidad de reconocimiento dentro de un grupo; las influencias de compañeros y amigos; etc.

Las variables denominadas microsociales (la familia, el grupo de iguales, la escuela, ambiente laboral) cobran en la actualidad gran importancia en las conductas de consumo de drogas, al haberse establecido empíricamente la relación que guardan entre sí sobre todo en la adolescencia. El conocimiento actual de la influencia de estas variables las ha convertido en puntos de partida fundamentales para la elaboración de estrategias preventivas.

2. La familia: En el contexto y dinámica familiar se pueden generar circunstancias que sean “detonantes” y con-

lleven el acercamiento del adolescente al consumo de drogas o, por el contrario, que las características de ésta le protejan. Entre las características familiares que proporcionan o propician un riesgo de consumo de drogas en sus miembros jóvenes, tenemos:

1. La desestructuración familiar: No se requiere que ésta sea observable por la existencia de una ruptura matrimonial, sino que resulta igual o más dañino un nivel interno y soterrado de conflicto en la pareja.
2. La carencia de disciplina y organización: Tanto estilos paternos autoritarios como permisivos o consentidores son malos. En muchas ocasiones los padres han perdido su rol por completo. Hay una falta de jerarquía y de límites en el funcionamiento familiar.
3. La estructura de comunicación inexistente o deficiente: Los padres no hablan con sus hijos, siendo con frecuencia la única interconexión padres-hijos las notas escolares. La incomunicación da lugar a que los padres desconozcan lo que sus hijos piensan o creen, cuáles son sus problemas, y éstos recurrirán a otras personas, fundamentalmente a los amigos, en busca de opinión.
4. Las actitudes de sobreprotección: Estas actitudes crean en el niño y después en el adolescente sentimientos de inseguridad e inferioridad. Dificultan el proceso madurativo y su capacidad de tomar decisiones de forma autónoma.
5. Los comportamientos agresivos a nivel físico y psicológico (emocionales): Este tipo de conducta tiene un resultado contraproducente, llevando a los hijos a respuestas en el mismo nivel de agresividad (comportamientos autoagresivos o autodestructivos).
6. Modelos paternos de consumo de drogas legales, a veces incluso ilegales: El consumo de tabaco, alcohol, fármacos, marihuana, etc., por los padres, hermanos mayores u otros familiares, se aprende como una forma de solución siempre que surge algún tipo de problema (modelado social). Hay pues una identificación con padres u otros modelos sociales que consumen drogas. A veces, se trata de la transmisión de una "actitud positiva" hacia las drogas, aunque no sean ellos mismos consumidores.

3. El grupo de iguales o coetáneos: En la propia naturaleza humana subyace siempre el deseo de integrarse en un grupo afín, con objeto de obtener un intercambio social. En el desarrollo psicológico normal de cualquier adolescente se dan estos deseos. Ahora bien, si los miembros del grupo al que se une la persona, en este caso el adolescente, consumen drogas, el nuevo integrante tiene un alto riesgo de adoptar la misma conducta. El grupo tiene unas leyes psicológicas que son distintas a las de la psicología individual. El liderazgo y la cohesión grupal son componentes fundamentales. La fuerza del grupo "arrastra" a todos sus miembros, particularmente a aquellos más débiles, y tienen lugar los fenómenos de imitación, de sugestión, e incluso, de simulación, es decir, por un temor al grupo, se hace lo que sus otros miembros hacen. Los intereses y las expectativas de los compañeros del grupo contribuyen a los primeros consumos y más aún si los consumidores son miembros influyentes del mismo. La mayoría de los jóvenes que se inician en el consumo, obtienen la droga de personas de su edad (amigos o compañeros) y no de adultos, en la gran mayoría de los casos. El grupo pro-

porciona apoyo y seguridad y el deseo de abandono del consumo de la droga no suele prosperar, porque significaría perder la relación con el grupo y su protección. De este modo se crea una codependencia, por ejemplo, relacionar el consumo de droga con la convivencia con los amigos o compañeros.

