
¿Reducción del daño o negación del daño?

Juan Alberto Yárra

Existen tres versiones de la estrategia de Reducción de Daños. La primera es el programa de metadona, diseñado por Vincent Dole en la década de 1960 para tratar de controlar la epidemia de toxicomanía de heroína por inyección intravenosa. En realidad, Dole diseñó una toxicomanía de sustitución, ya que la metadona es un derivado de la morfina que tiene una larga duración de acción y que, a su vez, crea una exigente y potente dependencia, puesto que tiene por objetivo los receptores endorfinicos del cerebro.

La segunda experiencia recrudece en las décadas de 1980 y 1990 cuando se ven los límites de la experiencia de la metadona. Tratan, entonces, de implantar programas de dispensación de heroína en algunos cantones suizos. Uno de los objetivos era limitar el aumento del SIDA; esto iba acompañado con entrega de jeringas, profilácticos y otros elementos. Esta versión fue evaluada y dio resultados muy dispares, lo que recuerda la experiencia del Reino Unido entre 1976 y 1986. Los británicos sustituyeron la metadona por la heroína en sus centros de tratamiento, y el millar de heroinómanos de la primera etapa (1976) trepó a 80.000 en 1986. En esos años, en Inglaterra, los "problemas de abastecimiento de heroína, agujas y jeringas, así como la desviación de las drogas a terceras personas adquirieron una dimensión imposible de controlar: aumentó casi 100 veces el número de heroinómanos" (Nahas G. – Toxicomanía – Ed. Masson –1995).

La última versión de la estrategia de reducción de daños implica transformar este instrumento –que en sí mismo tiene sus debilidades– en otro método supuestamente más válido y científico para el tratamiento de la toxicomanía. Todo este enfoque importa una crítica radical de todas las estrategias preventivas y de las diversas herramientas asistenciales que culmina, así, en un movimiento por la legalización de todas las drogas. Los exponentes de este criterio en diversos campos –filosóficos, fundaciones, políticos, médicos (aunque en menor medida)– disponen de cuantiosos fondos para promover un uso "controlado" de todas las drogas, y se está asistiendo a un aumento de la epidemia, ya una pandemia en distintos puntos de Latinoamérica. Observamos, además, una descalificación de la educación preventiva en sus distintos ámbitos –escolar, familiar, laboral, comunitario y de salud– cuando esta es la única manera de generar una disminución de la prevalencia y la incidencia del consumo de estupefacientes. Asimismo, se descalifi-

can los tratamientos en centros de rehabilitación, tales como las comunidades terapéuticas, las terapias familiares, la terapia individual y, en general, todas las estrategias terapéuticas, ya que son consideradas como instrumentos de "control social" de las personas.

El movimiento de reducción de daño se ha convertido en una negación del daño que generan las drogas cuando, precisamente, desde la década de 1990, poseemos medios exactos de neuro-imagen para medir las atrofas, los problemas del metabolismo y la perfusión cerebral causados por el uso de drogas. Este movimiento de negación de los daños se está transformando en la vía ejecutora e ideológica de un plan de sometimiento de poblaciones, especialmente juveniles; esto, sí, es un control tiránico masivo. Se estará creando, entonces, una subclase de "mutantes" y "descerebrados" a corto plazo con el consecuente aumento de la criminalidad, el SIDA, la venta y consumo de drogas, los accidentes y las enfermedades mentales y neurológicas.

Este movimiento de negación de los daños, como me atrevo a llamarlo, desconoce el concepto de enfermedad mental ligado al uso de drogas; al considerar el drogarse como una mera elección de vida, funciona como un instrumento perverso, ya que se ataca cualquier educación preventiva acerca de los daños que causa el consumo de drogas y se enseña a usarlas sin consecuencias.

¿Qué elección puede haber si no hay una educación preventiva de los daños? En la Argentina, se reparten folletos en la entrada de discos, recitales o espectáculos públicos en donde se mencionan los siguientes conceptos: "la marihuana por sí sola no produce enfermedad mental"; "para las personas que van a probar por primera vez la sustancia, es de gran importancia tener la precaución de graduar muy despacio el primer consumo, sobre todo si el material es de buena calidad y potencia; deben probarse pocas pitadas (no más de 4 o 5) y esperar al menos unos diez o veinte minutos para tantear el efecto que produce y evitar la posibilidad de una mala experiencia o de una descompostura aguda" (ARDA-Asociación de Reducción de Daños de la Argentina). De la misma manera se trabaja con otras drogas y también con las sintéticas.

Además, este movimiento -y lo llamo movimiento porque, más que una estructura sustentada en principios médicos, es casi un elemento de presión política sobre la opinión pública para fomentar la tolerancia y aceptación social del consumo- tiene una visión muy particular del derecho del usuario y no toma en cuenta el derecho de los no usuarios. Si el bien individual (suponiendo que sea un bien drogarse) es el único que reina postergando los bienes sociales y la salud pública volveremos a una sociedad primitiva. En esta peculiar concepción política, la Ley, más que un factor que permite la integración social, se ha transformado en un instrumento de discriminación y de marginación en lugar de ser, al decir de los grie-

gos, un camino para crecer" (Platón – Obras Completas); Además –perversamente– se desconoce el efecto de marginalización que causa el consumo de drogas, así como el deterioro de la conducta y el aislamiento psicótico que progresivamente promueve, ya que hunde a la persona en un mundo mágico-alucinatorio y liquida los centros psicobiológicos de la conducta ética y del control de los impulsos, tal como está demostrado en el síndrome prefrontal (detectado hoy claramente por neuroimagen).

