

EXITOS Y FRACASOS DE LOS ESTADOS UNIDOS EN SUS EXPERIENCIAS CON LA FARMACODEPENDENCIA *

Dr. Robert L. Du Pont**

Como psiquiatra, considero que nuestra profesión tiene un importante papel que desempeñar en el campo de la farmacodependencia. La Psiquiatría, con su amalgama única de medicina científica, comprensión de la conducta humana y compasión por la condición del hombre, debe desempeñar un papel central en ayudar a nuestros países a enfrentar los humillantes problemas producidos por el abuso de las drogas. He tenido el privilegio de trabajar, por todo el mundo, con psiquiatras que han desempeñado el cargo de líderes en el campo de la lucha contra la farmacodependencia. En nuestra profesión hay mucho de que enorgullecernos, pero nos queda mucho más por hacer.

En mi ponencia, resumiré brevemente el estado actual del uso de las drogas en los Estados Unidos y discutiré algunos de los éxitos o fracasos experimentados por nosotros, en nuestra lucha para combatir este problema, así como algunas enseñanzas logradas en base a dicha experiencia.

La situación de la Farmacodependencia en los Estados Unidos y nuestra respuesta a la misma

Durante los últimos 6 ó 7 años, hemos tenido una respuesta de la mayoría de la población, a nivel nacional, dentro de todos los sectores respecto a la farmacodependencia. Desde alrededor de 1970, la farmacodependencia ha constituido uno de los puntos

importantes de nuestra agenda nacional. Una importante manifestación de esta experiencia, la ofrece nuestro Presidente. Cuando Jimmy Carter se convirtió en Gobernador de Georgia en 1971, uno de los problemas en que primero manifestó interés personal, fue la farmacodependencia. Durante el tiempo que desempeñó este cargo, el señor Carter creó un sistema de clínicas para farmacodependientes, no sólo en la capital de Atlanta, sino en comunidades más pequeñas. El señor Carter creó, asimismo, un modelo nacional de servicios estatales para farmacodependientes. En 1971 y en los años sucesivos, ha empleado parte de su tiempo en visitar los lugares donde se llevan a cabo programas para combatir la farmacodependencia, en todo el país hablando personalmente con la gente que trabaja en éstos y con los farmacodependientes.

La farmacodependencia no sólo es un asunto político para el Presidente Carter, sino algo muy personal y que conoce por experiencia propia. Su consejero

* Trabajo presentado en la V Reunión Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, que tuvo lugar en Guanajuato, Gto., del 1 al 3 de diciembre de 1977

** Director del Instituto Nacional de Farmacodependencia. (IEU)

particular respecto a necesidades humanas, incluyendo la farmacodependencia, es el doctor Peter Bourne, psiquiatra que inició el programa de Carter contra la farmacodependencia en 1971, en Georgia. Peter Bourne fue una de las primeras personas que captó las significativas dimensiones internacionales de este problema, fuera del área tradicional de la observancia de las leyes. Peter se encuentra cerca del Presidente y labora directamente dentro de la Casa Blanca. Podemos contar, verdaderamente, con el compromiso serio a alto nivel y con la dedicación continua a la prevención del abuso de las drogas por parte del Gobierno de los Estados Unidos.

Como expresión de nuestra actual respuesta nacional a la farmacodependencia, hay alrededor de 250 000 personas que reciben tratamiento en más de 3 000 clínicas y dentro de los programas respectivos en el país. Estos centros de tratamiento, que cuentan con más de 30 000 personas que trabajan tiempo completo, se encuentran por todo el país. Los médicos son 600 dentro del total de los trabajadores. Los consejeros paraprofesionales, que alcanzan un número de casi 11 000, son el meollo de los miembros del personal que trabaja en estas clínicas modernas. Cerca de un 40 por ciento de esta extensa capacidad para administración de tratamiento, ha sido subvencionado por el Gobierno Federal. Fuentes estatales y privadas proporcionan el resto para sostener estos programas.

Aproximadamente un 65 por ciento de los pacientes admitidos en los programas para tratamiento de farmacodependientes, subvencionados por el Gobierno Federal, reciben tratamiento por problemas de uso de heroína. Le siguen los problemas relacionados con el uso de la marihuana, los barbitúricos y las anfetaminas. Un porcentaje menor de los pacientes norteamericanos reportan hacer uso de cocaína, LSD, PCP e inhalantes.

