

El Oficial Médico y los trastornos por uso de alcohol y otras drogas**

A. Revuelta Bravo*

RESUMEN

Se analiza la problemática actual del alcoholismo y otras toxicomanías, prestando especial atención a las peculiaridades que las conductas de uso de estas sustancias puedan presentar cuando se manifiestan en el medio militar, así como al papel que el oficial médico representa en la lucha contra las mismas.

Se revisan una serie de conceptos básicos sobre las drogas para posteriormente considerar los trastornos causados por el uso de alcohol. Se resalta la importancia del diagnóstico precoz, función que creemos propia del oficial médico de la unidad, así como la necesidad de abordar estos pacientes de forma conjunta tanto por parte del médico del destino como del Servicio de Psiquiatría del hospital militar de referencia.

Por último se realizan algunas consideraciones sobre el problema de las drogas ilegales, prestando especial atención a la cocaína, sustancia que actualmente ocupa un lugar relevante en el panorama de las mismas. Se termina tratando de las medidas de prevención, centrándonos en las realizables por el oficial médico de la unidad.

SUMMARY

Present-day situation of alcoholism and other drug addictions are analysed. We pay special attention to the peculiarities that these substance use behaviors may present when they come out in the military circle, as well as to the role the medical officer has in the struggle against them.

Basic concepts about drugs are reviewed. Next we consider alcohol use disorders. We stress the importance that the early diagnosis has, and that we think this diagnosis is a duty of the medical officer. Also we emphasize the need for a combined approach of these patients by means of the medical officer and of the military hospital's psychiatric service.

Finally some considerations are made about illegal substances, paying attention to cocaine, because it hold a relevant place in today's drug scene. We finish dealing with preventive measures, focussing on those at the disposal of the medical officer.

INTRODUCCION

Al comenzar el tema he de aclarar que por su extensión no pretendo ser exhaustivo, tarea por otra parte totalmente imposible si recordamos que los aspectos psiquiátricos del alcoholismo y drogodependencias constituyen por sí solos unas de las cuatro subespecialidades de la psiquiatría actual.

Nuestro objetivo es realizar un breve repaso del problema prestando especial atención a las peculiaridades que las conductas de consumo de drogas puedan presentar cuando se manifiestan en el medio militar y al papel que el oficial médico representa en la lucha contra las mismas.

Comenzaremos el tema con una serie de conceptos básicos sobre las drogas que conviene precisar. Posteriormente analizaremos los trastornos causados por el uso de alcohol, al que dedicaremos mucha mayor atención ya que en nuestro medio son los más frecuentes, y por último, consideraremos los debidos a las drogas ilegales.

Diferenciamos entre el alcoholismo y el resto de las toxicomanías por la existencias de factores que modelan el fenómeno de la adicción al alcohol aportándole personalidad propia y diferenciándolo de los demás trastornos por uso de sustancias psicoactivas. Estos serían: en primer lugar la gran aceptación sociocultural y legal del alcohol, y en segundo las características psicológicas y sociales de los consumi-

dores de alcohol, más parecidas a las de la población general que las de los toxicómanos. Por ello se considera al alcoholismo como una toxicomanía distinta de las demás.

CONCEPTOS BASICOS

Concepto de droga = Entendemos por droga a toda aquella sustancia que introducida en el cuerpo por cualquier vía es capaz de actuar sobre el Sistema Nervioso provocando una alteración física o intelectual, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación del estado psíquico.

Consumidor ocasional = usuario de algún tipo de droga en tiempo no superior a un mes de forma continuada. No presenta fenómenos de dependencia ni tolerancia.

* Capitán de Sanidad (Medicina de la Armada).
Adjunto al Servicio de Psiquiatría. Politécnica Naval "Nuestra Señora del Carmen".
Madrid.

** Conferencia impartida a los Alféreces Alumnos de Sanidad. Academia de Sanidad Militar. Mayo, 1992.

Consumidor habitual = es sinónimo de toxicófilo (etimológicamente amigo, aficionado, con gusto por la droga). Es el usuario de drogas por más de un mes de forma continuada sin que por las características de la droga o del sujeto se produzca dependencia, ni tolerancia.

Consumidor abusivo [corresponde al concepto de abuso de drogas del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III-R (1989)] = se denomina así al usuario cuyo consumo presenta las siguientes características: 1.- modelo desadaptivo de uso de la sustancia. Manifestado por al menos uno de los siguientes síntomas =

1) uso continuado pese a saber tiene un problema social, laboral, psicológico o físico persistente o recurrente, provocado o estimulado por el uso de la sustancia.

2) usó recurrente de la sustancia en situaciones en que este es físicamente arriesgado (por ejemplo conducir estando intoxicado).

2.- alguno de los síntomas de la alteración han persistido durante un mes como mínimo o han aparecido repetidamente por un periodo prolongado de tiempo.

3.- No reúne los criterios para el diagnóstico de dependencia de esa sustancia.

Dependencia = según la O.M.S. (1978), es el estado psíquico y a veces físico debido a la interacción entre un organismo vivo y una sustancia, que se caracteriza por las modificaciones en el comportamiento y por otras reacciones, entre las que siempre se encuentra una pulsión a ingerir esta sustancia con objeto de volver a experimentar sus efectos psíquicos y en ocasiones evitar la angustia de la privación. Es un fenómeno fundamentalmente psíquico. Puede o no haber tolerancia.

Tolerancia = es un fenómeno eminentemente físico, consiste en la necesidad biológica de aumentar continuamente la cantidad de sustancia necesaria para obtener el efecto deseado.

Adicto = es sinónimo de toxicómano (etiológicamente locura, arrebatado, furia por la droga). Es el consumidor de drogas en el que existe dependencia fisiológica, evidenciada tanto por la tolerancia como por el fenómeno de la abstinencia.

CLASIFICACION

Hay multitud de clasificaciones según el criterio utilizado, y así podemos clasificar las drogas según:

- su situación legal: en drogas legales y no legales (siendo este un criterio de tipo cultural y económico no médico).

- Su peligrosidad: como hizo el grupo de expertos de la O.M.S. dirigidos por Kramer y Cameron en 1975. Clasificaron a las drogas de más peligrosas a menos en función de su capacidad de crear dependencia física, de la rapidez con que la crean, de su toxicidad etc. De esta forma consideraron cuatro grupos de mayor a menor peligro; en el primero están el opio y derivados, en el segundo los barbitúricos y el alcohol, en el tercero la cocaína y las anfetaminas, en el cuarto el LSD y los derivados cannábicos.

