

APORTES CONCEPTUALES DE LA CRUZ BLANCA PANAMEÑA

La Cruz Blanca Panameña es una organización privada, apolítica, no confesional y sin fines de lucro; fundada el 24 de Junio de 1978, por Doña Margarita Arjona de Vallarino. La misión de la Cruz Blanca Panameña es la de contribuir, de manera decisiva, en la prevención del uso indebido de drogas en la sociedad y en la rehabilitación del adicto. Desde 1991, la Cruz Blanca posee carácter consultivo ante la Organización de las Naciones Unidas. La Presidenta Nacional de Cruz Blanca Panameña es Doña Margarita Vallarino de Reátegui.

La Cruz Blanca lleva adelante su misión a través de una serie de programas y servicios de prevención orientados en los tres niveles básicos: prevención primaria, secundaria y terciaria.

El actual Director Ejecutivo es el Lic. Enrique Warner, M.P.H., especialista de vasta trayectoria en el campo de la investigación, prevención y tratamiento de las farmacodependencias quién, además, es uno de los Consultores Temporeros del Instituto Interamericano del Niño (IIN) para sus programas regionales.

La presentación que se expone a continuación es autoría del Dr. Saúl Alvarado de Cruz Blanca Panameña.

Por más información sobre esta institución dirigirse a:

Cruz Blanca Panameña
Dirección Postal: Apdo. 810-119 Zona 10
Panama
Panama
Tel: (507) 270 0231
Fax: (507) 270 0338

1. LA CODEPENDENCIA

Es un hecho que las personas que rodean al adicto se afectan y se adaptan al ciclo adictivo, formando parte de la conducta enferma, aun de manera involuntaria.

Llamamos codependencia a la conducta que desarrolla cualquier familiar o compañero de una persona que muestre síntomas de adicción. La conducta codependiente refuerza la negación del adicto y con esto se facilita el consumo de drogas, convirtiéndose en parte del sistema que apoya la conducta adictiva.

Tanto el adicto como el codependiente desarrollan negación la les impiden percibir con claridad las consecuencias de sus propias conductas y la forma en que estas les afectan. Esta negación es la suma de los procesos de supresión subconsciente, la represión, proyección y racionalización que el adicto y el codependiente utilizan para ayudarse a creer que la adicción no es un problema.

Los codependientes se comportan de esa manera para adaptarse al sistema adictivo. Ellos son usualmente familiares del adicto, pero pueden ser amigos, compañeros de trabajo u otros que tengan una relación con el adicto.

Al principio se pensó que la codependencia era una reacción a la conducta del adicto solamente, pero a veces las conductas codependientes pueden persistir a pesar de que la persona no este en relación con el adicto.

La codependencia puede ser diagnosticada como un problema primario aun que no pueda identificarse ningún problema previo o coexistente en ninguna otra persona del mismo sistema. (Cermak, 1986. Schaef, 1986. Wegscheider-Cruse, 1985.)

La aparición de codependencia se ha notado en familias donde el abuso físico o sexual se presenta, aun sin haber consumo de sustancias.

Otro nombre del codependiente es el de facilitador, pues su conducta facilita que el adicto continúe con su conducta adictiva. El facilitador lo que hace es negarle al adicto la oportunidad de asumir la responsabilidad por las consecuencias negativas de su conducta inadecuada, y "ayuda" al adicto a cubrir las apariencias o a enmascarar su conducta problemática. (Levinson y Straussner, 1978.)

El establecimiento de una relación fuerte, positiva y de mutua colaboración entre el terapeuta y el cliente es esencial para el éxito de la terapia, pero si el terapeuta se convierte en un facilitador, esto es negativo y peligroso para el paciente, pues puede y de hecho agrava el proceso adictivo.

Los codependientes desarrollan negación acerca de la necesidad que tienen de controlar el mundo que los rodea. Cada vez que se ven en la situación de no poder controlar la conducta del adicto, se sienten fuertemente culpables e inadecuados.

Como resultado de este proceso psicológico enfermo, el codependiente invierte gran cantidad de tiempo y esfuerzo tratando de controlar la conducta del adicto y del entorno, pues tienen la percepción de que su autoestima depende de su habilidad para controlar al adicto.

