



BORRADOR DE PROYECTO PARA LA ASISTENCIA DE PERSONAS USUARIAS PROBLEMÁTICAS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

1 - INTRODUCCIÓN:

Quien escribe estas líneas – quizá en exceso extensas para el tiempo disponible de cualquier profesional inmerso en el arduo trabajo a que se encuentra sometido – ha recorrido varios años de su vida – mas de 26 - entre dispositivos para el entendimiento, la aproximación y el tratamiento de personas que en algún momento de sus vidas estuvieron demonizadas por consumir sustancias psicotrópicas ilegales o haber caído en dependencia por alcohol o juego. Este escribiente también entendió, que antes y después de esas experiencias, las sustancia que planteaba mayores problemas sociales y con presencia endémica milenaria, la constituía el alcohol etílico, lo cual le condujo a no perder de vista este fondo peculiar de la sociedad, mientras intervenía en las distintas oleadas de consumo que le tocaron vivir. Por eso, deberán disculpar algunas de sus disgregaciones.

2 – España 1980-1992.

La España de 1976 consumía - aparte de ingentes cantidades de bebidas alcohólicas - otras sustancias – especialmente estimulantes directos, tranquilizantes menores y cannabis - y conducía automóviles con relativo riesgo para la Salud, en épocas que la inseguridad ciudadana, los accidentes de tráfico o la siniestralidad laboral, se relacionaban muchos más con la precariedad, el maltrato, la pobreza, las condiciones de trabajo, el precario o nulo mantenimiento de las carreteras, ausencia de medidas de seguridad, que con los efectos directos y perturbadores de aquellos psicofármacos. En Barcelona y Madrid pocas voces y equipos trabajaban denunciando los problemas relacionados con el abuso de las bebidas alcohólicas en muchos de estos asuntos (Freixas y otros) pero sus prédicas poco eco tuvieron en los estamentos políticos de la época.

A finales de los 70 y en comienzos de los 80 irrumpió la heroína en el mercado ilegal español de sustancias psicoactivas y con esta molécula – reconocida como la mas mortífera de los analgésicos heroicos – se inició un problema sin precedentes en la historia de la medicina, la psiquiatría, las ciencias sociales y la educación. El fenómeno “Heroína” desplazó al resto de todos los - como pocos - debates sobre sustancias adictivas, y un número relativamente pequeño de consumidores (300.000 estimados para la época, o sea algo menos del 0,01 para el total de la población) condujo a tales cotas de alarma social, de mortalidad juvenil, de locuras descontroladas, que debió crearse – con bastante retraso - una Secretaría de Estado adjunta a la Presidencia del Gobierno, para establecer un Plan General de Lucha contra las Drogodependencias en 1985.

Los resultados asistenciales obtenidos por aquel Plan Nacional sobre las Drogas en España fueron en el corto y medio plazo desastrosos, ya que no consideraron la superposición de otra mortífera epidemia : El Sida. Pasada la masacre juvenil sin guerras, mas tarde tuvo el mérito de organizar en toda la geografía del Estado una red de discusión, investigación y asistencia de cobertura nacional, gestionada por las Comunidades Autónomas con distintos enfoques y soluciones. De ahí, la asistencia dispar que intenta en los comienzos del siglo XXI dar respuesta a los múltiples problemas psico-socio-sanitarios relacionados con el consumo de sustancias, en muchos sitios, aún en paralelo – no integrada - a la red de asistencia psiquiátrica, pero evidentemente, con la intención de centrar el tratamiento en las personas.

Así entendido, el paisaje español ha sido original, no es extrapolable a ningún otro país, dado cada



región autonómica, si bien cumplió criterios mas o menos generales con el plan, el paternalismo puritano, el desconocimiento epidemiológico, el asistencialismo médico, el desentendimiento de las Escuelas de Medicina, su perspectiva biológica y el enfrentamiento entre profesionales de distintas escuelas, todo sumado a la racanería política y un respeto, en varias autonomías, excesivo a la oferta-demanda y el libre mercado, entre muchas otras variables; determinaron un paisaje insólito de ofertas pintorescas de “tratamiento” que por la experiencia, el ensayo error, la masificación de las prisiones, condujeron entre otros extremos, a replantear el asunto para también mas o menos reconducirlo a la realidad de hoy.

Esta se caracteriza en líneas generales, por una política centrada en la prevención de los riesgos, la detección y tratamiento precoz del abuso, el consumo responsable y en los casos de consumo problemático, la asistencia centrada, como se ha mencionado al comienzo, en el “bienestar de la persona”, entendida como “poseedora de todos los derechos civiles del ciudadano”.