4. Los educadores (maestros y profesores): En el contexto escolar pueden existir una serie de características que actúan desfavorablemente en el desarrollo psicológico del niño y del adolescente, favoreciendo de este modo el que se produzca una propensión al consumo de drogas si éstas le son ofertadas, incluso dentro de la escuela. Dichas características son las siguientes:

1. Actitudes poco comprensivas y autoritarias por parte de los profesores.
2. Relación con los alumnos excesivamente frías y racionales, mostrando una falta de interés por lo humano, o falta de empatía.
3. Despersonalización del alumno, hasta considerarlo un "objeto" que recibe enseñanza. Por lo cual, existe una falta de comunicación con el alumno que hace que éste perciba al profesor como una persona en la que es imposible confiar.
4. Ausencia de recursos humanos y materiales para el aprendizaje que, a veces, conlleva a la imposibilidad de la adecuación de la enseñanza a las necesidades individuales del alumno, dando lugar al fracaso escolar.
5. Rigidez de las estructuras escolares que provoca el rechazo de la escuela y sus contenidos. Esta actitud se acrecienta si se suma a un contexto competitivo y el alumno vive su fracaso escolar como la primera experiencia de fracaso social, con lo que se potencia un deterioro de la autoestima y un distanciamiento del mundo de los adultos.
6. Escasa preparación de los maestros y profesores para abordar la problemática de la drogadicción en sus aulas.

C) Factores ambientales globales (Macrosociales):

Son muchos los factores socioculturales que influyen en el consumo de drogas. Por una parte, tenemos la disponibilidad y accesibilidad a la droga, lo que es una premisa básica para que se dé su consumo. En algunas culturas el acceso a ciertas drogas se encuentra facilitado, por ejemplo en la nuestra es el caso del alcohol. Sin embargo, en la actualidad el progreso en las vías de comunicación hace que el acceso a otras drogas tampoco resulte difícil. Por tanto, la disponibilidad de drogas es muy extensiva. Por otra parte, tenemos que el desarrollo tecnológico de la sociedad occidental ha hecho que el ser humano adquiera una serie de capacidades que, por ejemplo, le sumergen en un mundo de ilusión, de omnipotencia y de poder (viajes, Internet, consumismo, etc.); de "todo" fácil y rápido; el culto al placer o hedonismo; de la no existencia o evasión del dolor y el sufrimiento ("culto al fármaco" y medicalización de los problemas), etc. Todo lo cual no concuerda con aspectos de la realidad cercana: el paro laboral, el alto número de horas de trabajo, falta de empleos, escaso tiempo libre, el aislamiento social, estrés ambiental, delincuencia, falta de seguridad y garantías individuales y sociales, etc. No es posible que unos ignorantes inmersos en su idiotez, intoxicados y congelados por la droga (pie-

dra), simplemente violen una garantía natural, esencial y prioritaria que es la vida misma, en caso de los muchos actos delictivos que se sabe han aumentado en mucho por el consumo de esas nuevas drogas sintetizadas o denominadas de diseño: la piedra (cristal, ice, speed, crank) y la tacha (éxtasis y ácidos), sin dejar de mencionar las ya clásicas: el alcohol en cualquiera de sus modalidades, la cocaína y el crack, y todo tipo de psicotrópicos, ansiolíticos y somníferos o sedantes, activo o solventes industriales, etc.

D) Factores promotores en el consumo de drogas:

1. La oferta y disponibilidad de cualquier tipo de droga: Antes cada comunidad sólo tenía acceso fácil a las drogas que ellos mismos producían y cuyo consumo estaba moldeado por sus normas culturales. Ahora conseguir drogas, como dicen “conectar”, es relativamente fácil. 2. Los anuncios publicitarios de las drogas institucionalizadas (alcohol y tabaco): La propaganda de bebidas y cigarrillos no supone sólo una competencia entre marcas, sino que significa una incitación al consumo. La simbología que ha dejado huella nos lleva a asociar: tabaco-amistad y alcohol-virilidad, ambos productos se asocian con la capacidad de mejorar una relación o superar agradablemente la obligada soledad. Recordemos que el permiso y venta de alcohol y tabaco deja grandes ganancias por impuestos a los propios gobiernos. 3. Ausencia de información veraz: Los datos que se suministran sobre las drogas son frecuentemente parciales y muchas veces contradictorios. Los mitos sobre el alcohol, la imprecisa información sobre las características del tabaco que se fuma y sus efectos nocivos, la confusa división entre drogas “duras” y “blandas”, la supuesta inocuidad de la marihuana, y la parcial despersonalización que genera el consumo y abuso de alcohol, se encuentran entre los elementos que impiden una decisión libre al no estar ésta cimentada sobre una información correcta y veraz. 4. Presión de los modelos sociales: Algunos personajes públicos, artistas (get set o farándula), modelos, actores, cantantes, creativos, artesanos, intelectuales, políticos, narcotraficantes, estadistas, científicos, magnates, deportistas, etc., consumen o han consumido algunos tipos de drogas, pero también lo hacen quienes viven en la peor de las miserias (en la pobreza y marginación social), aparte de la suya propia. El fenómeno de drogadicción en realidad no se distingue concretamente por el nivel social o cultural, ya que en menos o más medida, el consumo de drogas es extensivo a todos niveles sociales y culturales. Por otra parte, en la televisión y en el cine se muestran escenas de consumo de drogas (legales e ilegales) y hacen parecer como si fuera algo normal, o más bien que refleja la realidad; también estos medios, cabe reconocer, tanto la televisión como el cine exponen la realidad destructiva del consumo y abuso de drogas. Algunas películas que exponen la destrucción que generan las drogas son por ejemplo: “Rush (golpe)”, “Life in the abism (vida en el abismo)”, “Bullet”: acerca de la heroína; “Less than zero (menor que cero)”: acerca del crack, “Clasificación X”, “Good fellows”, “Casino”,

