

Revisión

Problemática del uso del alcohol-cocaína: una clínica psicosocial distinta

FRANCESC FREIXA SANFELIU

Médico Esp. Neurología y Psiquiatría. Cap de l'Unitat de Drogodependències.
Institut Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.

RESUMEN

Se sitúa el cultivo y masticación de la hoja de coca, se indica la transformación de la misma en cocaína, exponiendo los datos de producción disponibles. Se describe el origen mitológico de la planta y su paralelismo con las bebidas alcohólicas fermentadas, comentando la prehistoria e historia sociocultural de ambas sustancias. Se intenta enfatizar la evolución de su consumo en EE. UU. Se traza asimismo, un paralelismo entre la evolución histórica, el impacto del Descubrimiento en el cultivo y consumo de la coca y la relación entre cocaína y destilación de las bebidas alcohólicas desde una perspectiva histórica. Se examinan aspectos biometabólicos de la coca y de la cocaína. Se describe una sociopatología de consumo asociado de cocaína y bebidas alcohólicas y se critican algunos de los criterios diagnósticos del DSM-III-R de la dependencia de la cocaína, y se proponen criterios de diagnóstico dual entre dependencia a la cocaína y al alcohol. Se describe una sociopatología específica de consumo simultáneo de ambas sustancias. Se proponen tácticas y estrategias terapéuticas que han resultado positivas en el tratamiento de estos casos.

CORRESPONDENCIA A:
Francesc Freixa Sanfeliu
C/. Nicaragua, 61-63 4.º - 1.ª
08029 Barcelona (España)

SUMMARY

Cultivation and mastication of coca leaves are describe, as its transformation in cocaine. We expose the avalable informations of its production. We describe the mythologic origin of the plant and its parallelism with fermented alcoholic drinks, discussing social and cultural prehistory and history of both substances. We explain the evolution of its consumption in the United States. We present a parallelism between historic evolution, the importance of the Discovery of the cultivation and cocaine consumption, and the relationship between cocaine and distillation of alcoholic drinks with a historic perspective. We study the biometabolic characteristics of coca and cocaine. We describe a sociopathology of associated consumption of cocaine and alcoholic drinks and several DSM-III-R diagnostic criterions of dependence on cocaine are criticized, and we expose dual diagnostic criterions between dependence on cocaine and alcohol. We describe a specific sociopathology therapeutic tactics and strategies with positive results for those treatments.

RÉSUMÉ

Son décrits la culture et la trituration de la feuille de coca, sa transformation en cocaïne. Sont exposés les renseignements sur la production dont on dispose. Son décrits l'origine mythologique de la planta et son parallélisme avec les boissons alcooliques qui sont fermentées; la préhistoire et l'histoire socioculturelle des deux substances sont commentées. Est étudiée sur un ton emphatique l'évolution historique, l'impact qu'a représenté la Découverte sur la culture et la consommation de la coca, et le rapport entre cocaïne et la distillation des boissons alcooliques, envisagé historiquement. Sont examinés les aspects biométaboliques du coca et de la cocaïne. Est décrite une sociopathologie de consommation associée de cocaïne et boissons alcooliques et sont critiqués certains critères de diagnostic du DSM-III-R sur la dépendance de la cocaïne, puis sont proposés des critères de diagnostic à la fois pour la dépendance crée par la cocaïne, et celle crée par l'alcool. Est décrite une sociopathologie spécifique dans la consommation simultanée des deux substances. Sont proposées des tactiques thérapeutiques qui se sont dévoilées positives dans les traitements des deux cas.

El abordaje del problema genérico del uso de cocaína, en muchas de sus posibles presentaciones tiene que hacerse a partir de una realidad patente. Como las bebidas alcohólicas, las sociedades relativamente organizadas hacen un uso socialmente admitido de dicha substancia, al menos en el preparado en forma de hojas y de la infusión de dichas hojas, a pesar de sus posibles efectos adversos sobre la salud y la calidad de vida. Existe, por lo tanto, un evidente paralelismo entre la cultura de la "coca" y la cultura de la vid, o al menos un paralelismo entre la utilización de determinadas bebidas alcohólicas fermentadas y el consumo cultural y legalmente aceptado de las hojas de coca y te de coca ("mate de coca").

El cultivo del arbusto de coca se ha focalizado en las actuales fronteras jurídico-políticas de Estados de América del Sur; son especialmente productores Bolivia y Perú, aunque otros Estados limítrofes tienen una producción no despreciable (Ecuador). Estos países son los productores de la "hoja de coca", el principal producto agrícola necesario tanto para el "coqueo" -exprimir, masticar, hojas en la boca en un medio alcalino- como para el te de coca, pero no hay que olvidar que la obtención del alcaloide puro, como para sus sales, la más importante, el "polvo blanco" (clorhidrato) para una utilización preferente por aspiración nasal y también para las otras múltiples formas posibles de autoadministración (en especial las formas fumadas), el cultivo y la cosecha de hojas es imprescindible.

La producción y consumo de cocaína se estimaba en unas 50.000 toneladas métricas/año, sin tener en cuenta la producción para el consumo estrictamente familiar, como sucede con la producción del vino para consumo propio en muchas pequeñas propiedades agrícolas de la Europa del Sur, en especial, en la Península Ibérica y hexágono galo.

La producción de clorhidrato, precisa macenar la hoja, transformación previa en pasta y finalmente el tratamiento químico en general realizado en medio selvático -formalmente clandestino-. La cantidad total de clorhidrato clandestino se estimaba en unas 160 toneladas métricas. De estas, escasamente serán decomisadas un 10-15% aproxima-

damente. Se calcula que la llamada "demanda ilícita" es de unas 80 toneladas métricas. Existe, por lo tanto, un excedente de 50 toneladas que son probablemente almacenadas y sirven de estímulo comercial a sus colaboradores para la apertura de nuevos mercados. (1).

Desde 1982-83, en USA la pureza de la cocaína ha aumentado sin cesar, en los decomisos de cantidades significativas, desde un 28% a un 40% y más.

El país transformador por excelencia, por lo menos hasta el momento actual (Junio, 1993) ha sido Colombia, con zonas próximas de Brasil y la participación, menor, de otros países andinos, en este aspecto. De hecho, Colombia ha centralizado durante décadas la exportación a Estados Unidos y Europa.

Bolivia, desde 1980 sufre una progresiva pérdida del valor de su producto con más rentabilidad económica, el estaño. Esta dificultad ha aumentado las áreas de cultivo de coca. (2).

En estos momentos, aproximadamente 200.000 agricultores viven del cultivo de la coca, y 100.000 personas más intervienen en el transporte de la coca y en la elaboración de la "pasta". Además existe un monopolio informal para el transporte y elaboración de la misma.

Es también necesario insistir en aspectos muy poco gratos para los países desarrollados e industrializados, supuestamente "avanzados" y víctimas (?) de la droga de aquellas zonas geopolíticas productoras. Es sabido que para conseguir una rentabilidad de producción, industrialmente rentable, para la elaboración del clorhidrato de cocaína, son precisos determinados productos químicos, con un grado de pureza suficiente. Estas substancias se conocen como "precursores". En el caso que nos ocupa es imprescindible el éter etílico para la obtención de cocaína (clorhidrato). (3) El conocer y saber que sin este producto químico es prácticamente imposible fabricar cocaína, es un dato de finales del S. XIX y principios del S. XX. Que los Estados lleguen a un acuerdo para restringir y controlar su comercio ha sido posible -parcialmente- en 1988, en la Convención de Viena, de las Naciones Unidas de 20 de

Diciembre, que aún no han ratificado ni firmado muchos de los países supuestamente "víctimas". (4).

También hay que advertir que el éter, cuanto más químicamente puro mejor, necesario para la transformación de la "pasta" en clorhidrato, precisa un nivel de industrialización química que ninguno de los países nombrados posee. El éter procede, según parece, de Europa, y en pequeñas proporciones de la industria química, incipiente, del Brasil. Ha tenido que esperarse que en la reunión de Viena (1988) se firmara un acuerdo sobre "precursores" para que pueda intentarse, en un futuro, un control sobre los supuestos del "libre mercado" de dichos productos.

Hay que recordar que el anhídrico acético purísimo, que solo fabrican en las cantidades necesarias los países industrializados avanzados, y que es imprescindible para transformar la morfina en diacetilmorfina (heroína) tiene las mismas características de "precursor".

Ha sido preciso el paso de muchos años para que algo que se sabía desde antes de la última guerra internacional 1939-1945 fuera considerado prioritario para los Estados industrializados avanzados y fuera objeto de un convenio internacional.

Los planes de la ONU destinados a la sustitución y la transformación de los cultivos del arbusto son absolutamente inaplicables; por ejemplo, en Perú, existe un minifundio, y la mayoría de agricultores cultivan la coca en superficies de menos de una hectárea lo que hace muy difícil o imposible un cultivo alternativo rentable.

En el caso que nos ocupa de la cocaína, los países productores de éter son conocidos y las puertas de entrada del mismo son habitualmente Ecuador, Venezuela y Brasil.

BOTÁNICA

Según los botánicos, la planta de la familia de las ERYTHROXYLACEAS, género ERYTHROXYLUM, es originaria de la cuenca amazónica y en la prehistoria fue sucesivamente seleccionada y adaptada a determinadas zonas húmedas y secas de los países productores actuales. Se han clasificado unas 250 especies distintas, de éstas sólo

unas 200 se encuentran en América del Sur. A efectos de producción de hoja de coca y su elaboración posterior, dos especies son fundamentales: la ERYTHROXYLUM COCA propia de las zonas húmedas, llamada "Coca huanaco o boliviana", propia de los Andes orientales, de la que existe una subvariedad de hoja pequeña calificada de Erythroxylum Chilpei. La ERYTHROXYLUM NOVOGRATENSE, es la propia de las zonas de secano y es llamada también, por razones extracientíficas, "colombianas". Existe una subvariedad E. Truxillense propia del norte del Perú. Es de resaltar que la E. Novogratense propia de las zonas cálidas y de secano se cultiva en el oeste del actual Perú, y fue la primera en ser descrita en las "crónicas de los conquistadores" y es conocida habitualmente como "Hayo". La producción de las hojas de esta planta es muy apreciada localmente, no se exporta y es propia para el "coqueo" o para "el mate de coca".

Desde hace años, la compañía norteamericana Stephen Chemical Company emplea la E. Novogratense con finalidades farmacéuticas y los residuos, descocainizados, son empleados para aromatizar y dar un especial sabor a la más conocida bebida no alcohólica norteamericana. (5).

Como se ha dicho con anterioridad la E. Coca Silvestre, originaria de la amazonia, se incorpora a la estructura de la agricultura hace unos 10-5.000 años y se fue seleccionando hasta las especies descritas con anterioridad. Normalmente, en los Andes crece en escalones o banales, y se cosechan las hojas tres veces al año. Es la famosísima mitta de los indígenas aborígenes, que corresponde a determinadas celebraciones sagradas arcaicas, que el predominio político y cultural incaico asumió en su momento. Después con el sincretismo de la nueva religión cristiana se transformó en el mes de marzo de cada año con "San Tito", después, en el mes de junio "San Juan" y en noviembre, que es la tercera cosecha, en "Todos los Santos- Día de los Difuntos". En determinadas áreas de cultivo arar la tierra y sembrar semillas de coca es un trabajo exclusivamente masculino, y recoger las hojas (cosechar) y almacenarlas en recipientes especiales, es un trabajo únicamente de mujeres. (6).

La similitud entre el culto arbóreo vegetal arcaico, indoeuropeo, y todo el mito arcaico de Dionisios y la elaboración posterior de Baco, recuerda el proceso descrito con anterioridad. (7).

HISTORIA

Como se ha insinuado existe un paralelismo entre la historia socio-cultural y prehistoria de las bebidas alcohólicas fermentadas en la Europa del Sur y el uso de las hojas de coca en la América Precolombina y también en parte entre el uso de las hojas de coca en la América del Sur actual.