2.1 – Las Comunidades Terapéuticas en los años 80 del siglo XX.

Pero las empresas nacientes (1982) se debieron adecuar a su tiempo y poco se pudo incidir en una sociedad que no deseaba escuchar voces disonantes; menos aún cuando estas voces perturbaron o denunciaron flagrantes atentados a los Derechos Humanos, exponiendo sus dramáticas casuísticas o reclamando menos tratos de favor a programas de seguro fracaso asistencial, como lo fueron los centros de asistencia urbanos libres de drogas o la extensa red de camas hospitalarias para la desintoxicación puestos en marcha en 1985 sin mas opciones de seguimiento, mientras los habituados al consumo endovenoso de sustancias, enfermaban y morían de SIDA desasistidos por los miedos al contagio en los profesionales de la Salud. De espaldas a los expertos, como solución segregadora para los políticos y ante los reclamos de las familias, surgieron los recursos rurales aislados que de manera general se le denominó “Comunidades Terapéuticas para Drogodependientes” CTD.

Existe mucho material publicado y es fácil construir discursos “sin mojarse y desde la academia” sobre una época, para denostar el trabajo de las CTD revolviendo papeles, revisando encuestas parciales o con la visita fugaz a lugares previamente seleccionados y maquillados. Resulta hasta sencillo “uniformizar” experiencias de acuerdo a la aplicación de éste o aquel modelo teórico, descalificando a todo aquello que no pueda ser encuadrado en el orden de alternativas que el investigador próximo al poder, ha preparado para su discurso. Pero en la realidad española y catalana de los 80 y 90, las CTD, del signo que fueran en los filosófico y metodológico, no tuvieron responsabilidad alguna en los desastres provocados por la política general de segregación, persecución y prohibición decretada desde las instancias del gobierno.

Las “estrategias de supervivencia”, de “adaptación” o “los agobios cotidianos” a las que apuntan muchos trabajos de psico-sociólogos universitarios para justificar sus recelos sobre las CTD (Megías, Rodríguez Cabero y Comas Arnau) no son problemas distintos de los que tienen y han tenido siempre el resto de las pequeñas y medianas empresas, vistas por los funcionarios y universitarios de distinto color, cuando por otra parte, los número dicen que en un país cualquiera ocupan al 70 u 80% de todos los trabajadores. Nosotros hemos pensado que el problema no está en “el mercado” y “dejar hacer cualquier cosa” para ver que pasa después. En temas de Salud Pública y en Epidemias, le corresponde al Estado y sus Instituciones, asumir el papel que le toca por encima de las voluntariedades y los emprendimientos privados.

Esta exposición expresará, entre otros muchos asuntos, la experiencia profesional de la Comunidad Terapéutica (CTD) Sant Miquel Maifrè (SMM), gestionada por la Fundació Font Picant desde 1993. Antes de SMM, la Fundació había iniciado su programa asistencial rural en el antiguo hotel balneario de Sant Hilari de Sacalm o “Font Picant” que funcionó entre 1986 y 2000, con sus orígenes en el



Consultorio de la Sagrada Familia (Barcelona) en donde inició su pre-andadura en noviembre de 1981 para el tratamiento multidisciplinar de personas con consumo problemático con eje en heroína, habiendo sido centro pionero en la puesta en marcha de planes de sustitución narcótica con mantenimiento con Metadona.

3 - El tratamiento de los “locos

Los consumidores de aquella época fueron considerados por los medios de comunicación y la opinión pública vulgar “sujetos peligrosos” próximos a los locos y psicópatas delincuentes en serie, por cuanto en lo que sigue, se iniciará un repaso sobre los centros de tratamiento para los “enajenados mentales”.

El tratamiento de las personas con problemas de salud mental, de los vulgarmente llamados “locos”, ha pasado a lo largo de la historia por diferentes fases. En el inicio, el enfermo mental era un candidato para el exterminio físico, bien por simple abandono o métodos mas expeditivos, aunque se relata que en algunas culturas se salvaba algún “enajenado” (dementes y algunos maníacos) a quien se le llegaba a otorgar hasta condición sagrada. La opción por la eliminación física fue siendo sustituida de forma progresiva por la reclusión de por vida a petición de familias, ciudadanos en ejercicio de la autoridad pública, de tal manera que en la segunda mitad del siglo XIX casi todos los considerados “locos” y “peligrosos” estaban acogidos en miserables condiciones, por largo tiempo o de por vida, en “manicomios” y otras instituciones similares. Sin más, hoy, cualquier psicopatólogo que se precie, sabe que en la cárcel se encuentran, casi con exclusividad enfermos mentales, dado el motivo de la reclusión por largos períodos de tiempo no se basa en la culpabilidad sino en la “peligrosidad de sus internos” o en la “alarma social” que pueda ocasionar su puesta en libertad..

