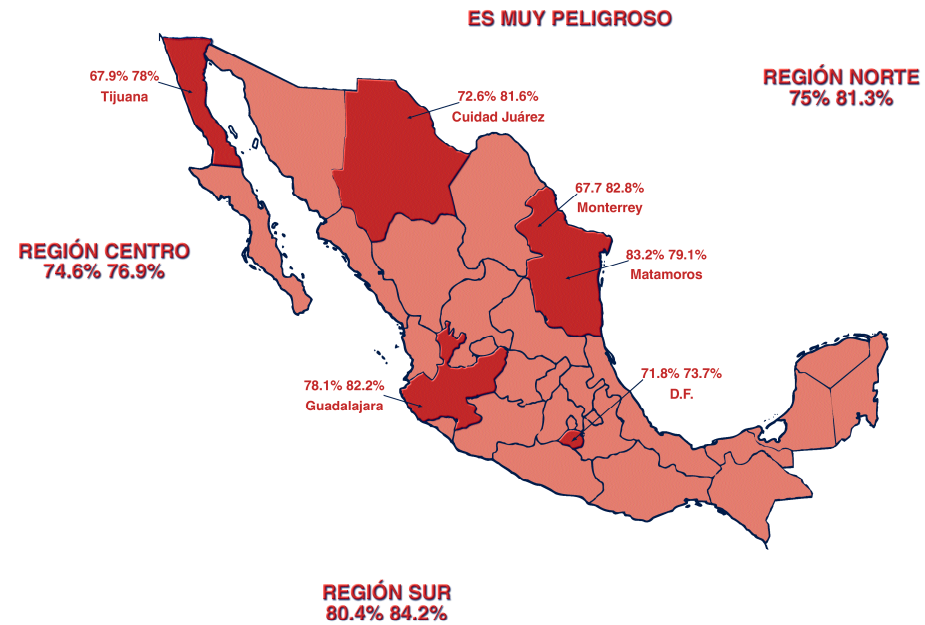


VARIACIONES REGIONALES DE LA PERCEPCIÓN DE RIESGO DE LOS ADOLESCENTES DE CONSUMIR MARIGUANA O COCAÍNA



PREDICTORES DEL USO DE DROGAS

NO USO VS. USO

Percepción de disponibilidad
2.80 (1.12 - 7.00)

Uso de drogas en la familia
7.60 (2.73 - 21.15)

Uso entre amigos
5.89 (2.50 - 13.85)

Baja percepción de riesgo
4.83 (2.11 - 11.06)

Ser hombre
10.24 (3.4 - 30.86)

EXPERIMENTACIÓN VS. USO

Tolerancia de los padres
8.04 (1.16 - 55.74)

Baja percepción de riesgo
3.95 (1.38 - 11.29)

Ser hombre
5.54 (1.27 - 24.10)

CLÍNICA DE METADONA

Dr. Víctor M. Guisa Cruz

Director General, Centros de Integración Juvenil

La tendencia creciente al abuso y dependencia de heroína, es un fenómeno actual en México y en el mundo. La heroína, es un fármaco ilegal con alto potencial para causar adicción.

El abuso de esta droga, está más ampliamente difundido que el de cualquier otro opiáceo. Se procesa a partir de la morfina, que es un alcaloide natural del opio y que se extrae de los bulbos de la amapola o adormidera.

Generalmente, se vende como polvo blanco o amarillento, o como una sustancia negra y pegajosa, conocida en la calle como "heroína negra". Aunque cada vez es más común la heroína pura, la mayoría de la heroína que se vende en la calle se "corta" con otras drogas o con otras sustancias, como azúcar, almidón, leche en polvo, quinina, estircina u otros venenos.

Debido a que los usuarios de heroína, no conocen la fuerza real de la droga o de sus elementos constitutivos, se encuentran en riesgo de intoxicaciones o muerte por sobredosis.

La heroína, por lo general se inyecta en una vena, se inhala o se fuma. Las personas dependientes, se inyectan hasta 4 veces al día. La inyección intravenosa provee la máxima intensidad y rapidez de aparición de la euforia y efectos placenteros (7 u 8 segundos); en tanto que la inyección intramuscular, produce estos efectos de manera más lenta (7 a 8 minutos).

Aunque la inyección endovenosa continúa siendo la principal vía de abuso de heroína, los clínicos están observando un cambio en los patrones de consumo hacia inhalarla o fumarla (método conocido como "perseguir el dragón").

