

Consumo de cocaína en usuarios de metadona.

Roig-Llavería, J.¹; Guerrero, M.²; Faure, E.³; Sedó, C.⁴; Jokin Goyburu, J.⁵;
Guerrero, J.J.⁶

¹Médico CAS Delta.. Badalona.

²Enfermera CAS Delt.a. Badalona.

³Enfermera Metabus. IMSS. Badalona-AUPA'M.

⁴Pedagogo. Programa Municipal de Prevención de Drogas. Ayuntamiento de Sta. Coloma de Gramenet. Barcelona.

⁵Educador. Ayuntamiento de Santa Coloma. AUPA'M.

⁶Educador. Ayuntamiento de Badalona. AUPA'M.

«Tomo metadona porque me mola, tomo cocaína porque me fascina».

El slogan de un usuario

Resumen

En el presente trabajo se presenta la experiencia , en forma de taller con usuarios en PMM y policonsumidores activos, que tuvo lugar con usuarios del metabus y profesionales de AUPA'M con la finalidad de aproximarnos a la realidad de este colectivo a partir de un modelo de trabajo centrado en los usuarios. Se revisan los antecedentes históricos del consumo así como conocimientos teóricos –neurobiología y terapéuticos-sobre el tema .Las aportaciones de los participantes se han agrupado en cuatro apartados: mezcla y forma de consumo, efectos que se buscan, efectos “chungos” y opciones –alternativas.Terminamos con una reflexión conjunta sobre la posición, modelo o estilo de trabajo de los profesionales, sus posibilidades y realidad así como la discusión y conclusiones del taller.

Palabras clave

Metadona, cocaína, policonsumo, taller ,el usuario “cómo experto”, efectos,alternativas al consumo, estilo de trabajo .

Summary

In this study we set out the eperience -through a workshop with users of PMM and active polydrugtakers- wich happened with the methabus users and AUPA'M professionals with the purpose to approach to the reality of this group starting from a

Correspondencia a:

J. Roig-M. Guerrero. • Centre Delta. • C/Termes Romanes, 12. • Badalona.

e-mail: jaumerl@menta.net



working model focused on the users. We have looked over the historical background of consumption as well as the theoretical Knowledge -neurobiology and therapy- about the subject. The contribution of the participants is assembled in four sections: mixture and way of consumption, searched effects, "bad" effects and options-alternatives. We conclude with an overall reflexion about the position, model or working line of the professionals, possibilities and facts as well as the discussion and conclusions about the workshop.

Key words

Methadone, polyconsumption, workshop, user "as an expert", effects, alternative of consumption, working model.

Résumé

Dans cette étude nous présentons l'expérience -par un atelier utilisant PMM et polyconsommateurs actifs- qui a eu lieu avec des consommateurs de methabus et des spécialistes de AUPA'M avec le but de les rapprocher à ce groupe à partir d'un modèle de travail axé entre les consommateurs. Nous avons révisé les antécédents historiques de la consommation et les connaissances théoriques -neurobiologiques et thérapeutiques- à ce sujet. Les contributions des participants se sont regroupées en quatre paragraphes: mélange et modèle de consommation, effets recherchés, "mauvais" effets et coix-alternatives. Finalement, nous faisons une dernière réflexion sur la position, modèle ou mode de travail des spécialistes, possibilités et réalité ainsi que discussion et conclusions de l'atelier.

Mots clé

Polyconsommation, atelier, consommateur "en tant qu'expert", effets, alternatives à la consommation, modèle de travail.

INTRODUCCIÓN

Durante el mes de noviembre de 1999 tuvo lugar una experiencia, iniciativa de los educadores y profesionales de AUPA'M, que pretendía abrir una vía de comunicación e interacción entre los usuarios de metadona y los profesionales que trabajamos en el ámbito de las adicciones como intento por conocer o acercarnos al actual fenómeno de

policonsumo que tantas dudas y complejas cuestiones a nivel ético, clínico, preventivo y social nos están planteando.

HIPÓTESIS DE TRABAJO - LA EVIDENCIA

En el campo de las toxicomanías, la única opción realmente segura es y ha sido la



abstinencia total de drogas; lejos de este objetivo y ante la compleja realidad que ha impuesto la pandemia del consumo, se han impuesto los objetivos intermedios, de reducción de riesgos y daños, confundidos a menudo con los programas paliativos (la simple dispensación de metadona).

Existen evidencias científicas y clínicas de que hay un trasfondo psicopatológico, entre otros factores, que explica la necesidad, por parte de algunos usuarios de drogas, de experimentar sensaciones de placer que les alejen de un estado de malestar o disforia que les crea su existencia. La dificultad para afrontar la realidad y la necesidad de conocerse y evolucionar como personas, entre otros, les llevan a esta permanente búsqueda de nuevas y más intensas sensaciones o a esa huida constante hacia no se sabe dónde, quizás un paraíso perdido o ideal que nunca existió.

Otro factor decisivo para aproximarnos al hecho repetido del policonsumo, es, sin duda, la masiva oferta en el mercado ilegal, de un sinfín de productos, entre ellos la cocaína. Se consume aquello que se ofrece en el mercado, y si bien el consumo de heroína se mantiene, conocemos la diversidad y extensión en el tráfico y oferta de todo tipo de drogas, tanto ilegales como las "drogas de diseño", como legales del tipo benzodiazepinas, en especial Alprazolam 2 mgr.

En esta encrucijada, formularnos una hipótesis de trabajo como la que sigue: "Se consume cocaína porque existe una masiva oferta para su consumo" y "El consumo de metadona es un factor favorecedor del consumo simultáneo de cocaína, entre otros policonsumos".