-En drogas duras y blandas diferenciación que hoy nos parece tranochada ya que aquí lo que se utilizan son criterios negativos: qué droga es menos mala, y esta discusión olvida que ninguna es beneficiosa.

-Según su capacidad de crear dependencia física: aquí tenemos la clasificación de Isbell de 1959 que divide a las drogas en dos grupos. En el primero estarían aquellas productoras de dependencia física que serían:

- * opio y derivados
- * alcohol
- * barbitúricos
- * Otros: meprobamato, glutetimida

En el segundo grupo los causantes solo de dependencia psíquica:

- * cannabis
- * coca y cocaína
- * LSD y otros alucinógenos

Las anfetaminas que Isbell incluyó en el segundo grupo hoy se ha demostrado que pertenecen al primero. Tampoco se consideraba a la cocaína como capaz de crear dependencia física, hoy en día se acepta lo contrario y la razón estriba en que las cantidades que antes se utilizaban eran muy inferiores a las

consumidas actualmente y que algunas de las presentaciones y vías de consumo actuales como el Crack, la pasta base fumada, la cocaína por vía intravenosa y otras, permiten alcanzar unos grados de intoxicación anteriormente desconocidos.

-Sus efectos sobre el comportamiento: Como la conocida clasificación de Delay y Deniker (1957). Así tendríamos:

1) Psicolépticos o depresores del S.N.C.=

- Analgésicos opiáceos
- Ansiolíticos (bezodiacepinas, carbamatos)
- Hipnóticos barbitúricos
- Neurolépticos
- Otros (antihistamínicos...)

2) Psicoanalépticos o estimulantes del S.N.C.=

- Estimulantes de la conciencia:
 - Anfetaminas
 - Cocaína y Khath
 - Cafeína y otras xantinas (cola, nicotina...)
 - Aminas simpaticomiméticas
- Estimulantes del humor:
 - Antidepresivos no IMAO
 - Antidepresivos IMAO

3) Psicodislépticos o perturbadores del S.N.C.:

- Cannabis y derivados
- Alucinógenos
- Cicloilaminas (fenciclidinas, PCP)
- Solventes volátiles (eter, acetona, gasolina...)
- Alcohol etílico
- Derivados anticolinérgicos (alcaloides de la belladona, antiparkinsonianos...)

- Existen otra muchas clasificaciones: según su origen (en naturales y sintéticas), su estructura química, etc.

TRASTORNOS POR USO DE ALCOHOL

Los problemas debidos al alcohol en el medio militar han sido en general poco estudiados y frecuentemente infravalorados.

Las causas de esta actitud, que por otra parte no es exclusiva de nuestro medio, serían:

- El alcohol es la droga de nuestra cultura, droga institucionalizada y por tanto desprovista para muchos de su naturaleza de droga, característica que si se considera

propia de las otras sustancias "las malas", "las ilegales".

— El alcoholismo todavía es considerado por parte del personal de las FAS (lo cual no deja de ser el reflejo de la concepción que la sociedad civil tiene del mismo) como indicativo de una debilidad moral, como un vicio impropio de un miembro de las mismas.

— El manejo de los casos de alcoholismo por la vía administrativa y punitiva ha conducido a menudo a actitudes de ocultación del problema no sólo por el sujeto, sino también a veces por los amigos y compañeros del destino.

No podemos olvidar que el consumo de alcohol forma parte de nuestra cultura en general y también del medio militar como subcultura que es (recordemos tan sólo que lo primero que humedece el casco del nuevo buque de guerra es el champagne). Se encuentra ligado a todos los acontecimientos relevantes de nuestra vida y lo usamos frecuentemente con muy diversos fines: para controlar nuestros cambios emocionales, para sobrellevar el dolor físico, para aliviar la soledad y la rutina, para acompañar a la alegría y para lo contrario, mitigar la soledad.

Cuales son los trastornos causados por el alcohol en nuestro medio:

— La intoxicación aguda, o incluso el consumo social poco antes del trabajo, producen un deterioro en el rendimiento debido a los efectos negativos del alcohol sobre la coordinación neuromuscular, sentido de la vista y capacidad de juicio. En este sentido en una revisión sobre los efectos del alcohol en pilotos que hemos realizado, encontramos como los diversos autores resaltaban que niveles tan bajos como los de 20-40 mgr/100 ml. de alcohol en sangre ya suponían una disminución significativa de la alerta, capacidad de juicio y "performance" del sujeto.

— La resaca, con sus síntomas de cefalea, cansancio, náuseas e irritabilidad también supone un menoscabo a la capacidad del sujeto. A este respecto el estudio de Yesavage y Leirer (1986) demuestra el deterioro significativo sobre todas las variables de "performance" en

pilotos de P3 Orion cuando el vuelo se realizaba 14 horas después de una intoxicación aguda de alcohol (alcoholemia = 100 mgr./dl.) comparado con vuelo en condiciones normales.

— La aparición de dificultades administrativas y disciplinarias.

— El absentismo laboral.

— Los accidentes laborales (relacionados con los dos primeros aspectos citados).

— El desarrollo de complicaciones orgánicas por el alcohol.

— El deterioro del medio familiar, social y laboral del sujeto.

Hay otro peligro del alcohol aunque este es referido a la población adolescente: el alcohol como uno de los primeros peldaños en la escalada en el consumo de droga que terminaría en la politoxicomanía. Así el estudio de Welte y Barnes (1985), realizado entre 27.000 estudiantes de secundaria (estadísticamente ajustada la muestra para ser representativa del total de 1.542.000 alumnos de secundaria del estado de Nueva York), demostró como los estudiantes no usaban drogas ilegales si a la vez no consumían alcohol y que el consumo evolucionaba según los siguientes estadios: alcohol, marihuana, pastillas y por último cocaína y heroína. Concluyen que el alcohol es la puerta hacia otras drogas por lo que hay que dedicar recursos a la prevención de su consumo por la juventud.

1. PREVALENCIA

No hemos encontrado cifras de la misma relativas a nuestro medio. Por tanto daremos algunos datos que nos sirvan de aproximación.

En EEUU se calcula que la principal causa de retraso mental en la actualidad, por encima de las cromosomopatías es el Síndrome Alcohólico Fetal. Pytkowicz (1991). En nuestro medio su frecuencia se considera similar a la del síndrome de Down.