EFFECTOS DE LA HEROÍNA A CORTO PLAZO

Después de la inyección o inhalación, la heroína atraviesa la barrera hematoencefálica. En el cerebro, es convertida en morfina la cual se une rápidamente a receptores opioides.

Los usuarios reportan el surgimiento rápido de una sensación placentera ("rush"). La intensidad de esta sensación, está en función de cuánta cantidad de droga se toma y de qué tan rápido entra al cerebro y se une a los receptores opioides naturales. La heroína es altamente adictiva debido a la gran rapidez con que entra al cerebro.

Con la heroína, el "rush" va acompañado de un enrojecimiento de la piel, con leve aumento de la temperatura, además, boca seca y sensación de pesadez en las extremidades, náusea, vómito e intensa comezón.

Después de los efectos iniciales, la persona puede estar confusa y mareada por varias horas. Los efectos de la heroína, entorpecen las funciones mentales (en el sistema nervioso central). Se enlentece el ritmo cardíaco (bradicardia), al igual que la respiración, que puede llegar hasta la muerte. Las sobredosis, son accidentes de alto riesgo en las calles, donde la cantidad y pureza de la droga no puede conocerse exactamente.



EFFECTOS A LARGO PLAZO

Uno de los efectos a largo plazo más devastadores del abuso de heroína, es la adicción a la droga. La adicción es un trastorno crónico, con tendencia a recaídas, caracterizado por conductas de búsqueda y consumo compulsivos y por cambios neuroquímicos y moleculares, en el cerebro.

La heroína produce también grados profundos de tolerancia y dependencia física, que actúan como factores motivantes poderosos en las conductas compulsivas de consumo o de abuso. Una vez establecida la adicción, los objetivos principales en la vida del paciente son la búsqueda y el consumo de la droga que como ya se mencionó, produce cambios en el cerebro de la persona adicta.

La dependencia física se desarrolla con grandes dosis de la droga. Con el desarrollo de la dependencia, el organismo se adapta a la presencia de la heroína y la reducción abrupta de la misma, causa síndrome de abstinencia. Este síndrome puede ocurrir algunas horas después de haber consumido heroína. Los síntomas incluyen inquietud, dolores óseos y musculares, insomnio, diarrea, vómito, escalofríos, "carne de gallina" y movimientos de las piernas.

La heroína, ha sido considerada como la reina de las drogas, pero de la misma manera, ocasiona la más devastadora de las adicciones.

En resumen, el abuso de opiáceos genera el desarrollo rápido de tolerancia, esto es una reacción adaptativa del organismo a la droga, mediante la cual se necesita aumentar la cantidad de la sustancia para lograr los efectos iniciales. La tolerancia es causa también de dependencia física. El deseo incontrolable ("craving") de consumir heroína, contribuye a las conductas de búsqueda y abuso de la droga.

El abuso crónico, condiciona la adicción; en estas condiciones, si llega a faltarle o se disminuye bruscamente la cantidad de heroína consumida, la persona presentará el síndrome de abstinencia. Existen condiciones especiales en las que se desarrolla tolerancia y dependencia a los opiáceos sin que la persona sea adicta a ellos, pues carece de la conducta de búsqueda, tal es el caso de los pacientes bajo tratamiento por dolor, posterior a cirugía o por cáncer.

TRATAMIENTO

Durante mucho tiempo el tratamiento de la dependencia de opiáceos presentó un reto importante a las instituciones responsables de la atención. Los tratamientos tenían altas tasas de deserción y pobres resultados; la razón, es que eran poco efectivos para controlar el deseo irresistible y las molestias del síndrome de abstinencia.

La aparición de los programas de mantenimiento con metadona hace más de 30 años, vino a producir un gran cambio en la atención de personas dependientes de opiáceos.

El cambio principal se dio en el ámbito del control de la apetencia y de los síndromes de abstinencia; además, la larga duración de acción de la metadona permitió la pronta estabilidad clínica de los pacientes, ya que no requerían de más administración del opiáceo, en comparación con las múltiples inyecciones al día que necesitaban con la heroína. La estabilidad clínica y social alcanzada, permite la rehabilitación y reintegración social.



En nuestro país, el abuso de opiáceos va en aumento. La media nacional de consumo de heroína es 4.9% (ENA, 1998) (CIJ, 2000), pero hay regiones en las que se encuentran cifras muy por arriba de aquella, sobre todo en la frontera norte. El siguiente mapa, muestra los lugares con cifras de prevalencia mayor a la media.

