

Adicción a la cocaína

Por **ENRIQUE GUARNER**

ENTRE las drogas de consumo actual que mayor daño causan a cualquier sociedad se encuentra la adicción a la cocaína. Desde tiempos remotos las hojas del arbusto denominado "coca" fueron conocidas en Perú y Bolivia, como se ha comprobado por las bolsas y cestas halladas en las antiguas sepulturas del cono sur. Sin embargo, las primeras noticias sobre la adicción que provocaban fueron llevadas a Europa por el religioso Tomás Ortiz, quien en 1944 mencionó que los incas las consagraban al sol cotizándolas tanto que podían servir como moneda corriente para aquellos que acostumbraban inhalarlas. Por el interés que su principio activo despertó, los alemanes lograron aislar el componente de la cocaína desde el siglo XIX.

El arbusto ramoso que la produce varía en cuanto a su altura desde un metro hasta tres y se multiplica fácilmente cuando cuenta con un terreno húmedo y una temperatura suficientemente cálida, permitiendo que se recolecten las hojas a partir de los tres años. Estas se desecan al sol evitando que se mojen y después de desmenuzarlas se tratan con éter - sustancia que no las disuelve - para posteriormente con una pequeñísima cantidad de ácido clorhídrico transformarlas en el polvo blanco cristalino que resulta tan conocido hoy en día.

Por su rápida absorción y la forma como se elimina los científicos alemanes que sintetizaron la cocaína creyeron que tenía propiedades terapéuticas al demostrarse que provocaba una fugaz pérdida de sensibilidad poniéndose en contacto con las mucosas. De esta manera Sigmund Freud la ensayó sobre el globo ocular de los batracios, observando que producía un adormecimiento de la conjuntiva, la cornea, la esclerótica y las vías lacrimales. El futuro psicoanalista escribió, en un trabajo intitulado "Uber Coca" (Sobre la coca), que suscitaba una isquemia de los vasos sanguíneos del ojo, por lo que podía ser aplicada como un anestésico local. Sin embargo, Freud no llevó a cabo el ensayo en seres humanos, por lo que fue su colega Karl Küller quien ha pasado a la historia como el descubridor de la anestesia local.

A lo largo de varios años Freud leyó la mayoría de los trabajos sobre el alcaloide incluyendo el de Aschenbrandt, quien reportaba que a los soldados bávaros a los que se les administraba cocaína se les incrementaba la capacidad para resistir cualquier maniobra militar. Es más, el psicoanalista utilizó la cocaína en sí mismo, demostrando que lo excitaba provocándole una cierta euforia, por lo que quiso ayudar a un amigo que sufría de morfínomanía, pero el resultado fue que adquirió una adicción peor.

La vía de administración más frecuente de la cocaína es la nasal y se ha demostrado que por regla general quienes la consumen por primera vez no obtienen un estado placentero. Por el contrario, en la mayoría de los casos se presenta angustia, debilidad muscular, temblor de manos, midriasis, palidez y hasta una sensación de frío. Incluso si la dosis fue alta puede ocurrir fuerte pérdida de conciencia y un colapso. Sin embargo, cuando se repite el contacto con la cocaína aparece la euforia que tanto desean los que se vuelven drogadictos. En general, disminuyen las inhibiciones, se intensifican los afectos produciéndose una rápida sucesión de ideas y la incesante locuacidad.

Un síntoma frecuente de los cocainómanos es la liberación de la homosexualidad latente y algunos autores sostienen que el efecto es consecuencia de la intoxicación porque desaparece cuando deja de circular en la sangre, pero los que somos psicoanalistas sabemos que se trata de un elemento inconsciente que se hallará a lo largo de la terapia.

En las formas agudas de cocainomanía captamos los autorreproches y las molestias físicas. Cuando se prolonga su uso se van produciendo alteraciones físicas profundas en las fosas nasales y el padecimiento se convierte en una grave enfermedad mental. El sujeto presenta excitación nerviosa, impotencia para el trabajo intelectual y hasta una fuerte abulia. Todo ello se acompaña por una actividad desordenada y difusa que se va tornando incoherente, predominando la confusión mental.

Con la cornicidad la persona pierde toda noción de aseo y abandona sus ocupaciones cayendo en una vida miserable. Su carácter oscila entre la alegría sin límite con fuerte irritabilidad y obstrucción de los elementos morales que la acompañaban antes de la adicción. No tardan en aparecer señales de caquexia, disminución del peso, decoloración de la piel y postración. Los reflejos se exaltan, dilatándose las pupilas. La lengua tiembla y se acelera el ritmo cardíaco, aumenta la sudoración y decae la potencia sexual, a pesar de que el enfermo habla constantemente del tema erótico. El insomnio suele volverse constante y surgen sobresaltos cuando el enfermo se duerme.

El cuadro clínico se vuelve más patético cuando estalla el delirio persecutorio y la persona se siente vigilada escuchando injurias de quienes le rodean. Piensa que la sociedad ha cambiado y la acusa de ser la causante de los males que padece. A veces se observa un delirio de celos asegurando el cocainómano que su mujer le es infiel buscando pruebas en actos triviales, o se imagina confesiones de ella que obtuvo en el pasado.

A pesar de lo anterior el adicto a la cocaína no se da cuenta del verdadero estado en el que se ha sumido y sostiene con firmeza las más raras e incongruentes manifestaciones de su delirio acusando como locos a los demás y negando su situación. Sin embargo, aunque su conducta revela inquietud pueden pasar largos periodos en los que no les notamos nada anormal, los cuales desaparecen en cuanto vuelve a absorber una nueva dosis de cocaína.

En el fondo el problema posee similitud con el alcoholismo, donde vemos personas sin patología cuando están sobrias, pero el pronóstico del cocainómano es más desfavorable si la droga resulta económicamente alcanzable. Además la curación del enfermo resulta difícilísima al no haber ninguna auto-crítica y existir una cierta colaboración del terapeuta que no pone límites, o de una familia que no colabora para romper la adicción.