

# Drogodependències i trastorns addictius: una breu introducció<sup>1</sup>

FRANCISCO HERRERO MACHANCOSES

Universitat Jaume I

RAFAEL HERRERO LORENZO

Comunitat Terapèutica per a la Rehabilitació i la Reinserció de  
Drogodependents «Els Reiets» - Alacant, Generalitat Valenciana

## 1. Aspectes generals

Els primers científics que van estudiar l'efecte de les drogues i que incideixen en la seua generalització cultural, afirmen que des d'un punt de vista antropològic, són les substàncies més importants en la gènesi de les cultures després dels aliments. Així mateix, afirmen que sempre hi ha hagut un consum tradicional i institucionalitzat menys nociu, en el sentit que estava regulat per normes socials preventives, que van mantenir el consum en els àmbits religiosos i/o mèdics, o regulat per normes restrictives en el seu ús ludicosocial.

Està prou admès que ja en el segle XIX, amb la facilitat de comunicacions interculturals, el comerç internacional, la revolució industrial, l'explotació colonialista, la síntesi de molts dels preparats i la purificació farmacològica aconseguida, el consum es va convertir en una cosa més perillosa que el tradicional abans esmentat. Tot açò es va multiplicar en els períodes de benestar econòmic i social de després de la Segona Guerra Mundial fins arribar a la situació dels anys 60 per a la majoria dels països democràtics i desenvolupats, però que a Espanya vam viure als anys 70 i 80. Així doncs, actualment no sembla que la globalització del mercat i l'economia facilite el procés de reducció del consum o de l'abandó d'aquest.

En aquest sentit, una notícia recent (Mars, 2010) ens informa que el Regne Unit s'uneix a França «amb el projecte de calibrar la satisfacció i el benestar general junt amb les xifres macroeconòmiques», arribant a la conclusió que el Producte Interior Brut (PIB) no és un instrument suficient per mesurar la qualitat de vida i la satisfacció dels ciutadans, al menys als països econòmicament desenvolupats.

Segons l'article anteriorment citat, sembla que en aquests països rics passa el que ens diu el nostre savi nacional Rafael Sánchez Ferlosio: «Els diners SÍ que donen la felicitat, però *ataquen* els nervis»; però parafrasejant la famosa dita de Mistinguett (1874-1956), la cupletista francesa del Folies Bergère dels anys vint: «Els diners NO donen la felicitat, però *calmen* els nervis». És a dir, que es pot ser un país ric, culte i socialment desenvolupat com, sens dubte, són el Regne Unit i França, i patir una

---

<sup>1</sup> Traducció del castellà de Roser Sánchez Castany (Universitat Jaume I), dins del Pla Estratègic 2010 del Departament de Traducció i Comunicació. Revisió de Joan Verdegall (UJI).

sèrie de processos que dificulten la qualitat de vida i la satisfacció personal, familiar i social.

Les depressions reactives (postvacances per exemple, cosa que fa uns cinquanta anys pareix ser que no es sofria), la manca de resistència a la frustració, les dificultats de mantenir la unió familiar, la manca d'oportunitats laborals de joves i de persones de mitjana edat, el desig compulsiu de consum (amb les seues conseqüències conegudes, com ara l'obesitat i l'acumulació d'andròmines), no pareixen ser processos útils per compensar l'avorriment, l'anòmia<sup>2</sup> i la falta d'autoestima que sembla que no es dona als països en vies de desenvolupament, on la recerca diària de la supervivència no sol permetre els seus ciutadans aquests luxes.

Entre aquests processos criden l'atenció, per com són de freqüents i nocius per a la qualitat de vida, la tendència a la dependència física i psicosocial a les substàncies conegudes com drogues, així com la dependència psicosocial a conductes autodestructives amb conseqüències per a la salut corporal, mental i social d'individus i grups. És necessari apuntar que als consums i dependències tradicionals (i legals) al nostre país (tabaquisme, alcoholisme i l'addicció al joc), s'han afegit els nous (drogues clàssiques —com el cànnabis o la cocaïna— i de disseny de laboratori —com l'èxtasi o els derivats de les amfetamines), sense que els consums tradicionals hagen disminuït o s'hagen deixat de desenvolupar noves formes, fins i tot més autodestructives que les originals.

És evident que la psicologia positiva pot actuar de forma preventiva, fent que la família i l'escola eduquen i informen, prenent com a referència els primers trastorns de conducta de xiquets i adolescents detectats tant pels pares com pels mestres, i amb ajuda del psicòleg escolar, i fent que els joves adquirisquen un bagatge de coneixements teòrics, i sobretot pràctics, en comunicació i afectivitat amb la finalitat d'abordar, de la manera més adequada possible, els conflictes que es puguen donar en el cas d'assumir conductes de risc de consum.

Conèixer els problemes abans de la seua aparició, i actuar de manera adequada en els seus inicis per tal d'evitar les conseqüències adverses, són els principals reptes preventius. Però, a més, quan apareix la drogodependència en el xiquet, adolescent o jove, és necessari que la família actue de manera racional i adequada, ja que el problema que s'ha gestat en la família, amb l'ajuda dels condicionaments socioeconòmics, pot acabar no sols amb la salut dels membres afectats, sinó també amb la qualitat de vida, la llibertat i la solidaritat de la família sencera. Per això és tradicional considerar les dependències com un trastorn biopsicosocial.

Els danys produïts per aquestes patologies superen l'àmbit individual i abracen el familiar, veïnal i comunitari. Evidència d'això és que, en la lluita contra el tabaquisme, han sigut més determinants per a la seua prevenció els estudis sobre despeses socials (incapacitats laborals i despeses sanitàries públiques, amb les seues repercussions en els pressupostos de l'Estat, i en les despeses d'assegurances privades) que els realitzats sobre

---

<sup>2</sup> El terme «anòmia» significa literalment sense norma i s'utilitza en psicologia o sociologia per referir-se a una desviació o ruptura de les normes socials, no de les lleis (aquest últim seria «delicte»). En un sentit més ampli s'usa per referir-se a la dificultat d'adaptar-se a les normes. Un anòmic desitja els fins socials (prestigi, luxe, felicitat, etc.), però sense posar els mitjans adequats (esforç, treball, respecte, etc.).

la salut i el benestar dels individus, entre altres coses perquè els fumadors i fumadores, com a bons dependents, prefereixen seguir «matant-se lenta i plaentment», menys quan apareix el problema greu i, per desgràcia, alguns fins i tot després de l'aparició d'aquest. No cal parlar dels danys produïts als fumadors passius que, malgrat que el seu efecte pot ser difícil d'estimar, s'han comptabilitzat unes 1.400 morts en 2009, de les 50.000 atribuïdes al tabac, segons l'OMS.