Las bebidas alcohólicas fermentadas poseen virtudes de alterar, transformar, alienar o extasiar al hombre, de una manera mágica chamánica o religiosa, etc. y eran capaces de ponerle en contacto con las "realidades" sobrenaturales del entorno. Determinados Dioses Egipcios y en especial y básicamente el Dios de Vino y de la Trascendencia Dionisio (El Baco Romano) tenían un sentido semejante al que, en otras condiciones, se había llegado en la cultura Inca después del largo período evolutivo que va desde el siglo X antes de Cristo al Imperio Incaico.

Es preciso señalar que la larga evolución de la desacralización de las bebidas alcohólicas ha sido muy lenta, y compleja. En algunos aspectos culturales y antropológicos aún no ha finalizado. Se inició, de una cierta manera cuando en el 1200 después de Cristo, Llull (1233-1316) y Arnau de Vilanova (1238-1311), describen la destilación -como proceso alquímico- y la aplican al vino. Europa tuvo conocimiento de la experiencia de los alquimistas árabes, en los siglos VII y VIII, que intentaban encontrar el espíritu que puede "alterar el corazón del hombre". Hay que señalar que desde el hallazgo del "agua de la vida" pócima utilizada por el médico Arnau de Vilanova con la pretensión de "Elixir de la Juventud" hasta la primera gran epidemia de Ginebra en Inglaterra hacia 1751 pasarán muchos años. (8), (9), (10), (11), (12).

Hay un curioso antecedente de un poeta y médico inglés, Cowley, que en 1662 hacía dialogar a Varicocha (Divinidad propiciadora de la coca), con Baco (Dios de la embriaguez del vino) y Ceres (Diosa de los cereales y por lo tanto de la cerveza), en sus poesías en las

que defendía también las posibles virtudes "medicinales" de las hojas de coca. (13).

Un viejo cronista escribió: "Una hierba que llaman "Hayo" (coca), que traen los indios en la boca, y aunque la masean, no la tragan... en unos calabacitos traen una mixtura que parece cal viva"... "Dicen los indios que el hayo y esa cal les sustenta"... "No solamente se usa esto en aquella tierra sino en la mayor parte de las Indias y con diversos nombre el Hayo y la cal". Esta descripción de Fernández de Oviedo, es citada por Herrera y coincide con la de Acosta y Aguado. En todas ellas se recoge que el uso de las hojas de coca por los indios era antes que nada una cuestión de carácter ritual y mágico. Este empleo "litúrgico" originó en un primer momento una prohibición y dadas las características de su uso, el riesgo de la intervención de la Santa Inquisición.

Es necesario advertir, que en un principio no se le dió a esta actividad del aborigen la importancia mágico religiosa que se le atribuiría después. Una expedición de Pedro Alonso Núñez y Cristóbal Guerra, en la que les acompañaba el sacerdote P. Ortiz, éste deja constancia que en determinadas circunstancias los indios se ponían hojas en la boca para masticarlas, según recoge Pedro Martín de Anglería en su obra "Décadas del Nuevo Mundo". (14).

También F. Guzmán Poma de Ayala, autor de "Nueva Crónica y Buen Gobierno" que tenía origen inca, describe cómo la esposa del cuarto Inca, Mayta Capac, era conocida como "Mamá Coca" y en su Crónica, erróneamente -según la mayoría de autores- atribuye el inicio del uso sagrado de la coca al propio Manco Capac.

En la celebración del Concilio de Lima (1559-1567) se declara que la coca es: "cosa inútil y perniciosa que conduce a la superstición por ser talismán del diablo".

Pero, mientras en el Concilio se tomaban estas decisiones, el proceso de aculturación y de subsiguiente transformación social y económica, consecutivo a los intereses de los "conquistadores", iniciaba un camino difícilmente reversible el de la colonización. En consecuencia, las hojas de coca se transformaron en "mercancía" y su comercialización

era una de las fuentes de riqueza de los colonizadores.

En 1569, Felipe II -Rey de Castilla y León- aprueba el uso por parte de los indios de la hoja de coca. Cieza de León, en la "Crónica del Perú", ya había observado que exprimir/masticar hojas de coca -por parte del indio- le daba a éste más fuerza para el trabajo. La "libertad" para usar hojas de coca decretada por Felipe II sólo se cumplió en parte, puesto que, como explica Garcilaso de la Vega en sus "Comentarios Reales" (1539-1616) "gran parte de las entradas (se refiere a las económicas) de los Obispos y de los cánones de las catedrales del Cuzco, lo constituye el diezmo sobre la hoja de coca".

Por otra parte Valera en la "Crónica de los Reyes Católicos" dice: "opinan que debe ser prohibida...pero los hechiceros sacrifican maíz, vegetales, frutos,...bebidas, lanas, vestidos,...que no pueden ser prohibidas, como tampoco lo puede ser la coca".

Finalmente, en 1573 el Virrey Francisco de Torres dió un impulso legislativo importante al control de la propiedad de la tierra y autorizó -con el soporte jurídico de las disposiciones de Felipe II- el cultivo de la coca. Este reconocimiento de Derecho contribuyó al aumento de su cultivo y a hacerla más económica y asequible, en consecuencia aumentó su consumo, al perder, en buena parte -en el proceso de aculturación aborígen- sus raíces mágico-religiosas. (15).

En la defensa que Garcilaso de la Vega, conocido en su tiempo con el apodo "del Inca" por su origen, hace de la hoja de coca, explica -como cualquier propietario de vides o destilerías histórico o actual- que tenía en propiedad un extenso campo de cultivo de hoja de coca en Havisca -actual Perú- el cual, según sus palabras, constaba con propiedad familiar desde 1120 d. c.

Las leyendas sobre el origen mitológico de la planta de coca tienen como característica en determinadas zonas su relación con un pájaro mágico que al recibir el beso de una doncella se transforma en un príncipe, que agradecido hace donación de las semillas de coca. En otros ámbitos culturales amerindios, es un ciervo o venado hembra virgen, que al tener relaciones sexuales con un hombre se

transforma en la Mujer-Diosa que enseña a los mortales el cultivo de la coca. Como sucede, invariablemente, en todas las teogonias unas condiciones sobrenaturales y espectaculares facilitan a los mortales el acceso o participación a una parte de las virtudes de la Divinidad, o por el efecto, en este caso de las hojas de coca cultivadas, cosechadas y masticadas/exprimidas según un determinado ritual o como sucede en el Mediterráneo con el uso ritual de las bebidas alcohólicas en Egipto, en la Grecia Arcaica, en el Imperio Romano, etc. (16), (17), (18).

Hemos de indicar que ha existido una cierta discusión para delimitar la extensión del consumo sagrado de las hojas de coca geográfica del cultivo y, por lo tanto, del uso de la hoja. No hay duda que el proceso de aculturación del amerindio y, en consecuencia la desacralización de la coca, aunque en un primer momento afectó negativamente a la demografía, posteriormente aumentó la población usuaria. Por otra parte, la expansión del Imperio Inca y la apropiación de la coca como planta sagrada habían aumentado muy puntualmente la difusión geográfica del cultivo, a pesar de que éste estaba rigurosamente controlado a pequeñas extensiones de los alrededores de los templos. La extensión del Imperio Incaico y la del Imperio Romano tienen un cierto paralelismo. Hemos de recordar que existían dos tipos de cultivo que tenían un significado sagrado en el Imperio Romano, la vid y el olivo. De alguna manera, la extensión del área de su cultivo, era paralela a la estructuración de una unidad política, cultural y religiosa sobre territorios y etnias típica de la conquista romana. Este proceso lo desarrollaba también el Imperio Inca, creando sobre una antigua base prehistórica la codificación religiosa del uso de las hojas de coca, la estructura ritual de su consumo y su sacralización. Aunque parezca una paradoja, la extensión del Imperio Inca comportó un mayor control sobre el consumo de hojas por una parte y por otra una extensión del cultivo, si bien que controlado en pequeñas áreas, casi domésticas, de los alrededores de los templos. (19).

Después de 1492, el consumo de hojas de coca fue aumentando lentamente en todo Mesoamérica, y aunque el desarrollo de la agricultura y de la minería comportó pagar

parte del trabajo con una determinada cantidad de hojas de coca, su consumo, hasta los inicios de los procesos de independencia contra la Monarquía Española de las modernas Repúblicas, el consumo y cultivo de la coca se mantuvo entre determinados límites geográficos y culturales de Suramérica.

La modificación de una serie de condiciones en el cultivo de la coca y su relación con la expansión de determinadas formas de "industria agrícola", y la promoción fundamentalmente europea y de los Estados Unidos de América de uso de derivados de las hojas de coca, transformaron y modificaron una producción autárquica en masiva y exportadora.

En Europa, en 1750, a pesar de que con anterioridad Monardes en su famosísimo libro "...que trata de las cosas que traen de las Indias Occidentales, que sirven al uso de la medicina..." (Sevilla, 1565; Amberes 1574-1582) hace una descripción detallada de la planta y de sus hojas y de su posible utilidad mágico-terapéutica. La descripción de Monardes no se extiende a Europa, como sucedía paralelamente con la nicotiana tabacum o planta del tabaco. Hemos de esperar, como hemos dicho anteriormente, que en 1750 el botánico Joseph de Jussieu introduzca la planta en el Real Jardín Botánico de Francia, para que dicha planta entre en el marco de los conocimientos de la incipiente ciencia Botánica.

En 1860 Niemann aisla "el alcaloide"; en 1862 Lossen configura la fórmula definitiva, que en 1875 es confirmada por Richard Willstätter al realizar las síntesis de la sustancia. En 1883 un médico militar bavarés Aschembrandt utiliza la cocaína, accidentalmente, para mejorar el cansancio de sus soldados. En 1884 dos médicos contribuyen de una manera decisiva a su difusión y expansión, como consecuencia de su tipo de clientela de nivel socio-económico alto o muy alto y que influyen de una manera decisiva en que determinadas clases pudientes europeas interpretasen el empleo de la cocaína "como el descubrimiento terapéutico del siglo". (20).

Los escritos de Sigmund Freud sobre la cocaína y la promoción que de ella hace para el tratamiento de la morfinomanía y de los trastornos neurasténicos y depresivos con-

tribuyeron a su difusión, aunque estos errores, después y tardíamente fuesen rectificadas. Hay que decir que determinados efectos sobre las mucosas y la piel de carácter local de la cocaína, indujeron al oftalmólogo Koller a utilizarla, por primera vez en la anestesia local para intervenciones quirúrgicas mediante soluciones de cocaína (1884). (21), (22).

Toda esta promoción del clorhidrato de cocaína como "panacea-milagro" fue aprovechada para una comercialización desafiada. El paradigma sería el de un hombre originario de la isla de Córcega llamado Mariani. Su vino, el elixir, las píldoras, el té y las galletas transformaron a este corso en multimillonario. El motivo fundamental del desarrollo de esta industria era el contenido de extracto de coca, y por tanto, de cocaína en todos estos productos y el hecho del prestigio de este fármaco "maravilloso" que lo acompañaba estaba reforzado por la opinión de eminentes médicos de los aristócratas y de las causas reales reinantes en Europa.

Francia se convirtió en este momento en el centro de exportación y difusión de los productos Mariani. La empresa Mariani utilizaba como palanca de promoción de sus productos poder anunciar que entre sus clientes estaban el Papa León XIII, el General Grant, Adelina Patti, Sara Bernard, Edison, el Zar de Rusia, etc. y en referencia a las posibles opiniones de los médicos en uno de sus folletos de propaganda "científica" en Gran Bretaña y USA decía: "Declaring that a slur against it was a slur against the intelligence of many prominent physicians" que podría traducirse como: "Pronunciarse en contra, es dudar de la inteligencia de los médicos más famosos".