Aquello que surgió hace cincuenta años como un recurso paliativo para enfermos crónicos y terminales se ha transformado en una ética para una vida con drogas. Las drogas, hoy, son la expresión de una enfermedad, además de un negocio más de la post-modernidad. La postmodernidad indica la caída de los valores que sustentó la modernidad, desde el Dios, para el creyente, hasta la Razón. La postmodernidad sacraliza al individuo, que queda colocado en la posición de Dios. Pero un Dios solo, casi autista y a merced de sus "ganas" (al decir de Unamuno) pero no de sus deseos (ya que en el deseo hay un orden simbólico y legal que mediatiza pulsiones e instintos).

En la postmodernidad, la precarización afectiva y de los vínculos, la desfamiliarización y el declive de las instituciones protectoras del ser humano, como la escuela, unido esto a la desespiritualización, generan un hombre más solo, desamparado y más apto para ser manipulado por seducciones masivas, y máxime cuando son organizadas propagandísticamente.

Esta enfermedad masiva que se trata de calmar con sustancias químicas, cuyos efectos multiplican el mismo sufrimiento que intentan suturar, es, además, un negocio con una gran plusvalía que debe asegurar cada año más consumidores para mantener las ganancias y aumentarlas cada vez más.

Todo este movimiento de negación de los daños es sincrónico y paralelo con la colocación de las drogas como una mercancía más entre los objetos a comerciar. En la postmodernidad, el individuo y el mercado son los dioses, como lo reflejan distintos autores, desde Milton Fridman hasta Thomas Szasz. Este, en su libro *Derecho a las Drogas. En defensa de un mercado libre*, llega a decir: "... El derecho a mascar o fumar una planta que crece silvestre en la naturaleza como el cánamo (marihuana) es previo y más básico que el derecho a votar"; "...un gobierno limitado –como el de los Estados Unidos– carece de legitimidad política para privar a los adultos competentes del derecho a utilizar las sustancias que elijan, sean cuales fueren". El propio autor reconoce que no sabe cómo legalizar las drogas, "... Parece absurda la idea de vender cocaína como se venden pepinos", aunque promueve, paradójica y contradictoriamente la legalización de las drogas. Con autenticidad, dice que su propuesta no se basa en "argumentos farmacológicos o terapéuticos", sino en consideraciones políticas y filosóficas. Considera, y creo que

acá está lo fundamental, que resulta "inútil debatir si debe producirse una escalada o una desescalada en la guerra contra las drogas sin antes trabar combate contra el complejo mental popular, médico y político respecto del comercio de drogas generado durante un siglo de prohibiciones sobre drogas" (*Nuestro Derecho a las Drogas -En Defensa de un Mercado Libre* -Ed. Anagrama- T. Szasz - 1995).

Pienso que la palabra guerra contra las drogas es un "latiguillo" comunicacional que opera como una frase cargada de intencionalidad política. Todos los que trabajamos en prevención y asistencia de adicciones sabemos que no hay tal combate, ya que casi no existen presupuestos para educar preventivamente ni para abrir centros de rehabilitación. Por eso, siempre me pregunto ¿qué guerra?

Pero Szasz enmarca claramente el problema: la lucha se debe entablar en el campo ideológico y político (que es, precisamente, lo que está sucediendo); o sea, sobre lo que él llama "el complejo mental popular, médico y político". La clave está acá: el trabajo central debe ser sobre la aceptación social y la tolerancia, así como la minimización de los riesgos del consumo y en la negación de los daños. Entonces, se justifica plenamente la descalificación continua de los programas preventivos y la crítica hacia los programas de rehabilitación. Es necesario trabajar sobre el "complejo mental popular", o sea, sobre las creencias, las actitudes y los valores culturales que son la clave del consumo o no de drogas. Si creamos aceptación social, aumentará la oferta; y el aumento de la oferta, por la cantidad de consumidores implicados, aumentará la aceptación social. Paradójicamente, desde esta concepción, ¿surgirá un hombre más libre, o un hombre más dominado, más dominable y más controlado por el mercado?

A) Las toxicomanías de sustitución

En 1950, en los Hospitales de Servicios de Salud Pública de los Estados Unidos, se estableció el uso de la metadona para el síndrome de abstinencia de los opiáceos.

En la década de 1960, V. Dole —como antes dije— establece algo más que un tratamiento: la llamada toxicomanía de sustitución a través de la metadona. Dole estipulaba una dosis diaria de 20 a 60 mg con controles médicos realizados en presencia de una enfermera y exámenes de orina. Como señaló Dole, la toma de metadona, para ser eficaz, tiene que estar asociada a un seguimiento médico, social y psicológico. El objetivo era alcanzar la abstinencia y lograr que el paciente ingresara en los programas libres de drogas.

A fines de la década de 1970, los británicos quisieron reemplazar la metadona por la heroína con resultados desalentadores: la experiencia fue interrumpida por-

que aumentó el tráfico ilegal, el número de muertos y se generó una epidemia, como relaté anteriormente.