En la Seguretat Social, la tasca del psicòleg en el tractament i milloria de la qualitat de vida del drogodependent es fa amb un equip interdisciplinari, amb tècnics sanitaris i socials que el puguen complementar, segons les necessitats d'usuaris i famílies. Aquest se sol fer de manera ambulant quan la família pot ajudar, o en centres de dia o comunitats terapèutiques quan no es puga comptar amb les famílies.

Últimament s'han desenvolupat els processos de reducció de riscos, sobretot amb persones addictes a l'heroïna injectada, a les quals se'ls ha fet un tractament de manteniment mitjançant la dispensació sanitària de metadona oral. El fet del seu gran èxit en la millora de la qualitat de vida i l'autonomia personal de l'heroïnòman, si bé ha servit per poder abandonar les conductes més autodestructives (com ara la delinqüència o la prostitució amb la finalitat d'aconseguir la dosi), no implica que s'haja pogut substituir l'acció psicològica i social sobre els pacients, els seus familiars i el seu entorn més pròxim (la família) i l'entorn social (localitat, treball, barri, etc.).

Un estudi molt útil, a nivell de la divulgació dels danys de les diferents substàncies, es va fer a la Universitat de Bristol en el 2007, dirigit per David Nuff i publicat en la prestigiosa revista mèdica *The Lancet*. Per mitjà de nou preguntes a trenta psiquiatres, col·legiats i amb experiències en addiccions, s'establia la perillositat de les drogues, establint una escala de 0 a 3. Malgrat que des del segle XIX s'ha estat assenyalant la perillositat de l'alcohol i a meitats del segle XX s'han establert les qüestions fonamentals de la perillositat del tabac, als no experts en drogodependència els segueixen sorprenent les altes puntuacions que obtenen aquestes substàncies entre els tècnics, mentre que als experts ens segueix pareixent que s'estima poc per part de la gent del carrer la perillositat, sobretot, de l'alcohol. Si bé en aquest estudi aquesta estimació ha sigut sorprenent, ja que consideren l'alcohol com la que més danys produeix, sumant els danys personals i socials. Si sols es tenen en compte els danys al consumidor, aquesta substància queda relegada al cinquè lloc, juntament amb el tabac. Ara bé, si sols tenim en compte els danys socials (problemes de convivència familiar, possibilitat de delinquir degut a l'estat d'addicció o del síndrome d'abstinència, risc de causar víctimes per un accident quan s'està sota els efectes d'una substància, etc.), l'alcohol és la substància que indiscutiblement majors danys produeix, segons aquest estudi (Benito, 2010).

Un dels grans perills associats al consum d'alcohol és la freqüència del consum, la permissivitat social que existeix cap a ella (sobretot en reunions relacionades amb celebracions) i l'addicció que produeix aquesta droga, sobretot enfront de la «invisibilitat» social que mostra la seua dependència, presentant una suposada normalitat estadística i cultural. Quan a un pacient alcohòlic en risc de desenvolupar una cirrosi hepàtica irreversible se li pregunta quant beu, la seua resposta sol ser: «Una quantitat normal...», «Com tot el món...», cosa que, evidentment, no és certa, malgrat que el consum general d'alcohol en el nostre país és alt i, evidentment, de risc.

## **2. Aspectes particulars**

### **2.1. Les drogues legals**

La seua producció, distribució i consum és legal en tots els casos, no sols per al consum individual i/o terapèutic, si l'haguera, com passa amb altres drogues. Solen estar institucionalitzades, és a dir, que com la nostra cultura ha estat en contacte amb elles durant molt de temps, hi ha una tolerància cap al seu consum i cap als seus efectes destructius (generalment es veuen com un mal menor o, en el millor dels casos, com un efecte de la «mala sort»), desenvolupada per un aprenentatge social. Un exemple d'aquest fenomen seria l'efecte nociu que va causar la colonització occidental en portar l'alcohol a cultures no acostumades al seu ús (Índia americana, africanes, asiàtiques, etc.).

#### **2.1.1. L'alcohol**

La dependència alcohòlica afecta un nombre considerable de persones, homes i dones que són parcialment o totalment marginats de la societat, en la mesura que produeixen alteracions, o que se'ls deixa morir en soledat i no arriben ni a molestar. A la conca del Mediterrani, excepte en les cultures àrabs, el vi ha sigut part de l'estil de vida. No obstant això, actualment sembla imposar-se un consum d'aiguardents i begudes alcohòliques més concentrades i, en les últimes dècades, un patró de consum abusiu durant els caps de setmana, que es manifesta per l'anomenat «botelló» i la pràctica de beure en les hores «fora de casa».

El consum d'alcohol és cada vegada més freqüent en joves, adolescents i fins i tot xiquets, malgrat que se sap que influeix negativament en el desenvolupament neurofisiològic en aquestes edats i sobre el comportament de les pautes socials de convivència. La família i l'escola observen, juntament amb el fracàs escolar i la desmotivació pels estudis, l'ús de l'alcohol, marihuana i altres substàncies, i no saben com recuperar el prestigi i l'autoritat moral per educar i integrar en la societat els joves que, lògicament, són el futur d'aquesta.

El consumidor juvenil està culturalment en risc de consumir altres substàncies, especialment cànnabis i cocaïna, de les que quasi no existeix consciència de risc. Els fenòmens de la politoxicomania juvenil i les malalties duals (associació de malalties mentals i addicció a drogues) són material freqüent en les consultes de psiquiatria i de tractament de drogues.