La promoción del vino Mariani y sus derivados entre la clase aristocrática de los Estados Unidos originó que un farmacéutico de Atlanta (Georgia, USA) John Styth Pemberton (1885) registrase una pócima como: "French Wine of Coca, Ideal Tonic" como imitación, indicada bien clara en su registro, del vino Mariani. Un tiempo después, un farmacéutico más emprendedor Asa Griggs Candler, observando las corrientes anti-alcohólicas de la sociedad americana de alto nivel económico y el aumento de ventas

de la denominada "soda fountain" (bebida refrescante como las gaseosas, pero con extractos y sin alcohol) compra todos los derechos del "ideal tonic" y funda en 1892 la más famosa y conocida compañía de bebidas refrescantes de Norteamérica. En 1909 esta bebida tenía ya más de 60 imitaciones.

Por la misma época, en Estados Unidos de Norteamérica un conocido laboratorio farmacéutico vendía cigarrillos con cocaína, un elixir "coca cordial" -de hecho, una bebida alcohólica- y también pomadas y soluciones que tenían cocaína. (23).

EL CONFLICTO

Como en otras tantas ocasiones, todo intento de discusión científica, y de observación de los hechos era hábilmente distorsionada por los distribuidores y comercializadores y comportaba finalmente, independientemente de la observación de casos de los médicos, un aumento de ventas y se consiguieron obtener pingües beneficios y se generaron auténticas fortunas. El secreto se ocultaba en las bebidas gaseosas ("soda fountain") de las cuales el usuario no podía prescindir dado su contenido de cocaína (extracto de hojas de coca).

En el año 1903, existía en los medios sanitarios de Europa y América del Norte una auténtica alarma frente a la cocaína, tanto en los que respecta a su uso estrictamente médico (anestesia local) que había dado muestras de riesgo por shock taquifiláctico (muerte súbita en una primera administración), como por su empleo habitual como tratamiento en la tos irritativa de la garganta, en la tos de la tuberculosis y por las desviaciones de un uso supuestamente terapéutico a consumos persistentes, continuados y tóxicos de píldoras, jarabes, pastillas, etc. (24), (25).

En Estados Unidos, en 1906 la "Pure food and Drug Act" intentó controlar la producción artesanal de pseudofármacos con alto contenido de derivados de la coca. Las particularidades del sur de los Estados Unidos, las cicatrices de la guerra civil y las gravísimas problemáticas raciales condicionan, como en el caso de la marihuana, que muchos problemas de pobreza, incultura y marginación, en los negros, se atribuyan al consumo "criminógeno" (?) de derivados de la coca. En

1914, cuarenta y seis Estados de la Unión tenían una legislación local sobre la venta y el almacenamiento de dicha substancia. Solo 29 Estados tenían una legislación parecida para la venta y distribución de derivados del opio.

La "Harrison Narcotic Act" determinó la obligación del registro y/o posesión de patente de todo el proceso de importación, distribución y comercialización (tanto al detall o al mayor). En 1922 el Congreso, contrariamente al sentido etimológico de la palabra, por razones jurídicas, clasificó a la coca y sus derivados como "narcóticos". A su vez, al existir derivados sintéticos -de menos riesgo para la anestesia local- prohíbe totalmente la importación. (26).

En 1930 la "locura pública" del consumo de coca había remitido y también el de sus derivados. Pero en algunos niveles elitistas se mantenía un pequeño núcleo de consumidores por aspiración nasal de clorhidrato.

En Europa, entonces no existía ni la facilidad de transporte ni la actual difusión de los medios de comunicación social, existieron tres períodos de consumo epidémico. El primero se inicia en el siglo XIX con la magia de los vinos, píldoras, etc Mariani. Este mismo recurso fue empleado en indicaciones terapéuticas (?) para la morfinomanía, la depresión, etc, con un uso indiferenciado de extractos y de clorhidrato.

En la literatura no científica y en especial la de carácter popular, se refleja esta situación en la que, empleando el lenguaje de aquellos tiempos se refleja la degeneración moral y viciosa a la que el uso de la coca-cocaína comportaba. Normandy y Poinso, en 1903 escriben una novela por "entregas" (ahora diríamos por fascículos) en la cual su título es suficientemente explicativo: Impotencia Mortal ("La Mortelle Impuissance") con descripciones muy curiosas de la morfinomanía y de la cocainomanía. Paralelamente, y en una lectura científica, el alienista Magnan (1835-1916) realiza una detallada descripción del síndrome neuropsiquiátrico que lleva su nombre y que no es otra cosa que la expresión de una psicosis tóxica-cocaínica. El Dr. Pioffle, hace una descripción de su experiencia con enfermos cocainómanos -muchos- afectos en algunos casos de psicosis cocaínica (Psychosis Cocaínicas, Paris 1917).

La llamada Gran Guerra Europea de 1914 a 1918 interrumpió las importaciones y truncó este primer período de epidemia. Pero en los llamados "felices veintes", se extendió progresivamente en los medios aristocráticos y en la Península Ibérica. En el Estado Español que había conservado su condición de neutral, entre los "nuevos ricos" como consecuencia de la guerra en Francia, la cocaína se extendió con intensidad. G. de Terarmond escribe "Les Drames de la Cocaine", obra que en su tiempo, 1923, puede considerarse como un actual serial o culebrón de TV y un año después Cyril et Berger insisten con "La 'Coco', poison moderne" París, Flammarion 1924. (27).

En Cataluña, enriquecida, en parte, por la condición neutral del conjunto del Estado, la proximidad de Francia y la realidad económica de sus puertos y la existencia, por lo tanto, de una extensa capa de "nuevos ricos" y a pesar de que existía en aquellos años crisis nacionalistas, políticas y sociales que culminarían con la llamada "Dictadura" del General Primo de Rivera en la que se ejerció una intensa censura sobre la prensa, existen evidentes indicios en el "barrio chino" del puerto barcelonés de situaciones de uso de la cocaína descritas por los autores franceses. Determinadas novelas como "Vida privada" de Josep M.^a de Sagarra (1932), y "Metges o Traficants...?" Barcelona, Proa 1932 que en realidad reflejan el aristocratismo de la medicina privada de los años 1914 a 1930 en Barcelona, hacen una detallada descripción de los efectos del clorhidrato entre los clientes de estos profesionales de la medicina, las prostitutas más finas y de baja estofa. Y finalmente, en un libro de literatura popular de venta en los quioscos cuyo autor es F. Oliva y cuyo título es "La droga fatal (Cocainómanos). Reportaje a lo vivo" Ediciones Adán y Eva. Barcelona 1933, 2 ptas., se hace una descripción de los aspectos más evidentes y de los desastres relacionados con el consumo de cocaína.

Este segundo episodio o epidemia, en esta ocasión de clorhidrato, de raya y de aspiración, se interrumpe con la guerra de 1936-39, el hundimiento de la II República Española, la pérdida de las libertades y la entrada en el largo túnel del Nacionalcatolicismo-Nacionalsindicalismo, que con posterioridad

tan caro tenían que pagar Francia y Gran Bretaña con su política de "no intervención". A pesar de que después y vergonzosamente aceptasen al Dictador y facilitasen con ello la reinstitucionalización del sistema monárquico. El resultado inmediato, fue la iniciación de una guerra mundial que había de durar hasta 1945.

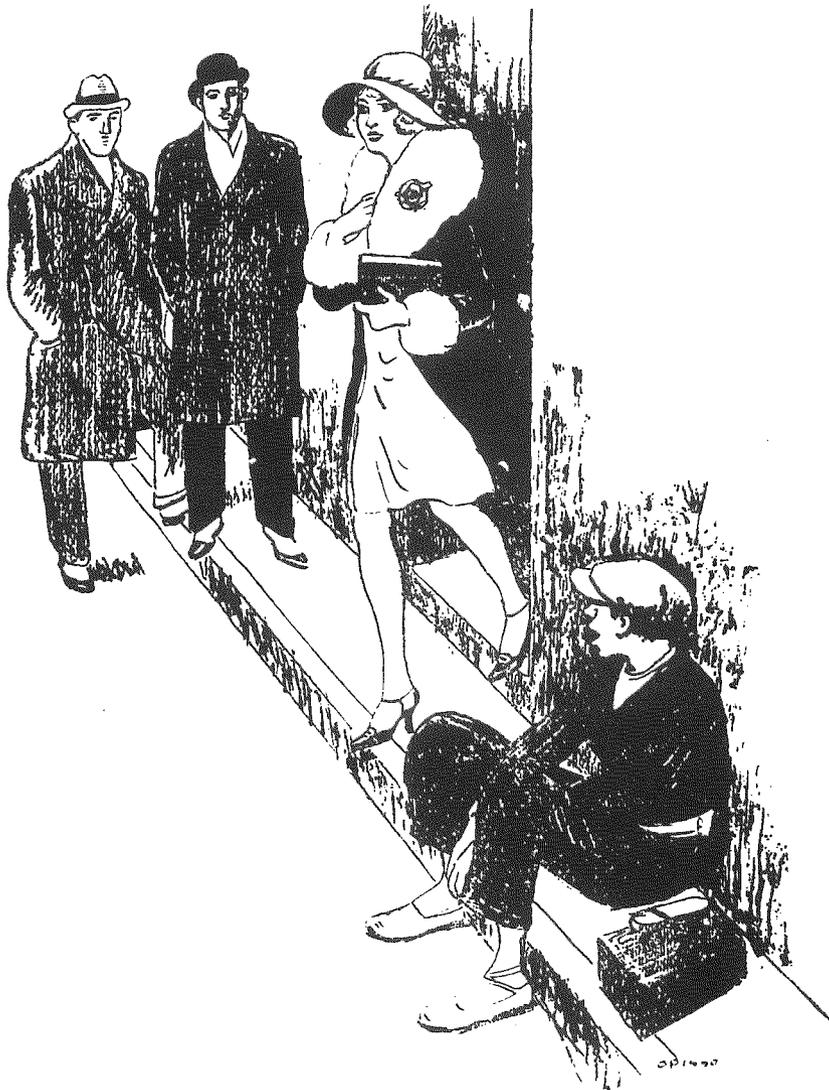
Al finalizar la guerra en 1945, se entró lentamente en la vanalización política de las drogas. En nuestra área el cáñamo se convirtió en marihuana. En Estados Unidos médicos y psicólogos promocionaron el L. S. D., en un medio en el cual existían un considerable número de morfina-heroina marginados, en las grandes urbes desde la década de los 20 y 30. (28). La promoción de sustancias químicas como resolución y salida a problemas humanos y políticos, (29) conllevó a la indirecta promoción entre jóvenes de las clases medias y altas, supuestamente "progres" y universitarias, de sustancias psicodélicas y lentamente la difusión de la heroína. Para Estados Unidos de Norteamérica la guerra del Vietnam significó una inflexión decisiva para el mundo de la drogodependencia, como de hecho idéntico significado tuvo en Europa el mítico mayo de 1968. (30), (31), (32), entrando ya en la realidad de la evolución actual de este conflicto como la conocemos en la actualidad.

ASPECTOS BIOMETABÓLICOS

Como en todo riesgo de drogodependencia, la cocaína, tiene que poseer una acción definida sobre el Sistema Nervioso Central (SNC), capaz de modificar el comportamiento en el sentido de convertir la conducta de uso de la cocaína en prioritaria, en relación a otras conductas consideradas con anterioridad como más importantes (33). Este riesgo de prioridad de uso no se establece, en el caso de las hojas de coca y/o mate de coca, de una manera obligada ni inmediata. Hay que advertir que también existe o puede existir un largo tiempo de uso con riesgo, sin que se establezca una conducta definitivamente prioritaria de uso, en el caso del clorhidrato aspirado por la nariz, a pesar de que el aumento porcentual de riesgo potencialmente atribuible sea casi geométrico. Es por estos hechos que hemos anunciado, que como sucede con las bebidas alcohólicas, desde la

Ejemplo del efecto negativo de la cocaína que ilustra una publicación popular de 1933, y en la que existe una descripción correctísima del Síndrome de Magnan.

Fuente: F. OLIVA. La Droga Fatal (cocainómanos). Reportaje a lo vivo.
Ed. Adán y Eva. Barcelona, 1933 (2 Ptas.)
(Colección F. F. S.)