Al abandonarse por sus efectos negativos esta primera etapa de trabajo con la heroína provista por el propio Estado, en el Reino Unido se sigue trabajando con la metadona. Los primeros estudios comprueban que un gran número de consumidores de metadona son alcohólicos (50%), fuman cannabis y consumen cocaína (Nahas—obra ya citada). Por supuesto que la primera respuesta médica es buscar, como alternativa de recursos paliativos de dudosa eficacia, otros métodos de tratamiento y rehabilitación, así como programas preventivos globales desde la escuela, la familia y la comunidad. Además, se comprueba que no hay toxicomanías de sustitución para la cocaína, y menos para drogas sintéticas, que ahora están en auge. Otro elemento a tener en cuenta con el fenómeno de las drogas en la postmodernidad es la proliferación de la politoxicomanía, para la cual no existe otra respuesta que una política integral preventivo—asistencial. Asimismo, en esta primera etapa, se comienzan a ver los efectos secundarios de la ingesta de metadona:

- Náuseas
- Vómitos
- Estreñimiento
- Retención urinaria
- Sequedad de la boca
- Depresión y paro respiratorio con peligro de muerte
- Disminución de la libido
- Eyaculación retardada
- Impotencia
- Oligomenorrea y amenorrea
- Euforia y/o depresión
- Somnolencia
- Confusión y alucinaciones
- Alteraciones del sueño
- Alteraciones de la conciencia
- Efectos catalépticos y catatónicos
- Por exposición prenatal y perinatal: síndrome de abstinencia; efectos teratogénicos sobre el Sistema Nervioso Central.
- Alteraciones de la neurotransmisión y la regulación neuroendocrina

Además, se observan efectos conductuales sobre la agresión; y en la conducta social aparece disminución de la socialización, del aprendizaje y de la memoria. También, al actuar la metadona sobre el Sistema de Recompensa Cerebral, los pacientes pueden incrementar el consumo de otras drogas y de alcohol. (Fuente:

Revista Española de Drogodependencias. 1998 – Nº 2. Efectos conductuales de la Metadona).

B) Las experiencias de autoadministración controlada de heroína

Los argumentos iniciales pasaron por varios ítems:

1. A. Mino –líder suiza de estos programas- reconoce que “todos los sujetos que participaron fueron por la heroína”, ya que no querían la metadona; “no querían renunciar a la heroína”. (Tratamientos sustitutivos de dependencia. Universidad de Deusto).
2. El avance de la epidemia de SIDA y de las enfermedades asociadas en pacientes adictos crónicos y terminales.
3. Una crítica de los programas libres de drogas y una ceguera sugestiva hacia programas preventivos con la participación educativa de la comunidad.
4. Aumento de la cobertura hacia pacientes que no se contactan con la red asistencial.
5. Control de patologías concomitantes: la relación del consumo de drogas por vía parenteral y la aparición de determinadas enfermedades infecto-contagiosas (Fuente: Programa de Reducción de Riesgos – Joan Colom – Revista Adicciones- 1997).

A.Mino, en 1993, define globalmente la “estrategia de reducción del riesgo del drogadependiente como un conjunto de medidas socio sanitarias individuales y colectivas dirigidas a minimizar los efectos físicos, psíquicos y sociales asociados al consumo de drogas”.

En la experiencia Suiza inicial, se comienza con un llamado programa de umbral de exigencia: tener más de 18 años, más de dos años de adicción intravenosa, más de dos fracasos terapéuticos anteriores, estado de degradación somática, psicológica y social, renunciar al permiso de conducir y participar en evaluación científica.

Hoy, el umbral de exigencia es mínimo, lo cual resulta, además, un motivo de crítica científica adicional, ya que se exige solo el deseo de consumir y se le quita al paciente la libertad de ser orientado hacia otras propuestas terapéuticas.

En la experiencia inicial, se podía negociar el ritmo de las dosis (de 1 a 3 veces por día) y se respetaba la necesidad de mayores dosis. Las evaluaciones mostraron lo siguiente: el médico que receta heroína es visto por el paciente como un proveedor y no como una ayuda para salir del problema de la droga. (Fuente: *¿Es Suiza el modelo?* María de Pio. Argentina)¹ Se favorece un desarrollo de la tolerancia (cada vez más dosis por el efecto de dependencia que genera).

- Hubo casos de muerte por asfixia debido a la parálisis de los centros respiratorios.

La experiencia suiza surgió después del fracaso de los llamados "espacios libres con drogas" en Zurich-Letten donde miles de adictos consumían drogas en un estado notable de deterioro. Al conocerlo, lo consideré como "un nuevo campo de concentración" (Fuente: *Drogas, Postmodernidad y Redes*. Juan A. Yaría. Ed. Lumen. 1998).

Ahí, el número de muertes por sobredosis era elevado: suicidios, infección por HIV, hepatitis B y C.

En el proyecto original suizo, que era de tres años, ingresaron 1.146 personas. Solo hubo un informe de 385 (sin saber qué había pasado con el resto). Hubo un abandono de 350. No se respetó la pauta de que debían existir dos tratamientos previos de fracaso; muy por el contrario, el 49% nunca había recibido terapia por adicciones y el 26% había recibido una sola terapia.

Tampoco se respetó la consigna de las malas condiciones de salud, ya que el 79% estaba en buenas condiciones de salud y de nutrición. Solo el 2% estaba en condiciones negativas.

Los participantes "mostraban que cuanto más altas eran las dosis más posibilidades había de que ellos continuaran el proyecto". (M. De Pío, citada anteriormente).

Además, no se exigió, al final del proyecto, un test para evaluar si eran seropositivos, con lo cual, la metodología fue débil para analizar el impacto de la dispensación de heroína sobre el HIV. Solo se informó que unas pocas personas habían contraído HIV (no sabemos cómo).

Los delitos menores bajaron, pero el número de crímenes por armas de fuego aumentó. Asimismo, el 52% de la muestra utilizó cocaína durante y al término de la investigación.

La Comisión Internacional de Control de Narcóticos de las Naciones Unidas criticó severamente a la Oficina Federal de Salud Pública de Suiza enfatizando que los resultados no eran muy creíbles. Los consideró una manipulación política destinada a expandir la heroína.

En 1999, el Departamento de Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud se negó a considerar la prescripción de la heroína como alternativa terapéutica.