La patologia dual més freqüent en els alcohòlics de qualsevol edat és la depressió. El consum i abús de l'alcohol augmenta, a més, les conductes de risc d'accidents en la conducció de vehicles (amb conseqüències negatives per a sí mateix i per als altres), en el treball, en activitats sexuals sense prevenció, activitats de risc o apostes temeràries, intervencions agressives en actes socials i esportius, etc. A més, els criminòlegs saben que és un factor precipitant de la violència domèstica i que l'alcohol s'usa per a la preparació a la comissió de delictes pel seu efecte desinhibitori i de pèrdua de consciència del risc.

La psicologia positiva pot ser molt útil en la prevenció i el tractament. La utilització dels grups de familiars, de pacients i fins i tot mixtos (familiars i pacients), han sigut provats amb èxit generalitzat al nostre país des dels anys 60 del segle XX, i als països de tradició evangèlica molt abans. A més, és necessària la intervenció terapèutica en la parella, pares i,

sobretot, en fills menors o adolescents alcohòlics. És també molt important la participació familiar, escolar o laboral en la prevenció i tractament de l'alcoholisme. Cal remarcar que el més important de tot és la intervenció en la pròpia societat, alarmantment permissiva amb el consum juvenil i abusu d'alcohol, per tal que pugui exigir als seus representants electes que brinden tota la protecció necessària a la nostra joventut, tal i com es porta a terme a la resta d'Europa.

En febrer de 2007, quan era Ministra de Sanitat Elena Salgado, i dintre del Pla d'Acció sobre Drogues, una comissió clínic va elaborar i publicar un informe on es va demostrar el dany de l'alcohol en els menors, a la vegada que també es va reflectir la necessitat, com en la resta de països europeus i del nord d'Amèrica, d'establir normes que hi restringiren de manera eficaç el seu consum. Sembla ser, segons la premsa nacional d'aquell any, que els interessos comercials del mercat de vins i licors van pressionar perquè es protegira aquest mercat, amb la conseqüent desprotecció de la nostra població juvenil respecte a la d'altres països.

### **2.1.2. El tabac**

Una substància perillosa tant per les seues conseqüències físiques com per l'extensió del seu consum. Està considerada en tots els països desenvolupats com la primera causa evitable de mortalitat i desenvolupament de malalties. Malgrat que és una de les drogues addictives de la qual no hi ha dubtes sobre la seua capacitat d'addicció, ni dels danys físics i socials que desencadena, no és fàcil la seua eradicació, per la qual cosa els estats legislen de forma cada vegada més restrictiva el seu consum mitjançant legislacions i impostos. La seua prevenció més eficaç s'ha demostrat en la pujada del preu i en la protecció dels fumadors passius, restringint els llocs on es pot fumar. És fonamental la protecció de xiquets, embarassades i malalts crònics, així com de les persones d'edat.

Encara que moltes persones creuen utilitzar-lo com un ansiolític o relaxant, que facilita les esperes, entre altres coses, en realitat té un efecte estimulants.

### **2.1.3. Les drogues de farmàcia**

És un dels consums addictius amb menys consciència individual i social al nostre país. Malgrat que en la legislació sanitària actual sobre medicaments psicòtrops s'exigeix que els tractaments mèdics mitjançant substàncies que puguen crear addicció siguen dispensats durant un període màxim de tres mesos, i que sempre que siga possible es substituïsquen per una altra substància d'efectes similars però de composició química diferent, amb la finalitat d'evitar els efectes de tolerància i dependència, són molt freqüents els consums continuats d'ansiolítics, hipnòtics, analgèsics i tranquil·litzants que creen addicció, i que es «dispensen i prenen durant tota la vida», ja siga per automedicació o pels sistemes sanitaris farmacèutics habituals.

Les persones que s'han fet addictes als medicaments ansiolítics necessiten recuperar la seua capacitat de reacció i de resistència a la frustració. Per aconseguir-ho, com amb les altres drogues legals, sol ser molt útil l'actuació psicològica en grups reduïts. En altres casos, com sol passar amb els sedants o hipnòtics, quan a pesar de la pujada de la dosi s'ha

arribat a una tolerància tan alta que el pacient recupera el patró de falta de son que tenia a l'inici del tractament, solen ser necessàries teràpies d'higiene de la son, així com atenció psicològica (en grups o individual).

Major dificultat sol passar amb els analgèsics, ja que el dolor continuat acaba produint síndromes de dolors generalitzats: les cada dia més generalitzades fibromiàlgies, situacions molt difícils de superar si no s'ensenyen als pacients de forma precoç a utilitzar medis més innocus contra els dolors crònics com ara massatges, exercicis, exercicis amb aigua calenta, relaxació o rehabilitació física.

Per sort, aquesta crisi econòmica que estem passant ha comportat un control més exhaustiu de la dispensació de medicaments, i ha fet que l'actual Ministra de Sanitat, Leire Pajón, afirmi que «en breu s'aprovaran els requisits i condicions tècniques per a les dosis úniques, que permetran que a partir del pròxim any els metges puguin prescriure de forma gradual la quantitat exacta de medicaments que necessiten els seus pacients» (Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat, 2010), cosa que no sols repercutirà en les arques de l'Estat (es diu que uns 3.000 milions d'euros anuals estalviats), sinó que podria fer molt més difícil l'automedicació i podria millorar el control de l'administració de fàrmacs amb potencial addictiu.

## 2.2. Les drogues il·legals

Solen estar no institucionalitzades al nostre país, encara que cada vegada hi ha més autors que consideren que algunes, com la marihuana, ja ho estan entre la població juvenil, a causa de la falta de consciència de risc i permissivitat al consum individual.

En aquest apartat és necessari donar una petita classificació farmacològica de les drogues, per tal de comprendre la seua acció i efectes aguts i crònics sobre el sistema nerviós central i l'organisme. Malgrat tot, fins i tot les substàncies del mateix grup, encara que tinguen l'efecte general definitori del grup, tenen efectes específics, cosa que fa el seu estudi prou complex.

- Sedants del sistema nerviós: alcohol, opiàcis, hipnòtics (barbitúrics o no), tranquil·lizants (benzodiazepínics o no), etc.
- Estimulants del sistema nerviós: cocaïna, amfetamines, drogues de síntesi, estimulants menors (cafeïna, xantines, etc.).
- Pertorbadors del sistema nerviós: al·lucinògens, cànnabis en dosis altes, etc.