Philippe Pinel (1800) pasó de ser un médico provinciano pobre en París, a un hombre que se adelantó a su tiempo: fue fundador de la vacunación universal en los manicomios e iniciador de la medicina geriátrica, además de ser el innovador del tratamiento psiquiátrico, en cuanto introdujo la comprensión y la exploración de la alienación mental y la manía. Sus trabajos clínicos y su sensibilidad por el Ser humano recluido y enfermo, lo convirtieron en el padre de la psiquiatría en Francia. Las inhumanas carencias y la ausencia de técnicos en las instituciones de internamiento fueron denunciadas por Pinel. Su actitud reformista valoraba *el adecuado internamiento como una oportunidad terapéutica*, aunque también establecía la necesidad de estructuras, procedimientos y protocolos de diagnóstico previo con la finalidad de evitar que perfiles inadecuados fueran dirigidos hacia una institución que ya no era un “deposito indiscriminado” sino un “lugar para la reparación”.

Dora B.Weiner, profesora de historia y ciencias humanas, es la autora de un libro que registra los aportes de Pinel a la medicina universal, y sitúa a los lectores en el contexto de una Francia en medio de la Revolución:

"Allí donde otros veían un cuerpo enfermo y buscaban la lesión, como sede de la enfermedad, Pinel examinó al Ser, a la persona y su sufrimiento". Pinel, durante casi siglos sólo fue estudiado como creador del tratamiento moral, habiendo sido además investigador, profesor, pensador y médico general. (Comprender y curar. Philippe Pinel (1745-1826) La medicina de la mente, Dora B. Weiner; Fondo de Cultura Económica, México, 2002.

Augusto Vidal (Argentina) escribe sobre una psiquiatría que tuvo orígenes franceses, tal cual lo relató en la Revista Anales Franceses de Psiquiatría (1998):



“La psiquiatría nació francesa y revolucionaria. Ya de tiempo atrás venían abriéndose paso creencias e ideas cada vez más esclarecedoras; pero también es justo recordar que hubo precursores en Inglaterra e Italia. Pero, de hecho, la psiquiatría surge con las obras fundacionales de Pinel : Nosographie philosophique (1779) y Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale (1801). El título en sí de estas obras es elocuente para comprender la relación que entre la ciencia y la razón proponían estos gigantes. La filosofía de la ciencia (o filosofía en la ciencia) dista mucho de haber nacido ayer. Los alienistas de La Salpêtrière y Bicêtre - los hospitales parisienses, organizados a favor del "gran encierro" dispuesto por el Rey Sol para alojar a los vagabundos, mendigos, delincuentes e insanos - van perfilando gradualmente las especies nosológicas con precisión cartesiana. Hitos importantes en esta historia son : la tesis sostenida por Bayle en 1822, “Recherches sur les maladies mentales”, con la que establece el método anatomoclínico en psiquiatría; la ley de 1838, que ordena la estructura jurídica e institucional de la asistencia de los enfermos psíquicos; los estudios de Morel y de Magnan sobre la degeneración; la obra del maestro de Freud, Charcot, decisiva en el despliegue de una psicopatología científica e iniciador del proceso de psicologización de los trastornos psíquicos; Comte y la sociología, Durkheim y los comienzos de la investigación epidemiológica; y, en fin, las investigaciones originales de Janet y Ribot, de Binet, de Clérambault y tantos otros cultores de las psicociencias...”

3.1 – la transformación de los manicomios.

