

Señoras y señores,

Primero, quería agradecer a la Fundación Española de Toxicología Clínica, y en particular a la doctora Ana Ferrer, por su generosa invitación. Me siento muy honrado de que me hayan invitado a hablar ante Vds.

En segundo lugar, quería disculparme por mi pésimo español. Tengo sesenta y siete años, y es la primera vez que he tenido ocasión de expresarme en público en su idioma tan bello.

En tercer lugar, quería explicar como y porque llegué a unas ideas u opiniones sobre la adicción a la heroína tan heterodoxas.

Hasta mi jubilación en 2005, fui durante muchos años psiquiatra en un hospital general y en la cárcel de Birmingham. Era también médico de cabecera de guardia y los fines de semana. Las dos instituciones estaban juntas; la diferencia más grande entre las dos era que había mucha más violencia en el hospital.

Tenía muchos, centenares, de pacientes adictos, sobre todo en la cárcel. Vale la pena considerar brevemente la historia de la adicción a

la heroína en Gran Bretaña. En los años cincuenta del siglo pasado, teníamos un sistema que se llamaba *the British System*, el Sistema Británico, según el cual un adicto podría registrarse con el *Home Office*, el Ministerio del Interior, y recibir su heroína gratis de un médico. En ese momento, había más o menos sesenta adictos en todo el país. Cincuenta años más tarde, había ciento cincuenta mil adictos que se inyectaban heroína.

*The National Institute on Drug Abuse*, el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, en Washington, D.C, dice en su página web que la mejor definición de adicción es la siguiente:

a chronic, relapsing brain disorder characterized by compulsive, often uncontrollable drug craving, seeking, and use, even in the face of negative health and social consequences...

una enfermedad crónica del cerebro, con recaídas frecuentes, caracterizada por un anhelo, una búsqueda y un uso compulsivo, muchas veces incontrolable, a pesar de las consecuencias negativas al punto de vista social y de salud.

Evidentemente, los cerebros de los ingleses habían cambiado mucho entre los años cincuenta del siglo pasado y el año 2000.

Hoy en día, la definición citada es una ortodoxia casi indiscutible. Pero hay otras creencias de la doctrina moderna de adicción a la heroína, aceptadas no solo por el gran público, sino por la gran mayoría de los médicos. Por ejemplo:

Es fácil hacerse heroinómano. Además, los heroinómanos acaban así más o menos por casualidad.

Es difícil dejar de ser heroinómano porque el síndrome de abstinencia es muy grave, con sufrimientos intolerables.

Los heroinómanos tienen que cometer delitos porque ellos no pueden trabajar normalmente, pero necesitan dinero para comprar su heroína, entonces para ellos no hay alternativas a la criminalidad.

El tratamiento médico es necesario para que los adictos dejen de ser heroinómanos.

Todo eso no solo es falso, sino obviamente falso. No obstante, es muy probable que la gran mayoría, incluso los médicos, de la población crean algo parecido.

No es fácil convertirse en un heroinómano que se inyecta la droga. El profesor australiano, Shane Darke, en su libro magistral, *The Life of the Heroin User: Typical Beginnings, Trajectories and Outcomes*, La Vida del heroinómano: principios, cursos y resultados típicos, dice que el heroinómano medio toma heroína de vez en cuando, o a ratos, durante dieciocho meses antes de ser drogodependiente, es decir físicamente dependiente. Hay que admitir que el profesor Darke diga también que dieciocho meses es poco tiempo, aún asombrosamente poco tiempo; pero para mí, no lo es. Es mucho tiempo.

Además, como dice el profesor Darke, los heroinómanos tienen mucho que aprender: por ejemplo, dónde y cómo encontrar su heroína, cómo prepararla, y cómo inyectarse. Es necesario vencer una reticencia natural a inyectarse.

No es por casualidad que los futuros heroinómanos se relacionen con los heroinómanos establecidos. Solía yo preguntar a los adictos a la cárcel, ‘Porqué comenzó Vd a tomar heroína?’ Casi todos contestarían, ‘Porque fui a parar entre la mala gente.’ Lo que dirían ustedes, las malas compañías.

‘Interesante,’ diría yo. ‘Es extraño, pero encuentro mucha gente que va a parar entre la mala gente, pero nunca a la mala gente misma.’

Ellos - los heroinómanos - siempre reían. Entendían perfectamente lo que quería decir. La verdad es que la adicción para ellos era una forma de vida deseada, y no involuntaria. Sin ninguna duda, eso es un comentario triste sobre nuestra sociedad; pero así es. Además, nunca encontré un heroinómano, entre centenares, que se hiciera adicto por razones médicas.