Lejos de desacreditar los PMM, puesto que nuestra experiencia nos permite conocer su utilidad y también sus límites, queremos abrir

un debate conjuntamente con los propios usuarios y los profesionales de los «equipos asistenciales (CAS) sobre la sinergia entre estas dos sustancias - cocaína y metadona - con la finalidad de buscar salidas, si las hay, a esta paradójica, arriesgada y absurda situación del policonsumo.

POR QUÉ ESTE TRABAJO

La posibilidad de trabajar durante toda una mañana con usuarios de drogas que se hallan en un PMM (Programas de Mantenimiento con Metadona) merecía la pena por la visión de "a pié de esta realidad.

Muchas pueden ser las dificultades para aproximarse a esta situación pero la primera de ellas es, como profesionales, ser capaces de acercarse y escuchar qué dicen los usuarios sobre este fenómeno

Esta simple posibilidad en el enfoque y la aproximación al problema nos parece novedosa - y de hecho todavía genera resistencias en algunos profesionales ideológicamente anclados en el despacho y en algunos modelos teóricos. ¡Bienvenidos al mundo de la duda!

Pero algunas personas con una visión abierta y flexible en el largo proceso evolutivo del abordaje terapéutico de las drogodependencias a lo largo de muchos años, nos animaron a escribir y ordenar esta experiencia seguida de su confrontación teórica y una reflexión práctica sobre el tema.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL CONSUMO DE COCAÍNA.

Sigmund Freud usó la cocaína por interés científico y probablemente cómo automedi-



cación de su propia depresión como él mismo relata en 1884. También la utilizó con catastróficos resultados con un paciente, describiendo el primer caso documentado de psicosis por cocaína ("Una especie de delirium tremens con serpientes blancas reptando sobre su piel"). Freud descubrió que la cocaína incrementaba la fuerza muscular y disminuía el tiempo de reacción, reduciendo la fatiga creando un sentimiento de bienestar junto con euforia. *" el efecto psíquico de la cocaína... consiste en una sensación de alegría que llega a la euforia... Se nota una sensación de aumento de control sobre uno mismo y se siente más vigor y más capacidad para el trabajo... El individuo se siente sencillamente normal y les resulta difícil creer que está bajo la influencia de una droga"*.

Aunque la cocaína fue usada en medicinas patentadas, licores y bebidas como la Coca-Cola, se publicaron varios artículos sobre la toxicidad de la cocaína y la adicción que producía, que lograron que fuese declarada ilegal en 1914.

Durante éste siglo, se han producido cinco epidemias por abuso de cocaína en contextos sociales e históricos muy diversos. La primera duró de 1885 hasta los años 20. Hasta los años 70 el uso de cocaína no estaba extendido y en su mayor parte se limitaba a artistas y gente de vanguardia. La cocaína ganó una nueva reputación como el "champagne" de las drogas. Aunque ilegal, se creía relativamente inocua y no adictiva. En la década de los años noventa, durante los últimos cinco años, se había esperado una incidencia de nuevos casos atendidos en los centros de tratamiento -CAS- por abuso o dependencia de cocaína, pero hasta hace unos tres años que este masivo aumento no se ha

hecho patente. Actualmente nos hallamos en plena etapa de crecimiento epidémico; el fenómeno de la oferta y el consumo se ha generalizado.

Los patrones de uso son variados, las consecuencias, especialmente psicopatológicas se vienen a sumar al ya elevado porcentaje (más del 70%) de pacientes con patología dual o concomitante. Las psicosis tóxicas son atendidas -siempre que el respectivo servicio de psiquiatría se digne a atenderlos- cada vez con mayor frecuencia y mayor complejidad en la sintomatología que generan.

Esta "marea negra mental" que se va extendiendo lenta pero demoledoramente ha coincidido con la expansión de los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM), con lo cual, un porcentaje elevado de usuarios de éste tipo de programas terapéuticos o de reducción de riesgo se hallan expuestos a la masiva oferta que de la cocaína se hace en la calle. Cuando los factores de riesgo aumentan también lo hace la probabilidad de generar problemas.

La sincronía del consumo de metadona y cocaína es el objetivo de este artículo y en el vamos a exponer el mismo fenómeno visto, entendido o explicado desde puntos de vista totalmente complementarios: la clínica y el laboratorio, la calle y la neurobiología.

DATOS CIENTÍFICOS, MODELO TEÓRICO QUE EXPLICA "DESDE DENTRO" EL FENÓMENO.

¿Hasta qué punto causa adicción la cocaína? Esta cuestión se formuló a partir de los años 1880, causó gran controversia y no se



logró una respuesta definitiva. La falta de un síndrome de abstinencia grave y la escasa frecuencia de artículos científicos sobre casos de abuso de cocaína, frenaron la opinión del público en general y de la comunidad médica en cuanto a considerar la cocaína como droga francamente adictiva. La cocaína no cumple los mismos criterios de dependencia como por ejemplo tolerancia y síndrome de abstinencia. De ahí que su potencial adictivo sea ampliamente controvertido.

Las acciones de la cocaína sobre el SNC, con el tiempo, parecen producir cambios neuroquímicos que crean una necesidad creciente de cocaína y una actitud de deseo intenso y continuo en algunos individuos.

En animales de laboratorio, la cocaína es la droga que más refuerzo produce y se autoadministra de forma tan abundante que llega a producir la muerte.

El síndrome de abstinencia de la cocaína consiste en letargia, depresión, hipersomnia y bulimia. A veces, el deseo de tomar más cocaína puede ser explicado por los cambios neuroquímicos producidos por su uso.

Las acciones agudas de la cocaína en los neurotransmisores son: Bloqueo de la recaptación sináptica, liberación de neurotransmisores en la sinapsis y probable aumento de síntesis de neurotransmisores. Las acciones crónicas suponen: depleción de neurotransmisores e hipersensibilidad de los receptores post-sinápticos a los neurotransmisores.