Cuando los intentos de control fallan repetidamente, la autoestima del codependiente baja. Mientras la autoestima baja, el codependiente se hace mas compulsivo en sus intentos de controlar al adicto.

Lo cierto es que el codependiente es impotente para controlar la conducta del adicto, pero por efectos de su creencia distorsionada acerca de su rol en la relación, termina perdiendo el control de su propia conducta, facilitando con esto la continuidad de la conducta adictiva.

Tanto la adicción como la codependencia son enfermedades o condiciones patológicas que disminuyen la calidad de vida de las personas y de sus familias, por lo que deben ser diagnosticadas y tratadas de manera eficaz.

2. APUNTES SOBRE LA COCAÍNA

El alarmante aumento del uso y abuso de la cocaína en nuestro ambiente social aunado a un desconocimiento manifiesto del manejo adecuado tanto de los procesos agudos de intoxicación como de la dependencia cocaínica, tienen como consecuencia un subregistro de los casos a nivel nacional y además que nuestros pacientes deterioren su estado general sin que se les haya ofrecido una alternativa viable para su problema de drogas.

Muchas veces esto es causado por un fenómeno de negación en el cual se incluye tanto al propio paciente, como a sus familiares y aun a veces a la misma comunidad en general.

El objetivo de este artículo es exponer algunos hechos concretos acerca de esta problemática, sus implicaciones médicas y de esta manera contribuir a la toma de conciencia de las personas que de una manera u otra tenemos la responsabilidad de tomar parte en la solución de este problema social.

2.1. CONSTITUCIÓN QUÍMICA

La cocaína es un alcaloide extraído de la *Eritroxillum coca*, arbusto originario de Perú y Bolivia cuyas hojas eran mascadas por los indígenas sudamericanos para aprovechar los efectos estimulantes y aligerar la fatiga de la faena diaria de trabajo. Este alcaloide fue aislado por primera vez de la hoja de coca en 1860 por el químico alemán Newman.

2.2. FORMAS DE PRESENTACIÓN

La presentación más común de la cocaína es el clorhidrato de cocaína el cual es un polvo blanco, cristalino, soluble en agua y con efectos anestésicos al contacto con la piel y mucosas. Además tiene efectos vasoconstrictores. Esta última propiedad es la que explica su único empleo médico actual en el campo de la cirugía de fosas nasales (ORL). Aparte de esto no posee ningún otro uso médico. Sin embargo su alto margen de consumo y su popularidad se explica debido al consumo ilícito como droga "recreacional" que ha venido en un vertiginoso aumento entre los jóvenes y adultos del mundo entero, en las últimas décadas. Se estila la inhalación del clorhidrato de cocaína a través de las fosas nasales y ocasionalmente se usa diluido con agua para administración intravenosa. Su distribución está en manos de traficantes clandestinos, pero los efectos de su uso y abuso son evidentes en la comunidad de pacientes que acuden tanto a los cuartos de urgencias de nuestro país como a los consultorios ambulatorios públicos y privados.

Otras de las presentaciones de la cocaína en nuestro medio son: el basuco y la piedra.

El basuco es un producto colateral del proceso de fabricación del clorhidrato y es sumamente tóxico. Su aspecto es el de un polvo chocolate de carácter terroso que contiene algún porcentaje del alcaloide pero en su mayor parte está compuesto de residuos propios del proceso de elaboración de la pasta básica. Es más barato que el clorhidrato y se utiliza fumándolo con tabaco o marihuana.

La modalidad mas reciente de presentación de la cocaína en nuestro medio es la llamada "piedra". Esta es un solido cristalino que consiste en el alcaloide de cocaína en su forma de base libre. Es insoluble en agua pero se disuelve en solventes orgánicos. Se obtiene desplazando al ácido clorhídrico de la molécula del clorhidrato con bicarbonato de sodio o amoníaco. Se consume por sublimación mediante la aplicación de calor a una mezcla de la base y ceniza en un dispositivo especial o 'pipa para piedra'. Su efecto euforizante así como el desarrollo de la dependencia es mucho más rápido que con la inhalación nasal.