“Pulp fiction (tiempos violentos)”, etc.; acerca del uso de la cocaína; “The cooker (“El cocinero)”, “Formula 51”: sobre el speed o cristal de metadona; “Traffic” (“Tráfico”): esta película aborda el fenómeno desde el consumo, tráfico y venta, hasta las mafias involucradas, impunidad, gobiernos, etc.). La televisión también sirve como medio de prevención del consumo, mediante campañas publicitarias acerca del NO consumo de drogas. 5. Dificultades para el uso sano y formativo del tiempo libre: En muchas ciudades hay escasos espacios verdes, centros o áreas deportivas y de ocio o esparcimiento, cediendo como alternativa a los propios bares y discotecas, y demás antros de vicio (cantinas, casas del crack, lotes baldíos, ciertos sitios turísticos, etc.). 6. Valores transmitidos por los sistemas educativos: Los valores imperantes en nuestra sociedad fomentan: - El hedonismo: “Vive ahora”, donde prevalece el máximo placer con el mínimo esfuerzo. - La evasión: Rehuir de los problemas antes que enfrentarse a ellos. - La satisfacción inmediata: Lo que conlleva dificultad ante la tolerancia, tranquilidad o paciencia produciendo niveles altos de ansiedad y frustración. - El consumismo: Lo que se supone que todo debe ser comprado y probado, y valorado según la posesión de lo mismo. - La doble moral entre los adultos: Actitudes críticas, casi automatizadas, con comportamientos personales auto-complacientes (crisis de valores, o paradójico). 7. Condiciones laborales: Algunas profesiones favorecen ciertos consumos. Desde el ebanista, albañil, pintor hasta el más reconocido artista. Los agentes comerciales, corredores de bolsa, burócratas, hasta los camareros, el consumo de alcohol; los trabajadores nocturnos, los camioneros, y los ejecutivos, el consumo de estimulantes. También la carencia de empleo y la expectativa de no encontrarlo en un futuro próximo pueden conllevar a un consumo de drogas.

8. Ejemplo de los padres u otros familiares: Los datos empíricos muestran que los padres que consumen drogas tienen hijos que también las consumen.

9. Problemas de convivencia familiar: Unas relaciones insatisfactorias o patológicas padres-hijos están asociadas con un consumo de drogas por parte de los hijos. Por el contrario, relaciones satisfactorias están asociadas con un consumo menor de drogas por parte de los hijos.

10. Factores y problemas escolares: En la escuela se dan muchos factores, por ejemplo una actitud ambivalente en los educadores, el fracaso escolar, la oferta de droga por parte de compañeros o enganchadores, etc.

11. La presión grupal: Puede ser directa o indirecta. En muchas ocasiones la sensación de pertenecer a un grupo sólo se logra mimetizando la conducta de los otros miembros, y si ésta es drogarse, entonces éste será el comportamiento que se adopte. El propio grupo ejerce posteriormente influencia para que no se abandone la droga.

12. Trastornos previos de la personalidad: Los rasgos de personalidad más frecuentemente citados como de riesgo son: problemas de socialización (interrelación, interac-

ción, adaptación social), baja tolerancia a la frustración, requerimiento de satisfacción inmediata, pocos recursos de afrontamiento, dependencia afectiva, bajo nivel de autoestima, etc.