Basados en los criterios propuestos para el DSM-III-R, la cocaína es adictiva, y la dependencia de la cocaína entraría en la nosología de "trastornos mentales por de-

pendencia de drogas». Esta reclasificación obedece a la nueva conceptualización de la cocaína, que pase a ser una droga que puede alterar delicados balances en la química cerebral, produciendo una necesidad de cocaína en el adicto. Desde este punto de vista, la cocaína es una sustancia poderosamente adictiva, por acciones producidas a lo largo del tiempo.

El complejo proceso por el cual una persona se convierte en adicta, puede ser comprendido como una interacción del individuo con el medio ambiente y la sustancia. La cocaína lleva consigo un alto potencial de abuso. Puede crear gradualmente una genuina necesidad, que en individuos susceptibles suplente otros intereses, llegando a constituir una adicción.

Aunque muchos parecen usarla de forma inocua o recreativa, los cambios neuroquímicos producidos de forma acumulativa junto con el refuerzo psicológico progresivo pueden inclinar el uso casual o esporádico en un uso compulsivo.

Aunque el adicto a la cocaína pueda parecerse a otros adictos, les separan de éstos diferencias importantes.

El tratamiento coherente del abuso de cocaína requiere la integración con éxito de los factores individuales y ambientales combinados con un conocimiento actualizado de las bases neurobiológicas observadas en el caso de la cocaína.

NEUROBIOLOGÍA HUMANA DE LA COCAÍNA

La cocaína posee una amplia gama de potentes efectos sobre la conducta y la afectivi-



dad, y es francamente adictiva; posee la capacidad para desplazar otras recompensas naturales hasta llegar a ser el reforzador más buscado y potente del organismo.

La susceptibilidad a la depresión puede estar relacionada con la producción de reacciones disfóricas como respuesta a la cocaína.

Los efectos provocados por la cocaína pueden durar varios meses, y los efectos más sutiles, como accesos espontáneos de deseo intenso, pueden persistir de forma indefinida. Los síntomas son cambiantes y oscilatorios: la agitación se convierte en fatiga, la anorexia da paso a la hiperfagia, el ansia de cocaína presenta recidivas de forma periódica e indefinida en el tiempo. (Modelo Gavin y Kleber (1984).

La fenomenología del uso humano de la cocaína es la siguiente: Dosis bajas tomadas en un corto período de tiempo producen una breve euforia que es muy recompensadora. Este efecto, puede, por sí mismo, crear una fuerte tendencia a consumir cocaína, dando lugar a adicción. La dosificación más alta y de forma repetida provoca tolerancia aguda a la euforia y el desarrollo de efectos de rebote como depresión, síntomas paranoides y toxicidad. La adicción se produce como un intento de compensar estos efectos desagradables y también el intenso deseo de sentir la euforia de la cocaína.

En la abstinencia se producen síntomas cambiantes de depresión, de ansiedad y de deseo intenso de droga, que pueden persistir u oscilar durante semanas o meses.

La cocaína altera significativamente el funcionamiento de los neurotransmisores del SNC; la *dopamina* es el neurotransmisor im-

plicado principalmente en la regulación del humor y de los trastornos afectivos. Otros sistemas implicados son el noradrenérgico; la cocaína inhibe la recaptación de NA con la consiguiente acumulación de NA en el espacio sináptico y un efecto estimulador en los sistemas noradrenérgicos. Este efecto persiste por lo menos durante días tras la interrupción del consumo crónico de cocaína. La administración repetida de cocaína disminuye las concentraciones de NA en el cerebro. A nivel del sistema serotoninérgico, la cocaína inhibe la recaptación de la 5-hidroxitriptamina y de su precursor, el triptófano, en las neuronas serotoninérgicas. La cocaína produce una rápida deplección de los niveles cerebrales de 5HT que se debe probablemente a un déficit en la síntesis de 5HT. El efecto neto de la cocaína parece ser intensamente inhibitorio en el sistema de la serotonina.

Sin embargo, nuestro conocimiento sobre la neurobiología de la cocaína es todavía parcial e incompleto aunque existen pruebas de que interacciona con muchos otros sistemas neurobiológicos.

Además de la euforia, la inestabilidad, el aumento de la comunicación verbal, de la confianza en sí mismo, inquietud, anorexia, insomnio e hipomanía, conocemos los efectos de tipo adictivo, depresivo y tóxico de la cocaína.

Los efectos fisiológicos de la cocaína son: taquicardia, sudoración, aumento, a bajas dosis de la fuerza muscular; y a altas dosis, convulsiones y muerte.

Los efectos desagradables en su mayor parte asociados a dosis más altas incluyen agitación, llanto, irritabilidad, alucinaciones



visuales, auditivas y táctiles, delirio paranoide, anestesia, confusión y estupor. El intenso deseo (craving) y la adicción se describen a menudo. Algunos estudios señalan un persistente deterioro intelectual con inactividad o enlentecimiento mental, acalculia y demencia.

Diversos estudios han mostrado una alta incidencia de trastornos efectivos entre los pacientes por abuso de cocaína. Un 20% padecían trastornos de tipo bipolar; un 30% de tipo afectivo, depresión y distimia. Puede ser difícil diferenciar los trastornos efectivos secundarios a la cocaína de aquellos que son primarios pero parece que el estado de euforia agradable en las personas depresivas se podría utilizar como automedicación.

La existencia de distintos tipos de pacientes que abusan de la cocaína, con diferentes trastornos concomitantes indica que existe *heterogeneidad biológica* entre los que abusan de ella.