El Departamento de Salud de Viena (Austria) considera que el proyecto suizo no se apoya en resultados científicos ni médicos: "Cuando no se ha tomado ninguna medida que conduzca a la abstinencia, el número de personas dependientes de este beneficio necesariamente va ir en aumento". Al mismo tiempo, esta política lleva a una disminución del número de instituciones que se ocupan de la rehabili-

tación, y el costo de los tratamientos de sustitución es infinitamente superior al de los tratamientos basados en instrumentos psicoterapéuticos y socioterapéuticos. Aunque, indudablemente, se benefician los laboratorios.

Las políticas permisivas de Zurich y Ginebra han traído un aumento del deceso por drogas. En Zurich, en 1999, hubo 45 muertos, y en 2001 hubo 64. En Ginebra, sucede lo mismo.

Los cantones que tienen políticas restrictivas, como el cantón de Vaud (no tiene distribución de heroína, ni narcoclínicas), bajaron el número de muertes de 21, en 1998, a 13 en 2001.

Los resultados de la experiencia suiza inicial mostraron que solo un 5% abandonaron la droga, mientras que los buenos esquemas terapéuticos basados en el principio de la abstinencia llegan al 40% o 50%. Quizás, debamos recordar el comunicado de la Academia Nacional de Medicina de Francia, en Febrero de 2002: "... Llama la atención la pérdida de libertad que induce la consumición de drogas; en consecuencia, sería un contrasentido abogar por la liberalización de las drogas en nombre de la libertad individual del adicto, ya que esta libertad está viciada por el uso de drogas".

Es también importante recalcar el trabajo holandés que presenta el Departamento de Salud de Amsterdam. Este programa era de bajo umbral, y de los 386 participantes:

- el 80% continuaba inyectándose otra droga;
- 40% seguía intercambiando jeringas, y
- 37% de los pacientes tratados desde hacía largo tiempo con metadona estaban infectados con HIV

Las esperanzas de prevenir la infección por HIV fracasaron con el modelo holandés.

C) El pasaje de la reducción del daño a la negación del daño

Creo que la década de 1990 marca la creación de un nuevo paradigma: "las drogas han estado siempre, existen y existirán; por eso, hay que enseñar a convivir con las drogas".

Detrás de esta idea, hay un desacuerdo con la generalidad de los programas de intervención preventiva en sus distintos ámbitos (comunitario, escolar, familiar, salud), así como la crítica de los programas de intervención asistencial (comunidades terapéuticas por ejemplo). Sobre estas ideas se monta todo un aparato político-propagandístico centrado en los siguientes aspectos:

- Despenalización de la marihuana.

- Legalización de todo tipo de drogas.
- Educación sobre el uso "racional y controlado" de drogas.
- La lógica de la defensa de los derechos del usuario sin tener en cuenta los derechos del no usuario.
- Considerar la noción de enfermedad como discriminatoria y de marginalización del consumidor. Negar las consecuencias psiquiátricas del uso de drogas.
- Ceguera "ideológica" acerca de los daños del consumo.
- Fuertes intereses económicos de organismos internacionales (Banco Mundial, por ejemplo) y de fundaciones empresariales para financiar programas de reducción de daño y, a la vez, desfinanciar los programas preventivos y asistenciales. Los programas de reducción de daño se transforman en programas de propaganda para la legalización de las drogas y de educación del consumidor en el consumo de estupefacientes.
- Transformación de un programa paliativo para pacientes crónicos y terminales apto solo para pacientes endovenosos heroínómanos -como lo es la reducción de daño- en la única respuesta posible, incluso para no consumidores de heroína y para politoxicómanos.
- Entronizar al individuo desestimando los bienes sociales a proteger: la salud de la comunidad. El derecho a la salud, como un derivado del primer derecho humano, que es el derecho a la vida, queda suplantado por el derecho a consumir, lo que importa, entonces, ignorar las consecuencias sociales y personales que promueve el propio consumo. Incluso, hay una crítica a la sociedad de consumo, salvo para el consumo de sustancias.
- "Se busca actuar para la reducción del daño, pero no se busca, necesariamente, la reducción del uso"; "la reducción del daño no busca necesariamente la reducción del uso" (Congreso Mundial de SIDA. Diciembre de 2003. Uruguay)
- Detrás del concepto de "normalización" del adicto (no marginarlo), se esconde la idea de normalizar el uso de drogas (transformando su consumo en algo trivial y sin consecuencias si hay un uso "inteligente). De estos tres fenómenos que transcurren en la década de 1990, surge una serie de derivaciones que trataré de describir.

1. Desconocimiento de tratados internacionales

En la sesión 42 del Consejo de Drogas Narcóticas del Consejo Económico Social de las Naciones Unidas, de 1999, se formulan 22 objetivos para un Plan de Acción Preventiva. Los aspectos más importantes son los siguientes:

- a) Respuesta educativa a la demanda ilícita; se aclara que la palabra ilícita no se plantea solo en el sentido normativo y legal, sino, sobre todo, en el sentido de perjuicio personal: daño a la salud, origen de enfermedad, comportamiento antisocial, procesos de destrucción personal, familiar y social.
- b) Un programa global incluye la reducción de la demanda y la reducción de la oferta, y busca lo siguiente:
 - “Desanimar el uso inicial de drogas ilícitas hasta reducir las consecuencias negativas sociales y de salud del abuso de drogas”.
 - “... Todo esto debería incluir una educación continua, no solo para todos los niveles educativos desde edad temprana, sino también en el lugar de trabajo, la familia y la comunidad”.
 - “... Desarrollar programas para concientizar a la gente sobre el problema de las toxicomanías, así como del continuo riesgo asociado a tal consumo, ofrecer información al respecto y brindar servicios para una temprana intervención: consejería, tratamiento, rehabilitación, prevención de recaídas, asistencia, reintegración social de aquellos que lo necesiten”.
 - “Se busca una atención especial a la juventud.”
 - “... Es necesario forjar alianzas que promuevan el enlace de instituciones y organizaciones, y buscar la propiedad local de los programas”
 - “... Identificación de roles de instituciones y organizaciones locales e internacionales, así como también de los convenios de conexión de redes entre ellos para mejorar su contribución al desarrollo de estrategias nacionales.”
 - “... Reducción del abuso de drogas en los grupos de riesgo: ejecución de programas y estrategias de comunicación para grupos especiales de riesgo (particularmente, la juventud).”
 - “... Campañas de educación pública, especialmente para los que más lo necesitan: los usuarios”
 - “... Programas de información, educación y comunicación para mediadores sociales: líderes políticos, religiosos, educacionales, culturales, etc.