El síndrome de abstinencia de heroína no es grave, muy al contrario. Hay muchas pruebas de eso. Nadie muere del síndrome. Dura muy pocas días. Muchas veces sus síntomas son comparados con los de una infección vírica transitoria. Es desagradable, pero mucho menos grave que el síndrome de abstinencia del alcohol, o aún de las benzodiazepinas. Se puede aliviar los síntomas con medicaciones simples y con medidas de acompañamiento.

Además hay pruebas de que una gran parte del sufrimiento causado por el síndrome es de origen psicológico más bien que de origen fisiológico. En los años veinte del siglo pasado, se hicieron experimentos en India que demostraban que los síntomas del síndrome de abstinencia de la morfina, podían ser aliviados por inyecciones de agua.

Un experimento en Viena utilizando el método de abstinencia rápida con naloxona intentó demostrar una correlación entre los síntomas físicos objetivos y los sufrimientos subjetivos de los adictos. No hubo absolutamente ninguna correlación. Todavía más interesante es que los sufrimientos subjetivos de los adictos alcanzaron siete octavos de su nivel máximo inmediatamente *antes* de la inyección de naloxona; es decir *antes* de que los síntomas pudieran comenzar.

Es interesante que los autores del experimento no se dieran cuenta de que los adictos sufrían antes de que el síndrome pudiera producirse. Solo dieron importancia a que no hubiera correlación entre los síntomas físicos y los sufrimientos subjetivos.

Por supuesto, existen síntomas físicos, pero el experimento sugiere que la ansiedad anticipada es muy importante, más importante que los síntomas físicos ellos mismos. Además, mi experiencia en la cárcel sugiere que muchas veces los adictos exageran sus sufrimientos si creen que pueden obtener ventajas exagerando sus sufrimientos.

En la cárcel solía observar a los adictos juntos en una sala de espera antes de examinarlos individualmente. Antes, charlaban, reían, bromeaban, etcétera. Pero al entrar en mi consultorio, comenzaban sus sufrimientos inaguantables. Cuando les señalaba que mi presencia

parecía generarles el malestar, se echaban a reír; decían que valía la pena tratar de engañarme. Cuanto tiempo hemos sido engañados?

La relación ente criminalidad y adicción a la heroína es mucho más compleja de lo que sugiere la ortodoxia; a saber que los adictos cometen crímenes porque necesiten dinero para comprar sus drogas. Pero en los Estados Unidos en los años veinte y treinta, la adicción a la morfina era compatible con un trabajo normal; muchas veces los adictos trabajaban normalmente.

Además la vida hoy en día de un adicto en Inglaterra (debo excusarme por el uso continuo de Inglaterra como ejemplo tal vez las cosas sean diferentes en España) implica mucho trabajo. He conocido adictos que hablaban del robo como su trabajo habitual, que puede ocuparles de 9 de la mañana a 5 de la tarde. La vida de un adicto moderno es muy ocupada.

En la cárcel donde trabajaba, al menos dos tercios de los prisioneros adictos habían sido condenados múltiples veces *antes* de ser encarcelados. Eso es muy significativo. Un prisionero en Inglaterra ha sido convicto de media cinco veces antes de su primera pena de prisión. Pero los presos me han dicho que ellos han cometido cinco a veinte crímenes por cada crimen por el que han sido acusados. En

otras palabras, los adictos a la cárcel habían cometido entre veinticinco y cien crímenes *antes* de haber probado la heroína. Entonces, su criminalidad no era resultado de su adicción. Por el contrario, es más probable que su adicción fuera resultado de su tendencia a la criminalidad. Por supuesto, tal vez no haya una relación causal entre criminalidad y adicción a la heroína.

Una obra literaria escrita por un adicto norteamericano que se llamó William S Burroughs, titulado *Junk*, que es una palabra de jerga para la heroína, clarifica la relación ente crimen y adicción, por lo menos en su caso. Nació en una familia rica de los Estados Unidos, y desde una edad temprana tenía una fascinación por el crimen y los delitos. Pese a no tener ninguna necesidad económica, robaba su dinero a los borrachos en el metro de Nueva York mientras dormían sobre los bancos. Y eso *antes* de tomar heroína.