Se describe también un *síndrome de abstinencia* a la cocaína con síntomas de rebote consistentes en depresión y deseo vehemente de cocaína, irritabilidad con cefaleas, estado de fatiga o letargia y falta de concentración.

No existe el Síndrome de Abstinencia a la Cocaína como tal.

A nivel terapéutico, no existe un tratamiento de primera elección de tipo farmacológico para el abordaje del abuso o la dependencia a la cocaína.

Se han probado todo tipo de fármacos para los cuadros y síntomas agudos: Benzodiazepinas, propanolol, antipsicóticos; Para la dependencia: antidepressivos tricíclicos e ISRS, eutimizantes como el litio o la

carbamazepina, agonistas dopaminérgicos como la bromocriptina, la amantadina o la L-dopa, estimulantes del SNC como el metilfenidato o la pemolina, precursores de neurotransmisores como el L-triptófano o la L-tirosina y agonistas y antagonistas opioides como la metadona, la naltrexona o la buprenorfina, entre otros fármacos.

Una de las líneas de investigación actuales son los anticuerpos y vacunas en fase de experimentación animal y próximamente humana

A nivel clínico se acostumbra a prescribir alguno de los fármacos descritos, para contrarrestar los síntomas existentes, como tratamiento de fondo y como placebo.

Ante los abusadores y/o dependientes es importante el tratamiento psicoterapéutico prolongado asociado al farmacológico. La psicopatología y los trastornos de conducta complican el abordaje terapéutico.

En el perfil de consumo cocaína más alcohol tenemos fármacos tipo Naltrexona, y Acamprosato con efecto anticraving específico sobre el alcohol, verdadero detonante y potenciador del consumo y frecuentemente problema de fondo que enmascara el pronóstico. Debemos recordar que como el alcohol, la cocaína es epileptógena.

ALGUNAS IDEAS Y CONCEPTOS EN RELACIÓN CON EL PROBLEMA

Al recoger información para la elaboración de éste trabajo, distintas personas consultadas, profesionales, docentes y usuarios, han expresado su opinión en relación con el tema.



Apuntamos algunas de las ideas que se han expuesto a modo de introducción al tema.

- No es usual, pero está cada vez más aceptado escuchar el punto de vista del usuario. ¿Tenemos en cuenta su realidad o su contexto vital cuando incluimos un usuario en PMM? Es necesario un marco de respeto y ética para poder trabajar con el usuario.
- El acercamiento a los usuarios se hace a costa de rebajar los objetivos terapéuticos.
- Se trata de escuchar para cambiar y descubrir los recursos de que disponemos y pensar qué podemos hacer con lo que tenemos.
- La metadona tiene un poder químico y simbólico o subjetivo para cada usuario.
- Con la metadona primero atendemos la necesidad (la calma) y en segundo lugar la demanda.
- Debemos diferenciar dos tipos de poblaciones de usuarios de cocaína y heroína, en función del orden de consumo.
- Estas dos sustancias de equilibran o compensan en sus efectos, y es este efecto o secuencia lo que se busca sentir: La cocaína potencia los efectos y aumenta la satisfacción del consumo.
- El contexto es la cultura de la droga. No hay un motivo o razón para el consumo, da lo mismo lo que se consuma pero hay que meterse y colocarse.
- Recordemos que con metadona sólo tratamos una parte del problema, es un recurso ante muchas propuestas terapéuticas.
- Es necesario un modelo terapéutico para saber que es lo que queremos hacer.
- Se consumen BDZ o cocaína para sustituir el flash que NO da la metadona.
- La politoxicomanía supone un aumento del riesgo de mortalidad, de morbilidad, de trastornos psicopatológicos, de interacciones con la metadona, aumento de la dificultad en el manejo clínico, entre otros.
- Por otro lado, la metadona no induce, per se, un aumento en el consumo de cocaína puesto que la retirada de la metadona facilita más el consumo. La metadona reduce el porcentaje de riesgos y globalmente, la calidad de vida mejora.
- El consumo de cocaína implica mayor riesgo de recaer en el consumo de heroína pero al mismo tiempo, sacar de PMM a un usuario, facilita el consumo de todo tipo de drogas. Con metadona hay la mitad de infecciones por HIV.
- Globalmente, la calidad de vida de los usuarios mejora.
- Entre los motivos de este fenómeno tenemos: por el deseo de "colocarse", como automedicación (disfória) y por el hecho de existir una gran oferta y disponibilidad.
- Debemos entender y aceptar que el policonsumo es el patrón actual.

METODOLOGÍA

El taller ha tenido lugar en las áreas básicas (ABS) de Santa Coloma, de Montigalá y Badalona, situadas en el sector o territorio que

atiende el CAS, siendo ésta una zona endémica de problemática social y abuso de drogas con el actual patrón de *policonsumo*.

La idea de realizar estos seminarios con usuarios en PMM y que abusaban de otro tipo de drogas surgió como una necesidad de *analizar* un fenómeno desde la perspectiva de los propios usuarios afectados. Se han realizado un total de tres seminarios en fechas, ubicación y con usuarios diferentes..

La presentación ha ido a cargo del técnico de prevención municipal de santa Coloma; lo ha hecho con un lenguaje de tipo "argot" en un contexto o *setting* formado por doce a catorce usuarios y cuatro profesionales. Se pagaron dos mil pesetas por asistir al taller:

La metodología ha consistido en formar tres *grupos de trabajo* con usuarios, agrupados per temas, finalizando con una breve puesta en común. Los grupos se han constituido por afinidades de intereses en relación al tipo de consumo predominante..

Se pide hablar claro, con *lenguaje directo*, diciendo la verdad, explicando que la información recogida podrá tener utilidad para colegas de la calle.