### 2.2.1. Els opiàcis

Són substàncies que s'uneixen als receptors opioïdes del sistema nerviós central i el tracte intestinal. Existeixen quatre grups de substàncies opioïdes: el primer serien els opioïdes endògens, que són els que genera el propi cos de forma natural; el segon, els alcaloides extrets de l'opi, com ara la morfina o la codeïna; el tercer serien els opioïdes semisintètics, com ara l'heroïna o l'oxicodona, que s'elaboren mitjançant petites modificacions estructurals dels alcaloides de l'opi. Per últim, els opioïdes sintètics, com ara la petidina (Dolantina® o Demerol®, en la seua forma comercial) i la metadona, l'estructura de la qual no està relacionada amb els alcaloides de l'opi, però té efectes similars.

L'opi, conegut pel seu efecte analgèsic en el moment que els primers éssers humans van prendre la flor verda de l'opi per a calmar el dolor, es va utilitzar en les primitives medicines xinesa i índia, i va arribar a occident a través de la medicina egípcia i grega. Com a addicció, el consum de l'opi està molt estès al tercer món, encara que es va anul·lant pel consum d'heroïna endovenosa. Els coneguts perills de la injecció intravenosa (la transmissió de l'hepatitis, VIH i altres malalties), els riscos de sobredosi i les conductes delictives, com a conseqüència del consum, han fet que els addictes actuals l'utilitzen, sempre que poden, per via nasal (esnifada) o inhalada (fumada).

És una substància que desenvolupa ràpidament tolerància als efectes analgèsics i dependència, cosa que produeix que la persona que l'utilitza la necessita, no per recuperar el seu efecte euforitzant, sinó per arribar a una subjectiva i molt parcial normalitat, ja que sense aquesta s'altera el sistema nerviós i el digestiu, i es fa insuportable la seua abstinència. En poc de temps, la vida social de l'addicte es redueix a la recerca de la substància.

El síndrome d'abstinència a opiacis apareix a les 6-12 hores del seu últim consum. Quan el consum es pot espaiar, mitjançant tractaments o mecanismes de control, es pot disminuir la tolerància a la substància, però si el pacient recau, una dosi normal pot arribar a produir-li sobredosi.

La utilització en les últimes dècades ha sigut contrarestada, de forma quasi sistemàtica, amb el tractament de manteniment per mitjà de la dosi oral de metadona, dispensada sanitàriament en dosis, que evita el síndrome d'abstinència i que aprofita la menor acció euforitzant. La metadona ha sigut molt útil en la reducció del dany i en la permanència del pacient en tractament i control sanitari. Açò no descarta el tractament psicològic i social per a l'addicte i la seua família, imprescindible si es pretén una integració familiar, laboral i social. En la majoria dels casos, si hi ha suport familiar eficaç, es pot fer el tractament psicològic de manera ambulatoria, amb assistència mèdica, psicològica i social. Si aquest suport no es dona, o és difícil de trobar, i l'únic recurs disponible són les unitats de deshabitació residencial o comunitats terapèutiques, on inicialment es fa un aïllament radical i, posteriorment, mitjançant un programa establert, es va reinserint l'usuari al seu entorn, sempre que es mantinga l'abstinència, fins aconseguir una qualitat de vida compatible amb la sortida de la comunitat terapèutica.

### **2.2.2. La cocaïna**

La cocaïna és l'alcaloide principal de la planta de coca. És un potent anestèsic local, per la qual cosa lleva la sensació de fam de la mucosa gàstrica si es masteguen les seues fulles, i produeix una subjectiva sensació de força contra la fatiga. És un potent estimulador del sistema nerviós, en particular dels centres psíquics i sensorials. Té una gran capacitat d'addicció, encara que els símptomes del dany solen aparèixer prou més tard que amb l'heroïna. Els animals de laboratori als que s'ha exposat contínuament a la substància, solen no poder deixar de consumir fins que moren, fins i tot per inanició.

És una droga socialment prou tolerada, considerada prou innòcua per la joventut, i fins i tot vista com una cosa «cool». La causa d'aquesta sensació d'innocuitat es basa en que en la seua addicció hi ha un període asimptomàtic, encara que quan aquests símptomes apareixen

definitivament, tenen un gran component psiquiàtric: depressions, hipomanies,<sup>3</sup> paranoies,<sup>4</sup> insomni i, fins i tot, símptomes neurològics com ara tremolors i convulsions. És la causant d'un alt percentatge dels infarts cerebrals i miocardiàcs en pacients menors de quaranta anys.

Aquesta substància presenta un símptoma d'abstinència especial («crabing») que, a diferència de l'heroïna i l'alcohol, no passa a les poques hores de suspensió del consum, sinó més distanciat en el temps i difícilment previsible. Açò fa difícil que es deixi de consumir mentre es dispose de la substància o diners per aconseguir-la, i potencia la sensació d'innocuitat abans comentada.

Actualment, és molt freqüent el seu consum, i potencia els efectes de la seua combinació amb alcohol o heroïna. En aquests casos es fa més prematura l'aparició de símptomes com ara depressions, paranoies o conductes obsessives. Les paranoies fan molt difícil la convivència en parella i familiar, per això és una causa freqüent de separació i divorci. Per ara no ha aparegut un tractament psicofarmacològic específic, per la qual cosa és encara més fonamental que en altres casos el tractament psicològic, malgrat que la negació del seu consum per part del pacient i de la família pot enganyar el psiquiatre si no disposa de mètodes analítics, que en el nostre país solen estar en els dispensaris de drogodependències (Unitats de Conductes Addictives de la Comunitat Valenciana-UCA).

### 2.2.3. Les amfetamines, drogues de disseny i al·lucinògens

Des que en 1933 es va sintetitzar la dexedrina per buscar el seu efecte bronquial, se sap que les amfetamines tenen acció estimulants i euforitzants sobre el sistema nerviós central, a més d'inhibir l'apetit. El seu consum produeix un efecte similar al de l'hipomania: augmenta l'estat d'alerta (el consumidor es manté despert), augmenta ficticiament l'estat d'energia del consumidor, augmenta perillosament l'autoconfiança i reducció de la fam, el cansament i l'avorriment. Com tota substància psicoactiva, ha sigut considerada la panacea en els primers anys del seu descobriment: durant la Segona Guerra Mundial va ser utilitzada pels dos bàndols en els soldats abans d'entrar en combat, pels seus efectes psicoactius, fins que Alemanya va estudiar detingudament el cas d'un aviador que se'n va anar a aterrar a Anglaterra en plena guerra. S'ha utilitzat com a dopatge en atletes i per a preparar exàmens, abans dels anys seixanta.