De las «girls» del «Palace» era la más querida y la más revoltosa



...empezaron a tomar la droga por snobismo



... su descenso fue rapidísimo



«¡París! ¡París!»

cerveza, a la sidra, el vino... hasta el salto del contenido tóxico de los destilados existe un aumento porcentual de riesgo en el usuario, a pesar de que han existido y pueden existir bebedores "normativos" o "alcohólicos clínicos" de cualquiera de dichas bebidas. (34), (35), (36).

Hay que señalar que en el caso de la cocaína, por las características de las diferentes vías de administración, es posible con cantidades muy inferiores a las de cualquier "raya" de clorhidrato al usar derivados fumables que utilizan la vía pulmonar de administración, se aumenta el riesgo de acelerar el proceso de prioridad de uso (dependencia) con una rapidez impensable hace unos años. (37), (38).

Un usuario de una dosis fumada de 100 mgrs. de cocaína (alcalinizada) produce unos niveles en sangre venosa-pulmonar de 10-30 µg/ml que tardan escasamente 15/20 segundos en llegar al cerebro (39).

La cocaína afecta a la neurotransmisión, al alterar el metabolismo de la norepinefrina, serotonina y acetilcolina inhibiendo la recaptación y retrasando su inactivación. El aumento de catecolaminas condiciona la vivencia de euforia y la pérdida de la sensación de cansancio y fatiga.

La absorción por vía oral es en ocasiones difícil, puesto que hay que tener en cuenta el efecto anestésico sobre la mucosa orofaríngea. La absorción inhalable por vía nasal tiene una biodisponibilidad del 30-40% y es metabolizada por la colinesterasa plasmática; sus metabolitos, la ecgonina y la benzoilecgonina permiten su identificación toxicológica. A pesar de que la semivida plasmática es aún en la actualidad motivo de una cierta discusión científica; las cifras más admitidas le dan unos dinteles que oscilan entre 19 a 168 minutos. La semivida, en el caso de la cocaína, no correlaciona con los efectos eufóricos, estimulantes, etc... Esta especial actividad es consecutiva a la variabilidad de la actividad de la colinesterasa, no solo en especies animales, puesto que las ovejas, los perros, los gatos y las ratas no han servido de comparación para estudios aplicables en especie humana. Hay que señalar que se han descrito importantes diferencias individuales en la dotación de esterasas, (40), (41) lo que

explicaría la dispersión de resultados en los estudios de farmacocinética.

Puesto que las esterasas plasmáticas degradan a la cocaína, se ha sugerido crear un análogo de la cocaína y dotarlo de capacidades inmunogénicas; esto ha sido posible en ratones, obteniéndose anticuerpos monoclonales. El anticuerpo monoclonal del ratón presentaba una actividad comparable a la butirilcolinesterasa (la más activa en degradar la cocaína). Las ventajas de obtener un anticuerpo monoclonal específico en este caso son su rápida regeneración y quedar en disposición de degradar nuevamente a la cocaína en un espacio de tiempo record. Es tal la rapidez de esta reacción que impide que la cocaína llegue a niveles de concentración plasmática eficaz para actuar de refuerzo y en consecuencia sería incapaz de generar efectos toxicomanígenos adictivos (42).

Independientemente de lo anterior, que puede sugerir una esperanza terapéutica, las peculiaridades de la dotación de esterasas podrían explicar las reacciones ideosincrásicas de taquifilaxia que pueden conducir al usuario, en un primer intento de experimentación, a la muerte súbita, como ya era conocido en el siglo XIX y a principios del XX al utilizar las soluciones de cocaína como anestésico local de mucosas o troncular. Precisamente estos riesgos fueron el estímulo para investigar las denominadas novocaínas sintéticas y derivados parecidos para el uso médico.

Hay que tener en cuenta que aquellos consumidores persistentes y continuados y que, en consecuencia, sucesivamente aumentan la cantidad, aunque escasamente el 10-15% se oxida en el hígado, ésta puede ser muy tóxica para dicha glándula (43), (44).

Cocaína → *nor-cocaína* → *n-hidroxinorcocaína* → *nitroxid-norcocaína* = *Substancia específicamente hepatotóxica.*

Algunos aspectos de la hepatotoxicidad y a la vez encefalopatía asociada en consumidores de cocaína y bebidas alcohólicas podrían relacionarse con este mecanismo. Esto sería significativo en el indio coquero muy sensible al aguardiente, como en los europeos alcohólico-cocaíno usuarios (45), (46).

Hemos de recordar que en determinados países (Inglaterra), aún persisten indicacio-

nes terapéuticas de la cocaína, evidentemente en situaciones límite de dolor y como indicación paliativa. El Chest Hospital tiene una solución Brompton con la siguiente fórmula:

Metadona/Heroína*	10 mg.
Cocaína	10 mg.
Alcohol etílico (90°).....	1'25 ml.
Jarabe simple	2'50 ml.
Agua cloroformada	10 mg.

* Puede sustituirse por cloruro mórfico.

Fuente: (47).

UNA CONTROVERSIA

De hecho la expansión del consumo de la cocaína, a pesar de sus efectos adversos sobre el bienestar y la salud en personas usuarias persistentes y continuadas, se defendía con el supuesto de la "dependencia psíquica". Es necesario insistir que no existe drogodependencia sin una actividad bioquímica sobre el S. N. C. o cerebro, o en algunas de sus estructuras especializadas. O se altera la membrana neuronal y secundariamente la neurotransmisión, o se altera más directamente la neurotransmisión. Esto origina disfunciones que se traducen por alteraciones de la conducta. Este hecho fue objeto de una reconsideración por parte de un amplio grupo de prestigiosos expertos reunidos en Washington D. C. (U. S. A.) que en 1981 publicaron un memorandum de dicha reunión insistiendo en la necesidad de considerar la relación con las drogas como un fenómeno de "continuum" y en el que es preciso evaluar todos los procesos y características de la neuroadaptación (48), (49).

La reflexión anterior nos lleva inexorablemente a una revisión del problema de la cocaína, que en su momento ya nos habían hecho sospechar las viejas experiencias de Olds y Milner con sus ratas y a su vez las investigaciones con antropoides (1974) de Schuster y Johanson, (50) (51). En último término al intentar condicionar un antropoide fuertemente atado a una silla para apretar una palanca, confirmó -aparentemente- la existencia de un modelo de vinculación bioquímica representado por los síndromes de abstinencia alcohol-barbitúricos o la de los opiáceos. Al progresar la técnica electrónica y poder utilizar experiencias de autoadministración en antropoides en un ré-

gimen de semilibertad y de actividad dentro de su hábitat, pudo observarse que las manifestaciones de abstinencia de una substancia estimulante, la cocaína, en realidad condicionaba manifestaciones de ausencia de droga, con características distintas. Para decirlo de otra manera, existían unos modelos bioquímicos de privación condicionados por una actividad bioquímica fundamentalmente depresora (alcohol-opiáceos) y un modelo de abstinencia, con otros rasgos y características para un estimulante de la magnitud de la cocaína.

En 1971 Wilson, entrenó monos Rhesus para masticar hojas de coca, a fumar y finalmente consiguió una cierta autoregulación. Sólo tenían acceso a la droga durante cuatro horas, y tenían la dosis rigurosamente limitada. Si se alteraba la dosis, aumentándola, se producía una alteración del comportamiento, tanto en el mono Rhesus como en ratas, babuinos y gatos. Se intentaba evidenciar que si existía un control externo de la dosis y una disponibilidad limitada de la substancia podría desarrollarse un uso sin daño aparente y no una toxicidad crónica (Univ. de California) es decir un modelo parecido a lo que se entiende en el caso de las bebidas alcohólicas de ingesta moderada.

En la Universidad de Chicago, otra experiencia con el mono Rhesus al que se le administraba por cateter por vena femoral o yugular clorhidrato de cocaína, en menos de 60 minutos el mono aprendió a apretar la palanca. Tenía un acceso ilimitado a la substancia; en estas condiciones existía una evidente preferencia para las altas dosis: quieren más la coca que la relaciones o contactos con otros de sus congéneres. En determinados momentos del experimento preferían más dosis a pesar del castigo de una descarga eléctrica, y finalmente preferían la autoadministración que los alimentos; algunos de ellos podían morir autoadministrándose cocaína con un plazo de 3-5 días y 12.800 pulsaciones de la palanca (52).

Un estudio relativamente reciente de seguimiento durante 11 años plantea en la especie humana una importante problemática: la probabilidad, a pesar del riesgo, como en el uso de las bebidas alcohólicas, de la existencia de un posible consumo "normativo" (?).

Hay que poner atención en el hecho que unos 22 millones de norteamericanos han probado el clorhidrato por aspiración nasal en alguna ocasión durante el último año y que 5 millones la habían utilizado durante los últimos 30 días. (53), (54). Como sucede con el uso de las bebidas alcohólicas, no existe evidencia de que esta inmensa mayoría de usuarios lleguen a ser adictos o lleguen a los programas de tratamiento.

Un grupo de investigadores establecieron contacto con un grupo de usuarios en el año 1975 e hicieron un estudio retrospectivo en 1986. Era un grupo de 27 personas formado por 2 familias y unos amigos, pudiendo estudiarse 21 casos. 7 tuvieron en el curso de estos años un consumo controlado, otros 7 pasaron por un período de consumo alto y finalmente en el momento de la observación estaban en los límites del autocontrol. Pero 5 que se iniciaron con un consumo controlado -cinco/seis años- después precisaron, para resolver los conflictos generados por esta situación por otra parte típicos, una abstinencia total; curiosamente, también optaron por la abstinencia -a pesar de 10 años de consumo moderado (?)- cinco personas más. No es necesario insistir que nadie pone en duda el alto riesgo del uso del clorhidrato, pero tal como sucede con el uso de las bebidas alcohólicas, este riesgo no se distribuye de una manera uniforme. Incluso en la muestra estudiada, que es pequeña y no representativa, se detectaron graves desajustes de disfunción social que evidentemente mejoraron o se corrigieron con la abstinencia. Hemos de aceptar que existen consumidores que, a pesar de todo, pasan muchos años como usuarios sin establecer mecanismos destructivos para sus actividades y funciones sociales, como sucede con las bebidas alcohólicas. (55).

El gran interrogante reside que con los datos actuales es imposible realizar una predicción o pronóstico sobre el resultado de las conductas de riesgo, es decir, la conducta de usuario de la cocaína o de las bebidas alcohólicas.

EFFECTOS DE LA COCAÍNA

Es un buen anestésico local, pero como ya se ha indicado, presenta variaciones individuales en sus efectos condicionadas por las

diferentes dotaciones o características bioquímicas de las distintas esterasas. Esta cuestión, a finales del siglo pasado y a principios del presente, motivó la necesidad de buscar anestésicos sintéticos, derivados o no químicamente de la cocaína sin el riesgo de taquifilaxia o "reacción ideosincrásica" que podía ser mortal.

La mortalidad, según datos del Addiction Research Foundation (Canadá), oscila entre 1'20 grs. a 20 grs.; pero dosis de 25 a 30 mgrs. han desencadenado una tempestad biometabólica incontrolable que ha conducido a la muerte. Para el uso como anestésico local se recomendó el test de la sensibilidad a la cocaína: Administración de una solución subcutánea de 10 mgrs. de cocaína, control del pulso cada 5 minutos durante 30 minutos, y si se detecta un aumento de pulsaciones de más de un 20% se entiende que existe una hipersensibilidad y por lo tanto un riesgo grave del empleo de la cocaína como anestésico. (56), (57).

Los efectos sobre el S. N. C. se traducen en general por: euforia, sensación de poder, en ocasiones de verdadera omnipotencia, vivencia de sentirse importante y un patente descenso de la autocrítica.

Estos efectos producen una sensación de desaparición o intensa reducción de la percepción del cansancio, de la sensación de sueño, pérdida del apetito y eventualmente una sensación de excitación general que puede acompañarse de excitación sexual.

Efectos negativos:

En el aparato cardiovascular, el aumento de las catecolaminas condiciona taquicardia que a su vez altera la oxigenación del miocardio, condiciona la aparición de espasmos coronarios y una profunda necesidad de más aportación de oxígeno al aumentar desmesuradamente la actividad del corazón. El riesgo de angina, infarto o necrosis es evidente.