Para responder a la creciente demanda de atención, Centros de Integración Juvenil planeó la instalación de programas de mantenimiento con metadona, ubicados estratégicamente en las zonas de mayor problema. El proyecto inició en el Centro de Integración de Ciudad

Juárez, Chihuahua, donde después de realizar trámites nacionales e internacionales, inició sus actividades el 22 de octubre de 2001.

Esta clínica es la primera de su tipo que se establece en el sector público; cuenta con un programa integral en el cual, además de la prescripción de metadona por médicos capacitados y dispensada por una química con experiencia en el manejo de narcóticos, se otorga atención médica general, psiquiátrica, psicológica y de trabajo social.

El programa abarca las dos tendencias actuales en el mundo respecto a las clínicas de metadona:

- Programa de Mantenimiento, mediante la administración de agonistas opiáceos o medicamentos mixtos (metadona o buprenorfina).
- Programa de desintoxicación, con la reducción programada del medicamento, después de un periodo variable para cada paciente. Una vez que el paciente esté libre de opiáceos, se ofrece la opción de administrar un antagonista como la naltrexona.

Con estos dos programas, se cubren las expectativas de pacientes con problemas distintos. Hay una variedad de alternativas entre las cuales pueden escoger las que mejor satisfagan sus necesidades.

Con el programa de mantenimiento:

1. Se evita el abuso de opiáceos ilegales por vía endovenosa.
2. Disminuye la incidencia de infecciones asociadas (hepatitis B o C, VIH, SIDA).
3. Mejora la calidad de vida de los pacientes.
4. Se favorece la reinserción social y familiar.
5. Se controlan la apetencia por la heroína y los síndromes de abstinencia.
6. Se estabiliza el cuadro adictivo.

Con la reducción programada de la metadona, hasta su eventual suspensión, se logra la abstinencia de narcóticos y se complementa con la administración de naltrexona, con lo cual se alcanza un bloqueo efectivo de los receptores opioides, que ayuda a mantener un estilo de vida libre de drogas.

Las personas dependientes de opiáceos, inicialmente acuden a una consulta donde se determina si son candidatos a recibir metadona. Los criterios de inclusión, son:

- Pacientes adultos, con historia de adicción a heroína por más de 2 años.
- Pacientes con historia de síndromes de abstinencia frecuentes.
- Pacientes que abusan de opiáceos por vía endovenosa.
- Mujeres embarazadas, con adicción a heroína.
- Pacientes adolescentes, con gran inestabilidad clínica por síndromes de abstinencia y "cravings" frecuentes.

A su ingreso, los pacientes son evaluados para determinar el grado de tolerancia y dependencia que presentan y así, poder prescribir la dosis de metadona que cada uno necesita. Además, se les practica examen antidoping, prueba de VIH y de embarazo. El programa prevé repetir estos estudios con relativa frecuencia.

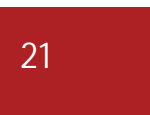
El periodo de determinación de la dosis, es por lo regular de unos 5 días. Una vez lograda, la dosis rara vez requiere de ser incrementada, debido a que la metadona no genera tolerancia y otorga amplia seguridad contra las molestias por privación y evita el riesgo de sobredosis que se corre con los opiáceos ilegales.

Lo anterior y la prolongada acción de la metadona, permiten la rápida estabilidad del cuadro adictivo y favorecen la rehabilitación familiar y social del paciente. La administración de metadona se lleva a cabo diariamente.

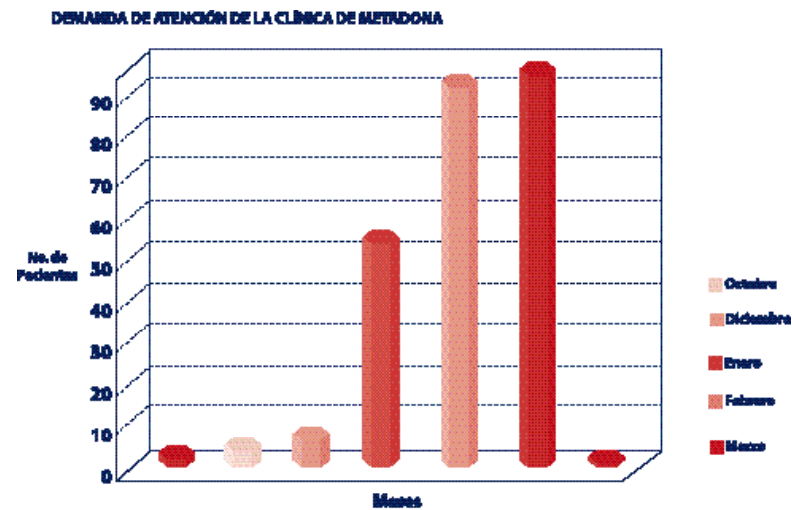
En tan sólo 5 meses de funcionamiento, la clínica de metadona de CIJ atiende a más de 100 pacientes, quienes diariamente acuden a recibir su dosis y cuentan con los servicios de apoyo integral para su pronta recuperación y reintegración social.