Capítulo 3.

1. Metodología de Investigación:

De entrada me documenté investigando en varios libros de psicología con referencia al tema en general, asimismo retomé información y anotaciones ya obtenidas con respecto al tema, y por supuesto en base al entendimiento de los principales modelos o fuerzas en psicología: psicoanálisis o psicodinámica freudiana, conductismo radical y cognitivo, así como un enfoque holístico o integral, un enfoque biopsicosocial. A través del Centro de Atención Juvenil “Vida Nueva”, apliqué el Programa Taller: “Sensibilización sobre consumo y adicción de drogas en adolescentes, un análisis integral; drogadicción y sus consecuencias: causas y efectos”, a una muestra o grupo de 11 sujetos, cautivos de la Unidad de Prevención y Tratamiento a Menores Infractores (Kila), impartido a mi cargo, con exposiciones del Tema de Tesis, distribuidas en 6 sesiones, cada una por semana, de dos horas de duración por sesión. Se obtuvo información bastante descriptiva del fenómeno mediante la aplicación de un cuestionario el cual diseñé y les apliqué. Asimismo les apliqué 10 estudios de caso a diferentes sujetos de la misma muestra, a través de la entrevista semi-estructurada y dirigida, así como la aplicación del Test Proyectivo de la Figura Humana de K.Machover.

2. Resultados de Investigación:

Se aplicaron satisfactoriamente las seis sesiones del Taller de Tesis: “Sensibilización sobre consumo y adicción de drogas en adolescentes, un análisis integral; drogadicción y sus consecuencias: causas y efectos”.

En la primera sesión se les aplicó un cuestionario cuyos resultados en la obtención de frecuencias de acuerdo a las respuestas emitidas por los muchachos, se anexan a continuación en forma gráfica y según su relación porcentual, según las respuestas emitidas en dicho cuestionario, de las cuales se obtuvo la siguiente información:

1. La muestra a quienes se aplicó el cuestionario es de 11 sujetos adolescentes: a) cuyas edades varían desde los 14 años de edad hasta los 17 años de edad, b) la totalidad de ellos sí tienen familia, c) el 54.54% (6 sujetos) han estudiado hasta la primaria, y sólo 2 de ellos (18.18%) han estudiado hasta el primero y segundo grado de primaria, d) el 45.45% han estudiado hasta la secundaria.

2. Los muchachos son población cautiva, pues se encuentran presos en la Unidad de Prevención y Tratamiento a Menores Infractores (Kila), algunos por cierto ya en libertad; los cargos o motivos de estar cautivos son los siguientes: a) Uno solo (9.09%) por homicidio, b) el 36.36% por robo, c) el 27.27% por drogas, d) el 18.18% por violación sexual en agravio, e) y 1 (9.09%) por lesiones. f) Resulta interesante señalar que el 63.63% o 3/5 partes de la po-

blación están reclusos por drogas y robo, ambas variables íntimamente relacionadas; para consumir más droga se roba, y se roba drogado. 3. Con respecto al consumo de drogas entre los muchachos, manifestaron lo siguiente: a) el 45.45% ha bebido alcohol o bebidas embriagantes, b) el 63.63% ha fumado cigarrillos, c) el 36.36% ha consumido marihuana, d) el 27.27% usado activo (productos industriales inhalables), e) el 36.36% consumido cocaína, f) el 27.27% ha fumado “piedra” (crack y cristal o hielo), g) solo el 9.09% ha usado pastas (psicotrópicos e hipnóticos), h) y finalmente 2 sujetos (18.18%) NO han consumido ninguna droga.

4. Respecto al consumo de drogas en sus familias, a) sólo el 18.18% contestaron afirmativamente, principalmente por consumo de sus padres (alcohol, cigarro, marihuana), es decir, b) que la gran mayoría, el 81.81% manifestaron NO existir consumo de drogas en sus familias. 5. Referente a la información respecto de las drogas y sus causas y efectos, el a) 54.54% manifestó que sí hay información sobre el fenómeno, mientras que b) el 45.45% restante dijo que no la hay. c) Absolutamente todos 100% estuvieron de acuerdo en que sí prefieren que se les informe al respecto.