2.3. VIAS DE ADMINISTRACION

El clorhidrato de cocaína es la forma de presentación más común de esta droga y consiste en un polvo blanco insoluble con poder anestésico local y efecto vasoconstrictores marcados. El clorhidrato de cocaína generalmente se consume de forma intranasal donde produce anestesia y vasoconstricción de las mucosas y presenta una rápida absorción a través de la vasculatura de la nasofaringe. El clorhidrato también puede ser administrado por vía intravenosa demorando solo 16 segundos en llegar al cerebro y produciendo sus efectos máximos en 30 segundos los cuales van decreciendo en los próximos 30 minutos.

Otra forma de administración frecuentemente usada es la inhalación de cocaína volatilizada. Esta forma cada vez mas popular de consumo produce una rápida aparición de los efectos, y delirio de persecución con el uso crónico. Se produce una rápida absorción de la cocaína volatilizada demorando 8 segundos en llegar al cerebro y los efectos máximos se presentan a los 30 segundos y decrecen en una forma muy rápida.

2.4. EFECTOS FARMACOLOGICOS

La cocaína esta catalogada como una droga psicotrópica la cual es un potente estimulante en el sistema nervioso central produciendo un cuadro caracterizado por hiperestimulación, hiperalerta, euforia y megalomanía. En dosis extremas produce también temblores, convulsiones y delirio. Con el uso repetido aparecen los efectos tóxicos en otras partes del cuerpo como son taquicardia, hipertensión, midriasis, contracciones musculares, formicación, alucinaciones visuales miniaturizadas, insomnio, ansiedad y nerviosismo extremo, ideas delirantes paranoides, conductas violentas y muertes debidas a colapso cardiopulmonario.

2.5. METABOLISMO

Una vez en el cuerpo, la cocaína es metabolizada principalmente por las colinesterasas, ya sea la plásmatica, hepática o cerebrales. En los humanos los metabolitos resultantes son benzoil-ecgonina y el ester metílico de la ecgonina. Estos metabolitos son productos más hidrosolubles que son excretados en la orina. La vida media del alcaloide de cocaína es de 19 a 168 minutos, lo que hace una vida media muy corta. Sin embargo los metabolitos pueden durar hasta 5 días en el plasma, detectandose en la orina hasta por 7 días luego del último consumo.

2.6. TOXICIDAD

En una encuesta realizada entre cirujanos plásticos en los Estados Unidos se obtuvo que en una estadística de cinco muertos, treinta y cuatro reacciones severas de ciento ochenta mil pacientes de los que se les suministró cocaína tópica sin embargo es en el uso no médico donde se demuestra la mayor toxicidad y es a menudo frecuente la intoxicación sobre dosis y síntomas tóxicos la intoxicación se basa en estimulación severa en el sistema nervioso central, convulsiones y fallas respiratorias. La muerte puede ocurrir luego de cualquier ruta de administración si la dosis es suficiente, es más frecuente sin embargo luego de la administración intravenosa.

2.7. TIPOS DE CONSUMO

Basándonos en las características conductuales del consumo podemos diferenciar el uso "recreacional" del consumo compulsivo que caracteriza a la enfermedad adictiva.

Bajo la denominación de consumidores "recreacionales" es posible clasificar tres subtipos.

1. Experimental. Esta persona ha probado la droga una o pocas veces. Como la experiencia fue neutral o aún negativa, el o ella no volverán a usar la droga. El consumidor experimental de cocaína, por ejemplo, ha inhalado algunas "líneas" de cocaína y ha encontrado que la droga no le produce la euforia esperada o por el contrario le produce disforia. Luego de una segunda experiencia similar con la droga, el o ella no volver a usar la droga nuevamente.

2. Ocasional. Este es el llamado consumidor "social" quien recurre al uso de drogas de manera ocasional. Este consumo ocurre casi siempre en un ambiente social tal como una fiesta. El consumo es de bajo nivel, y el consumidor experimenta pocas consecuencias adversas como resultado. En el caso de un consumidor ocasional de cocaína, la cantidad raramente excede el 1/4 de gramo y la vía de administración es intranasal. Recordar que la mayoría de los adictos pasaron por esta fase al comienzo de su carrera de consumo.