Reich (1988) cita un estudio a gran escala realizado en población general de EEUU en 1987. Encontró una prevalencia de abuso o dependencia de alcohol de 8-10% en varones y del 1-2% en hembras. La incidencia era muy superior para las edades de 18 a 44 años, y disminuía bruscamente tras los 45.

Según el U.S. Naval Flight Surgeon's Manual, uno de cada diez sujetos de 21 años llegará a ser un bebedor problema o un alcohólico, y

debido a que este proceso tarda unos diez años en manifestarse, una persona de cada grupo de 100 oficiales y marineros padecerá la dolencia.

Datos del Instituto Nacional de Estadística publicados en 1986 respecto a la morbilidad hospitalaria indican que el número de ingresos por alcoholismo en España en 1984 fue de 13.000, y más de 20.000 los debidos a cirrosis hepática de origen alcohólico. En cuanto a la mortalidad esta se situaría tras las enfermedades cardiovasculares, el cancer y los accidentes de tráfico.

Respecto a estos últimos, es frecuente su relación con el consumo de alcohol. Así la Conferencia Europea de Ministros de Transportes estimaba recientemente que en el 30-50% de los siniestros en los que se ven involucrados vehículos de motor, algunos de los conductores estaban bajo los efectos del alcohol. Montoro (1989).

Según el estudio de la Asociación de Ayuda al Enfermo Alcohólico realizado en 1988 en las ciudades de Málaga, Sevilla y Cádiz, el 18% (600.000 personas) de la población de Málaga capital consume alcohol en forma excesiva, en las otras dos provincias el 16% de la población es consumidora abusiva.

Finalizaremos diciendo que en nuestro país se calcula en 1.000.000 el número de alcohólicos y en 2.000.000 el de bebedores excesivos que ya son alcohólicos o están en alto riesgo de serlo.

En la Tabla 1 se muestra la evolución de las tasas de consumo de alcohol en distintos países.

2. DEFINICION DEL ALCOHOLISMO

Daremos dos definiciones: una más completa como es la utilizada en el Programa de Prevención de Alcoholismo de la Armada norteamericana, que sigue la línea de la definición de la O.M.S., considera esta que "alcohólico es aquel individuo cuyo hábito de beber ha empezado a interferir seriamente con una o más de las siguientes áreas de su vida: familiar, social, legal, económica, espiritual, de ocio, salud física o salud mental"; y la otra más sencilla que considera alcohólico al que ha perdido su capacidad de control ante la bebida. Siendo esta "pérdida de control" el fenómeno clínico de la dependencia del alcohol.

3. ETIATOGENIA DE LAS CONDUCTAS ALCOHOLICAS

Se considera hoy en día al alcoholismo como una conducta patológica compleja de causa multifactoriales bio-psico-sociales. Su desarrollo se debería por tanto a la acción conjunta de diversos factores.

3.1. Factores biológicos, entre los que tendríamos:

3.1.1. Los factores genéticos. La herencia del alcoholismo es un tema debatido; parece de todas formas irrefutable que la vulnerabilidad a la enfermedad alcohólica se hereda de padres a hijos. Cloninger (1987), utilizando una estrategia cruzada, (hijos de alcohólicos y de no alcohólicos que fueron adoptados en la primera infancia por familias con y sin alcoholismo), identificó dos tipos de alcoholismo heredable. El tipo I: el consumo de alcohol comenzaba tras los 25 años, se acompañaba de severa dependencia psicológica y de sentimientos de culpa, aparecía tanto en hombres como en mujeres y precisaba para su aparición tanto de factores genéticos como ambientales. El tipo II: aparecía antes de los 25 años, se acompañaba con frecuencia de conducta antisocial o agresiva, era raro en hembras y se debía más a factores genéticos.

3.1.2. Las diferencias étnicas de la respuesta al alcohol (reacción de intolerancia al alcohol de muchos sujetos orientales, indios americanos y esquimales). Estas diferencias se deberían a un acúmulo de acetaldehído por actividad específica genéticamente condicionada de la aldehído-deshidrogenasa.

3.2. Factores psicológicos:

Aunque no se ha encontrado una estructura psicopatológica autónoma y propia del alcoholismo si se ha resaltado la existencia de rasgos de personalidad comunes a gran número de alcohólicos, como son los de dependencia afectiva, impulsividad, debilidad del YO, inmadurez, etc. Pero no podemos olvidar la dificultad que entrañan este tipo de estudios, ya que difícilmente puede establecerse si los rasgos encontrados son previos al uso del tóxico o la consecuencia del mismo. Además

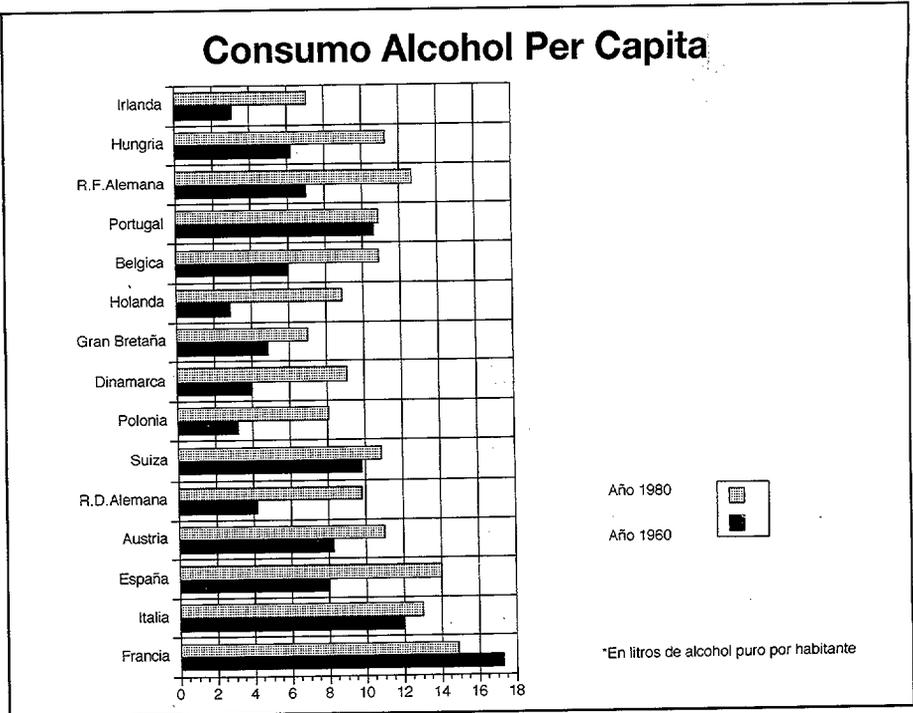


Tabla 1. Tomado de Soler Insa P.A.A. y cols (1988)

habría que considerar los alcoholismos secundarios en los que el consumo de alcohol es consecuencia de una anomalía psíquica preexistente, como ocurría con las personalidades psicopáticas, pacientes deprimidos, etc.