6. Si bien la familia es el principal sistema social al que pertenece el individuo, existen otros sistemas sociales a los cuales pertenece, y respecto a estos los resultados sobre si han observado consumo de drogas o situaciones implicadas con las mismas, manifestaron lo siguiente:

a) el 54.54% afirmó existir consumo de drogas en su colonia o vecindad, mientras que el restante 45.45% desconoce que exista esta enfermedad; b) el 18.18% afirmó ante un consumo de drogas en la escuela, y el 81.81% dijo no haberlo; c) el 9.09% afirmó sobre el consumo de drogas en el trabajo, mas el 90.90%, la inmensa mayoría dijo que no hay tal situación en sus ambientes.

3. Conclusiones:

Como vemos, el fenómeno de la drogadicción es multifactorial, muchos elementos del individuo y su entorno próximo, micro y macrosocial, así como las muy diversas circunstancias que se entrelazan pueden originar una drogadicción. Así, por ejemplo, un adolescente puede tener fracasos escolares por causa, quizá, de una disfunción o problemática familiar, y a su vez ambas situaciones pueden orillar a dicho individuo a consumir drogas, que por consiguiente sólo empeora su situación. Así también la propaganda y publicidad hacia el consumo (marcas de alcohol y cigarrillos generalmente se presentan como parte de un estilo de vida), los mitos sobre drogas y narcotraficantes, modelos sociales que consumen drogas (artistas, políticos, intelectuales, deportistas, etc.), situaciones sociopolíticas y económicas, estilos de vida impuestos hacia el consumo, por ejemplo en las discotecas y bares es una constante típica, parte del ritual, beber alcohol y fumar, e incluso consumir otras drogas tales como la “cocaína”, éxtasis (MDMA o tacha), aminas estimulantes (cristal de metadona o piedra), ácidos, smart drugs, etc. Al menos a

lo largo del siglo pasado a la fecha, son las generaciones de jóvenes quienes representan los cambios y modas en el consumo de sustancias psicoactivas, hechas “por quien sabe”, cuyas patentes se han revendido y pirateado, por así decirlo. Y la tendencia es cada vez más sintética y química, mas alejado quizá de los primeros fines que les dieron nuestros ancestros, o quizá con los mismos fines antropológicos, pero en una situación de mucho mayor peligro. Sin duda son los jóvenes quienes marcan la pauta de estilo o moda en el consumo de drogas: en los 70’s: marihuana, psicodélicos o ácidos, barbitúricos; en los 80’s: la cocaína, crack, anfetaminas al igual que en los 90’s, junto con: las metaanfetaminas o aminas estimulantes, éxtasis y cristal de metadona; por supuesto siempre acompañados del uso del alcohol y tabaco. Así, los jóvenes son como los chivos expiatorios del sistema, que sirven perfectamente como método de opresión social de una mayoría, quizá solo para favorecer a una minoría; porque después de todo, todas estas drogas son desarrolladas por algunos engranes de la gran maquinaria capitalista, junto con otros elementos que conforman la “pantalla”. Los procesos y conducta adictivos en el consumo de drogas, son generados desde niveles inconscientes en la psique del individuo, y como conductas aprendidas, y éstas mismas se refuerzan cada vez que se consume. Si ya de por sí las sustancias psicoactivas, refiriéndome principalmente a las denominadas duras o pesadas, generan la adicción por su consumo (neuroadaptación, tolerancia, síndrome de abstinencia, etc.), también ciertas condiciones ambientales y sociales propician el consumo (publicidad, oferta-demanda, modelos o mitos sociales, etc.). Por ello la necesidad muchas veces de orientación de especialistas o profesionales (psiquiatras y psicólogos), ayudando de esta manera a hacer conscientes los motivos de la conducta adictiva a sustancias, siendo de este modo posible, identificar los elementos de la psique y conducta del individuo (afectividad, ira, ansiedad, depresión, frustración, miedo, temor, agresión, auto-agresión, etc.) y ciertos detonadores del orden social implicados, tales como problemas familiares, escolares, laborales, económicos, culturales, psicoafectivos, ambientales, políticos, demográficos, antropológicos, etc. Si bien “desde épocas ancestrales los seres humanos han usado extractos de plantas para sus rituales” (Fromm, E, *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*), en múltiples formas y variedades, incluyendo el alcohol o bebidas embriagantes, en Asia el uso de alucinógenos, cannabinoles y opiáceos es común desde épocas antiguas, al igual que en Europa, en América fue común el uso de alucinógenos y tabaco por nuestros ancestros. Ya en la época de los años sesenta y setenta se popularizó y extendió el uso de marihuana en Occidente, así como las primeras drogas sintéticas: estimulantes a partir de las anfetaminas, y los alucinógenos o psicodelia; y hasta la fecha, como si manteniendo esa necesidad casi básica o instintiva del Hombre en ritualizar, con ese fin espiritual o místico. “En un ritual la persona actúa con el cuerpo lo que piensa con su cerebro” (Fromm, E., *La sociedad sana*). Los rituales son afirmaciones de valores.