En general, cerca de un 30 por ciento de los programas para tratamiento en el país, emplean la metadona para tratar a los adictos a la heroína. Al observar particularmente a las personas que son adictas a la heroína, encontramos que un poco más de la mitad reciben metadona como parte de su tratamiento. Deseo agregar algunos comentarios al respecto puesto que este punto es causa de controversia.

En los Estados Unidos la metadona es parte de una respuesta comprensiva a la adicción a la heroína; este tratamiento incluye, por supuesto, servicios de asesoría y de apoyo. La metadona, que no se emplea en el tratamiento de ningún otro tipo de problemas de farmacodependencia que no sean los relacionados con la adicción a opiáceos, es conveniente como sustituto de la droga porque puede ingerirse oralmente y porque su efecto dura por lo menos todo el día. Por contraste, la heroína se administra en forma intravenosa cuatro o cinco veces al día. El individuo que toma metadona puede llevar una vida relativamente normal, administrándosele mucho menos droga y esto por vía oral y dentro del contexto de un tratamiento, en contraste con su experiencia del uso de la heroína, droga que los adictos en el país casi siempre emplean por vía intravenosa. Espero que aquellos de ustedes que aún no han tenido oportunidad de ver a un paciente que está empleando la metadona, puedan visitar una buena clínica que la administre. Es una experiencia sorprendente observar lo normales que se ven estos pacientes. A quienes nunca han tenido esta experiencia, les resulta difícil creer

que están hablando con alguien que está ingiriendo un narcótico, cuando por primera vez conocen a un paciente que está siendo mantenido con metadona.

Debe aclararse que la mayoría de los adictos a opiáceos prefieren la desintoxicación a base de dosis gradualmente decrecientes de metadona, al mantenimiento con metadona a largo plazo. La desintoxicación con metadona de pacientes externos, ha demostrado ser particularmente atrayente para los pacientes adictos a la heroína en los EU. Generalmente, un 33 por ciento de los adictos a la heroína admitidos a tratamientos subvencionados por el Gobierno Federal, son desintoxicados; 27 por ciento reciben tratamiento de mantenimiento y el 40 por ciento restante, son tratados en programas libres de drogas.

Al considerarse el uso de la metadona, debería enfatizarse que más o menos dos tercios del tratamiento de farmacodependientes de heroína y otras drogas en los EU es libre de drogas, es decir, que no se usan opiáceos como parte de la experiencia en dicho tratamiento.

Hay dos drogas que prometen buenos resultados en el tratamiento de la adicción a la heroína. La primera es el LAAM, levo-alfa-acetilmadol, un opiáceo sintético efectivo administrado oralmente, que sólo se toma tres veces por semana. De igual manera que la metadona es mejor que la heroína, el LAAM es mejor que la metadona: permite al paciente llevar una vida más normal, menos centrada en las drogas. Quizás debería añadir que no vemos una razón práctica en el empleo de la heroína como parte de nuestro sistema nacional de tratamiento, porque ésta no es efectiva por vía oral y la corta duración de su acción requiere administraciones frecuentes, dificultando el logro de la estabilidad.

La otra nueva droga que se está empleando con éxito es la naltrexona. Es un contranarcótico seguro y poderoso, efectivo por vía oral.

Aunque el LAAM y la naltrexona siguen siendo investigados, en mi país confiamos en que pronto pasen a formar parte de nuestro esfuerzo contra la heroína. Pero, una vez más, no hay que olvidar el importante papel de los tratamientos libres de drogas.

La marihuana, como la metadona, es un tema de controversia. Oírán decir que los Estados Unidos se inclinan a la legalización de la marihuana. Esta declaración es una distorsión de la realidad. En mi país estamos tratando de sacar de la cárcel a quienes usan la marihuana y emplean pequeñas cantidades de esta droga para su uso personal, así como de liberarlos del sistema de justicia de lo criminal, en tanto que intentamos encarcelar a los proveedores de la droga. La propuesta personal hecha por el Presidente Carter es la introducción de una buena citación no criminal para delitos de posesión de marihuana, en lugar de una sentencia a cárcel. Esto se conoce como descriminalización. Las sentencias a cárcel seguirán en vigor para los traficantes de marihuana en los Estados Unidos. No se proporcionará la marihuana legalmente salvo para emplearla en investigaciones que hayan sido aprobadas.