Se habla desorganizadamente, no escuchan y al mismo tiempo se sienten escuchados y protagonistas del tema; les gusta explicar su vivencia y también anécdotas, incidencias "batallitas"; Queda por conocer el interés real por la experiencia y el tema así cómo el grado de sinceridad expresado.

Como elemento que ha interferido la comunicación ha sido común el consumo previo de alcohol o pastillas entre los usuarios, con el consiguiente déficit cognitivo para

expresarse y elaborar sus experiencias de forma ordenada y coherente.

Los datos recogidos por los conductores se han transcrito y reconstruido al ordenador, se han comentado y discutido entre los autores y se han presentado ordenados por apartados.

La reflexión del documento en el marco de una reunión con miembros de Aupa'm ha permitido la elaboración de las conclusiones del trabajo así como diversas aportaciones generales al mismo.

QUÉ DICEN LOS USUARIOS: FRASES QUE EXPRESAN SU REALIDAD.

MEZCLAY FORMA DE CONSUMO

Cuando se describen las vías y formas de consumo de la cocaína junto con la metadona, las experiencias relatadas son:

- "Ahora que tomo metadona, noto que la cocaína por vena me da un efecto diferente, me gusta más, es mas notable".
- "La secuencia es: Al tomar la metadona te relaja, cuando te tomas la cocaína te da el flash, luego, con la metadona, te baja el globo y vuelves a sentirte normal. La cocaína, tomada así atrae mas, gusta más."
- En relación con el efecto final, éste depende, entre otros factores, además de la vía, de la dosis administrada "No siempre me quedo igual, va en función de la dosis."



- Los efectos secundarios pueden modificarse si se mezcla con otras sustancias (metadona principalmente): "La coca da dos horas de ansiedad, mezclado varía"
- El consumo varía en función de la cantidad que se pueda adquirir, del dinero disponible: "Mi consumo diario es de 2-4 mlgr./día, pero sí tengo más dinero, tomo más."
- Una idea o mito muy arraigado es la capacidad de autocontrol en el consumo: "Intento controlar", "depende de la persona." Si en un inicio el consumo es esporádico, el fenómeno de escalada acaba apareciendo y mistificándose. Se justifica el consumo y es difícil que exista la conciencia de pérdida de control.
- Una clásica asociación, cocaína y sexo: "Lo relaciono con sexo."
- Otra constatación conocida, aumenta la resistencia al cansancio: "Hay quien lo toma para poder aguantar más esfuerzo físico."
- Otra asociación no menos frecuente, con una de las drogas más adictivas y que no se ha planteado casi nunca como objetivo terapéutico: el tabaco: "Cuando tomo, primero enciendo el cigarrillo y saboreo mi subida con el tabaco." La dependencia al tabaco se ve potenciada por la sensación de placer en el momento de mayor clímax.
- El hecho de anticiparse mental o físicamente al consumo, genera efectos secundarios: "Si pienso o compro coca me viene vomitera, es como un rechazo del cuerpo." El consumo de una sustancia tóxica se anticipa como una agresión al organismo que el usuario reconoce pero que finalmente, forma parte de la liturgia vinculada al consumo.
- El patrón de consumo se ha visto modificado cuando el usuario inicia PMM: "Yo tomaba solamente heroína y ahora que tomo metadona, tomo más coca." En ningún caso la inclusión en PMM obliga al consumo de otras drogas, pero el hecho de saciar sin efecto flash predispone a la búsqueda de nuevas sensaciones placenteras en un porcentaje elevado de usuarios. El modelo "de acompañamiento" exige respetar el ritmo de cambio de los usuarios pero a la vez plantearse objetivos terapéuticos asequibles a su estadio de cambio.
- El potencial adictivo de la cocaína, por los efectos intensos sobre los mecanismos del refuerzo es muy elevado: "La cocaína es golosa. Sí la pruebas, te gusta y al final se pierde el control. >
- En que medida el consumo de metadona predispone al policonsumo?: «Creo que en un 90%, al tomar metadona se hacen adictos a la coca." No deja de ser una impresión subjetiva pero es significativo el porcentaje que se apunta.
- "La gente toma coca con metadona porque cuando pasa el efecto de la coca, tiene el de la metadona"
- "Después de seis años pinchándome, soy un profesional de las inyecciones"



- El valor recreativo del consumo es evidente: "Consumí por darme una fiesta".
- La influencia social es constante e intensa: "Consumo cuando me invitan o me pagan con coca. (yo no necesitaba el pico)".
- A menudo, el consumo de cocaína se ha iniciado antes del consumo de metadona "Antes tomaba caballo y coca, ahora con la metadona he seguido con la coca ¡ya no tengo venas!