Actualment, existeix un gran control en la composició dels medicaments psicòtrops de caràcter amfetamínic, que ha fet que s'utilitze molt menys al nostre país. Avui dia està prou desprestigiada el seu ús pels seus efectes nocius per al cor i negatius sobre la conducta cognitiva, fins el punt que Francisco Umbral, en el seu *Diccionario cheli*, anomena «amfetamínica» aquella persona especialment ximple i pesada. El seu consum, en general, ha sigut substituït per la cocaïna i les drogues de disseny.

<sup>3</sup> L'hipomania és una forma atenuada de mania caracteritzada per un estat d'excitació psicològica (eufòria amb sensació d'invulnerabilitat, necessitat de fer les coses de manera immediata, etc.) i una activitat exagerada. Sovint, sol alternar-se amb episodis depressius.

<sup>4</sup> La paranoia es caracteritza principalment per la presència de deliris o idees delirants, que poden definir-se com a falses creences de diferents temàtiques o continguts (existeixen deliris de persecució, de grandesa, de malaltia, de seducció, de rutina, entre d'altres). És una malaltia mental en la qual el malalt crea una nova realitat (física) dintre de la seua ment.



Fins els anys setanta arribava un tipus de turisme a Espanya que apreciava, com un dels seus encants, la venda d'aquestes substàncies lliurement en les farmàcies, i fins i tot en bars i quioscos, barrejats amb els analgèsics més comuns, per tal d'evitar l'efecte sedant d'aquests. En aquells anys, anteriors al «boom» dels heroïnòmans, va haver als nostres hospitals més pacients amfetamínics que addictes a altres substàncies. Aquesta és una prova més de com una acció sanitària adequada pot disminuir un problema públic de consum de drogues. Actualment sols s'utilitza terapèuticament en cas de narcolèpsia<sup>5</sup> i hiperactivitat greu.

Pel que fa a les drogues de disseny, es caracteritzen per:

a) Solen dissenyar-se en laboratoris clandestins, és a dir, que es realitzen per nova síntesi química a partir de substàncies conegudes.

b) Pel fet de ser noves, no estaven incloses en les llistes d'estupefaents, per tant, encara no estaven considerades il·legals.

Existeix el mite que continuament es reinventen. La veritat és que són les mateixes amb distintes presentacions (rosa amb forma de cor, blaves com la Viagra, etc.) i noms (èxtasi, droga de l'amor, èxtasi líquid, etc.) segons un màrqueting discotequer generalment prou «friki», i que permet dividir la pastilla en meitats i quarts, encara que al final quasi tot el món «se la menja» sencera. El fet de prendre's per via oral i en el format d'una pastilla, atenua la imatge de drogues i dona la sensació als joves d'estar prenent un medicament, cosa que facilita que no es tinga consciència d'intoxicació ni d'addicció.

Van ser utilitzades inicialment pels psiquiatres per connectar alguns pacients amb símptomes autistes, ja que tenen un efecte desbloquejant. El seu ús actual és en discoteques «de llarga estança», i el seu consum sembla més estacional (es consumeix més en estiu i en èpoques de ponts o caps de setmana), i està més atenuat que en els anys de la «ruta del bacalao», encara que açò depenga més de l'oferta del mercat que d'altra cosa. Es consumeix perquè, en un ambient adequat, produeix un augment de l'empatia, augmentant també l'habilitat per comunicar-se. Es produeix també una major percepció del temps, expressant diverses vivències subjectives i d'eufòria. No s'ha descobert cap efecte afrodisíac, ni tan sols en l'anomenada droga de l'amor.

Els efectes no buscats solen ser palpitations cardíques, augment de la pressió arterial i de la temperatura, boca seca, falta d'apetit i, de vegades, tensió muscular, més freqüent en la mandíbula. Pot produir arítmies greus, sobretot si es combina amb cocaïna o es té una lesió cardíaca encoberta. Com a conseqüència de la hipertensió, el seu consum també pot provocar accidents cerebrovasculars en els grups assenyalats (amfetamines i drogues de disseny). El seu gran perill és l'anomenada hipertèrmia maligna, que consisteix en un cop de calor amb microcoagulació sanguínia produïda per l'estat d'intoxicació, la falta d'aigua (ja és conegut que sol ser escassa i cara en les discoteques) i l'exercici excessiu, ja que sota el seu consum es tendeix a moure's i ballar més, sense que el consumidor controle l'estat de fatiga, ocasionant nombroses morts.

Els al·lucinògens són substàncies que alteren les funcions del sistema nerviós. El fet d'incloure aquestes tres substàncies dintre del mateix grup és per la raó pràctica que les

<sup>5</sup> La narcolèpsia és un trastorn de la son caracteritzat perquè el pacient que la sofreix presenta episodis incontrolables de son en qualsevol lloc o moment. Les crisis poden durar des d'uns pocs minuts a varies hores.

drogues de síntesi, els actuals supervivents en el consum juvenil, tenen característiques de les amfetamines i dels al·lucinògens, encara que generalment en quasi totes les persones els efectes són més pareguts a les amfetamines.

Han tingut una gran importància en la formació de les cultures. *L'amanita muscaria* va ser la base del animisme indoeuropeu; el peiot de les cultures mesoamericanes, on encara hi ha cultures i grups religiosos que l'utilitzen amb permís legal, així com el *psylocibe* en menor proporció. En algunes zones amazòniques els xamans encara utilitzen l'herba del yagé (amb la qual preparen un beuratge anomenat ayahuasca), base de moltes de les medicines tradicionals mesoamericanes. La síntesi i primeres autoexperimentacions de Hoffman amb la dietilamida de l'àcid d-lisèrgic (LSD) va tornar a crear la sensació que l'LSD era una panacea (com passa cada cert temps amb les substàncies de nova aparició), cosa que va quedar en un major coneixement del funcionament cerebral i de la motivació de l'obra literària i plàstica d'alguns autors dels anys trenta i quaranta (Aldous Huxley, Thimoty Leary, etc.) i de part de la música dels seixanta, que van desencadenar una producció artística sota els efectes d'aquesta substància, encara que en la música era major el consum de cànnabis.