Lo que hemos aprendido en los Estados Unidos

En nuestros intentos de responder al problema de la farmacodependencia hemos aprendido varias cosas, en base a las experiencias de nuestro país. Primero, hemos aprendido que la farmacodependencia no puede considerarse como una insignificante manía que se resolverá por sí misma o que desaparece

rá con el tiempo. Una mirada seria a la historia de la farmacodependencia en los Estados Unidos y en muchas otras partes del mundo, demuestra que esto simplemente es falso. La dura realidad es que el abuso de las drogas es un problema humano de larga duración y que nos rodea desde hace mucho tiempo. En la última década, hemos observado un cambio global en la conducta farmacodependiente, similar en efectos a los cambios ocurridos con la amplia difusión de bebidas alcohólicas destiladas aparecidas hace 400 años y con el inicio del consumo de los cigarrillos hace 70. La farmacodependencia no debe considerarse como un problema sin importancia ni sin consecuencias. Una mirada a lo que le ha costado a la sociedad —en pérdida de mano de obra, salud, accidentes y crímenes— nos indica lo contrario. Hay quienes han dicho que la farmacodependencia es inevitable y que por lo tanto la sociedad debe aprender simplemente a convivir con ella. La experiencia nos muestra que este enfoque tampoco es satisfactorio. Hemos tratado de emplearlo respecto al alcohol y al tabaco y actualmente pagamos en costos sociales, por el privilegio que tiene cada ciudadano de establecer su propio nivel de consumo de estas drogas, respectivamente, \$40 billones* y \$17 billones* de dólares al año. Si hubiéramos de abrirle las puertas al consumo de otras drogas —desde la marihuana hasta la heroína— los costos sociales equivaldrían a los que ahora pagamos por el alcohol y el tabaco.

Otra lección aprendida es que la eliminación total de la farmacodependencia no es un objetivo realista. El público está ansioso por oír decir que vamos a resolver este problema ahora mismo y de una buena vez. Creo que esta opinión sencillamente no es realista. En nuestra sociedad moderna, no es probable que la farmacodependencia vaya a “curarse” completamente, independientemente de cuán efectivos puedan ser nuestros enfoques. Por otra parte, este problema puede reducirse. Podemos lograr objetivos realistas e importantes encaminados a controlar y reducir el ámbito del abuso y de su impacto en la sociedad. No hay razón para sentirse pesimistas, respecto a nuestros esfuerzos, pero es necesario ser realistas. Pueden establecerse y enfrentarse metas realistas, pero esto requiere atención determinada a lo que se puede lograr, usando las técnicas y los recursos de que se dispone. En los Estados Unidos, el reconocimiento de este hecho nos ha impulsado a erogar prioridades dentro de nuestros programas y a centrarnos en objetivos posibles de lograr en el campo de la farmacodependencia.

Una tercera lección aprendida es que la farmacodependencia no puede ser resuelta únicamente a base de medidas legales. En los Estados Unidos, actualmente, el 60 por ciento de nuestros gastos efectuados en asuntos de farmacodependencia, es para la reducción de la demanda o para programas relacionados con la salud y, más o menos el 40 por ciento de nuestros recursos, se emplea en el sostenimiento de medidas para reducir el consumo y hacer cumplir las leyes. Hemos aprendido la importancia de equilibrar la reducción del consumo con la reducción de la

demanda así como los esfuerzos al respecto tanto nacionales como internacionales. Al mismo tiempo que las sociedades intentan limitar la disponibilidad de las sustancias de abuso, es también importante que proporcionen tratamiento, rehabilitación y prevención, para ayudar a quienes las consumen. En tanto que se proporciona tratamiento, deben continuar los esfuerzos para disminuir el acceso a las sustancias de uso ilícito. Cierta restricción, de conformidad con los valores de cada nación, debe ejercerse en términos de las técnicas que se emplean para que la población tenga un menor acceso a dichas drogas. En otras palabras, no deseamos emplear técnicas para reducir el acceso a las drogas que produzcan más daño que las drogas en sí. No obstante, son necesarias las técnicas efectivas que reduzcan el suministro ilícito de las drogas en todos los países, mediante el ejercicio de las leyes y el control farmacéutico.