EFFECTOS QUE SE BUSCAN

- La vía de consumo, varía los efectos subjetivos, la intensidad y la calidad de la experiencia: "Por la nariz da rollo." Se buscan unos efectos conocidos, repetibles y concretos para cada usuario. Saben que efectos desean y cómo conseguirlos.
- Por vía endovenosa no te da por el sexo, se te pone pequeña (en alusión al pene)
- Un efecto siempre presente es la excitación debida al estímulo simpático: "Siempre excita sexualmente, sube la libido. Luego no puedes, el cuerpo no responde." Sin embargo, todo efecto se acompaña de los efectos secundarios.
- Durante muchos años, y todavía actualmente, se asocia el consumo a ciertos ambientes de lujo, dinero y poder: "La coca tomada para el sexo es ambiente de alta sociedad. En cada ambiente, barrio o entorno social, existe una dinámica concreta, distinta y particular: "Aquí se busca flash-rollo, lo inmediato"
- Los efectos que se buscan son variados: "Se busca el sabor; la subida, no sé qué busco, la ceremonia." Hay una parte de ritual, de estilo de vida que atrapa y se vincula al consumo. También: "Se toma para llenar un vacío (existencial?), por aburrimiento." La actitud inmadura y la pasividad son una constante en estos usuarios "Atrapados por su propio rollo."
- La experiencia del consumo pone el acento en la dependencia psicológica: "La coca engancha psicológicamente, no físicamente."
- Una razón común e importante para consumir: "Nos gusta colocarnos." El consumo de cocaína encaja perfectamente con las características de personalidad del toxicómano: inmediatez, impulsividad, huida, hedonismo... inmadurez.
- Se constata la gran adicción que crea ésta sustancia y la etiqueta de vicio que ellos mismos se auto imputan, lejos de la conciencia de dependencia. La coca se relaciona con fiesta, flash y actitud morbosa, no con enfermedad. "No me lo puedo quitar; semos viciosos." Existe una gran dificultad por plantearse cómo salir de esta situación que parece no tener final".
- Evadirse de la realidad y los problemas es una razón muy aludida "Soy débil, tengo problemas y consumo coca para evadirme, me refugio en ella"



- "Se busca engañar pero si intento engañar, la única engañada soy yo"
- En ocasiones su busca ayudar al colega, por una solidaridad mal entendida: "No buscaba nada. Por ayudar a una colega a pincharse (no tienen venas) para que no se hiciera una carnicería, y me pagó con invitarme; yo no quería, ella me daba lástima y terminé con un absceso."
- Se busca la sensación de inyectarse, como ritual, como antelación y condicionante: "La sensación de la aguja. He llegado a pincharme agua y hierbas tranquilizantes y a sentirme a gusto".

"EFECTOS CHUNGOS" (EFECTOS SECUNDARIOS)

En este apartado, son muchos los efectos indeseables descritos por los usuarios. Debemos destacar las frecuentes expresiones de angustia que acompañan su relato.

- Entre los efectos descritos encontramos principalmente a nivel mental: "Fobia, paranoia, persecución." "Ves cosas, sientes, crees que te ven, ves polis por la ventana, el médico, al educador ..." A nivel perceptivo: "Ves sombras." "Cuando te lo haces no estás tranquilo, te subes a un árbol, tienes miedo de los gitanos y sales corriendo." Oigo cosas, ruidos, me aumenta la percepción auditiva, se confunde la visión. "Creo que me están observando". "Veo a mi madre y tengo que echar a correr", "veo a la poli que se me acerca", "Veo bichos y me dan ganas de tirarme por el balcón porque quieren comerme", "Te

- telefonean y te dicen que te vas a matar si te metes más ¡crees que es verdad!", "Si eres muy aprensivo, notas manía persecutoria. Un amigo lo pasó tan mal, que al final decidió ahorcarse"
- El sentimiento de miedo es muy común: "Te cagas de miedo, a pesar de saber que no es verdad."
- Económicamente, es caro: "200 micras no duran ni cinco minutos."
- El hecho de la necesidad compulsiva por consumir; genera efectos secundarios y de riesgo frecuentes, asociados al modo de consumo: "No miras cuando te pinchas, tienes ansiedad por consumir...»
- La forma compulsiva y el deseo y la necesidad de seguir consumiendo en una escalada que no tiene más límite que el acceso a la droga ha generado distintos calificativos: "La llaman "quiero más!"
- Los efectos secundarios están relacionados con los adulterantes utilizados: "Depende del corte, más corte, menos bicho."
- El consumo afecta la capacidad de autocontrol, el trabajo, la relación con la gente: "Sí tomo, no puedo vender pañuelos, no estoy tranquilo." Pone nervioso y ansioso.
- No eres tú, cambias de persona.
- Se producen reacciones locales " Un pico mal dado"
- Se entra en un estado de sopor y en un estilo de vida alienado: " Depresión por no hacer nada".



- Sensación de tener el cuerpo invadido o intoxicado: "La coca come tu carne"
- Efectos a nivel corporal: aceleración del corazón, pérdida de la realidad, "la coca me pone histérica, en ningún sitio estoy bien, hasta la mandíbula se me agarrota."
- Destrucción del sistema venoso: "te quedas sin venas ¡tengo que ir a la femoral o la yugular!"

* En este apartado, un usuario diseñó y contestó él mismo un cuestionario que transcribimos literalmente por la riqueza y viveza de experiencias:

¿Dónde te lleva la coca? Al fango

¿Qué sientes al tomarla? Placer

¿Cómo la consigues? Por la familia

¿Consigues lo que buscas? No, puesto que después quiero más.

La mezclas, ¿con qué? Sí, la mezclo con metadona, pastillas y porros.

Después de haberte puesto, ¿tomas más o paras? No, sigo tomando

¿Sabes el corte que lleva? No y qué puede pasarte? Sí, la muerte.

¿Molestas a los familiares después de tomar, si te encuentras sin un duro? Sí...

OPCIONES/ALTERNATIVAS

Pero, ¿qué se plantean los usuarios ante su situación vital?

- Algunas ideas o propuestas expuestas han sido: «Quiero que llegue el día de dejarlo.»