Además puede existir una aceleración general del metabolismo y frecuentemente la aparición sorprendente de hipertermia.

En el aparato digestivo y especialmente el intestino, se han descrito manifestaciones de vasoconstricción que pueden condicionar

zonas de isquemia.

La sequedad de boca, la sensación nauseosa con vómitos pueden estar presentes.

Estas características del aumento del trabajo cardiaco se acompañan de taquipnea.

Este cuadro con esta sintomatología tan patente se manifiesta con toda su violencia en los casos de los contrabandistas que han ingerido receptáculos llenos de clorhidrato en condiciones inadecuadas y se conoce como el síndrome de "Body-Packer" (58).

Muchas de estas manifestaciones se dan eventualmente en algunos usuarios y actúan como evidente refuerzo negativo para la continuidad del uso de esta sustancia (59).

Algunos efectos negativos, en un estudio realizado en Los Angeles (California-USA) se intentaron valorar subjetivamente por N=99 consumidores esporádicos-ocasionales de 3 gr. de clorhidrato de cocaína vía nasal al mes (dosis que puede conceptuarse de baja) con un 54% de pureza. El cuestionario se pasaba cada seis meses durante cuatro años.

Los datos se resumen en el siguiente cuadro:

<u>Positivos</u>	<u>Negativos</u>
Euforia 100%	Desasosiego 70%
Estimulación 100%	Angustia/Ansiedad 34%
Reducción del cansancio 83%	Hiperexcitabilidad 28%
Menos apetito 67%	Irritabilidad 16%
Locuacidad 62%	
Estimulación sexual 23%	
> Capacidad mental 15% *	
> Sociabilidad 15% *	

* Los efectos "subjetivos" cuando se experimentan los efectos agudos, tienen que ser entendidos como una mensuración muy alejada de la objetivo-instrumental.

En otro estudio de N= 306 sujetos con un consumo importante (4-5 gr./semana) el 90% indicaron como efectos adversos:

Cansancio y Fatiga crónica	74 %
Insomnio	81 %
Depresión	75 %
Irritabilidad	78 %
Disminución de la libido	41 %
Fallos de la atención, concentración o memoria	61 %

Todas estas manifestaciones se acompañaban de conflictividad familiar, laboral y social (un 8% había realizado un intento de suicidio) hay que señalar que el estudio se realizó partiendo de la "Helpline Cocaine", recurso que no es significativamente utilizado por los marginados (60), (61).

La intoxicación persistente (crónica):

Las manifestaciones de los efectos persistentes y continuados de la autoadministración de cocaína se han asociado con:

- Agitación psicomotriz continuada, hiperactividad aparente que no tiene ninguna relación con la calidad de la tarea desarrollada, sin capacidad de discriminar el rendimiento bajo e inadecuado.

- Las alteraciones de la senso-percepción descritas por Magnan (1835-1916) y H. Pioffle (1917), pueden iniciarse con alteraciones psicopatológicas de características paranoides que derivan a una actividad manifiestamente delirante. Determinadas condiciones y circunstancias condicionan la aparición de las alucinaciones de tipo táctil: hormigueo,

prurito con sensaciones de múltiples insectos que andan sobre la piel y eventualmente vermífugas que andan por debajo de la piel (síntoma de Magnan) que puede originar por la vivencia de su realidad autolesiones y/o mutilaciones para eliminar el sufrimiento de "gusanos debajo de la piel que se me comen". (62), (63), (64).

A pesar de todos estos datos hay que insistir que existe una evidente desviación entre el número de usuarios esporádico o extemporáneos, y aquellos que finalmente serán conflictivos, como sucede con las bebidas alcohólicas. En éstas, los riesgos están condicionados por la rapidez con que el alcohol llega a afectar al S. N. C., la continuidad de la exposición y la relación, en el caso de las bebidas alcohólicas, entre las cantidades autoingeridas, su frecuencia y la graduación de las mismas (fermentados >1-4.º y destilados >30º). La cocaína está sujeta a este tipo de relación y aunque la cantidad y la frecuencia tienen su importancia, en la actualidad el riesgo práctico más alto se asocia, en el estado actual de nuestros conocimientos, en la vía de administración.

La absorción de cocaína por vía aérea pulmonar condiciona una acción inmediata, directa y brutal sobre el S. N. C. que evidentemente no puede compararse al de las bebidas alcohólicas. Ciertas cocaínas alcalinizadas fumables (rock, crack) y determinados preparados de "pasta de coca fumable", en cantidades que para la absorción nasal serían casi inoperantes toxicológicamente, son brutalmente activas si son absorbibles por vía pulmonar. "Fumar cocaína -se refiere al crack- puede considerarse como un pelotazo al cerebro..."efectos más rápidos evidentemente que por vía endovenosa. (65), (66).

ABORDAJE, DIAGNÓSTICO

A pesar de la obligada referencia al DSM-III-R hemos de señalar que tenemos nuestros recelos en referencia al modelo sociocultural anglófono de los llamados "patrones de uso". Pensamos que si con una sustancia que a pesar de todas las restricciones y controles sobre la venta, es como en la mayoría de los Estados U. S. A. una Mercancía controlada, las sociopatologías alcohólicas y la incidencia-prevalencia tienen características tan

distintas de los bebedores vitivinícolas mediterráneos e incluso de nuestros propios consumidores de destilados, no creo que este modelo puede exportarse sin riesgos importantes. La embriaguez puede ser un síntoma de desintoxicación aguda, pero evidentemente no puede ser un síntoma de la enfermedad entendida como Síndrome de Dependencia del Alcohol, y a su vez, beber por la mañana en ayunas, tampoco puede ser, en nuestro país ni en Francia ni en Portugal ni en Italia, por ejemplo, un síntoma inequívoco de S. D. A. Es preciso, pues, tener en cuenta estos datos en el diagnóstico y no estrañarnos la existencia de dificultades en un intento de precisarlo:

DSM-III-R	Cocaína
292.00 *	Abstinencia
292.11 *	Trastorno delirante
292.81 *	Delirium
305.60 *	Intoxicación

Todos estos epígrafes marcados con un * indica que son empleados en más de un diagnóstico o subtipo de diagnóstico y han de ser evaluados muy detalladamente.

Tal es así, en la referencia 292.11 * del síndrome delirante orgánico o en el caso 292.81 * al delirium, puesto que se genera un cierto grado de confusión al unificar las evidentes diferencias entre un delirium alcohólico o un paranoidismo étlico celotípico.

En este sentido GOLD, M. S. propuso, en los propios Estados Unidos, una aproximación clínica más real y curiosamente, excepto en la diacronía-sincronía, muy alcohólica de los criterios diagnósticos para la drogodependencia a la cocaína.

Criterios diagnósticos de dependencia a la cocaína

a) Pérdida de control:

- a.1. Imposibilidad de detener, disminuir o rechazar el consumo.
- a.2. Uso con regularidad y por lo tanto predecible.
- a.3. Ocasiones y episodios de consumo continuado de 24 horas o más.
- a.4. Anhelos o deseo irresistible (craving).

b) Aumento de las complicaciones:

b.1. Reconocimiento de la imperiosa necesidad de cocaína.

b.2. Temor a no poder disponer de la misma.

b.3. Sentimiento de culpa después del consumo. Consumo a escondidas.

b.4. Preferencia del consumo en relación a actividades familiares o recreativas.

c) Uso continuado a pesar de los efectos adversos:

c.1. Problemas médicos: fatiga, cansancio, insomnio, cefalea, rinitis, bronquitis, taquicardia, etc.

c.2. Problemas psicopatológicos: irritabilidad, depresión, pérdida de interés sexual, anhedonia, deterioro de la memoria, etc.

c.3. Problemática social/Interpersonal:

Separación, divorcio, pérdida de amigos, dificultades laborales o profesionales, inicio de un cierto proceso de marginación, accidentes de tránsito, etc.

Fuente: (67).

DATOS DE CONSUMO

Existen estimaciones que indican que como mínimo 4'8 millones de personas son usuarios problemáticos y persistentes de cocaína. No queda claro si esto incluye los que usan las hojas de coca o solamente usuarios de clorhidrato. También hemos citado, que 22 millones de ciudadanos norteamericanos aceptaban que la habían probado en alguna ocasión durante el último año.

El plan del Estado sobre las drogas en 1985 estimó en 60.000 - 80.000 el número de usuarios. (68).

Diferentes encuestas de "consumo" estiman a los usuarios en diferentes porcentajes:

	<u>%alguna vez</u>	<u>%últimos 6 meses</u>	<u>%últimos 30 días</u>
1984 Edis. Cruz Roja (N= 5.998)	3'7	1'8	1'5
1984 Juventud (N= 3.000)	42'2	-	0'6
1985 CIS (N= 2.500)	2	-	0'3
1986 U. G. T. (N=2.000)	5'6	3'2	2'4
1989 CIS (N=2.481)	3	-	0'5
Fuente: (69)			

Por su extraordinario interés, pues a nuestro criterio es predictivo de un futuro incremento de usuarios, y en consecuencia, de un aumento proporcional de cocainómanos, es necesario comentar la encuesta del Ministerio de Educación y Ciencia (M. E. C. Madrid) realizada en la población de BUP, COU, FP1 y FP2 y Educación Compensatoria en todo el territorio del Estado Español, sin tener en cuenta las Comunidades Autónomas con competencias en Educación. Las edades de los encuestados son de 14 a 19 años, en un universo 1.813.574 alumnos (N= 3.468).

En su conjunto la "droga" conflictiva, de morbilidad y mortalidad por excelencia, tanto a lo que se refiere a los efectos tóxicos

agudos como en el riesgo de muerte en las edades estudiadas continúa centrándose en las bebidas alcohólicas, en especial cuando su uso se asocia al de vehículos a motor. Los accidentes de tránsito con resultado de mutilaciones, disminución de las capacidades psicofísicas y la mortalidad continúan estando, a pesar del silencio de los medios de comunicación social, asociados a las bebidas alcohólicas, y siendo muy superiores a la mortalidad por cualquiera de las drogas "ilegales", en las edades comprendidas en la Encuesta M. E. C. (70).

En su conjunto, los datos de la encuesta MEC son tan significativas que el responsable de la publicación no ha dudado en titular-

la: "El Síndrome de Haddock: alcohol y drogas en enseñanzas medias". El famoso Capitán amigo de Tin-Tin siempre va "simpáticamente" bebido, en las circunstancias más inoportunas, "ejemplo" (?) de usuario de bebidas alcohólica y promoción "positiva" de su uso entre niños, adolescentes y jóvenes. Pero contrariamente, embriagado, se indigna al enterarse que en su buque se transporta opio.

En la encuesta, y en referencia al consumo de drogas ilegales, los indicadores en el contexto se definen:

Oferta: Haber sido consciente de una oferta concreta de cada una de las drogas ilegales al menos en una ocasión.

Experiencia: Haber hecho la prueba (usado-empleado) en alguna ocasión alguna de las drogas.

Deseo: Manifestar el deseo de realizar o hacer la experiencia.

Frecuencia: Haber consumido o no cada droga en períodos determinados y/o número de consumos en estos períodos.

En referencia a la cocaína, la oferta:

Edad:	19	18	17	16	15	14	Chicos	Chicas	Total
Oferta:	19	12'7	8'9	5'1	2'7	1'2	7	5'4	6'2%

El total de ofertas para la heroína fue de 2'5% y para "comprimidos" 8'6%.

El lugar donde se realiza la oferta es un indicador muy importante, y a pesar de las diversas informaciones interesadas en las pirámides de edad de referencia, el bar, la discoteca y en un parque acumula el 59'4%; el bar, la discoteca y el pub el 28'5%; y en una fiesta, en una reunión de amigos el 11'6%. La mayoría de ofertas se las han hecho estando en compañía de amigos el 78%.