Pero los manicomios continuaron siendo instituciones inhumanas, a donde no llegaron los Derechos del Hombre, ni en la Revolución Francesa ni en la Americana. Existieron experiencias importantes bien adentrado el siglo XX a pesar de las barbaridades extendidas desde la ex-Unión Soviética hasta las islas griegas del Mediterráneo y desde el Finisterre hasta las costas del Pacífico; pero en la actualidad y con el avance del neo-liberalismo, aquellos intentos de humanización centrados en el tratamiento de las personas, perdieron fuerza y en el pequeño Uruguay donde en los años 50 la psiquiatría era un ejemplo para toda América, se asiste a la miseria mas cruel y brutal en la Colonia Etchepare después de haber sido un modelo de intervención con alta participación de los enfermos a mediados del siglo XX. (Espinosa 1987)

Esta realidad nosocomial tuvo sus transformadores en Francia (Henry Ey) quien después fuese denostado y descalificado por haber trabajado bajo la ocupación nazi con los enfermos mentales que se exterminaban. Los antecedentes de Ey condujeron a la posterior transformación del hospital psiquiátrico en Comunidad Terapéutica, determinada a partir de ciertos criterios posteriores al nacimiento de las Naciones Unidas (ONU) después de la Segunda Guerra entre los que se destacaron: suficientes profesionales bien formados, interdisciplinariedad, metodologías dinámicas y participativas, transparencia, respeto a los ciertos Derechos Humanos hasta entonces conculcados, trabajo integrado al problematizado grupo y optimización de los recursos humanos como económicos.

La estrategia de los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para sus primeras épocas, enfatizaba conformar un grupo de profesionales con una titulación adecuada para realizar las tareas, formados para actuar según un criterio democrático. Entre estos profesionales podrían participar personas que hubiesen padecido problemas similares al de los usuarios lo cual proporcionaría un mayor grado de empatía al equipo, siempre que su rol se justificase después de una titulación o preparación adecuada. Obsérvese que aún hoy, no es la “democracia” lo que domina en las problematizadas instituciones hospitalarias generales ni lo será de ahora en muchos años. La institución, en general, se caracteriza por su elevada jerarquización en donde “todo un Jefe de Gobierno” puede ser manteado por auxiliares de clínica sin poder decir esta boca es mía.

Esta propuesta de organización para la institución hospitalaria de psiquiatría, representó, al menos



hasta los inicios del 70, la más completa y quizá mejor estructurada de las alternativas para la necesaria reforma de la salud mental en Occidente. Y así, de esta manera formal lo interpretó la OMS, cuando en las recomendaciones de los Comités de Expertos entre los años 1953 y 1959 aconsejó a los países Miembros que la adoptasen en sus programas nacionales. Lamentablemente, triunfó una alternativa más radical y barata para los gobiernos, consistente en el desinternamiento de los manicomios que se produjo en el sector público para la práctica totalidad de Occidente(excepción de Cuba donde se democratizaron los manicomios) entre los años 60 y hasta principios de los años 80. En los sitios que este fenómeno no se produjo de forma masiva, los enfermos mentales crónicos, refractarios a los tratamientos farmacológicos introducidos (primeros tranquilizantes mayores: Largactil, Fenergan, Haloperidol) siguieron hacinados en iguales o peores condiciones, debido en gran parte al abandono y desmantelamiento del sector, en cumplimiento de los dictados económicos impuestos por el BM y el FMI. en el último tercio del siglo pasado.

3.2 - La contribución de Jones en la reforma del hospital psiquiátrico.

Origen de las CT “profesionales” centradas en los problemas de las personas enfermas.

Para Maxwell Jones “Comunidad Terapéutica Democrática” y “democracia institucional” significaba que los roles respectivos de profesionales y usuarios no eran asimétricos, aunque sí distintos y complementarios; sobre todo, muy explícitos. Pero no debía de establecerse ningún tipo de jerarquía entre ellos, porque todos los integrantes eran miembros iguales de una misma sociedad en las que estaban sometidos al mismo sistema de derechos y deberes. Las diferencias de roles tendrían, por tanto, que ver con el buen saber y la utilización de los mismos en términos de ayuda y eficaz atención a las necesidades de los usuarios. Obviamente este saber establecía un principio de relativa desigualdad, extremo no considerado importante por Jones, porque al fin y al cabo, algunos debían ser “responsables” de la Institución.