- Hay quien busca tener una alternativa al consumo: «Tener un hocio.» «Pasada la desintoxicación, ocupar el tiempo.»
- Se constatan las dificultades a nivel vital o intrínseco para poder afrontar esta compleja situación hacia un supuesto mejor estilo de vida: «Llenar el vacío se hace insoportable.»
- Se intuye la necesidad de una ayuda externa: "Pedir ayuda, no quedárselo uno." "Aceptar que tienes el problema" y de empezar reconociendo la situación como una necesidad de cambio.
- Hay quien no lo considera un problema, justifica, minimiza o racionaliza: "Yo tomo de vez en cuando."
- También se recurre a la ciencia o a los remedios mágicos o milagrosos: "Algún antagonista de la coca, que lo inventen!" Se espera o se exige una solución que resulta demasiado ambivalente para poderse soportar sin consumir.
- Se personaliza el problema en cada caso: «Cada persona es un mundo» apuntando una solución en el momento y la forma oportunos para cada caso particular.
- Las soluciones temporales, la minimización son la norma: "Trabajar para alternar con un homenaje." En el fondo no se busca una solución radical ni definitiva.
- El pensamiento y la reflexión deben anteceder a la acción; no sirven las



precipitaciones: "Primero es plantearse, quiero tenerlo claro"

- A menudo se debe encontrar el límite personal a través de repetidas experiencias que le lleguen a tocar alguna cosa valiosa: "Hasta que no pagas un precio muy alto no paras." "pisar fondo", "Encontrar el límite."
- La alternativa incluye llenar vacíos: "Cosas que te llenen"
- A menudo la solución se va aplazando y aplazando "A largo plazo." De hecho, a menudo el usuario de coca se instala en el malestar y le cuesta salir de él.
- La ayuda de un conocido o persona de confianza, colega o profesional tiene importancia: "Tener a alguien cerca en el momento crítico, relacionarte."
- Poder hablar de su relación con las drogas como un tema importante: "Contar tu problema"
- La fantasía a veces es desbordante: "Una mujer con casa y caballos." "Casarse con una psicóloga." Sin comentarios. En cualquier caso: "Es importante la relación afectiva."
- Cada uno se controla por su parte, pero se necesita ayuda"
- Cada uno tiene su currículum, has de buscar tu salida.
- La mejor alternativa, la más radical, no la más fácil : "No tomar".
- Asumir el esfuerzo por un motivo importante : " Un día decidí no consumir; no comía, no dormía, pero me sentía bien porque mi madre se sentía bien, aunque seguía teniendo mono".

CONTRASTANDO LA TEORÍA CON LA PRÁCTICA CLÍNICA

Con matices pero son coincidentes o superponibles y complementarias.

¿Qué modelos teóricos nos sirven para entender el fenómeno?

* el modelo del cambio

LA POSICIÓN, MODELO O ESTILO DE TRABAJO DE LOS PROFESIONALES: POSIBILIDADES Y REALIDAD.

Acercarse a este colectivo no es un hecho habitual aunque es el estilo que habitualmente se utiliza desde AUPA'M y a menudo, desde el trabajo social con este colectivo.

La aproximación del usuario "cómo experto" es válida para el colectivo y objetivos de trabajo que nos planteamos a diario. Aquí aprendemos todos de todos, el flujo de información es bidireccional.

El modelo de vida es una salida por lo cual es importante trabajar la necesidad del cambio y aspectos más concretos como la autoestima, la motivación y la clarificación de objetivos vitales propios.

Si el usuario dispone de alternativas en el momento oportuno y que cubran sus necesidades reales y concretas, tenemos alguna posibilidad de seguir adelante con el proceso de normalización de su vida.

Debemos tener en cuenta que el sistema social en el que nos desenvolvemos no es ni mucho menos perfecto, y que tiene que afrontar



tar y dar respuesta a situaciones de marginación que él mismo genera con las desigualdades sociales.

Cuando hablamos de recursos, debemos dimensionarlos y entenderlos como una salida real a intenciones decididas de cambio que permitan seguir el lento y delicado proceso de reinserción.

Nos centramos en el potenciar el trabajo de las habilidades y las capacidades de los usuarios para favorecer un "cambio de mentalidad y escenario" en su monótona vida de consumo de drogas.

La iniciativa social propicia conocer la realidad "del trabajo horizontal!"

Es importante el abordaje desde la visión humana y social, buscar un conocimiento integral de la situación vital de las personas afectadas con las que (y no solamente sobre las que) se trabaja.

Éste modelo puede crear crisis o enfrentamiento en equipos muy "terapéuticos" o con concepciones o abordajes muy diversos de lo que se entiende por intervención terapéutica.

Variará sí el modelo es psicoterapéutico, de ayuda, de acompañamiento, psicosocial u holístico.

Creemos que la visión "de la calle", podríamos calificarla de realista; es una aproximación enriquecedora y útil para realizar aproximaciones sociales y terapéuticas en un sentido amplio.

Hay una realidad muy compleja, difícil de manejar para los usuarios y los profesionales. (No apto para sanitarios quemados o endiosados)

Tenemos un estrecho margen para actuar. Debemos imaginar e ilusionar más.

Debemos conocer su realidad, lenguaje, circunstancias, intereses y dificultades por consumir y por salir de su mundo -los que deseen hacerlo- ¿Que refleja esta situación caótica aparentemente?

¿Qué alternativas reales tenemos, queremos y podemos ofrecer?

Los modelos de referencia próximos, (educadores, etc) junto con un trabajo planificado por objetivos desde el CAS nos parece complementario. Debe personalizarse.

Los usuarios, en éste mismo taller expresaron sus opiniones, entre las cuales la necesidad de establecer un diálogo más efectivo entre usuarios y profesionales; los usuarios tienen dificultades por pedir ayuda a los profesionales debido al miedo a abrirse y a explicar sus dificultades y sus problemas.

También expresan la necesidad de mejorar la organización de los CAS. Tienen en cuenta que los profesionales tienen unas limitaciones y unas normas que vienen impuestas "desde arriba"; a pesar de entender los límites, reclaman más motivación por parte de los profesionales y más alternativas al tratamiento.

Reclaman espacios alternativos al CAS donde poder hablar y trabajar con los problemas y las dificultades (por ejemplo éste taller). La búsqueda de salidas debe hacerse conjuntamente con los profesionales.