Todos estos objetivos han sido desconocidos, especialmente el referido a “desanimar el uso inicial”. Más bien, se publicita un uso inicial controlado ignorando el potencial evolutivo del cerebro en la niñez y adolescencia. En esta etapa de la vida, el cerebro no ha culminado su maduración, que recién termina alrededor de los 25 años. El uso de sustancias tóxicas en estas edades es un factor más de apoptosis neuronal, o sea, de muerte neuronal y de daño a la plasticidad del sistema nervioso.

Las determinaciones de las Naciones Unidas no han sido escuchadas, y las propuestas preventivas y asistenciales son devaluadas y descalificadas sistemáticamente, a la vez que se proclama un uso “normalizado” (normal y normatizado) del uso de drogas.

2. Nuevos paradigmas en salud

En Mayo de 1999, la Asamblea Mundial de la OMS proclama un nuevo universalismo: "La OMS urge cobertura para todos, pero no para todo".

Esto significa un cambio conceptual en relación a la declaración de Alma-Ata de 1978, que fue un compromiso de la OMS con UNICEF: "Salud para Todos". En esta concepción humanista la promoción y la prestación son esenciales para un desarrollo económico y social sostenible. Desde Alma-Ata, surge con más fuerza, en el campo de las adicciones, la política preventiva y el auge de los movimientos asistenciales que siguen los indicadores del médico sanitarista H.Kaplan, maestro de generaciones médicas y de profesionales de la Salud Mental. Surgen, así, los conceptos de prevención primaria, sustentada en la promoción de la salud con una educación preventiva; prevención secundaria, focalizada en la detección precoz, especialmente importante en enfermedades como las adictivas, que son crónicas, progresivas y terminales, lo que enfatiza, por lo tanto, las intervenciones en atención primaria y en servicios ambulatorios, y, por último, está la prevención terciaria, que busca buenos sistemas de rehabilitación con la menor cantidad de secuelas. Todos estos conceptos llevan al amplio espectro de una mejora de la calidad de vida y facilitan la detección y protección de los grupos de riesgo (niños y jóvenes, por ejemplo).

En la nueva interpretación de Alma-Ata, se consideran aquellos principios como irrealizables debido a :

- Imposibilidad de realizar una atención primaria de la salud a toda la población
- Se debe atender a un número limitado de enfermedades que benefician a un gran número de personas.
- Exclusión de grupos enteros de los servicios básicos de salud
- Las enfermedades incurables o crónicas muy costosas no pueden ser atendidas

Debido a los problemas económicos de muchos países, los organismos internacionales, como el FMI y el Banco Mundial, se convierten en financistas de proyectos. En la Argentina, se privilegian planes de reducción de daño, y no existe financiación para programas preventivos y asistenciales.

Esto surge como una consecuencia del nuevo paradigma: las adicciones son solo consideradas en su última fase como problema crónico y terminal sin tener en cuenta una salud global y una actitud preventiva, anticipatoria de los problemas.

Los antecedentes del nuevo paradigma aparecen en 1991 cuando, desde máximos sitios, se expuso en el Consejo Ejecutivo y en la Asamblea Mundial de la Salud el nuevo paradigma en Salud con el objetivo de poner en práctica el lema de Alma-Ata "Salud para Todos". Este fue redefinido en función (se dijo) de los dramáticos cambios en materia de:

- Política económica.
- Problemas de carácter demográfico y epidemiológico.
- Situación preocupante de los sistemas y condiciones políticas.
- La crisis de la deuda en los países en desarrollo.

En 1992, se presenta el nuevo paradigma, modelo que busca "determinar y jerarquizar las medidas prioritarias a fin de atender las necesidades básicas para el desarrollo compatibles con los recursos a la mano y que tengan probabilidades de éxito". Se redefinen las prioridades sanitarias y las intervenciones posibles. ¿Dónde queda el problema de las drogas y cuáles son las intervenciones posibles? ¿Solo será posible la reducción del daño que, ya en el tiempo, se transforma en negación del daño? ¿Qué quiere decir: que tengan probabilidades de éxito?

En síntesis, el nuevo paradigma en salud proclama el principio del costo-beneficio. Aunque, en realidad, es altísimo el costo de faltas de prevención y de políticas asistenciales basadas en la intervención precoz.

Sostener políticas que, paradójicamente, promueven más epidemias y pandemias es mucho más costoso que promover intervenciones preventivas y asistenciales.

Estamos encerrados en esta paradoja mundial: crear cada vez más enfermos crónicos y terminales a un alto costo económico, social, familiar y personal; y esta contradicción surge, precisamente, de hacer las cosas con el menor costo posible y con el mayor beneficio.