3. Abuso. Esta persona puede ocasionalmente abusar de la droga intoxicándose. El consumidor de cocaína que entra en esta categoría es el que consume cantidades crecientes de la droga (1/2-1 gramo) y frecuentemente comenzará a experimentar con la inyección intravenosa de la droga o fumando base libre. Este tipo de abuso es el resultado de una decisión cognitiva y conciente de abusar de la droga y difiere cualitativamente del consumo adictivo. La transición de consumidor social a un abusador es una diferencia de grados; la transición entre el abusador y el consumidor adicto es una diferencia de tipo. El abusador puede, por una cantidad de razones, escoger el limitar su consumo de droga y revertir hacia ser un consumidor social.

El Consumo compulsivo

Este tipo de consumo es el que se presenta cuando el paciente ha desarrollado dependencia hacia la cocaína. Se caracteriza por ser episódico y compulsivo. O sea que el paciente puede no consumir todos los días, pero cuando lo hace es de manera compulsiva y con pérdida del control. Los intentos de control por parte del dependiente son infructuosos y comienza a notarse uso a

pesar de daño. Con el consumo compulsivo o adictivo se presentan los fenómenos de tolerancia y dependencia química.

2.8. TOLERANCIA

A pesar de que anteriormente se pensaba que la cocaína no desarrollaba tolerancia hay suficiente evidencia clínica hoy en día para que asevera que evidencia la tolerancia de la cocaína. Sin embargo la tolerancia en este caso no se debe a cambios en el metabolismo o la excreción de la sustancia sino mas bien a mecanismos de adaptación farmacodinámicas a los efectos de la droga, debido a cambios neuroquímicos de mecanismos adaptativos del cerebro en presencia de la droga. También se nota una tolerancia a corto plazo debido a la depresión de los neurotransmisores en las terminaciones nerviosas.

2.9. DEPENDENCIA

Anteriormente se pensaba que la cocaína solo producía habituación psicológica y no dependencia física. Sin embargo, hoy día no es útil la separación semántica entre la dependencia psicológica y la dependencia física. La necesidad psicológica de continuar el uso es una parte de la adicción tanto como la necesidad física de evitar el síndrome de abstinencia. Con la cocaína, la dependencia psicológica es mucho mayor que la dependencia física, sin embargo, la evidencia clínica sugiere que existe un verdadero síndrome de abstinencia que sigue al uso prolongado de cocaína: depresión, aislamiento social, deseo de usar, temores, dolores musculares, disturbios en el apetito, cambios en el electroencefalograma, cambios en los patrones de sueño son definitivamente muestras de algo mas que una simple dependencia psicológica.

La definición moderna de la dependencia a la cocaína utiliza el termino dependencia química que incluye el consumo compulsivo, la pérdida del control sobre el consumo y uso continuado a pesar de consecuencias negativas. Otro de los síntomas característicos de esta dependencia es la negación, que incluye la minimización, la racionalización, la justificación, como parte del componente psicológico de la dependencia.

El diagnóstico de dependencia química a la cocaína puede hacerse basándonos en los criterios esbozados en el DSM-III (Manual de Diagnóstico y Clasificación de los Desordenes Mentales). La aceptación de la dependencia cocaínica como enfermedad, ha ido en aumento en los últimos años, tal vez por el aumento notorio de los casos y por el nacimiento de la Sociedad Americana de Medicina de la Adicción que ha estado formando conciencia dentro del gremio médico sobre este asunto.

Según esta nueva corriente médica, la dependencia a la cocaína es considerada como una enfermedad primaria, crónica, progresiva y frecuentemente mortal si no se detiene. Existe tratamiento disponible actualmente y se basa en la abstinencia total y terapias de grupo, ya sea de manera intrahospitalaria como ambulatoria.

Existe también una comunidad cada vez mas grande de personas que han superado la adicción activa y que se están recuperando de esta enfermedad.