Los usuarios expresaron la necesidad de realizar un tratamiento y seguimiento individualizados así cómo la creencia de que trabajando se solucionan los problemas.



Debemos considerar la facilidad de éste colectivo por reivindicar y por expresar opiniones a veces poco elaboradas, fantasiosas, poco concretas o realistas.

DISCUSIÓN Y REFLEXIONES DE LOS CONTENIDOS.

La metadona resulta válida como programa para trabajar en reducción de daños.

El consumo de metadona puede propiciar el policonsumo por la necesidad de buscar un efecto reforzante de la que carece o por la oportunidad de repetir el ritual de inyección i.v. de la cocaína substituyendo al de la abandonada heroína.

El policonsumo comporta muchos riesgos y efectos indeseables.

La experiencia de los propios usuarios puede y debe usarse en beneficio de otros que "no llegan o están lejos."

Las alternativas deben surgir del campo social, de las posibilidades reales de trabajo y con una gran dosis de afecto y valores humanos.

¿Y si probamos con la meditación, la relajación o las medicinas alternativas?

ALGUNAS CONCLUSIONES POR PARTE DE LOS USUARIOS

- "El policonsumo no nos ayuda a ser personas, no nos ayuda a la estabilidad"
- "Hay problemas pero debemos intentar salir, hay otros caminos. El policonsumo no ayuda, es engañarse."

- "Los que sólo toman metadona se apartan de estos sitios, son colegas que funcionan bien, trabajan, estudian....."

- "Hechar la culpa a la metadona es muy fácil; todos sabemos que la metadona no tiene la culpa."

- "Los educadores están siempre ahí para hechar una mano siempre que queramos; incluso si nos tiramos al precipicio, nos pueden tirar una cuerda, pero somos nosotros los que tenemos que querer."

- "Ayudarnos no significa que hagan lo que queremos."

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

San Molina, L. *Tratamiento psicofarmacológico de la dependencia de la cocaína.*

Transtornos adictivos 1999; 1 (1): 34-37.

Espitz, H. & Rosecan, J. *Cocaína abuso.* Ediciones en neurociencias. Biblioteca de toxicomanías. CITRAN. 1990.

Lawson, J. *Endorfinas, la droga de la felicidad.* Editorial Obelisco. 1996.

Warner, E.A.; Kosten, T.R.; O'Connor, P.G. *Pharmacotherapy for opioid and cocaine abuse.* Med. Clin. North Am. 1997; 81: 909-25

Jonas, J.M.; Gold, S.M. *The pharmacologic treatment of alcohol and cocaine abuse.* Psychiatric Clinics North America. 1992; 15: 179-90.

Bose, C. *Cocaine poisoning.* Bd. Med. J 16-17, 1919, in *Cocaine-Summaries of psychosocial Research*, Rockville. MD. NIDA. 1976, pp 68-69.



- Brown, G.M.; Seggie, J. *Neuroendocrine mechanisms and their implications for psychiatric research*. Psychiatr. Clin. North. Am. 3:205-221, 1980.
- Byck, R.; Ruskis, A.; Ungerer, J.; Jatlow, P. *Naloxone potentiates cocaine effect in man*. Psychopharmacol. Bull. 18:214-215, 1982.
- Cooper, J.R.; Bloom, F.E.; Roth. *The Biochemical Basis of neuropharmacology*. New York. Oxford. Oxford University Press. 1982.
- Dackis, C.A.; Gold, M.S. *New concepts in cocaine addiction: the dopamine depletion hypothesis*. Neurosci. Biobehav. Rev. 9:469-477, 1985b.
- Fishman, M.W.; Schuster, C.R. *Cocaine effects in sleep-deprived humans*. Psychopharmacology. 72:1-8, 1980.
- Freud, S. *Über coca*. Therapie. 2:289-314, 1884, in Byck, R., ed. *Cocaine papers by Sigmund Freud*. New York. Stonehill. 1974. pp47-73.
- Freud, S. *On the general effect of cocaine*. Med-chir. Centralbl. 32:374-375, in Byck, R., ed. *Cocaine papers by Sigmund Freud*. New York. Stonehill Publishing. 1974. pp 111-118.
- Freud, S. *Craving for fear of cocaine*. Wein med Wochenschr. 28:929-932. 1887. in Byck, R., ed. *Cocaine papers by Sigmund Freud*. New York. Stonehill Publishing. 1974. pp 169-176.
- Gawin, F.H. *Paper presented at the American College of neuropsychopharmacology*. December. 1985.
- Gawin, F.H.; Kleber, H.D. *Neuroendocrine findings in chronic cocaine abusers: a preliminary report*. Br. J. Psychiatry. 147:569-573, 1985.
- Gawin, F.H.; Kleber, H.D. *Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers: clinical observation*. Arch. Gen. Psychiatry. 43: 107-113, 1986a.
- Gilman, A.G.; Goodman, L.S. *The Pharmacologic Basis of Therapeutics, 7th edition*. New York. Macmillan. 1985.
- Goeders, N.E.; Smith, J.E. *Cortical dopaminergic involvement in cocaine reinforcement*. Science 221:773-775, 1983.
- Javaid, J.I.; Fischman, M.W.; Schuster, C.R. *Cocaine pplasma concentration: relation to physiological and subjective effects in humans*. Science. 202:227-228, 1978.
- Kleber, H.D.; Gawin, F.H. *The spectrum of cocaine abuse and its treatment*. J. Clin. Psychiatry. 45:18-23, 1984b.
- Wise, R.A. *Neural mechanisms of reinforcing action of cocaine*. NIDA. Res. Monogr. Ser. 50:15-33, 1984.