Los pacientes muestran un apego importante al tratamiento y poco más del 30% se encuentra laborando en una maquiladora, con la cual se estableció un convenio para apoyar su rehabilitación.

La gráfica 1, muestra el incremento en la demanda de atención en los meses de noviembre 2001 a marzo 2002.



Gráfica 1.



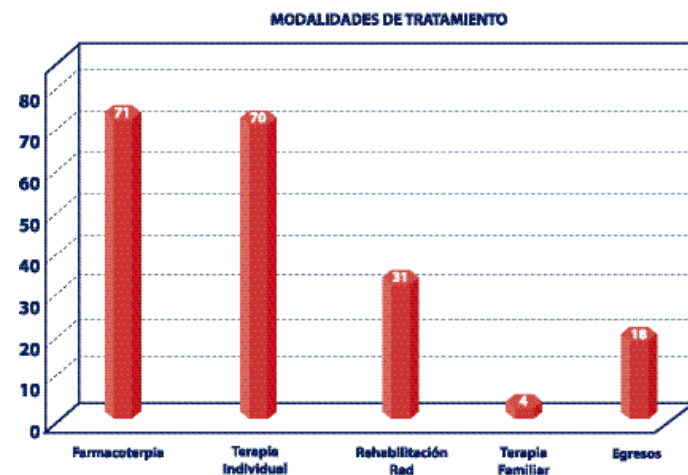
La gráfica 2, muestra las modalidades de tratamiento en las que se encuentran 110 pacientes tratados con metadona.

En farmacoterapia, además de metadona, 71 personas reciben medicamentos para otros trastornos concomitantes, como afectivos, de conducta, por angustia y de personalidad, entre otros.

La terapia individual, es la segunda modalidad en frecuencia y se atiende con ella a 70 sujetos, principalmente con el enfoque cognitivo conductual. En terapia familiar se apoya a 4 familias; aquí es importante recordar que la mayoría de los pacientes son inmigrantes o no cuentan con una familia.

En el rubro de egresos, se cuentan 18 personas que han salido del programa por varias razones como abandono, o violación de reglas del programa. Por último, pero muy importante de mencionar, es que un 30% de los pacientes aproximadamente, se encuentra en proceso de rehabilitación laboral, trabajando en una maquiladora de la frontera.

Gráfica2.



SUGERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brummett, S., Dumontel, R., Wermuth, L. (1986). Methadone maintenance to abstinence: The Tapering Network project manual, San Francisco: University of California, San Francisco.

CIJ (1998). Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos. Publicación de Centros de Integración Juvenil, A.C. México, D.F.

CSAT (1994). Treatment of Opiate Addiction With Methadone. A counselor manual. Technical Assistance Publication Series 7. U.S. Department of Health and Human Services. 1994.

Dirección de Tratamiento y Rehabilitación de CIJ. (2000). Programa de mantenimiento con Metadona. México, D.F.

Dole, V.P., Nyswander, M.E.(1965). A medical treatment for diacetylmorphine addiction. Journal of the American Medical Association, 193, 646.

Gossop M., Grant M. (1990). Programme on Substance Abuse: The content and structure of methadone treatment programmes: a study in six countries. Ginebra: OMS, 42p (WHO/PSA/90.3).

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, (2001). Principios de Tratamiento para la Adicción: Una guía basada en investigaciones. Estados Unidos: NIDA, 78 p.

Padrino M.W. (1993). State methadone treatment guidelines. Estados Unidos: CSAT, 222p (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 1.

Rawson, R.A., Obert, J.L., Mc Cann, M.J. (1989). The neurobehavioral treatment manual: A therapist manual for outpatient cocaine addiction treatment. Beverly Hills, CA; Matrix Center.

Zweben, J.E., Sorensen, J.L. (1988). Misunderstandings about methadone. Journal of psychoactive drugs, 20 (3), 275-281.