2.10. EPIDEMIOLOGIA

La cocaína comenzó a usarse regularmente en Panamá en la década de los años setenta. Su consumo ha venido aumentando hasta la fecha cuando se ha hecho intolerable. La incidencia actual del consumo es difícil de determinar con exactitud debido a la falta de estadísticas globales. Ya en 1987 el Dr. Ovidio De León en un trabajo presentado a la Asociación de Toxicología y Ciencias Afines de Panamá, señalaba que los casos de drogas atendidos por el Servicio de Psiquiatría del Hospital Santo Tomas, se habían quintuplicado desde 1984.

Estadísticas suministradas por la Cruz Blanca Panameña indican que en 1990 fueron atendidos un total de 530 personas que acudieron en busca de ayuda. De estos, 181 eran familiares de personas con problemas de drogas, y 349 eran pacientes con problemas de consumo. De este último grupo, 1 de cada 5 es un menor de edad, 90% de los casos son por cocaína, 20% de los pacientes fumaban cocaína en forma de "piedra" o "crack", el 90% es menor de 35 años.

En 1990 más del 50% de los casos atendidos por la Policía Técnica Judicial (PTJ) estaban relacionados con el tráfico o consumo de drogas, principalmente cocaína. En los años 1990 y 1991 fueron incautados cerca de 8000 kilos de cocaína por autoridades de esa dependencia policial y del departamento de aduanas. El precio del gramo de cocaína en la calle ha disminuido desde \$30.00 en la década de los ochenta, hasta menos de \$3.00 en la actualidad. En los últimos tres años se ha notado un aumento del consumo de base libre o "piedra" la cual es mucho más adictiva. Mirando estos indicadores podemos inferir que el aumento del consumo ha sido progresivo hasta la fecha, debido al aumento en la disponibilidad de la droga. Por un lado, tenemos el aumento en la cantidad de cocaína circulante, y por otro lado la disminución del precio al detal en el mercado negro.

Todo esto nos señala que el consumo de cocaína es epidémico, y que los grupos afectados cada vez son más amplios y heterogéneos, como lo demuestran las informaciones acerca de niños de 6 y 7 años que han sido detectados transportando y consumiendo cocaína.

Los problemas de dependencia a la cocaína han ido en aumento, y se dan no solo en grupos de condición social precaria, sino también entre la población acomodada y los profesionales.

El aumento en el consumo trae como consecuencia un aumento en los casos de dependencia y de las complicaciones médicas y psiquiátricas.

El consumo de cocaína en Panamá es un problema de salud pública.

3. LA AUTOMEDICACIÓN

La automedicación consiste en la ingestión de medicamentos por iniciativa propia y sin que medie evaluación ni orden médica alguna. Esta conducta podría resultar en efectos colaterales indeseados producidos por las sustancias ingeridas de manera irresponsable.

Para entender el fenómeno de la automedicación es necesario que definamos algunos conceptos antes.

Medicamento: es toda sustancia que introducida o aplicada al cuerpo produce un efecto curativo. Esto es si se utiliza en las dosis y con la frecuencia adecuada. Estas dosis deben ser calculadas de acuerdo a variables individuales tales como el peso, la edad, etc.

Es necesario la evaluación médica previa que defina un diagnóstico y un plan de tratamiento medicamentoso.

Uso adecuado de medicamentos: Cuando se utiliza un medicamento siguiendo la metodología señalada se reconoce como "uso adecuado de medicamentos".

Uso inadecuado de medicamentos: Cuando el medicamento se ingiere sin la evaluación previa de un médico, o por iniciativa propia, o por recomendación no calificada, o simplemente por abuso, se reconoce como "uso inadecuado de medicamentos". Este tipo de utilización de los medicamentos, si bien es más común de lo que quisiéramos admitir, no deja de ser extremadamente peligrosa.

Abuso de medicamentos: Para algunos cualquier uso inadecuado es a la vez un abuso de medicamentos. Para otros abuso es cuando se altera la dosis recomendada o se altera la frecuencia de ingestión del medicamento sin consentimiento profesional.

Medicamentos de abuso: Si bien es cierto que se dan casos de abuso de muchos medicamentos, existen algunos que tienen un alto potencial de abuso tales como los medicamentos psicotrópicos, que son aquellos que alteran la mente o el estado de ánimo. Entre ellos tenemos a los sedantes y a los estimulantes.