La experiencia con cocaína se incrementa con la edad y oscila entre un 0'2% a los 14 años a un 5'6% a los 19 años, advirtiendo que estos aumentos no indican el porcentaje de uso real al final de esta etapa. Como era de

esperar y en contra de las expectativas expresadas reiteradamente en determinados "medios de información social", el nivel de experiencia en alumnos en colegios privados es más alto que en los colegios públicos. En el caso de la cocaína existe casi un paralelismo de porcentaje entre deseo y experiencia. Si entendemos que el deseo y la experiencia pueden ser un indicador de riesgo, llegan a un 2% para la cocaína y a un 0'6% para la heroína y -contrariamente a las expectativas de "legalidad-ilegalidad" - a un 2'8% en el caso de comprimidos o pastillas.

Dónde consiguió la sustancia la primera vez que la usó o realizó una prueba es un dato del máximo interés:

	<u>Cocaína%</u>	<u>Heroína%</u>	<u>Pastillas%</u>
La compraron toda la pandilla:	1'9	-	12'4
Uno de la pandilla compró e invitó:	5'2	29'8	41'9
Compra personal-individual:	0'3	-	9'7
Un conocido:	1'8	54'9	22'7
Un hermano o familiar:	0'9	-	3'2

La edad de inicio para la cocaína es de 16'3 años con una desviación de 1'2 (heroína 15'3, desviación 1'3). Pero si miramos la distribución por edades, entre los 15-16 años corresponde al 48'2%; entre los 17 y 18 años el 38'3%; y a los 19 años el 1'6%.

Hemos de insistir que a pesar de estos interesantes porcentajes de frecuencias, en el fondo de consumos habituales dado el bajo número de consumidores esporádicos o experimentales, no existen prácticamente en el período escolar estudiado, excepto para el tabaco, las bebidas alcohólicas y eventualmente para el cáñamo (cannabis, hachis), un uso continuado que podría interpretarse como drogodependencia.

El máximo detectado, en referencia a las edades de esta muestra que cumplirían estas condiciones citadas con anterioridad, serían unos 4.500 casos. Contrariamente a determinadas expectativas ni el curso ni la modalidad de la enseñanza discriminan, son la edad y el sexo lo que determina el posible riesgo de consumo.

Si lo que se estudia es población activa trabajadora, a nuestro criterio la encuesta auspiciada por la U. G. T. expone claramente que el tabaco, las bebidas alcohólicas, los tranquilizantes y la cocaína son las sustancias que permiten por un período más o menos largo de tiempo una relativa adaptación laboral.

La encuesta de la U. G. T. cubre un universo de trabajadores por cuenta ajena en la construcción, industria y servicios, o sea de todo el panorama de personal asalariado del estado español, en todos los hábitats: grandes ciudades, medianas y semi-rurales, entre mujeres y hombres en la proporción de población activa trabajadora y entre 16 y 65 años. El universo investigado corresponde a 6 millones de trabajadores (N= 2.000). Esta encuesta puede hasta cierto punto compararse con la EDIS pues se utilizó la estructura técnica del estudio estatal de 1985. La aplicación se realizó del 15 al 1 de diciembre de 1986 (71).

Como es evidente en todas las encuestas serias y a pesar de la marginación que las directrices prioritarias de los responsables políticos de los aspectos económicos de la

administración pública, tanto a nivel de Estado como autonómico o local, los datos más significativos y llamativos para la Salud y Bienestar de los trabajadores son los que se refieren al consumo de bebidas alcohólicas, que podrían explicar en parte algunos de los aspectos del elevado porcentaje de accidentes de trabajo y "ab itinere".

Si analizamos esta encuesta centrándonos en la cocaína, es claro que si comparamos los datos EDIS -1985 con U. G. T. - EDIS 1986 (72) el consumo de cocaína tiene una clara tendencia al aumento, "a pesar de su consumo por personas más integradas en las estructuras convencionales del sistema social... poco o nada marginadas" como expresa la encuesta en la página 95, reafirmando en el concepto de posible "consumo normativo" o por lo menos con un largo silencio clínico, que se asemeja extraordinariamente al de las bebidas alcohólicas. Todos los datos parecen indicar que el contacto con la cocaína aumenta de año en año.

Los datos de habitualidad o consumo continuado oscilan entre un 0'28% en todo el Estado español y un 0'21% en la encuesta de la U. G. T. En ella las variables más relacionadas con el consumo de cocaína son:

- Edades jóvenes de 16 a 34 años.
- Solteros y separados.
- Buen nivel cultural con sueldos medios-altos.
- En servicios, principalmente hostelería, comunicaciones y minería.
- Ideología de izquierdas.

Fuente: (73)

Como era de esperar el consumo de heroína es muy bajo, pues, en contra del 3'2% de consumidores de cocaína en los últimos 6 meses, la heroína representa escasamente el 0'7%, indicándonos, una vez más, que mantener una relación prioritaria de uso con la heroína es prácticamente incompatible con una actividad laboral normalizada. Hay que señalar que podría discutirse si esta incompatibilidad de la heroína es estrictamente toxicológica o existen expectativas socio-ambientales que pueden justificar esta dificultad.

En el caso de la cocaína, como en el del alcohol, las posibilidades de continuar con una actividad laboral y/o profesional a pesar de los riesgos evidentes, son altas. Precisamente ello explica la elevada incidencia, prevalencia de la asociación: Uso de bebidas alcohólicas -alcoholismo- accidentes de trabajo o de tránsito.

Recordamos que en U. S. A. cada año mueren 45.000 personas por accidentes de tránsito, el 50% aproximadamente relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas, si bien es cierto que en los últimos años han aparecido más casos asociados al consumo de otras drogas. En un estudio control efectuado en Nueva York la asociación era de, escasamente, un 10% de muertos por alcohol - cocaína (74).

INDICADORES DE ASISTENCIA

En su conjunto los datos actuales del Plan del Estado sobre las drogas (75) nos indican que:

Porcentaje de admitidos a tratamiento.

	<u>Heroína</u>	<u>Cocaína</u>
1988	97'1%	1'7%
1989	96'5%	2'2%
1990	96'2%	2'4%
1991	96'2%	3'2%

Fuente: (76)

En referencia al **porcentaje de episodios de urgencias:**

	<u>Heroína</u>	<u>Cocaína</u>
1988	96'6%	1'2%
1989	95'6%	1'7%
1990	93'4%	3'3%
1991	96'2%	3'0%

Fuente: (77)

Hay que advertir que no se codifican ni investigan los datos relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas y sus consecuencias para la salud y por lo tanto los datos están desviados, tanto en lo que se refiere a los inicios de tratamiento como en las urgencias hospitalarias. Hay una ocultación/desconocimiento de las urgencias consecutivas al uso de las bebidas alcohólicas. Hay que pensar que el alcohol, además del riesgo

proporcional atribuible de SDA o enfermedad alcohólica primaria, toxicológicamente y como urgencia la intoxicación aguda en jóvenes y sus implicaciones (morbilidad, minusvalía física y mortalidad) son estadísticamente, si comparamos con estudios realizados a distintos niveles autonómicos o en otros países, más altas que los efectos estrictamente de salud de la heroína.

Otro indicador importante son, en su conjunto, los datos del aumento generalizado de consumo de cocaína y los decomisos que expone la tabla n.º I.

Dadas sus características no creemos que en 1992 se haya reflejado este aumento ni siquiera en las urgencias hospitalarias, ni se ha modificado el perfil de los actuales clientes de los Centros de Atención para Drogodependencias, tanto en los que predomina la orientación médico-sanitaria, como en aquellos que utilizan también o predominantemente recursos de Servicios Sociales.

Todos los datos indican que continúan predominando los politoxicómanos-heroinómanos pero cada vez con mayor edad.

Por otra parte se entiende que ello sea así y que haya una progresiva disminución de personas atendidas en Centros de Drogodependencias ambulatorios y un aumento de su edad, puesto que la tasa acumulada por millón de habitantes de casos de SIDA (1981-1991) en ADVP es en el estado español la más alta de Europa: 191 (7.446 casos) lo que indica un alto porcentaje de mortalidad en esta subpoblación. Lo que también explica la disminución global de la población usuaria de heroína.

BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y COCAÍNA

A nuestro criterio Gold y Dackis (78) han hecho una descripción clínica de los cocaínómanos -aspiración nasal,- más próxima a los consumidores que nosotros conocemos que algunos de los supuestos de "American Psychiatric Association".

En nuestros casos se trata de bebedores sociales, consumidores diarios de cantidades superiores a los 80 grs./día de alcohol, con aumentos en los fines de semana, con persistencia de este consumo, como mínimo, un año antes de su primer contacto con la cocaína

TABLA N.º 1: EVOLUCION DROGAS DECOMISADAS (1970-1991)

	<u>HEROINA</u>	<u>COCAINA</u>	<u>HACHIS</u>
1970*	81 grs	8 grs.	587 Kgrs.
1971	164 grs.	1.837 grs.	718 Kgrs.
1972	785 grs.	11.550 grs.	896 Kgrs.
1973	75 grs.	2.810 grs.	3.518 Kgrs.
1974	26 grs.	581 grs.	6.023 Kgrs.
1975	333 grs.	11.527 grs.	6.183 Kgrs.
1976	102 grs.	6.733 grs.	5.474 Kgrs.
1977	9.677 grs.	22.600 grs.	10.528 Kgrs.
1978	8.537 grs.	14.943 grs.	6.812 Kgrs.
1979	16.770 grs.	45.124 grs.	20.000 Kgrs.
1980	6.127 grs.	58.192 grs.	11.381 Kgrs.
1981	34.000 grs.	47.069 grs.	20.901 Kgrs.
1982	67.566 grs.	113.617 grs.	27.626 Kgrs.
1983	109.329 grs.	275.144 grs.	20.843 Kgrs.
1984	203.000 grs.	277.000 grs.	37.206 Kgrs.
1985	252.615 grs.	302.544 grs.	66.132 Kgrs.
1986	407.052 grs.	668.919 grs.	50.260 Kgrs.
1987	413.000 grs.	1.134.000 grs.	59.210 Kgrs.
1988	479.656 grs.	3.461.103 grs.	91.469 Kgrs.
1989**	713.000 grs.	1.850.000 grs.	64.225 Kgrs.
1990	826.000 grs.	5.832.000 grs.	71.900 Kgrs.
1991	741.000 grs.	7.574.000 grs.	105.700 Kgrs.

* Fuente: Hasta 1988. Comisaría General de la Policía Judicial. Estadística sobre actuaciones contra el tráfico ilícito de drogas. Brigada Central de Estupefacientes. Madrid.

** Fuente: Plan Nacional sobre Drogas. Delegación del Gobierno. Memorias del Plan Nacional sobre drogas: 1989, 1990, 1991

na (clorhidrato) por vía nasal.

Estos pacientes se parecían, a pesar de ciertas diferencias evidentes, a los enfermos asistidos en el Schick Shadel Hospital (de Santa Bárbara-California) (79) que también tienen una cierta semejanza en algunas de sus condiciones del calificado "alcoholismo familiar" (80) y además encajan -relativamen-

te- en las consideraciones sobre las posibilidades terapéuticas de los casos de cocaína-alcohol (81).

Evidentemente nuestros casos no son representativos, puesto que se trata de una revisión de historias clínicas entre 1987 y 1992 en la que hemos encontrado como motivo de consulta conflictos en relación al uso de

alcohol-cocaína en 46 casos, el más joven con 30 años y el de mayor edad 47 años.

44 de los casos eran personas casadas y con hijos y que reunían criterios de nivel social alto o muy alto (I-II y III). Cuatro de los casos estaban divorciados/separados (N= 46, 42 hombres y 4 mujeres). 31 de ellos tenían una licenciatura universitaria, un diploma universitario, un título técnico, predominando las titulaciones de centros altamente especializados en aspectos de gestión de empresa, economía y en muchas ocasiones se poseía también una equivalencia en alguna universidad americana. Era evidente el predominio de técnicos en economía, administración y gestión de empresa, fiscalidad, etc. 8 de estas personas tenían doble condición en estas titulaciones puesto que además era licenciados en derecho. 20 casos reunían la condición de empresario, es decir, personas que tenían bajo su responsabilidad asalariados, pero a pesar de ello 8 de estos habían realizado cursos, "masters" oficiales u oficiosos sobre gestión de empresa, economía, o en el estado español o en Centros de Enseñanza cualificados de U. S. A. La mayoría de ellos tenían que considerarse responsables directos o indirectos de decisiones específicas, tanto en el caso de cargos "de alta responsabilidad" asalariados o con coparticipación empresarial contractual, o eran empresarios.