3.3. Factores socioculturales:

Ya hemos resaltado la profunda implantación que el alcohol tiene en nuestra cultura. Mencionaremos aquí otros dos factores. El primero, el papel de la publicidad en su incitación al consumo de bebidas alcohólicas mediante la promoción de estereotipos culturales positivos que se ligan a las mismas, (recordemos el antiguo "es cosa de hombres..." y el más moderno "sube a otro nivel con quien tu quieras"). El segundo, la existencia de una oferta amplia y barata de la sustancia. Así en 1974 éramos el país con más hectáreas dedicadas al cultivo de la vid, y en 1975 existía un bar por cada 407 habitantes y en la mayor parte de los casos sin respetar la prohibición de venta a menores de 16 años.

4. DIAGNOSTICO

Nos referimos al diagnóstico precoz, función que creemos propia del oficial médico de la unidad. Este diagnóstico se asienta en:

4.1. Historia clínica.

Es importante recordar que la negación es uno de los primeros síntomas de la enfermedad alcohó-

ca, por tanto la recogida de información no debe limitarse al paciente sino que debe extenderse a otras personas cercanas al mismo (familiares, amigos, jefes, etc.).

Al realizar la historia clínica hay que analizar el funcionamiento del sujeto en las diversas áreas de la vida antes mencionadas: familiar, social, legal, económica. Esto nos permitirá acotar la extensión del deterioro causado por el alcohol. Si además interrogamos sobre la existencia de los fenómenos de tolerancia y síndrome de abstinencia podremos hacer una primera valoración de la magnitud del problema.

El papel del oficial médico de la unidad en el diagnóstico precoz del alcoholismo es de primer orden ya que conoce y tiene relación diaria no sólo con el paciente, compañeros y superiores, sino que también tiene acceso a la ficha médica y de servicios del sujeto. En la primera son de interés las bajas por causa médica no especificada, heridas, accidentes, hospitalizaciones, etc.; respecto a la segunda las faltas y arrestos por diversos motivos que indicarían el deterioro laboral que está causando el alcohol.

4.2. Exploración

A nivel de síntomas el sujeto nos puede referir la existencia de pituitas matutinas, anorexia, molestias gástricas difusas, calambres (sobre todo nocturnos), astenia, fatigabilidad fácil, etc. Desde el punto de

TEST LABORATORIO/DIAGNOSTICO ALCOHOLISMO

	Nivel diagnóstico
Directos	
* Alcoholemia mayor en cualquier momento de 300 mgr/100 ml	1
* Alcoholemia mayor de 100 mgr/100 ml en exámen rutinario	1
Indirectos	
* Osmolaridad del suero (cada incremento de 22,4 por encima de 200 mosm/l refleja 50 mgr/100 ml de alcohol)	2
* Hipoglucemia	3
* Alcalosis hipoclorémica	3
* Descenso del magnesio sérico	2
* Elevación del ácido láctico	3
* Elevación del ácido úrico	3
* Disminución del potasio	3
* Elevación de GPT	2
* Elevación de GOT	3
* Elevación de bilirrubina	2
* Elevación del urobilinógeno urinario	2
* Inversión tasa Alb/Globulina	2
* Anemia (hipocrómica, normocítica, macrocítica, hemolítica)	3
* Coagulación (elevación protombina, trombocitopenia)	3
* Anormalidades ECG (arritmia, taquicardia, alteraciones onda T, ondas P anormales)	2
* Anormalidades EEG (desaparición del sueño delta, aumento o disminución del sueño REM)	3
* Descenso de la respuesta inmune	3
* Daño cromosómico por alcohol	3

Tabla II. (National Council on Alcoholism)

usados (Tabla II). En especial se utilizan los valores de la enzima GGT y el Valor Globular Medio. La dificultad estriba en la baja sensibilidad y especificidad de estos indicadores.

Otros procedimientos más específicos y sensibles pero también más costosos y por tanto menos disponibles para ser usados rutinariamente incluyen: la inhibición de la MAO plaquetaria por el etanol que es mayor en los alcohólicos que en los normales (esto se ha encontrado sólo en el subgrupo II de la enfermedad), y la reducción de la respuesta de la adenilciclasa plaquetaria a la estimulación con el nucleótido guanina, cesio fluorado y prostaglandina E1, que también es superior en estos sujetos. Reich (1988).

Para finalizar con el diagnóstico hemos de considerar la postura respecto al alcohol del propio médico, ya que como dijimos antes es la droga de nuestra cultura e impregna nuestra vida diaria. En este sentido es importante que el médico se

despoje de consideraciones morales sobre el alcoholismo y que evite utilizar como criterio diagnóstico el resultado de comparar el historial de bebida del sujeto con el suyo propio.

5. TRATAMIENTO

Pocas veces el sujeto acude a tratamiento porque se ha dado cuenta de que necesita ayuda. En la mayor parte de los casos descubriremos que ha llegado a una situación de crisis en alguna o varias de las áreas de su vida. Por eso tiene tanto valor el diagnóstico precoz ya que permite la rehabilitación cuando el sujeto todavía dispone de todos o la mayoría de sus recursos psicosociales intactos.

El tratamiento del alcoholismo consta clásicamente de tres fases:

5.1. Precura. Tiene como fin que el sujeto adquiera conciencia de su problema alcohólico y a continuación que alcance la suficiente motivación para realizar el tratamiento.

vista psíquico aparecerá inonmio, pesadillas, irritabilidad, cambios bruscos de humos (de la euforia a la depresión), lagunas anmésticas, etc.

En cuanto a la exploración en estadios precoces de la enfermedad esta es anodina. Conforme esta avanza podemos encontrar tinte subictérico en conjuntivas, arañas vasculares, señales de heridas actuales o curadas, elevación de la T.A., hepatomegalia, temblor (especialmente de manos), etc.