Hemos aprendido, asimismo, que la farmacodependencia no es un problema local o nacional que pueda ser resuelto por una comunidad o nación mediante su aislamiento de los vecinos. Los hechos son diferentes. Hay demasiado comercio y viajes. El problema de la farmacodependencia claramente se manifiesta como algo global. Así como deberían equilibrarse los esfuerzos para reducir el consumo y la demanda, es esencial que también se equilibren los programas nacionales y los de cooperación internacional. Es tentadora la idea de recurrir a un proteccionismo nacional; existe la idea de que hay que cerrar las propias fronteras y mantener fuera las drogas que provienen de otro país. No obstante, hay demasiado movimiento legítimo y económicamente necesario a través de las fronteras nacionales, para darle este enfoque al trabajo.

Pero si vamos a trabajar juntos, podemos producir estrategias internacionales realistas que reduzcan el suministro de drogas de uso ilícito. Son esenciales tanto las acciones para la reducción del consumo como de la demanda. Además, lograr un sentido de equilibrio y de compañerismo entre las actividades nacionales e internacionales debería ser una de nuestras principales metas para prevenir la farmacodependencia.

En el campo del tratamiento, quizás la lección más importante que hemos aprendido en mi país, es la importancia que revisten los programas para pacientes externos, y la escasa utilidad de las instituciones hospitalarias para este propósito. Ensayamos con tratamientos prolongados en hospitales, contra la voluntad del paciente, basados en modelos de cárceles y hospitales, y descubrimos que ninguno daba resultados positivos y que ambos eran mucho más caros que el enfoque voluntario y de consulta externa que actualmente constituye el centro de la respuesta de los EU en lo que a tratamiento respecta. Hoy en día, solo el 1 por ciento de la capacidad de nuestro tratamiento de la farmacodependencia se destina a hospitales o a programas institucionales.

Hemos descubierto, igualmente, que depender exclusivamente de los profesionales para proporcionar todos los servicios en los programas de tratamiento es inútil y extremadamente caro. Hemos visto que la combinación de profesionales y paraprofesionales —o como prefiero llamarlos, profesionales sin título— ha disminuido los costos, aumentado la efectividad y significación, y hecho posible el encontrar el material humano adecuado para llevar a cabo los programas modernos para combatir la farmacode-

*Hay que recordar que en los países anglosajones 1 billón es igual a mil millones, a diferencia de los países que desde antiguo usan el Sistema Métrico Decimal, para quienes 1 billón equivale a 1 millón de millones.

pendencia.

Asimismo, esta acción conjunta entre profesionales y paraprofesionales ha hecho posible que aquellos desarrollen actividades de entrenamiento y dirección en estos programas, en lugar de convertirse en los únicos o principales encargados de atender a los pacientes. Estas lecciones, aprendidas al administrar tratamiento, pueden ser básicamente importantes para otros países que cuentan con recursos y personal limitados.

Hay algo más que nos ha enseñado la experiencia —y este quizá sea el punto más controvertido— y es que los programas de servicios generales, incluyendo enfoques integrados para atención a la salud, en general no responden a las necesidades únicas de los farmacodependientes. No hemos tenido experiencias satisfactorias al alojar a los farmacodependientes en clínicas generales, esperando que ahí se manejen sus problemas respectivos. Los problemas médicos relacionados con la farmacodependencia pueden atenderse en una institución de salud en general, pero además de ello, parece existir una necesidad crítica de enfocar la atención en el problema de las drogas en sí, para la efectividad de los programas. Esto puede darse en una clínica o programa de salud mental, pero lo más frecuente es que no ocurra de esta forma. Es necesario que haya un enfoque específico en la conducta de quien recurre a las drogas con el fin de obtener beneficios terapéuticos. Desde luego, los programas específicos para la farmacodependencia operan con éxito como partes discretas de los centros de salud mental o general. Este enfoque con frecuencia logra beneficios tanto de los programas específicos como de los generales. Pero de conformidad a nuestra experiencia, estos beneficios sólo pueden lograrse cuando se enfoca específicamente la farmacodependencia dentro del programa general de salud.