Afortunadament per a la salut mental de la majoria, l'onada va passar i el consum es va fer molt més esporàdic en alguns nostàlgics. En la nostra opinió, sols els psiquiatres i psicòlegs amb més de seixanta anys, almenys al nostre país, han conegut pacients amb psicosis produïdes o facilitades pel consum d'al·lucinògens. Cal recordar que, a més dels ja descrits, aquestes drogues al·lucinògenes juntament amb altres, i possiblement associades a altres patologies, van crear «cultures» tan negatives com la família Mason, entre els crims de la qual va ser el més conegut i un dels més tràgics el brutal assassinat ritual de l'actriu Sharon Tate, quan estava embarassada del seu marit, el director de cine Roman Polanski, durant una festa psicodèlica.

#### 2.2.4. El cànnabis

Deriva del cànem o planta de la marihuana i es coneix des de l'antiguitat grega en occident i anteriorment en orient. En el món àrab, està institucionalitzada, cosa que no impedeix que en una de les seues manifestacions literàries més notables, els contes medievals de *Les mil i una nits*, es descriguen els seus efectes adversos crònics. Es va posar de moda en el segle XIX, després que les tropes de Bonaparte la portaren a França des d'Egipte i fóra objecte d'estudi literari de molts escriptors romàntics i postromàntics, sobretot de Baudelaire, amb el seu assaig *Del vi i del Haixix*. Des d'aleshores és corrent que es comparen els avantatges i inconvenients d'ambdós consums. Es va arribar a considerar un símbol contracultural i de rebel·lia, encara que el seu consum actual està pràcticament institucionalitzat.

Actualment, el seu consum és el més extens al nostre país, no sols per consumidors exclusius d'aquesta substància, sinó en subjectes amb altres addiccions i fins i tot amb trastorns mentals, que afirmen «controlar» fins que hi ha un episodi greu que indica el contrari. Existeixen diverses formes d'aquesta substància: es consumeix fumant la planta seca sola o mesclada amb tabac, o bé el seu oli o l'anomenada «xocolata», que és un concentrat d'oli sec en pols de la planta també mesclat amb tabac. No sol «menjar-se»

l'oli, com van fer alguns personatges romàntics com ara el compte de Montecristo i el seu autor, Alexandre Dumas.

És molt poc soluble en aigua, però sí que ho fa amb facilitat amb els greixos, cosa que fa que es quede unida als lípids cerebrals i hepàtics i tarde molt en dissoldre's en el plasma sanguini. Açò explica el retard d'alguns dels seus efectes i que es mantinga a les anàlisis d'orina fins trenta dies després de l'últim consum possible, donant-hi resultats positius.

Si bé és cert que és relativament poc nociu, cada vegada es publiquen més estudis indicant problemes en consumidors crònics, ja que s'alteren els processos de la formació de proteïnes i es produeixen alteracions de tipus genètic. També és cert que produeix el conegut síndrome amotivacional, o «passar de tot», com diuen els consumidors, i que molts pedagogs consideren un factor de fracàs escolar en el consum adolescent i juvenil del cànnabis.

D'altra banda, és evident que facilita l'aparició de trastorns mentals, malgrat que es produeix una socialització molt forta en el grup de col·legues, originant dificultats de comunicació amb la resta de persones i quedant molt reduït el món social del consumidor de cànnabis. Si a açò se li uneix el consum de mitjans electrònics com ara els videojocs o Internet, es pot augmentar aquest efecte asocialitzador o desenvolupar-se conductes addictives en aquest nou sentit. Pareix ser que la majoria de les persones que n'han consumit deixen de fer-ho en complir els trenta o quaranta anys.

Com a anècdota de la relació entre l'art i el consum que hem esmentat diverses vegades anteriorment, contem el que va dir un toxicòman d'uns vint-i-cinc anys allà cap als anys seixanta en una «excursió terapèutica» organitzada a Barcelona per un hospital psiquiàtric provincial quan va veure per primera vegada la Sagrada Família de Gaudí (el que havien construït per aquella època, lògicament): «Ostres!... i açò s'ha fet sols amb cafè amb llet».

### 2.3. Addiccions conductuals

Els problemes alimentaris, especialment l'anorèxia<sup>6</sup> i la ingestió compulsiva de menjar, són freqüents notícies de premsa en les seues manifestacions més assenyalades (ja se sap que sols les males notícies ho són). Sobre l'addicció al sexe sols es publica la dels famosos, sobretot els homes. L'addicció al treball en aquests temps d'atur s'ha convertit quasi en una virtut per a l'empresa, encara que sol costar molt car a la família i a la vida social de l'addicte, que no sap treballar per viure, sinó tot el contrari.

L'addicció als mitjans electrònics (videojocs, telèfons mòbils o Internet) s'està veient amb freqüència en joves aïllats de manera geogràfica, social o psicològica. Crida l'atenció la freqüència de l'addicció a relacionar-se electrònicament («xatejar»), establint-se per aquest mitjà relacions que no es poden, no se saben o no es volen fer cara a cara.

Per tal de no fer-ho massa llarg, ens concentrarem en una conducta que crea dependència i que és molt tradicional al nostre entorn, però que, com ha passat amb l'alcohol, s'ha instaurat i acceptat socialment.

<sup>6</sup> L'anorèxia, paraula derivada del grec que vol dir literalment «no apetit», és un trastorn alimentari que es caracteritza per una falta anormal d'apetit, i que es pot deure a causes fisiològiques (com ara una gastroenteritis), que desapareix quan cessa la seua causa; o bé a causes psicològiques, generalment dintre d'un quadre depressiu (generalment en dones i adolescents), i que pot ser molt greu.