En este apartado incluimos las escalas y cuestionarios utilizados para el diagnóstico del alcoholismo. Su papel en el diagnóstico precoz de la enfermedad alcohólica es de gran importancia ya que como acabamos de referir la exploración en los estadios iniciales es irrelevante. Si a esto le sumamos su sencillez de manejo e interpretación y la rapidez de su administración, quedaría justificado su uso generalizado por el servicio médico de la unidad. Se han hecho estudios en población general de detección de trastornos por uso de alcohol mediante el uso de estos cuestionarios. González (1992); así como otros destinados a conocer la validez del diagnóstico aportado por estos instrumentos. Buchsbaum (1991). Son varios CAGE, MAST, CID, etc, siendo el CAGE uno de los más usados. Consiste en cuatro preguntas sencillas que interrogan al sujeto respecto a si alguna vez sintió que debía "terminar" con el alcohol, si se ha molestado al ser criticado por beber, si se ha sentido culpable por beber, y si consume alcohol por la mañana. Se considera que dos respuestas afirmativas evidencian dependencia alcohólica. Este método tiene una sensibilidad del 80%, y una especificidad del 85%, aproximadamente.

4.3. Laboratorio

Se continua investigando en la búsqueda de un marcador biológico que permita detectar al paciente alcohólico en los primeros estadios de su enfermedad. Los cambios hematológicos, de las enzimas hepáticas, de los niveles de lípidos y de distribución de aminoácidos en sangre, son los procedimientos más

Aquí el papel del Oficial Médico de la unidad es nuevamente muy importante. Hay que recordar lo dicho al hablar de la historia clínica, la negación de problemas relacionados con la bebida es muy frecuente y hacen necesaria a menudo la confrontación del paciente con personas cercanas de su entorno como su esposa/o, hijos mayores, etc. La finalidad de esto es recordar al paciente situaciones en las que el hecho de beber ha causado a él o a otros daño, gasto económico, vergüenza, etc. En este contexto debe aclararse al paciente de forma repetida que los que están allí lo hacen porque están preocupados por él, están convencidos de que tiene un problema con el alcohol y desean que se cure. Pueden utilizarse medidas de presión si es necesario como el abandono familiar o el utilizar la vía disciplinaria si el sujeto no inicia tratamiento. Esto último está siendo utilizado actualmente por diversas empresas del ámbito civil con buenos resultados. El moderador de esta confrontación debe ser el Oficial Médico.

El paso siguiente es el envío del sujeto al Servicio de Psiquiatría del hospital militar de referencia y con frecuencia es necesario también la consulta a Medicina Interna para valorar y tratar las consecuencias orgánicas del hábito etílico.

5.2. Cura. Se inicia con la Desintoxicación ambulatoria o hospitalaria. Además de medidas de tipo farmacológico se utilizan aquí procedimientos de tipo psicoterapéutico.

No es este el momento de extendernos en la misma ya que es competencia del Servicio de Psiquiatría.

5.3. Postcura. Consiste en el seguimiento y manejo del alcohólico rehabilitado trabajando conjuntamente con el servicio de Psiquiatría y con los siguientes objetivos:

— Ayudar al paciente a mantenerse abstemio con una actitud de apoyo y comprensión.

— Desdramatizar las inevitables recaídas.

— Realizar el tratamiento de las complicaciones que el alcoholismo haya causado.

El U.S. Naval Flight Surgeon's Manual considera como indicadores

de que el paciente se encuentra recuperado los siguientes:

— Lo primero es que no bebe absolutamente nada de alcohol. Esto puede parecer de perogrullo pero frecuentemente la vuelta al consumo de cantidades sociales de alcohol es el prodromo de la recaída.

— Acepta el hecho de que es un alcohólico, y de que no podrá beber nunca más.

— No le preocupa mucho el anonimato personal, de hecho refiere a sus compañeros que es un alcohólico.

— Es un factor también de buen pronóstico el que acuda a las reuniones de los Alcohólicos Anónimos de la zona.

— Su afectividad ha recuperado la alegría y es capaz de aceptar la crítica y la frustración.

Se aconseja que durante el primer año el Oficial Médico mantenga con el paciente entrevistas al menos mensuales.

6. PRONOSTICO

La experiencia del programa de rehabilitación de la Armada estadounidense (realizan un programa de seis semanas, las dos primeras de desintoxicación hospitalaria y las restantes cuatro en régimen de cuidados mínimos con actividades de terapia de grupo, películas y charlas informativas sobre el alcohol y el alcoholismo, terapia familiar y de pareja, ejercicio físico y asistencia a las reuniones de Alcohólicos Anónimos de la comunidad) muestra que bastante más de la mitad de los sujetos tratados se recuperan y se mantienen abstinentes un año después del alta.

Reyss-Brion (1982) describen la evolución de los sujetos en tratamiento:

— Recaídas aisladas dentro de una abstinencia estable con reorganización manifiesta de la personalidad 23%.

— Evolución positiva fásica, tras una larga etapa de lucha para conseguir la abstinencia con recaídas frecuentes 23%.

— Recaídas reiteradas y graves sobre un fonde neurótico de la personalidad importantes 14%.

— Recaídas con psiquiatrización secundaria bajo la forma de trastornos ansiosos o depresivos 14%.

— Abstinencia mantenida sin recaídas durante más de tres años 14%.

TRASTORNOS POR USO DE DROGAS ILEGALES

Por razones de brevedad haremos algunas consideraciones sobre la magnitud del problema en nuestro medio, para a continuación hablar de forma más detallada de una sustancia que actualmente ocupa un papel preponderante en el panorama de las drogas ilegales y en torno a la cual, en ocasiones, hay cierta confusión; la cocaína. Terminaremos tratando de las medidas de prevención, centrándonos en las realizables por el Oficial médico de la unidad.

1. IMPORTANCIA DEL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES

En un estudio realizado por nosotros en 1988 entre una muestra de 150 reclutas seleccionados aleatoriamente de un total de 1.100 jóvenes que se incorporaban a una unidad militar encontramos los resultados expuestos en la Tabla III. Revuelta (1989).

En otra encuesta realizada en 1983 entre 986 reclutas y 516 soldados, el 57,15% de los primeros y el 61,40% de los segundos había consumido alguna droga.