Finalmente, en los EU, hemos aprendido la necesidad de poseer una base firme de conocimientos en el campo de la farmacodependencia. La evaluación de ésta en un país es el primer paso en la prevención de la misma. La mayoría de los países han sufrido al no tener una definición justa de sus problemas respecto a la farmacodependencia y al no saber quiénes están haciendo uso de las drogas, en qué grado están siendo empleadas, cuáles son sus efectos y qué tendencias se presentarán con el tiempo. Hay ahora algunas técnicas buenas y nuevas para la evaluación de este fenómeno.

Otro ejemplo de la necesidad de tener un conocimiento básico, es el desarrollo de nuevas armas terapéuticas para tratar la farmacodependencia. En el "National Institute on Drug Abuse" (NIDA), sostenemos tanto la investigación básica como la aplicada para aclarar la naturaleza de las interacciones bioquímicas entre los receptores del opio en el cerebro y las drogas opiáceas. A través de este trabajo sobre los receptores del opio, se ha llegado a describir la existencia de las endorfinas que son sustancias endógenas parecidas a la morfina, en el cerebro normal del mamífero. Las endorfinas parecen ser péptidos que imitan al menos algunas de las acciones de los opiáceos. Todavía no está claro si estas sustancias son transmisores genuinos en las vías cerebrales o si son productos de desecho de péptidos analgésicos más poderosos. Los bioquímicos en los Estados Unidos y en el extranjero están buscando enzimas que puedan hallarse involucradas en la síntesis y la des-

activación de estos péptidos, para hallar claves que conduzcan al entendimiento de los roles biológicos que desempeñan en la adicción, el dolor y otros procesos fisiológicos y patológicos. La investigación exhaustiva que se está realizando actualmente, es de extrema importancia y busca esclarecer la forma en que estas sustancias intervienen en el proceso de la adicción. Mediante estos estudios pueden desarrollarse nuevas y más avanzadas modalidades de tratamiento y estrategias más efectivas de prevención. No debemos ignorar la posibilidad de que las endorfinas se hallen involucradas en procesos más generales que controlan la conducta normal e influyen la salud mental. Los estudios de la bioquímica de la farmacodependencia ocupan ahora el primer lugar en la línea de la investigación científica y pueden aumentar nuestra comprensión básica de la conducta humana. La investigación en el campo de la farmacodependencia, la farmacología clínica y la salud mental están hoy más íntimamente relacionadas que nunca. Los últimos avances en esta interesante área fueron resumidos en presentaciones en la Sección de Farmacodependencia de la Asociación Psiquiátrica Mundial, que se reunió en Honolulu el verano pasado.

El último ejemplo de la necesidad de incrementar nuestros conocimientos de base, se presenta en el campo de la prevención. Tanto el sentido común como los descubrimientos a través de la investigación de la conducta humana, vienen en apoyo de la tesis de que los factores negativos tales como el aburrimiento, los sentimientos de fracaso y la falta de autoestima y de participación en la comunidad, aumentan la probabilidad de que se presenten una serie de factores personal y socialmente destructivos. Si las drogas se encuentran disponibles y si su uso es valorizado por los compañeros del adicto, estos factores negativos pueden conducir al uso de las drogas y del alcohol. Para prevenirlo, en el NIDA sostenemos programas que refuerzan la conducta positiva, que proporcionan alternativas constructivas a la ingestión de drogas y que intervienen tempranamente en el proceso del tratamiento mínimo, para reducir el número de personas que más adelante requerirían un costoso tratamiento y rehabilitación.

Debemos igualmente ser realistas en nuestras metas de prevención. Actualmente, más o menos dos décimas del 1 por ciento de la población estadounidense es adicta a la heroína. Así, puede decirse con bastante exactitud, que 99.8 por ciento de la población de los Estados Unidos ha sido librada de convertirse en adicta a la heroína. Sin embargo, consideramos que 500 000 adictos a la heroína, que le cuestan a la nación más de 6 billones* de dólares al año, constituyen un grave problema social de salud pública. Expresado en esta forma, resulta más claro el por qué es tan difícil desarrollar estrategias efectivas de prevención, puesto que la población vulnerable representa una parte tan pequeña del total. Con casi 15 millones de actuales consumidores de marihuana en los Estados Unidos, las metas de prevención son mayores aunque más fáciles de alcanzar.