### 2.3.1. El joc patològic o ludopaties

És la dependència a la conducta que més problemes socials i familiars comporta, almenys al nostre entorn. Anteriorment a 1977, quan es va legalitzar el joc i encara no estava tan estès l'ús de les màquines «tragaperres» en la majoria de bars, existien les loteries, quinieles i timbes (reunions al voltant de jocs de cartes amb apostes de diners o altres bens, com ara propietats, collites, etc.) més o menys privades i dintre de la llei. Les apostes solien estar relacionades amb activitats esportives locals, les cèlebres «porres» i els envits en alguns àmbits esportius, cavalls, canòdroms, joc de pilota i boxa i, per suposat, les baralles de galls.

La proliferació de màquines «tragaperres», l'obertura de bingos i casinos i el desenvolupament per part de l'estat (en l'any 1977, per Decret Llei publicat en el BOE número 56 de 7/3/1977, en plena transició democràtica), i fins i tot d'alguns governs autonòmics, de noves formes d'apostes ha augmentat el nombre de ludòpates o jugadors compulsius. Aquesta addicció està potenciada pel consum d'alcohol, cosa que explica la capacitat d'addicció de les «tragaperres», ben a l'abast de l'usuari en els bars. El que en un principi pretenia ser una regulació del joc per part de l'estat, s'ha convertit en un dels millors sistemes recaptatoris del nostre país.

El fet que, almenys en els primers anys, la legislació no distingira entre videojocs electrònics i màquines «tragaperres» i que els menors pogueren disposar d'ambdós a les sales de joc, va fer que autors com Secades, l'any 1998, uns vint anys després, poguera denunciar que la llei de regulació del joc i el seu ús per part de menors no es complia, ja que augmentava progressivament el nombre de menors addictes a màquines «tragaperres».

Com en altres addiccions, afecta psicològicament els afectats i també les seues famílies i el seu entorn. Tenen un curs evolutiu crònic, i amb freqüència s'associa a l'alcoholisme i a la depressió reactiva. El seu tractament psicològic es pot fer de forma grupal i amb la col·laboració de la família i l'entorn, si és possible.

### 3. Prevenció de l'addicció

En totes les addiccions hi ha dues possibles estratègies preventives fonamentals: la prevenció primària (o intervenir abans que s'iniciï el consum o es genere l'«addicte») i la prevenció secundària (o disminuir o anul·lar, quan es puga, els danys que el consum, abús o addicció haja produït en la persona). Com s'hi pot observar, existeix una temporalització en aquesta classificació de la intervenció; per tant, podríem disposar d'un pla de treball sempre que es vulga portar a terme una labor preventiva.

En el sentit de prevenció primària, cal destacar que el paper dels governs en l'elaboració d'una legislació restrictiva i punitiva, així com la vigilància per tal d'evitar el consum il·lícit o tràfic il·legal, sobretot en zones escolars o d'oci adolescent, són essencials. El temor al càstig que es deriva del seu consum mitjançant la repressió del tràfic de substàncies i les dificultats per a la seua venda a menors i grups més vulnerables, acaba sent una de les estratègies preventives més favorables.

A nivell familiar i escolar, cal tractar de disminuir o anul·lar els aspectes negatius de la realitat de l'adolescent, és a dir, aquells factors socials i individuals i hàbits personals que faciliten l'addicció de l'adolescent o grup de persones a qui destinem la tasca preventiva.

Afavorir la integració, la participació en l'entorn social i les diferents habilitats socials són eines que poden actuar com a factors de protecció enfront de les conductes de risc. La formació impartida als joves sobre les drogues, si bé pot resultar útil, des de l'inici va sorprendre que no produïa els efectes que s'esperaven des d'una perspectiva racional.

Així mateix, és fonamental augmentar els aspectes positius, com ara estimular la promoció cultural, social, urbanística i econòmica de les capes més dèbils de la societat. No és necessari assenyalar que l'addicció sol tenir una major concentració en les zones més deprimides i en els barris més problemàtics, de manera que una major integració i col·laboració de tots els estaments socials repercutiria positivament en tota la societat.

En aquesta estratègia preventiva d'estimular els factors positius, té gran importància la col·laboració familiar. L'augment de la comunicació a través del llenguatge i la convivència, i el fet que els pares puguin prendre part en la dinàmica familiar amb germans no consumidors (o amics, en el seu defecte), que puguin «fer de pont» entre les formes de veure el problema, potenciaran l'efecte de tota intervenció positiva.

Per tal d'aconseguir aquests objectius, són molt útils les escoles de mares i pares, recolzades pels programes educatius escolars i gestionades per les associacions de mares i pares d'alumnes (AMPA), les quals poden tenir un programa general d'educació on s'inclouen els aspectes pràctics i teòrics referents a les drogues, o tenir un grup més específic sobre drogues en determinats barris i circumstàncies escolars que així ho requereixen. Malgrat tot, no es pot deixar d'actuar sobre la col·lectivitat (barri, poble, etc.), realitzant una educació popular amb informació sobre els perills i danys de l'alcohol i les drogues, així com la necessitat de fer comprendre i complir la legislació vigent per part de tot el col·lectiu. És necessari una adequada organització de l'oci: que hi haja alternatives a la taverna, al «pub» i al «botelló»; que no es promoció directa ni indirectament el consum de drogues legals (ni il·legals, per suposat) a menors i adolescents; que queden en l'oblit els reforços socials produïts per ser el que més beu o el que més fuma; i per aconseguir-ho, tots, adults i joves, hem de predicar amb l'exemple.

Els plans d'actuació de caràcter preventiu poden i han de tenir una naturalesa motivadora o disuassiva més intensa que la purament repressiva sense abandonar aquesta, ja que el compliment de la llei és base del bé comú. Els elements motivadors tendeixen a modificar l'ambient social i a millorar la capacitat personal, per mitjà d'una informació adequada per tal de conèixer la droga i els seus efectes, una formació per tal de fomentar la correcta actitud individual i de grup davant de l'espiral de droga i violència, i una prevenció ocupacional que induïska a activitats esportives, professionals, recreatives o culturals com a formes d'oci. Així mateix, es necessitaria la formació científica, social i psicològica dels professionals de la salut en matèria de drogoaddicció, ja que sols d'aquesta manera podran atendre correctament les persones que acudeixen buscant ajuda.