Si comparamos estas cifras con las de trabajos realizados en población civil vemos que son similares, siempre que se haga entre los mismos segmentos de edad. Esta aclaración es de suma importancia ya que su olvido ha conducido recientemente a algunos medios a afirmar que durante el servicio militar aumenta el consumo de drogas. Estos parecen ignorar que la edad de prestación del mismo coincide con la de mayor uso de sustancias tóxicas (consúltese a este respecto el estudio de EDIS de 1985). Por esta causa la Sanidad Militar juega un importante papel en la prevención del consumo de drogas y creemos por tanto que los esfuerzos destinados a la prevención del uso de las mismas entre el personal en filas no deben escatimarse ya que se trata de una población que se encuentra por razón de su edad en situación de alto riesgo.

2. COCAINA

Cuando se aisló la cocaína en 1859 hubo un auténtico revuelo entre la clase científica en general. Se la propuso como la panacea de casi todas las enfermedades conocidas (entre otras el alcoholismo y el morfínismo). En este sentido son

ESTUDIO CONSUMO DROGAS ENTRE RECLUTAS

1) ANTECEDENTES DE CONSUMO DE DROGAS

Hachis	64,5%
Cocaína	11,8%
Heroína	3,3%
LSD	11,8%
Psicofármacos	19,1% *

2) CONSUMO REGULAR **

Hachis	53,2%
Cocaína	6,5%
Heroína	0,7%
LSD	7,8%
Psicofármacos	10,5%

3) CONSUMO RECIENTE ***

Hachis	20,5%
Cocaína	0,7%
Heroína	0%
LSD	0,7%
Psicofármacos	1,4%

4) EDAD DEL PRIMER CONTACTO CON LA DROGA

Hachis	15,8 años
LSD	17,1 "
Psicofármacos	17,8 "
Cocaína	17,8 "
Heroína	19,2 "

* En el partado de psicofármacos se incluyen las anfetaminas y otros estimulantes; los tranquilizantes e hipnóticos; y los opiáceos sintéticos.

** Se considera consumo regular al uso de la droga al menos una vez al mes, salvo para el caso del LSD que es referido al año.

*** Consumo reciente es el uso de la sustancia en los últimos 30 días.

Tabla III. Revuelta (1989)

— Este clorhidrato se convierte con cocaína base o cocaína alcaloidal para su consumo fumada, ya que la primera se descompone con el calor. A esto se le denomina "basing" o "freebasing".

— Crack es un tipo de cocaína freebase, lo que la caracteriza es el procedimiento de convertir el clorhidrato en cocaína alcaloidal que en este caso se realiza mediante bicarbonato y en el caso anterior

clásicos los estudios de Freud sobre el tratamiento de la depresión con cocaína.

Pasada esta primera euforia comenzaron a conocerse las complicaciones del uso de la cocaína tales como el incremento progresivo de las dosis, la incapacidad de frenar el consumo y la aparición de complicaciones psiquiátricas como los cuadros depresivos y psicóticos. Esto trajo como consecuencia una disminución de su consumo y medidas legales para controlarlo.

En los últimos veinte años se ha producido un resurgir del consumo de cocaína, inicialmente apoyado en dos creencias sobre el mismo:

— Considerarlo un símbolo de status social, de prestigio.

— Considerarla desprovista de efectos indeseables para la salud. Esta creencia no solo se extendió entre la población general sino también entre los círculos médicos. Así en 1980 en EEUU las autoridades sanitarias consideraban a la cocaína incapaz de crear dependencia ni síndrome de abstinencia, pero tan sólo cuatro años después estas mismas autoridades dicen lo siguiente: la cocaína es la "droga objeto de la mayor preocupación sanitaria a nivel nacional, capaz de producir patrones de abuso y de abstinencia y responsable de causar alteraciones neurofisiológicas específicas". Gawin (1988).

2.1. PRESENTACIONES

— La más clásica es el mascar hojas de coca o beber té de coca. Su implantación a nivel de la población indígena de los países productores era tal que las distancias se medían en "cocladas", número de veces que había que masticar la coca.

— La pasta de coca se obtiene de la primera manipulación de la planta de cocaína por lo que su nivel de principio activo es muy variable. Se consume fumada y es la forma más barata y muy utilizada en la actualidad en los países productores por las capas más pobres de la población. Raul (1984).

— El clorhidrato de cocaína es el alcaloide de la planta que se utiliza por vía nasal e inyectable.

mediante solventes volátiles. De Ramón (1987).

2.2. PRODUCCION DE COCAINA MUNDIAL

Se calcula que Bolivia y Perú producen 50.000 tn. de hojas al año. De esto el 25% es consumido por la población indígena en forma de mascar las hojas, y el 2% por la industria (farmacia, bebidas de cola). Si le sumamos la producción de Colombia tenemos 85.000 tn. para el comercio ilícito. De esta materia prima pueden obtenerse 420 tn. anuales de pasta de coca. Que corresponderían a 160 tn. de clorhidrato de cocaína. Si se calculan una pérdidas del 15% tenemos 130 tn. de cocaína en el mercado negro. La demanda actual del mercado es de 80 tn. por año, por lo que las 50 que sobran se almacenan o lo que es peor se destinan a crear nuevos mercados y a abaratar el que existe mediante el aumento de la pureza de la droga "más potencia a menor precio". Como consecuencia de lo anterior la cocaína está disponible para personas de recursos limitados y además las complicaciones médicas aumentan al aumentar la pureza de la droga. Cohen (1984).

2.3. MECANISMO DE ACCION

La cocaína tiene el efecto reforzador de la conducta más potente de todas las drogas conocidas. En experimentación animal se ha visto como monos a los que se permitía conseguir la droga sin límite al tirar de una palanca, lo hacían hasta morir extenuados o por convulsiones, además supeditaban la droga a la comida que tenían en sus jaulas llegando a morir de hambre, y al instinto sexual no cubriendo a hembras receptivas y prefiriendo continuar tirando de la palanca. Llegaban a tirar 12.800 veces para conseguir una sola dosis, y preferían accionar una palanca que les proporcionaba dosis elevadas de droga junto a una descarga eléctrica a otra que les ofrecía solo pequeñas dosis sin descarga. Cohen (1984).

La cocaína es un estimulante, actúa liberando los neurotransmisores cerebrales en la hendidura sináptica, lo que trae posteriormente como consecuencia la deplección de los niveles de los mismos así como la subsensibilidad temporal de los receptores. Actúa a nivel de los centros de recompensa cerebrales por lo que produce una intensa

euforia. Pero el sujeto se ve obligado a repetir la conducta debido al refuerzo positivo -recompensa- (repetir la euforia) y al refuerzo negativo-castigo- (la aguda disforia tras el consumo por deplección de los niveles de neurotransmisores). Además existe una incapacidad para disfrutar de los placeres moderados de la vida ya que los centros de recompensa sometidos a excesiva estimulación se encuentran reacios a estímulos normales. Cohen (1984).