3. Desconocimiento de los daños del consumo de drogas y de los nuevos usos

En la década de 1990, se dan fenómenos nuevos en el campo científico y en el campo del consumo que se tratan de negar:

a) Los modernos sistemas de neuroimagen del Sistema Nervioso, tales como el SPECT, que mide el metabolismo y la perfusión cerebral, así como la función del cerebro, y el TAC, que nos permite estudiar la estructura cerebral, confirman la disminución de las funciones del cerebro y la atrofia cerebral por efecto de las drogas. Hoy se sabe que estas participan activamente en el suicidio neuronal que genera la muerte programada de las neuronas (apoptosis), así como la necrosis de zonas del cerebro al ser agentes tóxicos.

Es hoy muy conocido el síndrome prefrontal. En estos casos, queda alterada la zona del cerebro que nos distingue de los monos; este síndrome tiene que ver con el control moral de los actos, así como también está relacionado con la postergación de la descarga de los impulsos y con la posibilidad que tienen las

personas de proyectar a mediano plazo. El paciente prefrontalizado no puede planificar más allá de un día. Todo esto tiene altas connotaciones sociales y efectos en el campo de la criminalidad y la violencia doméstica y social.

Hoy, también sabemos que todas las drogas son neurodegenerativas. O sea: destruyen la vitalidad del sistema nervioso y generan un envejecimiento precoz y una senilidad cerebral en jóvenes. El paciente prefrontal tiene el síndrome de las cuatro "A":

- apatía
- abulia
- amimia
- ataxia

También sabemos que si una persona deja de drogarse, y máxime si es joven y pasible de un tratamiento médico de tipo neuroregenerativo (psicofármacos de última generación) junto a estímulos afectivos, psicoterapéuticos, socioterapéuticos, hay más posibilidades de una repoblación neuronal (fenómenos antiapoptóticos). Esto se debe a que existe un factor de neuroplasticidad cerebral si este no está expuesto a la neurotoxicidad de las drogas.

Hoy concebimos la drogadependencia como una apoptosis programada (muerte neuronal).

Paradójicamente, tiene alto prestigio social y todo un sistema de marketing que la avala. El cerebro se transforma en un espacio de la tragedia y la mortificación donde se daña, fundamentalmente, el plus diferencial humano: el lóbulo prefrontal, eje de la asociación de asociaciones y del aprender a aprender.

Las drogas, por otra parte, activan los gerontogenes, que debido al proceso neurotóxico, se adelantan en su aparición, o sea, precipitan un fenómeno de envejecimiento orgánico. Los gerontogenes digieren literalmente a las células y se activa la senectud del organismo. Se produce un stress celular por efectos neurotóxicos con gran producción de radicales libres, base del envejecimiento celular, y un deterioro de los sistemas antioxidantes protectores. El abuso de alcohol y drogas produce una cascada de eventos que culmina, así, en la apoptosis.

A su vez, las drogas activan los marcadores biológicos, moleculares, celulares y psicológicos que indican el desgaste del organismo: niveles de cortisol y adrenalina por el stress crónico derivado del uso de drogas, trastornos de la perfusión cerebral, alteración de los sistemas antioxidantes, deterioro cognitivo, alteración de los ritmos circadianos y de las curvas de aprendizaje. Por otra parte, la desestructuración de la función frontal afecta la previsión, planificación y todas las funciones superiores. También, se daña la zona órbito-frontal, lo que genera labilidad emocional, desinhibición de los impulsos, desgano, apatía y abulia. El consumo, también, activa la amígdala cerebral sin la intervención de la corteza superior, lo

que facilita el descontrol de las emociones.

b) En la misma década de 1990, se observa la emergencia masiva de pacientes con doble diagnóstico. Aquí, coexisten los consumos de drogas con severas alteraciones mentales.

Este fenómeno tiene varias causas:

- El aumento de la epidemia ha dado lugar a que la población, especialmente adolescente, tenga a la mano el uso de drogas e, incluso, que este comportamiento sea socialmente aceptado y transformado en la "farmacopea" para manejar estados de ánimo, crisis de identidad, el ocio y el tiempo libre, etc.
- El efecto que las drogas tienen sobre las personas en su mente, en la conducta social y en sus afectos ha quedado evidenciado con el aumento de las enfermedades mentales causadas por estupefacientes, incluso con daños cerebrales.
- Muchos enfermos mentales en su estado inicial, en lugar de recurrir al especialista, intentan manejar con drogas sus angustias, su despersonalización, sus trastornos de pánico, sus vacíos. La "química" promovida socialmente suplantó a la medicina y a la psicoterapia científica. La era de la psicoquímica, aplaudida y alentada por sectores sociales, está formando, de por vida, masas de personas dependientes de sustancias químicas.
- Hoy, se considera que el 80% de los pacientes tiene doble diagnóstico: esquizofrenias, trastornos afectivos mayores (maníaco-depresivo), trastornos antisociales, trastornos de ansiedad. Además, la mayoría presenta daños cerebrales causados por las drogas.

En realidad, hoy, ya hablamos de pacientes con múltiple diagnóstico, puesto que convergen la dependencia a sustancias, un trastorno psiquiátrico, daños cerebrales y enfermedades asociadas, como el SIDA, trastornos hepáticos, etc. Todos sabemos, además, que el SIDA tiene amplias consecuencias neuropsiquiátricas.

En realidad, la situación actual de tipo epidemiológico está promoviendo una subclase de mutantes y "descerebrados", como dije en los inicios del trabajo.

c) Nuevas mutaciones genéticas de la marihuana le han dado una mayor potencia en sus efectos sobre el sistema nervioso y sobre todos los sistemas orgánicos. Los niveles promedio de THC encontrados en la marihuana crecieron de menos del 1% a mediados de 1970 a más del 7% en 2007. La potencia de la marihuana sin semilla se ha duplicado en las últimas décadas (del 6% al 13%); y, en algunos casos, ha llegado a un 33%. Los niveles promedio en Gran Bretaña de THC han crecido de un 0,5% a casi un 5% en los últimos 20 años. La potencia de la "nederweed" (marihuana que se fuma en Holanda) ha crecido un 11%.