El grup d'iguals (les colles juvenils) actua sobre l'individu donant-li patrons de conducta, que posteriorment aquest interioritza, adaptant-los als continguts psíquics propis. En la nostra cultura, l'adolescent acaba per elaborar una concepció de la salut que es podria resumir en: la salut és cosa de majors i aquests beuen i fumen. Per tant, resulta obvi que les addiccions de pares i educadors actuen de manera negativa sobre el desenvolupament de la personalitat de l'adolescent en eixir de casa i introduir-se a la colla i realitzar els primers «assajos de vida adulta» amb la informació de què disposen.

Quant a la prevenció secundària, s'ha de basar en un diagnòstic previ i un tractament el més precoç possible, per mitjà de campanyes en la comunitat i en grups de major risc. L'establiment de serveis especialitzats en dispensaris (Unitat de Conductes Addictives, UCA) i hospitals (Unitats de Desintoxicació) pot ser d'inestimable ajuda, ja que podrien tractar la malaltia íntegrament. Aquest tipus de prevenció secundària tindria com a missió principal la de rehabilitar socialment el drogoaddicte i integrar-lo en la societat amb la major normalitat possible.

Cal fer arribar a la societat el concepte que l'addicte és un malalt crònic, amb afectacions neurofísiques que influeixen en la seua conducta. Aquesta és una tasca prou difícil, ja que en la mateixa compulsió de recerca de droga, una gran part de toxicòmans adopta un comportament delictiu o agressiu que reapareix en les recaigudes. Per això, el tractament precoç és fonamental, ja que com més prompte s'actue, més fàcil serà la rehabilitació física i psíquica i la reinserció en la societat.

Cal fomentar els programes de rehabilitació per tal d'estructurar la personalitat del malalt en el seu ambient habitual i, quan no siga possible, en ambients protegits (habitatges tutelats, centres de dia o unitats de deshabitació residencial o d'empreses, com ja passa a altres països), però on es complisca necessàriament la llei. La institució ha de tenir un espai físic i socioterapèutic adequat, amb un accés al carrer directe i discret, així com disposar d'un programa de rehabilitació que contemple el període de desintoxicació mèdica, el de rehabilitació psicològica (deshabituació) i la rehabilitació i inserció psicosocial, acompanyat, en totes les seues fases, per un programa de prevenció de recaigudes.

L'objectiu d'aquestes intervencions consisteix en la deshabitació progressiva, en molts casos amb tractaments de substitució, com és el cas de la metadona. S'ha d'intentar superar aquest tractament substitutiu, i és en aquest punt on es necessiten més recursos psicològics, per tal d'aconseguir canvis comportamentals i socials que puguen afavorir la inserció.

Des del punt de vista del tractament i la rehabilitació psicosocial, aquesta sols s'ha demostrat efectiva si es donen una sèrie de condicions: un equip assistencial multidisciplinari amb formació adequada aplicada a les addiccions en medicina, psiquiatria comunitària, psicologia i treball social. Quan no es disposa d'aquests mitjans, és fonamental una coordinació amb la xarxa sanitària que proveïska aquests professionals. La majoria dels mitjans ambulatoris i hospitalaris valencians solen disposar d'un tècnic sanitari mitjà, psiquiatre o metge i psicòleg, però no solen tenir treballador social, per la qual cosa, s'han de coordinar amb els serveis municipals o els dels psiquiàtrics.

La teràpia de grup, com hem repetit, és imprescindible. En les drogues il·legals es realitza molt cautelosament, ja que afavoreix el tràfic i el proselitisme, però entre els addictes a drogues legals s'empra tant en institucions públiques com en associacions d'autoajuda privades. En els dos casos, els grups d'ajuda familiar, tant per a marits, mullers, companys sentimentals o de residència, com per a pares, i més recentment per a fills (ja que els drogoaddictes arriben a major edat que a la que arribaven abans), ajuden a la convivència i a la realització de processos previs i consecutius al tractament.

Per concloure, ens agradaria assenyalar que la finalitat de tot programa de prevenció i tractament ha de perseguir tres aspectes primordials. En primer lloc, despertar consciència del dany pel consum, i evitar-lo en la mesura que siga possible. A més, cal generar consciència de problema o malaltia, cosa que facilitarà la sol·licitud d'ajuda (a

amics, familiars, educadors o professionals). I per últim, posar en marxa una vertadera motivació a la vida el més completa possible, sense els problemes psicosocials i de salut que comporta l'addicció. Tot açò es pot aconseguir si assumim les nostres responsabilitats com a familiars, educadors, polítics o ciutadans. Fora d'aquest article han quedat temes com el debat entre la legalització de les substàncies il·legals, debat on han corregut rius de tinta, i potser el debat on més hem d'assumir totes les nostres responsabilitats.

## BIBLIOGRAFIA

- BENITO, E. (2010): «El alcohol causa más estragos en la sociedad que las drogas ilegales», *El País*, 2 de noviembre, 32.
- BOBES, J. i altres (1998): *Éxtasis: Un abordaje comprehensivo*, Barcelona, Masson.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA (2000): *Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras dependencias*, Madrid, Aula Médica Ediciones.
- JUNTA DE ANDALUCÍA (2009): «Prevención de la drogadicción», <<http://www.juntadeandalucia.es/averroes/~29701428/salud/prevdr.htm>>.
- MARS, A. (2010): «Midan mi felicidad interior bruta», *El País*, 28 de noviembre, 34-35.
- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD (2010): Nota de prensa, <<http://www.msps.es/gabinetePrensa/notaPrensa/desarrolloNotaPrensa.jsp?id=1921>>.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2008): *Memoria 2008*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social, Secretaría General de Política Social y Consumo, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- SECADES, R. (1998a): *Alcoholismo juvenil, prevención y tratamiento*, Madrid, Pirámide.
- (1998b): *El juego patológico: Prevención, Evaluación y Tratamiento en la adolescencia*, Madrid, Pirámide.
- SÁIZ-RUIZ, J., i A. IBÁÑEZ (2000): *La ludopatía: una nueva enfermedad*, Barcelona, Masson.
- UMBRAL, F. (1983): *Diccionario cheli*, Barcelona, Grijalbo.