Sobre esta base general Jones estableció unos principios, entre los que se destacan:

- La realización de asambleas generales resolutorias en la Comunidad Terapéutica con profesionales y usuarios.
- La conceptualización de “equipo terapéutico” para el conjunto de los profesionales en base a los aportes realizados por la medicina, sociología y la psicología social.
- La jerarquización de las tareas relacionadas con el trabajo y las reuniones en equipo. La idea central de Jones pivotaba en que todos los miembros del equipo poseyeran un nivel de información equivalente sobre las características de los usuarios, sus necesidades, los procesos terapéuticos que seguían, con el agregado que las reuniones sirvieran para recoger información sobre estos mismos usuarios. Jones formalizó en muchas páginas la cuestión de las reuniones de equipo, abordando la organización de diferentes comisiones: acogida, valoración y diagnóstico, seguimiento y evolución de los casos, salidas, altas terapéuticas,, etc. así como el tipo de profesionales que debían participar en ellas, como las tareas que debían desarrollar.
- Aplicó el uso de lo que entonces se llamaba socio-terapia, o sea talleres y prácticas educativas para los internos, que permitían ir adquiriendo destrezas sociales y en especial el desarrollo de la capacidad para ir asumiendo responsabilidades.
- El modelo de “confrontación” lo consideró imprescindible para avanzar en la resolución de los problemas en la institución. Sin embargo no lo planteó como “modelo terapéutico”.



Todo ello suponía para Jones una “nueva modalidad de terapia psiquiátrica”, aproximándose a lo que ahora llamaríamos modelo multidisciplinar y trans-teórico de intervención y que trataba de englobar todas las orientaciones terapéuticas entonces practicadas, desde el psicoanálisis hasta los modelos conductuales de Watson. Al final M. Jones integró su modelo de intervención de acuerdo con la Gestalt o “teoría de los sistemas” (basado en la psico-sociología) creando “marcos conceptuales” que englobaban al resto de las actuaciones e interacciones dentro del propio sistema.

Para Jones la CCTT constituía un “sistema comunicativo”, porque entendía: “conforma un espacio holístico para la aplicación práctica de todas las posibles ideas y orientaciones teóricas y metodológicas. Es decir, lo que en términos modernos se conoce como un sistema cerrado pero operativamente abierto”. (Habermas)

La CT de Jones (1976) – por la que se basó la constitución de la Fundación Font Picant en el Balneario de Sant Hilari (Girona – 1985) para Drogodependientes - constituía un lugar cerrado en el que fluía la información sin ningún límite, un sitio ex profeso “desorganizado” en constante re-elaboración y evaluación y en el cual el “equipo terapéutico” debía poner, de forma permanente la información externa a disposición de todos. En este lugar y en esas condiciones se produciría un proceso de maduración individual como colectiva, siguiendo escrupulosos además de respetuosos itinerarios individuales sin el condicionamiento de un “tiempo terapéutico” pre-establecido. (trabajaba con enfermos crónicos)

Finalmente debería destacarse que Jones planteaba esta organización para la reforma de las unidades psiquiátricas en el último tercio del siglo XX, lo cual no incluía la atención específica para los hoy considerados “drogodependientes” que en definitiva, debieron de erigirse entre las ruinas de experiencias fracasadas en los manicomios reconvertidos y a la necesidad político-jurídico-penal de no recompensar a los delincuentes enfermos en instituciones consideradas “filo-libertarias”. En España no se permitió la reconversión durante el régimen del General Franco. La Ley General de Sanidad (BOE, 1986) de España trasladó a los enfermos mentales del manicomio a la calle o a las prisiones, que es donde su mayoría permanece y tiende a aumentar. (Referencias: Roig, 1985; Font Picant 1986; Comas, 1988; Roldán, 2001)

3.3 - El Tratamiento de las “adicciones” en el siglo XX. Alcohólicos Anónimos.

Con el desarrollo industrial y las espantosas condiciones de vida a que se sometía a los proletarios inmersos en el alcoholismo durante los siglos XVII y XIX, (Engels; 1845) amplios movimientos de “temperancia” se extendieron a través de Europa durante los siglos XIX y principios del XX, impulsados por la preocupación con respecto a los licores, que consideraron factor de todas las calamidades sociales durante el liberalismo expansionista burgués y derivaron en una oposición a todas las bebidas alcohólicas que saltó al otro lado del Atlántico. En la mayoría de países, aunque no en todos, el movimiento abstencionista fue perdiendo vigor hasta ocupar una posición de aparente escasa notoriedad en los finales del siglo XX, extremo que como se observará, no ha sido exactamente así.

El 6 de Enero de 1920 los Estados de la Unión ratificaron la decimoctava enmienda y la ley Volstead ponía en práctica unos poderes represivos y legales sin parangón en la historia para tratar el problema de las bebidas alcohólicas. Ese día se decretó que los estadounidenses debían ser abstemios. William Jennings Bryan, tres veces candidato demócrata a la presidencia de E.E.U.U. dejó bien clara la actitud de la naciente superpotencia en su discurso *“Debemos llevar al mundo la nueva doctrina que ha tenido tanto apoyo aquí. A medida que nos hagamos mejores y más fuertes gracias a la buena influencia de*



la Prohibición, estaremos en mejor posición para ayudar al mundo".