En la adicción, los rituales son la afirmación de valores acerca de las creencias del adicto, es decir, la lógica emocional del adicto. Estos rituales son totalmente opuestos a las creencias del yo. Hacia la fecha, los ritos de consumo actuales representados en su mayoría, siempre por los jóvenes, al menos ya perdieron en mucho los principales motivos o vínculos, desde el ambiente mismo, del consumo de sustancias por nuestros antepasados. En la actualidad en que los jóvenes viven una especie de hiperrealidad (media, tecnología virtual, internet, consumismo, imagen mundos virtuales, acceso a todo, etc.), lo cual representa sin duda un gran avance y posibilidades virtuosas. Pero los seres humanos siguen actuando casi igual en relación a sus tipos de rituales y trances, por decirlo de esa manera, pero con la consecuencia fatal que las drogas que ahora existen son cada vez más sintetizadas químicamente, como las ya mencionadas y de moda aminas estimulantes (éxtasis o MDMA, y piedra o cristal de metadona), las cuales son en realidad mucho más dañinas y peligrosas para el individuo que las consume. Precisamente se les denomina drogas de diseño ya que sus fórmulas, elaboradas por verdaderos científicos o ingenieros químicos, saben que puntos o neurotransmisores del cerebro manipular, para de ese modo generar esa sensación de placer, seguida de una muy grave disforia, generando así la neuroadaptación (tolerancia y síndrome de abstinencia) de la droga(s), y por consiguiente la adicción, la cual conlleva y culmina con otras muy graves afecciones, las de tipo funcional y social, aparte de la psicoorgánica. Cabe recalcar que los elementos que conforman estas fórmulas son conseguidos en el mercado químico-industrial, por lo que prácticamente cualquiera, y de forma clandestina puede elaborarlas, sin ningún control ni sanidad de las sustancias empleadas, a las que siempre se le agregan sustitutos o elementos más baratos o corrientes, incluso diversos tipos de sustancias venenosas. La drogadicción en el individuo hace que su organismo actúe instintivamente, ya por funciones patológicas impuestas (sustancia, tolerancia y síndrome de abstinencia: neuroadaptación); en cierta forma, la sustancia introducida en el organismo, lo engaña en todos niveles. Hace depender al organismo de una sustancia (en el caso de las drogas de abuso o duras) totalmente innecesaria y que además le es perjudicial. La mayoría de las sustancias psicoactivas, particularmente las sintéticas, una vez introducidas en el organismo, prácticamente engañan las funciones neuro-sinápticas de los neurotransmisores (dopamina, serotonina, acetilcolina, adrenalina, noradrenalina, etc.) del cerebro, dañando la producción, transmisión y funcionalidad de los mismos. Las sustancias o drogas introducidas en el organismo generarán tolerancia, esto es, que el organismo se va adaptando tanto fisiológica como psíquicamente a dicha sustancia exógena (extraña), y cada vez se depende de mayor frecuencia en el uso (consumo), como parte de la neuroadaptación del organismo a la sustancia(s), hasta perder el control de sí, generando dependencia y adicción a la sustancia, física y mentalmente (compulsión y obsesión); Asimismo se genera el síndrome de abstinencia, cuando el ya adicto