Es también interesante notar que los adictos como Burrough solían calificar a los médicos que les prescribían opiáceos como *Writing fools*, tontos que escriben. Es decir que ellos, los adictos, despreciaban mucho a estos médicos - precisamente porque estos médicos habían sido así de fácilmente engañados por ellos - o porque estaban corrompidos y prescribían meramente por lucro.

Como máximo, pues, la adicción a la heroína puede ser un motivo más para la criminalidad. Una prueba de eso es que los adictos a quienes se ha prescrito metadona como sustitución de su heroína continúan cometiendo robos, aunque menos que antes, tal vez porque la metadona es más sedante que la heroína.

No es cierto que los adictos necesiten tratamiento médico para dejar de ser adictos. Hay dos grandes experiencias históricas para probarlo. La primera es de China y la segunda de los Estados Unidos: entonces vienen de los lados opuestos del espectro.

Mao Tse Tung fue el más gran terapeuta de adicción en toda la historia. Después de su toma de poder, amenazó a millones de adictos al opio con penas severas, aún la muerte, si ellos no dejaban de tomar opio. Recibían ayuda mínima. Veinte millones de adictos dejaron de serlo porque creyeron a Mao.

Por supuesto, no propongo esta política o este tratamiento, si se puede llamar así. Pero esta política sugiere que Mao entendía algo sobre la adicción que muchos, incluso en Instituto Nacional del Abuso de Drogas no entiende: a saber, que la adicción no es una enfermedad como las otras, que hay una diferencia fundamental. No habría tenido sentido que Mao amenazase con castigar a los pacientes con artritis

reumatoide o la enfermedad de Parkinson. Pero si, tuvo sentido amenazar a los adictos con penas.

Durante la Guerra de Vietnam, docenas de miles de soldados norteamericanos se hicieron adictos a la heroína, incluso inyectada. Muchos cumplían los criterios de adicción a la heroína. La investigadora norteamericana, Lee Robbins, descubrió que la inmensa mayoría de ellos dejaron de ser adictos después de su regreso a los Estados Unidos - y todo eso sin mucha ayuda. En efecto los que recibían más ayuda eran los que tuvieron menos éxito en dejar de ser adictos: podría ser que estos fueran los adictos más graves o con personalidades más difíciles.

Además, Robbins descubrió que los adictos que dejaron de serlo después de su regreso, aunque tomaban heroína de vez en cuando, no volvieron a ser adictos. En otras palabras, no eran permanentemente afligidos con una enfermedad cerebral con recaídas frecuentes.

Por contraste es experiencia común que muchas veces la conversión religiosa tiene un impacto profundo sobre los adictos. Recientemente regresé del Brasil donde todo el mundo dice que los misioneros protestantes evangélicos (que no me gustan particularmente) tienen

mucho éxito rescatando a los adictos más degradados que viven en las calles. La conversión religiosa no cura la enfermedad de Parkinson.

En otras palabras, todos los postulados de la ortodoxia no solo son falsos, sino obviamente falsos. En mi opinión, no hay investigaciones neurobiológicas que puedan invalidar estos argumentos. Por ejemplo, si es realmente el caso de que miles o millones de adictos a opiáceos han dejado de ser adictos, nada puede probar que sea imposible de dejar de ser adicto sin ayuda médica. Lo que ya ha ocurrido tiene que ser posible. Si es verdad que mucha gente puede tomar heroína sin hacerse adicta, algo más que las características de la droga debe ser responsable de los comportamientos asociados con la adicción a la heroína.

Todos los ejemplos que he citados se encuentran (bien que sin énfasis) en los libros de texto. Todos estos libros dicen, por ejemplo, que el síndrome de abstinencia no es grave. Es verdad que unos dicen que es muy desagradable, pero esta aseveración tiene la calidad de un mantra. En nuestro hospital nuestra experiencia era diferente. Decíamos a los adictos que aliviaríamos sus síntomas objetivos cuando aparecieran. Los ingresábamos en la enfermería y después de dos o tres días, muchas veces ellos preguntaban cuando iba a comenzar su síndrome de abstinencia. Quedaban asombrados cuando les decíamos que ya había pasado.

Por qué estas reflexiones han sido pasado por alto tan frecuentemente? Es experiencia común de todos los médicos que tratan a los adictos la exageración de los síntomas de abstinencia. No obstante, nadie saca una conclusión.