Durante la prohibición en los EEUU los ricos bebían licor de buena calidad y los pobres fueron acosados y lo consumieron – o casero – o de mala calidad, especialmente en las grandes ciudades industriales. Pierre Dupont, dirigente de la General. Motors, decía *"la gran masa de nuestros trabajadores y la gente pobre cree que la prohibición no prohíbe, sino que es un truco para privarlos de algo que sus hermanos más afortunados pueden comprar sin problemas."*

Con el fracaso de la Ley Voltead y la casi nula consideración de los alcohólicos crónicos por la sanidad norteamericana, un grupo de personas alcohólicas se conformó en un garaje para crear un programa de auto-ayuda basado en 12 pasos, "mandamientos" o "principios" caracterizados en sus primeros cinco por:

- a) La Impotencia o ausencia de voluntad para "auto-gobernar" el consumo.
- b) La "necesidad de creer" en un Poder Superior para recobrar el "sano juicio" establecido en Dios, ante quien "admitieron" la "naturaleza exacta de sus faltas" ante quien encomendaron su Voluntad en la meditación y la oración.

La evolución de AA.AA, y sus consecuentes aplicaciones NN.AA. y LL.AA resulta ser de sobras conocida y sólo se aconseja la lectura de "Alcohol" de Norman Miller and Mark Gold ; NY; Library of Congress ,1991; en donde se puede observar la influencia de esta corriente "temperante" en el pensamiento científico a finales del siglo XX.

*"La situación de la Clase Obrera en Inglaterra". Engels,F.1845; Edic.1892.
"Alcohol" de Norman Miller and Mark Gold ; NY; Library of Congress ,1991*

3.4 – Breve repaso por el modelo Daytop de Comunidad Terapéutica.

La Comunidad "Lugar de Vida" como alternativa de vida saludable de los adictos en una sociedad

El desmantelamiento progresivo de los manicomios en EEUU después de la Segunda Guerra Mundial, condujo a una reacción de los enfermos mentales y sus familias, quienes – los mas normalizados - buscaron fórmulas alternativas para resolver la inasistencia: enfermos que habían sido considerados hasta entonces crónicos y sin posibilidad alguna de curación, pasaban a la calle sin ayuda social, sin apoyo terapéutico y en ocasiones con patologías no peligrosas para los demás, (a los peligrosos siempre los condenaron a pasar de por vida en la prisión o a la pena de muerte) pero condenados a la indigencia mas brutal. Una parte importante de los enfermos conformó los hoy llamados "sin techo", eufemismo de "vagabundo" pero otros – se reitera, los mas sanos y con mejores soportes familiares - también desarrollaron alternativas de auto-ayuda.

3.4.1. - De Alcohólicos Anónimos a Synanom.

Un estacionamiento de coches; Ocean Park de California en el año 1958 reunió a un Grupo de Alcohólicos Anónimos (AA.AA) que acogía a otros enfermos. El fundador del Grupo y de Synanom fue Charles Dietrich quien aplicó los 12 pasos de AA.AA a enfermos mentales abandonados a su suerte. Como la alternativa ambulatoria no funcionó, pronto creó un centro de internamiento, en Santa Mónica que en palabras de O'Brien, fundador de Daytop, *"floreció a lo largo de cinco años ante la indiferencia profesional"*.

Synanon fue el origen de Daytop, algunos años mas tarde, que inicialmente se constituyó a modo de



“Comunidad Residencial” para adictos a drogas, que rechazaba – al igual que AA.AA - la financiación pública, el trabajo terapéutico reglado, o la participación de profesionales; sólo basado en una estrategia de pares con el modelo de los 12 pasos. La Comunidad así entendida, conformaba un modelo de “familia o clan” ubicada en un sitio preferentemente aislado donde los adictos debían desarrollar un “programa de vida” al margen de la sociedad. El dispositivo se identificó entonces como “Otro Lugar” en el que las personas “enfermas dependientes” no podían vivir sin recaer en la adicción, lo que supuso y supone hoy para muchas instituciones en los EEUU, debían permanecer de forma casi indefinida en Synanom.