no pueda consumir o conseguir la sustancia de su adicción, o cada vez que las dosis disminuyan. En realidad se convierte en un enfermo cuya alergia y disforia se debe al consumo de las drogas. Éstas se apoderan de la personalidad del sujeto, casi sin que el consumidor se percate, y sin estar muy conciente, la emoción no sana (parte adictiva) hará que el sujeto actúe, ya sin pensarlo, en torno al consumo de la sustancia(s); incluso se convierte en parte de su esquema de vida, conseguir la droga: alcohol, cocaína y crack, piedra, cristal o hielo, tachas, psicotrópicos, activo, etc. Incluso cualquier objeto que represente en sí un cambio en el estado de ánimo y/u orgánico, junto con sus respectivas ritualizaciones, es decir, conductas como la anorexia, el juego de azar, la compra compulsiva, el deportista extremista, etc. El consumidor adicto, desde el alcohol, cigarrillo, café, cocaína, crack, speed junkies o tacheros y pedreros o efedrinos, hasta el activo y el heroínmano, está condicionado en repetir la ya habitual conducta de consumir y drogarse. La mejor solución para descondicionarse de una adicción a alguna sustancia(s), ya de abuso, es no consumir. En Alcohólicos Anónimos se repiten: “sólo por hoy”; es decir sólo por hoy no consumo, y debe ser diario el no consumir. Es la mejor solución, conductualmente hablando, para deshabituarse del consumo de una sustancia(s). De este modo, la conducta de no consumir se irá reforzando día a día, hasta que el individuo se condicione en conductas sanas, primero la de no consumir la sustancia que le provoca adicción y abuso, de este modo se logra un descondicionamiento de la conducta adictiva, de la alergia o enfermedad que provoca la sustancia(s).

En términos conductistas, el consumo dependiente de drogas consiste en un mecanismo reforzador positivo en el consumidor, es decir la neuroadaptación (tolerancia y síndrome de abstinencia), por tanto y por consiguiente la acción de conducta enajenada, según la dosis y la sustancia(s). Ahora cuando un consumidor adicto en la fase dependiente, ya con serios trastornos de carácter biopsicosocial, es decir, ya en su organismo, ya en su psique y personalidad, ya en su entorno y ámbito social, funcional y productivo; debe desintoxicarse. No consumir. Deshabituarse, situación nada fácil ya que el organismo del adicto sufre ciertos síntomas por supresión de la sustancia o droga. Y en términos conductistas, se logra así extinguir dicha conducta. El consumidor adicto o drogadicto pierde mil y una oportunidades de vida, mediatas e inmediatas. Imaginemos un adolescente, un joven o un adulto, que solo o en grupo (2 o más individuos) se encierren continuamente a fumar “lata” o “piedra”, tomando alcohol y fumando cigarrillos, y unas líneas, y luego unos rohypnoles para aterrizar ; ¿se imaginan que hacen con su día?, pierden todo el día, y ya drogados, sólo pensarán en terminar el día igual, es decir su día girará en torno al consumo de droga, y no fueron capaces de ejercer ni la más mínima tarea sencilla y digna que requiera de un poquito de conciencia y lucidez mental, mucho menos pensar en una compleja. En el alcohólico, el cocainómano y el que fuma piedra o cristal de metadona, por ejemplo, llega el

momento en que su vida completa gira sólo en torno de la droga, así sólo se procura obtenerla, por cualquier medio (robo, fraude, y otras actividades o acciones sociopáticas más graves); son capaces de cometer hasta el acto más irracional, en un estado de trance idiotizante, enajenado, congelado, ido. En pocas palabras, ya habiendo desarrollado la neuroadaptación (tolerancia y síndrome de abstinencia) de la sustancia en su organismo y psique, necesita de la droga para “funcionar bien”. Este es el caso extremo de consumidores denominados quemados, es decir el extremo más grave de adicción. Todos estos tipos de sustancias ya mencionadas, producen muy graves daños irreversibles neurofisiológicos (sinapsis, neurotransmisores, etc.); por ejemplo, los centros de placer del cerebro (dopamina) se abaten debido a que siempre son engañados, por decirlo así, a producirse o generarse debido al consumo de la sustancia exógena o droga, de tal modo, que al suprimir esta, a la larga, los centros de placer ya no funcionarían de modo natural, lo mismo con otras regiones, funciones y neurotransmisores del cerebro. El drogadicto a sustancias fuertes, duras o pesadas no puede ser considerado ni funcionar de manera autónoma con respecto a su entorno social próximo.

1 Text and image sources, contributors, and licenses

1.1 Text

- **Usuario:LOGOSlanz1/Taller** *Fuente:* <http://es.wikipedia.org/wiki/Usuario%3ALOGOSlanz1/Taller?oldid=78341516> *Colaboradores:* LOGOSlanz1

1.2 Images

1.3 Content license

- Creative Commons Attribution-Share Alike 3.0