Pese al descubrimiento de dependencia física creada por la cocaína se la considera un factor de escaso relieve en el mantenimiento de la adicción ya que el grado de dependencia psicológica es tan intenso que ocupa el primer lugar en la perpetuación de la conducta.

2.4. COMPLICACIONES DEL USO DE COCAINA

En primer lugar tenemos los problemas médicos derivados de la vía de consumo de la droga: rinitis y perforación del tabique nasal cuando se inhala; abscesos en la piel, tromboflebitis, septicemia, hepatitis B, SIDA y tétanos en el uso I.V.; y bronquitis crónica y deterioro pulmonar difuso en el consumo freebasing.

En segundo lugar tenemos las complicaciones propias del uso de la droga:

— Generales. Pérdida de peso por la anorexia y desnutrición, infecciones por falta de higiene adecuada.

— Cardiológicas. Insuficiencia coronaria, fibrilación ventricular, parada respiratoria. Esto puede ocurrir en el caso de patología cardiológica preexistente o de consumo de dosis excesivas; bien por error, aumento de la pureza; o por accidente, rotura de vainas con cocaína transportadas en el tubo digestivo.

— Neurológicas. ACVA (por elevación de T.A.), episodios convulsivos, y cuadros de hipertermia maligna.

— Psiquiátricas. Lo más frecuente son los cuadros depresivos tras el consumo que no podemos considerar como complicaciones sino como el resultado del mecanismo de acción de la droga. Como consecuencia de ellos así como de las

ideas de culpa que puede sentir el sujeto y la conciencia de su progresivo deterioro personal, familiar y laboral, el riesgo de suicidio es elevado. Es frecuente también el desarrollo de cuadros psicóticos paranoides agudos y de psicosis cocaínicas crónicas siendo característico de estas últimas la existencia de un delirio alucinatorio ectoparasitario. Se han descrito también trastornos de pánico asociados al consumo de cocaína, insomnio, etc. Official Action (1987).

2.5. TRATAMIENTO

Se inicia con la desintoxicación en principio hospitalaria. Se sigue de un período de deshabitación prolongado donde habrá que prestar especial atención en las primeras semanas a la aparición de un cuadro depresivo que precisa tratamiento psicofarmacológico.

Es beneficioso la asistencia del sujeto a grupos de autoayuda como los creados en EEUU con el nombre de Cocainómanos Anónimos.

Se han realizado múltiples ensayos terapéuticos para mejorar las tasas de curación en estos sujetos. Se han utilizado fármacos: el litio, los antidepresivos (sobre todo la desipramina), los precursores de aminas biógenas como la tirosina y el triptófano; psicoterapias diversas incluyendo el uso de los contratos de contingencia; y por último psicocirugía en forma de cingulotomía bilateral en casos extremos. Llosa T. (1983).

Los resultados terapéuticos son pobres, como botón de muestra citaremos el estudio de Raul (1984) en consumidores de pasta de coca. En un seguimiento de un año a 348 pacientes sólo el 17% se mantuvo abstinentes.

A la vista de tan escaso éxito terapéutico debemos recordar que en este tema como en la drogadicción en general se hace cierto el aforismo de "más vale prevenir que curar".

3. PREVENCIÓN DE LAS DROGAS ILEGALES

3.1. Prevención primaria. Recientemente se ha resaltado la importancia que la reducción de la demanda de drogas tiene en la lucha contra el uso de las mismas. Existiría un equilibrio entre dos factores: oferta y demanda, equilibrio que no siempre ha sido considerado y así los esfuerzos nacionales e

internacionales se dirigen fundamentalmente a la reducción de la oferta. Tongue (1988).

Por tanto, las medidas preventivas deben incluir:

*Esfuerzos destinados a disminuir la oferta de drogas. Aquí estarían los tratados internacionales respecto a cultivos y uso de sustancias, y los factores legislativos y policiales.

*Los destinados a disminuir la demanda. Estos son:

— Factores sociales, son medidas inespecíficas para alejar a los jóvenes del consumo de drogas dándoles una alternativa de ocio y tiempo libre; como clubs juveniles, instalaciones deportivas, etc.

— Factores sanitarios como la detección de adolescentes predisuestos (caracteriopatías, medios familiares desestructurados, etc.), medidas de higiene mental de la población, etc.

— Aspectos educativos e informativos. En este sentido la O.M.S. desaconseja el empleo de los medios de comunicación social masivos ya que pueden actuar como reveladores e informadores peligrosos para sectores de población indefensos por razón de edad o formación. Propone en cambio la prevención selectiva.

3.2. Prevención secundaria que consiste en la detección y terapéutica precoz de aquellos casos en los que el consumo se ha iniciado.

3.3. Prevención terciaria que corresponde al tratamiento médico y psicoterapéutico de cada adicción. En este sentido y siendo realistas se admite que en un 30% aproximadamente de los casos severos (Adicción a Opiáceos por vía endovenosa) puede conseguirse la abstinencia prolongada. Uno de los estudios más rigurosos al respecto es de Anglin (1988). Realizó un seguimiento durante 25 años a una población de 585 adictos a opiáceos. Al cabo de este tiempo el 27.7% de la muestra había fallecido (un tercio de estas muertes por sobredosis y otro 24% adicional debido a causas relacionadas con el consumo de drogas), el 34% de los sujetos estaban abstinentes el año anterior a finalizar el estudio, el resto continuaba consumiendo drogas.

El papel que puede desarrollar el Oficial médico de la unidad en la prevención de los trastornos por uso de drogas es de gran valor. Insistimos otra vez en el hecho de que los jóvenes que realizan su servicio militar se encuentran en situa-

ción de alto riesgo respecto a los mismos por razón de la edad en que este se realiza.

La actuación del médico de la unidad comenzaría a nivel de prevención primaria. Aquí debe realizar una labor de información mediante charlas y conferencias sobre la problemática actual de las drogas. En este sentido es conveniente tener en cuenta lo siguiente:

— Hay que desdramatizar el problema tendiendo a ser objetivos, la exageración de la realidad y el uso exclusivo de argumentos intimidatorios conduce con facilidad al fracaso. Así hay que distinguir a los drogadictos de los consumidores habituales y ocasionales que no

necesariamente han de ser drogadictos.