Synanom era una institución intensamente jerarquizada, que no admitía la readmisión y buscaba expandirse en el territorio para dar cobijo y una forma de vida sana a más y más adictos. Se suele decir que su perfil netamente sectario la llevó a la disolución, aunque en realidad su no continuidad tuvo mucho que ver con los conflictos derivados de pujas por el poder por el “lugar de vida”. Como se puede observar en los medios de comunicación, en los EEUU y en muchos países de América Latina, existen grupos y sectas de naturaleza similar, siendo la más conocida Narconon, que pertenece a la iglesia de la Cienciología.

De lo mucho que ha sido reciclado por Daytop de la experiencia de Synanon, lo más importante ha tenido que ver con su concepción ideológica y dinámica “terapéutica”; una mezcla de AA.AA, fundamentada en la “enfermedad alcohólica”, Dios, el Grupo y la negación o minimización de la patología psiquiátrica. También se nutrió de la experiencia institucional hospitalaria más avanzada para la época, con un modelo de organización interior peculiar. Así, se medio impuso la metodología para la inmensa mayoría de las CTD en los EEUU como el modelo de jerarquización y disciplina interior, en su gran mayoría de naturaleza confesional cristiana.

Los juegos de Synanom intentan una doble función: organizan la vida cotidiana de los centros al tiempo que “permiten, estimulan, humillan y reprimen” a los miembros del grupo. La expresión de las “emociones” se convierte en una crítica constrictiva sobre el pasado, y en esta parida o “sacar a la luz”, todos los detalles de la historia personal, permiten reconstruir, purgando en público y ante Dios, un nuevo proyecto de vida que se irá consolidando bajo el estricto e indisimulado apoyo y control de los miembros más fieles y antiguos de la CTD.

Daytop Village, resultó del encuentro entre un grupo de internos de Synanon con el apoyo de la Iglesia Católica en Nueva York. Esta asociación – nada casual - ha permitido a Daytop expandirse por todo el mundo, medio profesionalizarse y erigirse en el modelo de referencia para una inmensa mayoría de CTD, bajo la batuta de la Iglesia Católica que de manera encubierta, resulta ser la confesión religiosa (en términos occidentales) más activa en el tratamiento de las “enfermedades adictivas”.

En más cuarenta años de existencia, se ha ido construyendo, refinado y formalizado un constructo ideológico de las “dependencias” centradas en la demonización de las sustancias, así como un modelo de intervención terapéutica centrada en la experiencia de la CTD de discutida eficacia pero de enorme repercusión mediática, que resultó al fin de cuentas ser “el más barato y el que mejor controla” en los Estados de Occidente.

Para el modelo Daytop el “enfermo adicto” sólo se puede recuperar de manera completa con el cumplimiento de “sus” programas íntegros, por cuanto el tratamiento si bien ya no pretende ser la totalidad como “Lugar de Vida” de Synanom, es en definitiva “redentor”, de necesaria vinculación a Dios y a un “clan” sin que cuente para nada o muy poco, el proyecto individual de rehabilitación desde la perspectiva central del enfermo o la persona, tal cual se la considera hoy en la Unión Europea. El Grupo niega a la Individualidad del Ser, que en definitiva se “anula” en el “anonimato” de ese Grupo.



4 - ¿Centralización de la asistencia en la CTD o en los problemas de las personas?

En Daytop “no existieron ni existen problemas de metodología”, tampoco falta ajuste entre su teoría y su práctica; sólo que se aleja (ya observaremos cómo se adaptará) de los postulados democráticos avanzados para Europa de la Unión por las políticas aconsejadas desde la Comisión Europea; aunque eso no sucedió ni sucede en el Norte y Sur de América, en donde el intervencionismo del Estado suele reducirse a poco más que la represión del tráfico de sustancias ilegales.

Sobre las contradicciones metodológicas; si que las observaron y remarcaron varios autores, en el modelo de gestión pública para la reconversión de los hospitales psiquiátricos descrita por Jones. Pero este modelo quedó reducido a una mínima expresión en el medio español y europeo (algunos centros privados y muy costosos, como por citar alguno de concertación pública se menciona al Programa para el Médico Enfermo de Catalunya PAIM) que resultaría ser el mas aproximado a la exigencia profesional.

La mayoría de los expertos en Occidente – especialmente antropólogos, sociólogos y psicólogos – consideraron que los postulados Daytop de hace cuarenta años, centrados en la CTD y sus Asociaciones, no se podían seguir manteniendo, dado la Comunidad mas próspera del mundo reclamaba políticas de: “reducción de daños”, respeto de los Derechos de los Ciudadanos, obligación de establecer un diagnóstico multidimensional de los pacientes, y a la individualización escrupulosa de los tratamientos; por citar algunas de las cuestiones mas flagrantes del modelo temperante-cristiano-católico.