Según la psiquiatra norteamericana, Sally Satel, en su libro *Brainwashed: the Seductive Appeal of Mindless Neuroscience*, Lavado Cerebral: el Atractivo Seductor de la Neurociencia sin Mente, en los años setenta del siglo pasado el Instituto Nacional del Abuso de Drogas dijo al Congreso de los Estados Unidos que la adicción era una enfermedad cerebral con recaídas frecuentes no porque fuera la verdad, sino para que el Congreso estuviese dispuesto a gastar dinero en investigación si se presentaba como una enfermedad, y no como un problema mucho más complejo. Todos los legisladores quieren soluciones técnicas, incluso cuando los problemas no sean técnicos.

Pero el problema, si es que es un problema, es mucho más profundo: es cultural. En mi opinión, data de los románticos ingleses de los años veinte del siglo diecinueve. Hasta que Thomas De Quincey publicara su libro, *The Confessions of an English Opium Eater*, Las Confesiones de un Inglés Comedor del Opio, en el año mil ochocientos veintiuno, tomar opio, en forma de láudano, no era gran cosa. Por ejemplo, el gran paladín inglés anti-esclavitud, William Wilberforce, tomaba

láudano cada día de su vida adulta sin ningún problema. Murió en mil ochocientos treinta y tres a la edad de setenta y cuatro años.

El libro de De Quincey cambió la actitud ante la adicción para siempre. De los placeres del opio escribió:

¡Ah, justo, sutil y poderoso opio! ¡Bálsamo y alivio de los corazones de los pobres y los ricos por igual, de las heridas sin curación, de los tormentos que incitan la rebelión del espíritu. ¡Opio elocuente! (...)

Sólo tú le otorgas tales dones al hombre; tú posees las llaves del

Paraíso. ¡Ah, justo, sutil y poderoso opio!

Pero de las penas del opio escribió:

Muchas veces querrás preguntarme por qué no me libré de los horrores del opio suprimiendo o disminuyendo su uso. A esto responderé en pocas palabras: podría pensarse que cedí con demasiada facilidad a las fascinaciones del opio; no cabe suponer que

nadie se sienta atraído por sus terrores. El lector puede estar seguro de que hice innumerables intentos por reducir la cantidad. Añadiré

que fueron quienes presenciaban la agonía de dichos intentos, y no yo

mismo, los primeros en rogarme que cediese. Pero ¿acaso no podía ir disminuyendo una gota diaria o bien agregar agua y luego dividir una gota en dos o tres partes? Dividir mil gotas me hubieran llevado casi seis años: no hay duda de que tal método era insuficiente. Sin embargo, este error es muy frecuente en quienes no tienen ningún conocimiento experimental del opio, pero me dirijo a quienes sí lo tienen para preguntarles si no ocurre siempre que es posible reducir la cantidad con facilidad y aun con placer sólo hasta cierto punto, pasado el cual toda nueva reducción es causa de intensos sufrimientos.

Desde entonces, este concepto exagerado de adicción ha triunfado completamente. De Quincey admitió en su libro que había tomado opio todos los sábados durante diez años ante de hacerse adicto; no obstante, tengo casi una biblioteca entera de libros que repiten todas las exageraciones de De Quincey. Hay casi una sucesión apostólica de libros que repiten, más o menos, las palabras De Quincey, y que hablan de la esclavitud, de las cadenas de la adicción. En las películas sucede algo parecido. Un buen - o mal - ejemplo es la película

británica reciente, *Trainspotting* (no se cómo traducir el título), en que el síndrome de abstinencia de la heroína se representa cómo un delirium tremens. La literatura ha triunfado sobre la realidad farmacológica, no solo en las mentes del gran público, sino en las de los médicos.

No quiero decir que nuestros tratamientos son necesariamente equivocados. No obstante, si los adictos creen que son esclavos en cadenas, es decir las cadenas de adicción, creerán también que es necesario que alguien tenga que liberarlos. Eso es una profecía autocumplida. Muchos adictos me han dicho, 'Dejaría yo de tomar heroína si alguien me diera ayuda.' Hubo una broma en la ex-Unión Soviética: Nosotros fingimos a trabajar, ellos fingir pagarnos.' A veces me pregunto si, en los casos de adicción, ellos fingen estar enfermos, y nosotros fingimos curarles. Por lo menos, me parece extraño que en una ciudad como Dublín, haya dos veces más muertos de sobredosis de metadona que de sobredosis de heroína.

En resumen, creo que nuestro concepto de adicción a la heroína es equivocado y simplista. Creo que nuestras ideas equivocadas tienen un origen sobre todo literario.

Señoras y señores, gracias por su atención, y una vez más, disculpen por el castellano.