En 41 casos el motivo de consulta fue la problemática alcohólica con conflictiva familiar, profesional-económica. En 12 de estos casos la conflictividad profesional/económica, constituía el indicador de la alarma familiar puesto que se acompañaba de problemáticas sociales (peleas de bar y accidentes de automóvil, etc.) 12 de estos casos nos fueron derivados por Médicos Internistas diagnosticados de presuntos alcohólicos, o bien por pruebas analíticas que en algunos casos se asociaban a hepatopatía, pancreopatía, etc. y que posteriormente, al intentar una historia alcohólica amplia, se evidenciaba o sospechaba su asociación, hasta entonces mantenida en secreto, con el consumo de clorhidrato de cocaína por vía nasal, al evaluar la rapidez de la evolución como supuesto alcohólico.

En su conjunto el motivo aparente de atención no era distinto del de una consulta

alcohólica típica: alarma familiar por el desorden y descontrol económico, que si bien - como se ha insinuado con anterioridad - al intentar abordar la evolución del proceso era patente su espectacular rapidez en un momento dado del aumento del consumo de las bebidas alcohólicas, que coincidía entre los 60 - 90 días del contacto - experiencia con la cocaína.

La raya de cocaína se experimentaba con el supuesto, prejuicio o información falaz, que se conseguiría la supresión de la embriaguez y de sus manifestaciones motoras más espectaculares. De hecho, la desaparición subjetiva -predominantemente- de la sensación de embriaguez, se acompañaba, a las pocas semanas, de un progresivo aumento de las libaciones alcohólicas.

Se trataría de consumidores excesivos o "pesados" de bebidas alcohólicas, no necesariamente diarios -en un principio- con predominio de dicho consumo en los fines de semana, que entran en contacto en la cocaína por aspiración nasal, con el supuesto de mejorar las manifestaciones de la embriaguez. Aumentan la cantidad de bebida alcohólica -en estos casos destilados- primeramente los fines de semana, después dos o tres veces por semana, finalmente diariamente y en el momento de la consulta, en 40 de los casos, aumentan la cantidad de bebida/diaria y paralelamente la frecuencia de contactos con el consumo de cocaína. Con el consumo de cocaína diario, el aumento en el consumo de bebidas alcohólicas es más rápido y espectacular. Es posible la inversión del proceso inicial en el que el consumo excesivo de alcohol (?) motivaba el uso de la cocaína.

El aumento progresivo del consumo de alcohol es explicado por la sensación de astenia, intensa depresión, y los efectos de la resaca que sólo mejoran con la ingesta de alcohol. En su conjunto es "subjetivamente" la intoxicación alcohólica aguda y su presumible mejora con la autoadministración de cocaína, la justificación para aumentar progresivamente los contactos con la misma.

En unos 20 casos el motivo de consulta era conocer un centro en el extranjero, para reforzar al máximo la discreción y confidencialidad del tratamiento y en todos los casos la familia tenía un papel muy activo

en la decisión de escoger un Centro en Estados Unidos o en un país de allende de los Pirineos, en Europa.

En 21 casos el tratamiento se realizó, como expondremos después, dentro de un circuito para el tratamiento de la dependencia -adicción alcohólica y en muchos de los casos con tratamiento farmacológico específico (Disimipramida Metilfenhidrato). (82), (83).

PROCESO TERAPÉUTICO

En estos momentos existen centros especializados para el abordaje y tratamiento de la dependencia -adicción alcohólica, al margen del circuito conceptual de lo que en la Europa del Sur se entiende por "clínica psiquiátrica". Es un modelo que se asemeja a los "recovery center" de U. S. A. Como característica se exige que el diagnóstico alcohólico esté a un nivel de dependencia -Adicción, sin manifestaciones de psicopatología psiquiátrica previa al proceso alcohólico y que además las manifestaciones de enfermedades secundarias orgánicas estén en vías de compensación o resolución. De alguna manera el programa de tratamiento sigue las pautas de Smith, D. E. (84) que naturalmente tiene que adaptarse a nuestra realidad.

En una I fase, abstinencia, con control farmacológico:

Neurolépticos a dosis extremadamente bajas y clometiazol que puede sedar las manifestaciones de disforia ("craving") del alcohol, las de un posible síndrome de abstinencia "minor", etc. y a su vez mejora las de la cocaína, en algunos casos severos se ha empleado la disimipramina. Control por el internista, análisis convencionales y urino análisis para control de la cocaína. Ello durante las primeras 72 horas - 8 días máximo de ingreso y en cama.

Es imprescindible que antes del ingreso se haya realizado un abordaje-sensibilización familiar para promocionar su participación coterapéutica.

Objetivo: romper las relaciones con el alcohol y la cocaína.

Fase II:

Incorporación a las actividades del proceso terapéutico del alcoholismo del Centro.

Entrar en los Grupos de Discusión Terapéutica en los que se realiza un "forum" sobre films comerciales o programas de T. V. sobre los temas de alcohol fundamentalmente, y drogodependencias que tengan o puedan tener alguna vinculación con esta problemática en los medios de comunicación social. Técnica video.

Grupos de Terapia, dirigidos aparentemente como autoayuda, ya que los terapeutas son alcohólicos rehabilitados de larga evolución y con buena adaptación social, pero que tienen continuamente el asesoramiento y soporte de un equipo profesional que además realiza entrevistas individuales y/o de pareja o familia.

Además de esta supervisión profesional continuada de cada caso en el sentido alcohólico, control del estado de salud física y urino-análisis.

Dos veces por semana, reunión Socioterapéutica plenaria, en la que en una de ellas se reúnen directamente los afectados dados de alta que voluntariamente quieren asistir y en otra las familias de los pacientes y de los propios pacientes para el tratamiento de la co-dependencia.

En los fines de semana, excepto la 1ª/2.ª semana según el caso, convivencia familiar y/o de pareja en el centro.

Ingreso mínimo en los casos de alcohol-cocaína, 60 días. Estancia máxima de 3-6 meses. Sin positivos en los controles de orina.

Fase III:

Incorporación a un Grupo Terapéutico Externo, con las características de un Grupo de Difusión Terapéutica, de preferencia con participación familiar y seguimiento simultáneo individualizado y de pareja.

Entrenamiento en el reconocimiento de las situaciones de riesgo tanto para el afectado como para su pareja o familia, de los síntomas de la enfermedad, de las relaciones bidireccionales alcohol-coca y/o coca-alcohol.

Técnicas de control preventivo de la recaída mediante el análisis conductual-comportamental y cognitivo con la colaboración familiar de pareja, siguiendo algunos

de los supuestos de Marlatt (85).

Esta fase III se aconseja que se siga como mínimo durante 24 meses sin recaída.

En el supuesto que ésta se presente, tanto en el caso del alcohol como el de la coca, el abordaje se realiza a nivel grupal en la mayoría de casos y las decisiones terapéuticas son el resultado de: reunión de grupo con los afectados, con la familia, entrevista individual de pareja, evaluación del período de residencia en el Centro y evaluación de las condiciones y motivos de ingreso.

Son indicadores de buen pronóstico:

- Integración en los Grupos, aunque predominantemente estén formados por "alcohólicos clínicos" (86)

- Orinas negativas.

- Ausencia de consumo de bebidas alcohólicas, de bebidas etiquetadas "sin alcohol" que lo tienen en baja proporción, son indicaciones que mantienen los aprendizajes ilusorios de un posible autocontrol (87), (88).

- Evitar los planteamientos de autocontrol.

- Establecer nuevas pautas de relación social, recreativa, etc...

- Control del "Stress" y todas sus significaciones correlativas.

- Participación activa de la pareja y de la familia.

Es necesario advertir que para conseguir muchos de estos objetivos y finalidades terapéuticas, si se quiere hacer un seguimiento correcto es preciso:

- Aconsejar preferentemente la asistencia a un grupo Terapéutico Técnico que permita el control y la participación familiar. Preferiblemente el terapeuta de grupo tendrá que realizar las entrevistas individuales y de pareja.

- La abscipción exclusiva a un grupo de "Autoayuda" en el que no puedan participar y asistir los familiares y/o la pareja es un motivo de una evolución en ocasiones negativa, puesto que si bien el paciente podrá mantenerse abstinentemente, las dificultades para la integración familiar y de pareja persistirán y no

será posible el control objetivo de la evolución del caso (89).

- Es preciso estructurar entre un grupo de amigos no consumidores o en todo caso consumidores normativos de bebidas alcohólicas- evidentemente sin indicios evaluables de ninguna socio- patología - y no relacionados con el grupo terapéutico, una estructura de soporte para la integración en el medio con la colaboración familiar o de pareja.

- Profundizar en los aspectos negativos del consumo de bebidas alcohólicas, del consumo de coca, y de alcohol-coca tanto en los grupos como en las entrevistas.

- Aprender a disponer positivamente del tiempo de ocio, con aquellas actividades que puedan, progresivamente, un nuevo "estilo de vida" activo y positivo para el afectado y sus familiares.

- Es preciso evaluar con especial atención el posible "victimismo no cooperante" de la pareja o familia, núcleo de muchas de las dificultades en la práctica del "cambio", si el terapeuta no controla esta condición de riesgo. A su vez el "victimismo onfálico" de los grupos de autoayuda solo para afectados tiene que ser también evaluado y convenientemente combatido.

Antecedentes Familiares

De las 44 personas historiadas, una cuarta parte tenían antecedentes de un padre con claras manifestaciones de "alcoholismo clínico" y en un tercio de casos existían o se expresaban sospechas de antecedentes en tíos/tías (hermanos, hermanas del padre o de la madre). Hay que advertir que en los casos tratados, 8 tenían antecedentes y 11 no reunían esta condición. En el momento actual del seguimiento no existe correlación entre la evolución y la existencia de los antecedentes en referencia a la recaída.

En resumen, nuestra experiencia clínica en estos casos podría evidenciar la relación entre la ingestión de bebidas alcohólicas en personas adultas que por determinados motivos aumenta los fines de semana y que al simultanear "accidentalmente" las bebidas alcohólicas con la cocaína aumenta el consumo de alcohol exponencialmente y en muchas ocasiones el motivo de consulta es alcohológico y el consumo de cocaína se ha mantenido en secreto dentro del ámbito familiar.

Este trabajo se inició en 1990 como consecuencia de una solicitud del Servei de Prevenció, Orientació i Tractament de Toxicomans (SPOT), Diputació de Barcelona, con motivo de los 10 años de inicio de sus actividades.