— Es conveniente evitar el debate exclusivo sobre las drogas y sus efectos.

— Se han demostrado más eficaces las discusiones en pequeños grupos que las conferencias multitudinarias.

También dentro de este capítulo de prevención primaria se incluirían la oferta de actividades recreativas, culturales y educativas que al soldado se le brinda en la actualidad y que constituyen como antes hemos indicado una alternativa de tiempo libre alejada del uso de drogas.

En cuanto a la prevención secundaria la detección precoz de aquellos sujetos consumidores [en este sentido se ha mostrado de extraordinaria eficacia las campañas de detección de drogas de abuso en orina. Paredes (1992)], permite no sólo y conjuntamente

con el servicio de Psiquiatría del Hospital Militar de referencia acotar la magnitud del caso concreto y establecer las medidas terapéuticas y/o militares adecuadas sino que además evita la propagación de una conducta que conviene consideremos en cuanto a sus características similar a la de las enfermedades infecciosas.

Estos esfuerzos preventivos no podemos considerarlos improductivos; un buen ejemplo de su eficacia lo tenemos en el actual estancamiento del consumo de heroína, siendo cada vez menor el número de sujetos que se inician en su consumo. Podrá argumentarse que se debe en parte al temor al SIDA, pero no podemos olvidar que en gran medida la concienciación por parte de nuestra juventud de la realidad cruda de la toxicomanía es fruto de las campañas de prevención a ellos dirigidas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— American Psychiatric Association: "DSM-III-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales". Ed. Masson. Barcelona 1989.
- 2.— Anglin, D.: "Natural history of heroin addiction: 25 years follow-up". Libro de Resúmenes del Primer Congreso de la Sociedad Española de Toxicomanías. Barcelona 1988.
- 3.— Buchsbaum D.G., Buchanan R.G., Centor R.M., y cols.: "Screening for Alcohol Abuse using CAGE scores and likelihood ratios". *Annals of Internal Medicine* 115, Vol 10, págs. 774-777, 1991.
- 4.— Cloninger C.R.: "Neurogenetic adaptative mechanisms in alcoholism". *Science*, 263, págs. 410-416, 1987.
- 5.— Cohen S.: "Evolución reciente del uso indebido de cocaína". *Boletín de Estupefacientes*, Vol XXXVI, n° 2, págs. 3-17, 1984.
- 6.— De Ramón M.A.: "El 'Crack': una nueva droga adictiva". *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.* 15: 4, págs. 203-208, 1987.
- 7.— EDIS: "El consumo de Drogas en España". Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid 1985.
- 8.— Editorial Jano; Vol. XXXV n° 835, pág. 11, 1988.
- 9.— Freixa F., Soler Insa P.A. y cols.: "Toxicomanías un enfoque multidisciplinario". Ed. Fontanella. Barcelona 1981.
- 10.— Gawin F.H., Kleber H.D.: "Evolving conceptualizations of Cocaina dependence". *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 61, págs. 123-136, 1988.
- 11.— González R., González E., Dujaric R.: "Morbilidad oculta del alcoholismo masculino y valor de los instrumentos diagnósticos para médicos de familia". *Revista Española de Drogodependencias*, Vol 17, n° 1, 31-43, 1992.
- 12.— Kramer J.F., Cameron D.C.: "Manual sobre Dependencia de las drogas". O.M.S. Ginebra, 1975.
- 13.— Llosa T.: "Follow-up study of 28 cocaine paste addicts treated by open cingulotomy". Libro de Ponencias del VII Congreso Mundial de Psiquiatría. Austria 1983.
- 14.— Medialdea Cruz J. Revuelta Bravo A. "Incidencia, aspectos toxicológicos y preventivos del alcoholismo en Medicina Aeroespacial. Pendiente Publicación.
- 15.— Medicina/Actualidad. Jano. Vol XXXV, n° 839, 14-15, 1988.
- 16.— Montoro González L.: "Accidentes de tráfico y consumo de bebidas alcohólicas". Libro de Ponencias de las XVII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Valencia 1989.
- 17.— Official Actions. "Position Stratement on Psychoactive Substance Use and Dependence: Update on Marijuana and Cocaine". *Am. J. Psychiatry*, 144: 5, págs. 698-702, 1987.
- 18.— Organización Mundial de la Salud: "Trastornos Mentales: Glosario y Guía para su Clasificación según la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Ginebra, 1978.
- 19.— Paredes Salido F.: "Atribuciones de los laboratorios de farmacocinética y toxicología de la Aramada española". *Medicina Militar*, Vol 48 n° 1, págs. 22-27, 1992.
- 20.— Pytkowicz Streissguth A., Aase J.M. Claren S.K., y cols.: "Fetal Alcohol Syndrome in Adolescents and Adults". *The Journal of the American Medical Association*, 265, Vol 15, págs. 1961-1967, 1991.
- 21.— Raul Jeri F.: "La práctica de fumar pasta de coca en algunos países de América Latina: una toxicomanía grave y generalizada". *Boletín de Estupefacientes*, Vol XXXVI, n° 2, págs. 17-34, 1984.
- 22.— Reich T.: "Biological-Marker studies in alcoholism" *The New England Journal of Medicine*, Vol 318, n° 3, págs. 180-182, 1988.
- 23.— Revuelta Bravo A., Jiménez Filloy J.L.: "Estudio aleatorio del consumo de drogas en 150 jóvenes con edades entre 18 y 25 años". *Pronesis*, vol 10, n° 4, págs. 193-197, 1989.
- 24.— Soler Insa P.A., Freixa F., Reina Galán F., y cols.: "Trastorno por dependencia del Alcohol". Barcelona, 1988.
- 25.— Tongue E., Turner D.: "Opciones de tratamiento en respuesta a los problemas relacionados con el uso indebido de drogas". *Boletín de Estupefacientes*, Vol XL, n° 1, págs. 3-19, 1988.
- 26.— U.S. Navy. "U.S. Naval Flight Surgeon's Manual".
- 27.— Welte J.W., Barnes G.M.: "Alcohol: The gateway to other Drug use among secondary-school students". *Journal of Youth and Adolescence*, Vol 14, n° 6, págs. 488-497, 1985.
- 28.— Yesavage J.A., Leirer V.O.: "Hangover Effects on Aircraft Pilots 14 Hours after Alcohol Ingestion: A preliminary Report". *Am. J. Psychiatry* 143: 12, págs. 1546-1550, 1986.