Esto ha llevado a un mayor potencial adictivo por el propio potencial toxicoma-

nígeno y por la activación de los sistemas de recompensa cerebral, lo cual, además, posibilita la entrada en el consumo de otras drogas. No olvidemos los conceptos de Nora Volkow, Directora del Instituto Nacional de Abuso de Drogas-USA, cuando nos dice:

“No hay dudas de que la marihuana es adictiva; esta discusión ya ha terminado; lo más importante en este momento es comprender la vulnerabilidad de los cerebros jóvenes en desarrollo a estas altas concentraciones de cannabis” (2006).

Hoy, esto se ve corroborado en la clínica, ya que cada vez más pacientes consultan por su dependencia al cannabis; sobre esto, el Dr. Dirk Vandavelde, (Bélgica-Flemish Association for Addiction Treatment Center) nos dice:

“Aproximadamente, 1 de cada 4 jóvenes consumidores de drogas que buscan ayuda en Bélgica es adicto al cannabis, cifras que eran de 1 en 10 hace siete años. A su vez, el mayor y más problemático grupo de consumidores de cannabis incluye a personas de 20 a 30 años de edad que comenzaron a consumir cannabis a una edad muy temprana. Los consumidores afirman que ya no pueden funcionar normalmente en sus relaciones, en la escuela o en el trabajo. Necesitan varios cigarrillos diarios de marihuana para sentirse bien”.

Sobre esto, el Council of the American Medical Association (AMA) manifiesta:

“...La marihuana confirma sus efectos destructivos en la conducta, el desempeño y el funcionamiento de los sistemas de varios órganos (pulmón, corazón, cerebro, órganos reproductivos), y afecta el proceso de aprendizaje. Entre los efectos crónicos conocidos, podemos mencionar:

- memoria de corto plazo afectada y un aprendizaje lento;
- función pulmonar afectada (enfisema y otros problemas respiratorios);
- cuenta espermática y motilidad espermática disminuidas;
- interferencia con la ovulación y el desarrollo prenatal;
- respuesta inmune afectada;
- posibles efectos adversos en la función cardíaca;
- aumento de nacimientos prematuros;
- aumento de riesgos de varias formas de cáncer, como, por ejemplo, cáncer de cabeza, de cuello, de garganta y de vejiga;
- menor flujo sanguíneo al cerebro;
- desarrollo cerebral afectado en fetos y adolescentes, y
- síndrome “amotivacional” caracterizado por un patrón de pérdida de energía, desarrollo escolar disminuido, relaciones parentales dañadas y otras alteraciones de la conducta.

A su vez, los efectos sobre los trastornos mentales son cada vez más evidentes. David Fergusson, de la Facultad de Medicina de Christchurch, está llevando a cabo

un estudio de largo plazo, o "longitudinal", en 1.265 niños de Nueva Zelanda. Incluye datos sobre la frecuencia del consumo de cannabis y los efectos psicóticos en 1.055 de los participantes de 18, 21 y 25 años de edad. En un informe provisional, publicado en 2005 por la revista *Addiction*, los científicos que realizan estas investigaciones afirmaron que sus resultados "se suman a un conjunto de evidencias cada vez mayor que sugiere este dato: el consumo de cannabis puede aumentar los riesgos de psicosis".

Mientras tanto, científicos de la Universidad de Cardiff estudiaron durante 27 años el patrón de vida de 50.000 personas que hicieron el servicio militar en Suecia. Comprobaron que quienes habían consumido cannabis más de 50 veces antes de cumplir los 18 años de edad eran más propensos a desarrollar esquizofrenia. A su vez, las admisiones por el uso de cannabis en los Hospitales de Salud Mental en Inglaterra han aumentado un 85%. Se ha comprobado, también en este país, que de cada 10 muertes infantiles 1 es causada por fumar marihuana durante el embarazo, adicción que provoca también el 14% de los nacimientos prematuros.

Asimismo, es un dato clínico corriente la fuerte correlación que existe entre el uso de marihuana y otras drogas.

d) la entrada en acción de las drogas de síntesis y el fenómeno de la politoxicomanía: toda la estrategia de aceptación social del consumo, de "minimización" de los riesgos del uso de drogas y la crítica de todo sistema preventivo y curativo ha llevado a un intento mágico de manejar los estados de ánimo con sustancias variadas.

En la década de 1980, se daba todavía una dependencia a una o dos drogas, a lo máximo. Hoy, el paciente maneja esas sustancias "a la carta", como si en un restaurante eligiera un menú. Ha surgido la politoxicomanía, especialmente en los jóvenes, avalada, además, por las recetas que se bajan de Internet o que se compran por esta vía. Este es un nuevo fenómeno que le ha agregado mayor dificultad a un problema de por sí grave, como lo es el consumo de drogas.

La comercialización en lugares de baile ha crecido enormemente, en especial la compra y venta de drogas sintéticas producidas en laboratorios locales. Politoxicomanía y estos últimos narcóticos le han dado al fenómeno de los estupefacientes una nueva dimensión. Los fenómenos se masifican y, además, la aceptación y promoción social del consumo aumenta la epidemia.

e) los programas de intercambio de jeringas están siendo evaluados:

Tanto en la Provincia de Buenos (experiencia que realicé durante 7 años) como en otros países; específicamente, la experiencia de Chicago (USA). Los programas de extensión educativa y con líderes comunitarios (sin provisión de agujas) reveló una disminución de los índices de sero-conversión.