BIBLIOGRAFIA

1. N. U. (1984) Boletín Estup. Vol. XXXVI, n.º 2, Especial cocaína.
2. JERI, F. R., (ed.) et al. (1980) Cocaína 80. Lima, Perú.
3. ROMERAL, A. y GARCIA M. (1993) Tráfico y consumo de drogas, aspectos penales. Ed. Comares, Granada.
4. MARTINEZ HIGUERAS, A. J. (1990) Legislación sobre drogas. Ed. Tecnos, Madrid. (ver: Convenio Naciones Unidas 20-12-88. B. O. E 19-12-91). p. 1354-1376.
5. GRINSPOON, L; BAKALAR, J. B. (1976) Cocaine. Basic Books, N. Y. U. S. A.
6. FREIXA, F.; MASFERRER, J.; SALA, L. (1986) Urgencias en Drogodependencias, Sandoz, Barcelona.
7. GRANIER-DOYEUX. M. (1979) Farmacodependencia. Ministerio de Sanidad. Academia de Ciencias. Caracas. Venezuela.
8. SANAHUJA, P.; MELGAREJO, M.; SERRANO, J. (1987) "Cocaína: Aspectos generales y clínicos. Fons informatiu n.º 9 (monograf.)
9. FOUQUET, P. (1965) "Alcool et Religions". Rev. Alc. n.º 2: 81-92.
10. JEANMAIRE, H. (1951) Dionysos. historie du culte de Bacchus. Payot, París.
11. FOUQUET, P.; BORDE, M. (1986) Le roman de l'alcool. Seghers, París.
12. ROSENSTINGL, R. (1978) El alcoholismo en la prehistoria. En: GASSULL, M. A.; FREIXA, F. et al. La Enfermedad Alcohólica, Fargraf, Barcelona (21-32p).
13. Opus cit n.º 5.
14. Opus cit n.º 6.
15. Opus cit n.º 5.
16. Opus cit n.º 5.
17. Opus cit n.º 12.
18. DION, J. (1977) Historie de vigne et du vin en France des origines au XIX é siècle. Flammarion, París. (reimpresión).
19. PEREZ BARRADAS, J. (1957) Plantas mágicas americanas. C. S. I. C., Madrid.
20. Opus cit n.º 5.
21. JONES, E. (1959) Vida y obra de Sigmund Freud. 3 vols. Ed. Nova. Buenos Aires, Argentina.
22. GAY, P. (1989) Freud. Paidós, Barcelona.
23. Opus cit n.º 5.
24. ERLLENMEYER, E. (1886) "Uber Cocainsucht" Wiener Medizinische Presse. 27: 918-921.
25. ELLINWOOD, E. H.; KILBEY, N. M. (eds. (1977) Cocaine and other stimulants. Plenum Press, N. Y., U. S. A.
26. HAMOWY, R. (ed.) (1990) Dealing with Drugs. Consequences of Government. Pacific Research Institut for Public Policy Control. San Francisco, California. U. S. A.
27. CYRIL, V.; BERGER, D. (1987) "Cocaine et début de siècle" Psychotropes Vol. III (3): 39-55.
28. SOLLMANN, T. (1949) Farmacología (vol. I). Salvat, Barcelona.
29. ESCOFFIER-LAMBIOTTE, D. et al. (1970) Ivresse chimique et crise de civilisation. Entreniens Rueil, Sandoz. France.
30. WOLFE, T. (1969) The Electric Kool Aid Acid Test. Bantam Books, N. Y., U. S. A.
31. PAZ, O. (1977) "La mirada interior". En: CASTAÑEDA, C. Las enseñanzas de D. Juan. Ed. F. C. E. México.
32. HOFMANN, A. (1979) L. S. D. - Mein Sargenkind. Ernts Klett, Stuttgart, D. D. R.
33. EDWARDS, G. et al. (1982) "Nomenclature et classification des problèmes liés à la consommation de drogue et d'alcool". Memorandum O. M. S. Bulletin O. M. S. 60 (4): 499-520.

34. KISSIN, B. (1982) "A historical review of drug and alcohol use" En: SALOMON, J.; KEELEY, K. A. (ed.) Perspectives in alcohol and drug abuse. John Wright, PSG Inc. Bristol, Gran Bretaña.
35. GOODWIN, F. K. (1988) "From the alcohol, drug abuse, and mental health administration". JAMA, 260 (22): 3250
36. FREIXA, F. (1991) "Alcohol: aspectes evolutius de l'última dècada". En 10 anys d'atenció a les drogodependències. Ajuntament de Vic. Vic (Osona) (p. 67-81).
37. RAMON CAVERO, M. A. (1986) "El crack: nueva droga adictiva". XIV Jornadas Socidrogalcohol, Cáceres (Fotocop.).
38. INCIARDI, J. A. (1991) "Crack-cocaine in Miami". En: SCHOBBER, S.; SCHADE, CH. (eds.) The Epidemiology of Cocaine Use and Abuse. monograph 110, NIDA, Maryland (p. 263-274).
39. EXTEIN, I.; DACKIS, C. A. (1987) "Brain mechanisms in cocaine dependence". En: WASHINGTON, A. M.; GOLD, M. S. (eds.) Cocaine a clinician's Handbook. Wiley & Sons- Guilford Press, N. Y. U. S. A.
40. FOLDES, F. F. (ed.) et al. (1978) Enzymes in anesthesiology. Springer Verlag, N. Y., U. S. A.
41. SCHOBBER, S.; SCHADE, CH. (ed.) (1991) The Epidemiology of Cocaine Use and Abuse. Monograph 110, NIDA, Maryland.
42. GARCIA, A. G. (1993) "Un anticuerpo catalítico anti-cocaína" Noticias Médicas, 3500 (marzo): 7-8.
43. EVANS, M. A. (1982) "Role of protein binding in cocaine-induced hepatic necrosis". J. Pharm. Exp. Therap. 224: 73-79.
44. BOYER, S. C. (1990) "Potentiation of cocaine-mediated hepatotoxicity by acute and chronic ethanol". Clinical and Experimental Research 14. (1): 28-31.
45. UGARTE, G. (ed.) et al. (1981) Alcoholismo. II Congreso Iberoamericano. AIEPAD. Chile.
46. Opus cit n.º 35.
47. AVORN, J. L. (1980) "El rol de la cocaína en el tratamiento del dolor incoercible en enfermedades terminales". En: JERI, F. R. (ed.) Cocaína 80. Lima, Perú.
48. Opus cit n.º 33.
49. LIPTON, M. A. et al. (1982) Psicofarmacología. Espaxs, Barcelona.
50. SCHUSTER, C. R.; JOHANSON, C. E. (1980) "Evolución de la cocaína usando el modelo animal del abuso de droga": En: JERI, F. R. (ed.) Cocaína 80. Lima, Perú.
51. Opus cit n.º 39.
52. WASTHON, A. H.; GOLD M. S. (ed.) (1987) Cocaine a clinician's handbook. Wiley & Sons-Guilford Press, N. Y., U. S. A.
53. OGBORNE, A.; RUSH; B. R. (1990) "Especialized addictions assessment/referral services in Ontario: a review of their characteristics and roles in the addiction treatment system". British Journal of Addictions Vol. 85: 197-204.
54. GASSULL, M. A. (dir), FREIXA, F. et al. (1978) La enfermedad alcohólica. Fargraf, Barcelona.
55. MURPHY, S. B. et al. (1989) "An 11-year follow-up of a network of cocaine users". British Journal of Addictions Vol. 84 (4): 427-436.
56. WASTHON, A. H.; STONE, N. S.; HENDRICKSON, E. C. (1988) "Cocaine abuse" En: DONOVAN, D. M.; MARLATT, G. A. (eds.) Assessment Addictive Behaviours Hutchinson-Guilford Press. N. Y., U. S. A.
57. GOLD, M. S.; DACKIS, C. A. (1984) "New insights and treatments: opiate withdrawal and cocaine addiction" Clinical Therapeutics 7: 6-21.
58. McCARRON, M. M. (1983) "The cocaine "body packer" síndrome". JAMA Vol. 250 (11).
59. GOLDFRAND, L. R. (1982) Toxicologic emergencies. Appleton-Century Crofts, N. Y., U. S. A.
60. SIEGEL, R. K. (1980) "Efectos a largo plazo del uso recreacional de la cocaína: un estudio de cuatro años". En: JERI, F. R. (ed.) Cocaína 80. Lima, Perú.
61. WASTHON, A. M. et al. (1983) "Intranasal cocaine addiction" The Lancet Vol. 3, n.º 8363.
62. MMWR (1982...91) "National surveillance of cocaine use related health consequences" Morbidity and Mortality Weekly Report. U. S. Department of health and human services. (Años sucesivos).

63. CHITWOOD, D. D.; MORNINGSTAR, P. C. (1985) "Factors which differentiate cocaine users in treatment from nontreatment users". Int. J. Add. 20: (3): 449-459.
64. BRAU, J. L. (1968) Histoire de la drogue. Claude Tchou, París.
65. Opus cit n.º 37.
66. INCIARDI, J. A.; POTTIEGER, A. E. (1991) "Kids, crack, and crime" Journal of Drug Issues, 21 (2): 257-270.
67. Opus cit n.º 57.
68. Ministerio de Sanidad (1985) Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
69. BARRIO, G.; SANCHEZ, L.; FUENTE, L. (1990) "Cocaína en España, 1984-89. Indicadores de Oferta y Consumo". Comunidad y Drogas 15: 9-36.
70. COMAS, S. D. (1990) El Síndrome de HADDOCK: alcohol y drogas en las enseñanzas medias. C. I. D. E. Ministerio de Educación y Ciencia. Madrid.
71. U. G. T. -EDIS (1987) La incidencia de las drogodependencias en el medio laboral. Dpto. Confederal de Serv. Sociales. Madrid. (offset).
72. NAVARRO, J.; LORENTE, S. et al. (1985) El consumo de drogas en España. Ministerio del Trabajo. Madrid.
73. Opus cit n.º 71.
74. MARZUK, P. M. et al. (1990) "Prevalence of recent cocaine use among motor vehicle fatalities in New York City" JAMA Vol. 263 (2): 250-256.
75. SEIT (1988...90) Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. (Años sucesivos).
76. Opus cit n.º 75.
77. Opus cit n.º 75.
78. Opus cit n.º 57.
79. FRAWLEY, P. J. et al. (1990) "Chemical aversion therapy in treatment of cocaine dependence as part of a multimodal treatment program: Treatment outcome". J. Subst. Abuse Treat. n.º 1: 21-29.
80. MILLER, N.; GOLD, M. S. (1989) "Family history and diagnosis of alcohol dependence in cocaine dependence" Psychiatry Research. Vol. 18 (2): 113-121.
81. MILLER, N.; MILLMAN, R. B. (1989) "The diagnosis of alcohol, cocaine and other drug dependence in an inpatient treatment population". J. Subst. Abuse Treat. Vol. 6 (1): 37-40.
82. GAWIN, F. H.; KLEBER, H. D.; BICK, R. (1989) "Desipramine facilitation of initial cocaine abstinence" Arch. Gen. Psychiatry Vol. 46 (2): 117-121.
83. KHANTZIAN, E. J. et al. (1984) "Methylphenidate treatment of cocaine dependences, a preliminary report". J. Subst. Abuse Treat. Vol. 1: 107-112.
84. SMITH, D. E. (1986) "Cocaine-alcohol Abuse: Epidemiological diagnostic and treatment considerations" J. Psychoact. Drugs. 18 (2): 117-129.
85. MARLATT, G.; GORDON, J. (1984) Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change. Guilford Press. N. Y. U. S. A.
86. VAILLANT, G. E. (1983) The Natural History of Alcoholism. Harvard Univ. Press. Cambridge, U. S. A.
87. PENDERY, M. L.; MALTZMAN, I. M.; WEST, L. J. (1982) "Controlled drinking by alcoholics?: New findings and a reevaluation of a Major affirmative study" Science 217: 169-175.
88. EDWARDS, G. (1985) "A later Follow-up of a classic case series: D. L. DAVIES'S, 1962. Report and Its Significance for the Present" J. Stud. Alcohol. 46 (3): 181-190.
89. ZWEBEN, J. E. (1986) "Treating cocaine dependence new challenger for the therapeutic community" J. Psychoactive Drugs. Vol. 18 (3): 239-245.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA

MADARIAGA, S. (1944) España. Ed. Sudamericana. Buenos Aires, Argentina.

NARANJO, P. (1974) "El cocainismo entre los aborígenes de Sudamérica" Rev. Amer. Indígena, 34: 605.

NIDA (1984) Research Monograph. N.º 50.

NIDA (1985) Research Monograph. N.º 61.

O'CONNELL, K. R. (1985) "Cocaine use in the United States electronics industry and some

behavioral treatment approaches designed to treatment cocaine addiction". Proceedings of the 34 th. Congress on Alcoholism and Drug Dependence. Calgary, Alberta, Canada.

VILAR, P. (1978) Historia de España. Crítica, Barcelona.

WALSH, D. C. (1991) "Associations between alcohol and cocaine use in a sample of problem-drinking employees" J. Stud. Alcohol, 53 (1): 17-25.