Población susceptible: El uso inadecuado de medicamentos es bastante frecuente en nuestro medio, que se apoya en excesiva permisividad social. El último estudio realizado por Cruz Blanca reveló que el mayor abuso de medicamentos se daba en el grupo femenino y se trataba de sedantes. Lo asombroso es que estos son uno de los pocos medicamentos que están bajo control por receta. La población mayor de edad es la más susceptible. Los medicamentos abusados varían según el grupo de edad.

Consecuencias del uso inadecuado de medicamentos: La automedicación y el abuso de medicamentos representan un riesgo alto de deterioro de la salud para el usuario. De hecho podría estar consiguiendo empeorar la situación de enfermedad que lo lleve a automedicarse en primera instancia. Las reacciones dependen de la dosis, las interacciones medicamentosas, la idiosincrasia, etc.

Algunas de estas consecuencias son:

1. reacciones alérgicas
2. gastritis
3. infecciones crónicas
4. complicaciones cardiovasculares
5. intoxicación

- 6.sobredosis
- 7.efecto rebote
- 8.dependencia química
- 9.convulsiones
- 10.somnolencia
- 11.insomnio
- 12.irritabilidad
- 13.accidentes

Algunas de estas consecuencias son:

Dependencia química: una de las consecuencias mas serias del abuso de medicamentos psicotrópicos es la dependencia química.

Todos los sedantes tienen potencial de causar adicción. Para que esto no suceda deber n ser controlados de acuerdo a un plan de tratamiento estricto.

Por que nos automedicamos ?

Los factores que llevan a una mala utilización de los medicamentos son muy diversos pero fundamentalmente se concentran en patrones culturales. Estos patrones son promovidos por nuestra sociedad de consumo y tienen lemas tales como "busca el alivio rápido", lo cual no tiene nada malo en si, pero muchas veces el alivio no viene tan rápido como quisiéramos y lo que es más importante es que cuando nos automedicamos podemos convertir la situación en un mal peor que el que queríamos aliviar.

Otros factores tales como la presión de grupo, nuestros familiares ofreciéndonos" diversos medicamentos para nuestra "gripe", pueden resultar en peligrosa automedicación si no actuamos de manera adecuada. Recordemos que toda afección de la salud que nos preocupe, debe ser examinada por un médico el cual determinara el tratamiento a seguir. En general, la falta de información adecuada acerca de los peligros del uso inadecuado de medicamentos, es un factor que promueve la automedicación.

Por otro lado la falta de confianza en el tratamiento, la indisciplina del paciente, son factores que pueden influir en el inadecuado seguimiento de la terapia medicamentosa, lo que podría resultar en una mejoría incompleta por falta de tratamiento.

En el caso de los sedantes, la adicción a estos medicamentos es el motivo, en muchas ocasiones de la automedicación que puede llevar incluso a ir de médico en médico, buscando recetas para poder obtener los sedantes. Todo medicamento debe ser manejado por un médico y es necesario que sigamos sus instrucciones en cuanto a la dosis y el horario. Si variamos las dosis por nuestra cuenta estamos incurriendo en el uso inadecuado de este medicamento. Muchas veces los sedantes son abusados para manejar el stress y las emociones. Algunos creen, equivocadamente que los sedantes pueden usarse cuando estamos "nerviosos" por nuestra cuenta, sin ninguna consecuencia. Olvidamos a menudo que son sustancias controladas y que si bien son extremadamente útiles cuando son recetadas por un médico para aliviar una dolencia,

enfermedad o de manera sintomática, también son muy peligrosas si las tomamos por nuestra propia iniciativa y sin vigilancia profesional.

Los medicamento han revolucionado la terapéutica médica moderna y han salvado cantidad de vidas de niños y adultos, y seguirán siendo útiles, cuando son bien utilizadas. Sin embargo la ingestión de cualquier sustancia medicamentosa debe ser vigilada y recetada por un profesional entrenado en este menester, y nosotros debemos procurar que así sea, pues creemos que nuestra salud se lo merece.

Dr. Saúl Alvarado – 1997

Publicado en la página web de Cruz Blanca