Se ha comprobado que una distribución indiscriminada de jeringas sin un plan educativo preventivo generaba el efecto contrario de un aumento del consumo de drogas.

En Canadá (Montreal), se comprobó que los participantes de un programa de intercambio de jeringas fueron tres veces más propensos a contraer VIH que los que no participaron; para esto, se testeó la sangre de 1.600 adictos cada 6 meses.

En Vancouver (Canadá), se comprobó que un alto número de personas compartía agujas, incluso participantes con VIH positivo; el índice de adictos con VIH en la ciudad aumentó de un 2% en 1988 a un 23 % en 1997.

Hemos olvidado elementos básicos de tipo preventivo y asistencial.

En lo primero, la prevención del primer consumo de drogas y el trabajo de intervención precoz entre los consumidores experimentales y no adictos. En lo asistencial, tratamientos activos de tipo ambulatorio, diurnos y residenciales, con programas ligados a la prevención de las recaídas (estos conceptos han sido muy bien expresados en Buenos Aires durante el Congreso de la Universidad del Salvador por las Profesoras Calvina Fay y Mina Seinfeld de Carkushansky, en noviembre 2007). Todo esto es complementario de una acción clara de todo el sistema jurídico para el cumplimiento de la ley y la prohibición.

Los programas deben abarcar todas las drogas, o sea, las ilegales, las legalmente prescritas, las legales de venta libre y el alcohol.

Hoy, hay cuatro principios básicos en prevención:

Desanimar el uso inicial.

Reducir masiva y precozmente el uso de tabaco y alcohol.

Trabajo continuo sobre las estrategias culturales y mediáticas tendiente a la no aceptación social de las drogas.

Bajar o reducir el consumo de drogas y alcohol es bajar la prevalencia.

Prevenir drogas es cuidar el capital humano y social de las comunidades.

Prevenir es cuidar el genoma humano y el capital genético; la activación dopaminérgica de las drogas potencia cambios genéticos, vulnerabilidad genética y polimorfismo génico.

Prevenir es activar los sistemas asistenciales y perfeccionarlos permanentemente, ya que está comprobado que el 20% de los consumidores críticos absorbe el 70% de las drogas en circulación. Esta estrategia asistencial, que promueve la intervención precoz, solo es posible a través de una red de líderes sociales barrio por barrio y municipio por municipio.

Prevenir drogas es prevenir el delito, los robos, las riñas y la venta de estupefacientes. Está comprobado que un consumidor adolescente está más cerca de estos conflictos con la Ley que un adolescente con una crisis de identidad, pero que no

consume drogas. Este tendrá conflictos o síntomas, pero muy raramente trastornos de conductas que impliquen problemas legales.

Prevenir es limitar el crecimiento de las enfermedades psiquiátricas, ya que el 50% de los drogadependientes presentan trastornos mentales graves (Eje I en el DSMIV). El uso de marihuana aumenta cinco veces la posibilidad de esquizofrenia, ocho veces la posibilidad de contraer trastornos de ansiedad y cuatro veces la de desencadenar trastornos en los estados de ánimo.

Prevenir es generar intervenciones comunitarias precoces en menores con trastornos de conducta, en niños y adolescentes con ADD (trastornos hiperquinéticos y con problemas de atención), y en situaciones de abuso infantil y de violencia.

La prevención debe estar unida a campañas comunicacionales y mediáticas intensas y perseverantes en el tiempo; está comprobado que la demanda de tratamientos está ligada al posicionamiento del problema de las drogas en la agenda de los ciudadanos.

Conclusión

El movimiento de negación de los daños es la cristalización de un pensamiento individualista, propio de la postmodernidad. Pontifica el negocio de las drogas y niega la enfermedad y las consecuencias que están en juego para la vida de las personas y la comunidad.

Como profesional argentino y, personalmente, en mis tareas públicas como Director del Instituto de Drogadependencia de la Universidad del Salvador, considero que estamos asistiendo a situaciones pandémicas. Están ligadas a concepciones erróneas basadas en la negación de los daños y en la aceptación social del consumo, lo cual potencia la oferta, que ya de por sí es muy alta.

Proponemos —en base a nuestra experiencia— un triple trabajo que parta de lo local y avance hacia lo regional:

- 1) Formación de Líderes y de Organizaciones Líderes en sus distintos ámbitos: familiar, escolar, comunitario, religioso, salud, comunicación social. Formar sobre esta base un Frente Preventivo Comunitario, con base en cada localidad, articulado en un Sistema Asistencial.
- 2) Potenciación de redes y asociaciones en contacto entre sí.
- 3) Ciudades preventivas

Nuestra experiencia de 7 años de trabajo en la Provincia de Buenos Aires, Argentina, ha dado resultados muy interesantes siguiendo este modelo:

- baja del consumo de drogas intravenosas del 8% al 2%.

- baja del intercambio de jeringas del 10% al 0,5% (sin repartir una sola jeringa)
- baja del primer consumo de cocaína del 5% en 1993 al 2,5% en 1999
- baja de la alcoholización en rutas del 8% en 1995 al 2% en 2000

Creemos que se pueden lograr resultados si todos redoblamos los esfuerzos para alcanzar una visión más humanista del hombre y si centramos todo esto en basamentos científicos y en un nuevo ordenamiento social urbano sostenido por los conceptos de la Ciudad Preventiva.

Nota

1 Esto es fruto de un trabajo de campo y de investigación encomendado por el Organismo de Salud del Vaticano que realizó la Dra. de Pío en Suiza.