La necesidad principal en el área de la prevención del uso de drogas en los Estados Unidos es la de realizar estudios evaluativos adicionales encaminados a medir el impacto de los programas para reducir el uso nocivo de las mismas. La evidencia de que se

* Ver nota en la pág. 21.

dispone indica que los nuevos enfoques para prevención, incluyendo una educación eficiente y estrategias orientadas hacia los padres y los compañeros del adicto, producen mejores resultados que el antiguo enfoque consistente únicamente en proporcionar información sobre las drogas o en el empleo de tácticas amedrentadoras. Creemos que enfoques efectivos en los que se emplean programas, padres de familia y compañeros y que se concentran específicamente en la juventud más vulnerable, prometen ser medidas de prevención que ameritan evaluarse debidamente.

El último punto que me gustaría tratar es la importancia de la comprensión internacional y la cooperación de los países en el campo de la farmacodependencia. Este fenómeno demuestra claramente que todos formamos parte de un solo mundo. Nuestra interdependencia en las soluciones a estos problemas apenas si debe enfatizarse. Durante muchos años, la comunidad internacional ha reconocido que debemos trabajar más efectivamente, juntos, para hacer frente al suministro de drogas ilícitas. Es tiempo de que todos reconozcamos que nuestros programas de prevención, tratamiento y evaluación son mejor enfrentados mediante un compañerismo global. Hacen mucha falta programas bilaterales en la prevención de la farmacodependencia, así como de esfuerzos cooperativos multinacionales.

Respecto a México y a los Estados Unidos, estoy seguro de que muchos de ustedes están conscientes de que la mayor parte de la heroína que se ha empleado ilícitamente en los Estados Unidos durante los últimos años, proviene de los plantíos de amapola mexicanos. Saben, igualmente, que gran parte de la marihuana que se consume en los Estados Unidos procede de este país, así como un significativo porcentaje de la cocaína introducida a los Estados Unidos también es enviada a través de México. El reverso de la moneda, desde luego, es que la demanda de estas drogas existentes en los EU, estimula estos cultivos delictivos. Además, la mayor parte de la ganan-

cía reportada por el tráfico ilícito es obtenida por los criminales de los EU, por lo que nos vemos unidos en este problema de la farmacodependencia. No tiene caso señalarnos el uno al otro como culpables ya que ambos países compartimos una responsabilidad común.

Me alegra informarles que yo en lo personal y los ciudadanos de los Estados Unidos en general, estamos sumamente agradecidos por la notable colaboración que nos han dado en los mutuos esfuerzos para reducir el tráfico ilícito de drogas. El actual descenso en los problemas del uso de heroína en mi país puede señalarse directamente en correspondencia con los esfuerzos para detectar y destruir los plantíos ilegales de amapola en México. Estos esfuerzos han llevado a la reducción de muertes relacionadas con el consumo de heroína, a una menor necesidad de tratamiento y de criminalidad en mi país. Por ello tenemos hacia ustedes una deuda de gratitud. De hecho, me arriesgo a decir que este esfuerzo conjunto estadounidense-mexicano es el mayor logro único en el campo de la farmacodependencia durante los últimos años. Constituye un modelo de éxito para otras regiones y naciones y para una cooperación futura en el hemisferio, en la prevención de la farmacodependencia.

Debe admitirse, igualmente, que la mayor parte de la cooperación entre nuestras dos naciones procede del ángulo de la disminución del suministro de drogas, en la ecuación constituida por la prevención de la farmacodependencia. Bajo la dirección del doctor de la Fuente, confío en que construiremos una sólida cooperación en el área de la salud. En los Estados Unidos, al volver la vista con orgullo hacia esfuerzos pasados en años recientes, esperamos que la cooperación futura será igual o mayor.

Estoy seguro de que el espíritu de compañerismo y colaboración que hemos establecido podrá acercarnos cada vez más a nuestras metas en el campo de la prevención de la farmacodependencia. (*Trad. por Laura Díaz Rodríguez*).