4.1 - Centralidad de las CTD: Daytop en las políticas de los Estados.

Pero no sólo en relación a los usuarios el programa resulta ser la clave para la Salud; también la Comunidad Terapéutica resulta ser el recurso asistencial de elección y por excelencia, frente a cualquier otro tipo de intervención, en el cual confluyen adictos, planes y programas de drogas. Como para AA.AA en alcoholismo, las políticas sobre drogas se deberían articular según ellos, desde las CTD o la Red de Centros Coordinada (“Centros de Servicios” de AA.AA o NN.AA) que serían quienes debieran definir todas las intervenciones en el asunto, desde la prevención general, la formación escolar, la formación de los profesores hasta el residual tratamiento médico; siempre en base a su propia (e intensa) experiencia con el “apoyo de Dios bondadoso tal como se manifiesta en nuestra conciencia de grupo” con cada vez mas años de experiencia anteponiendo “los principios” a las personalidades.

Frente a esta oferta centrada en la experiencia trascendental y autoridad de los programas Daytop (situación dominante en los EEUU y muy extendida en Europa Occidental) y en ausencia de recursos públicos universales como para dar respuestas alternativas con el mismo coste y seguridad, ha surgido una necesidad de propuesta pública “abierta” o lo que se denomina “modelo de intervención centrado en la persona” que con la intervención reguladora del Estado en convenios de asistencia, respeta la relación oferta/demanda, entre los consumidores y sus familiares afectados (demandantes de servicios) y una constelación amplia de programas sobre drogas. dentro de los que se incluyen y son mayoría, los dispositivos y las CTD de pertenencia al modelo Daytop. (AA.AA, Proyecto Hombre, Dianova, Aldebarán, Egueiro, Reto-Remar, etc)

4.2 - Centralidad de la asistencia en la persona... y la familia – Oferta europea:

Se caracteriza por el establecimiento de una Red Pública o Mixta Ambulatoria, (en España es pública y gestionada por municipios y comunidades autónomas) que deriva, de acuerdo a criterios profesionales y multidisciplinarios a los pacientes hacia diferentes recursos. (hospitales para desintoxicación, Unidades de patología Dual, Unidades de día, Pisos de rehabilitación-reinserción y CTD) Una parte de



los programas son programas residenciales y para todos ellos el punto de partida son los diagnósticos individualizados realizados en la red y así, las CTD se inscribirían como un recurso más a considerar en el tratamiento de las personas, como lo pueden ser las Unidades de Psiquiatría u otras especialidades médicas o socio-sanitarias. Pero en la práctica este modelo no funciona exactamente así. Los datos registrados para CTD en España constatan que mas del 50% de sus pacientes proceden de ingresos directos por las CTD, sin valoración por el sistema público de asistencia ambulatoria.

En teoría, al centrar en la persona los tratamientos, en el sentido mas sanitarista del término, el diagnóstico conduciría a una indicación y la indicación a la derivación, pero ese extremo sólo se cumple para las CTD en una mitad de todos los asistidos para esa modalidad, dentro del que se incluyen programas públicos que reciben a un 100% de sus asistidos desde la red pública ambulatoria como sucede en el programa SMM de Font Picant. Esto pone de manifiesto que el sector privado “concertado” recibe bastantes mas pacientes directos, que la mitad sugerida en las estadísticas.

Se podrán maquillar aún mas los números, pero la realidad contrastada es que en “el modelo de red socio-sanitaria centrado en la persona” para el ámbito de la asistencia a consumidores problemáticos de sustancias con necesidad de tratamiento residencial, acceder a una plaza pública gratuita o de bajo coste, constituye un privilegio para los sectores mejor situados de la sociedad y una quimera para las minorías mas humildes y castigadas por el problema.

Para Comas Arnau (2005) en España el modelo “centralizado en las CTD” ha desaparecido tras su estrepitoso fracaso, (a mi modo de ver nunca existió un “modelo” como tal) aunque sobrevivan algunas nostalgias que representan la red de asistencia evangélica (REMAR-RETO) que asiste a un porcentaje muy importante de afectados. Para el autor citado, el resto de las CTD forman parte de una red de atención a las drogodependencias que se ajusta al “centrado en las personas” aunque apliquen en sus metodologías el sistema Daytop. Luego observaremos los fallos en la generalización para este modelo de tratamiento.

Desde lo profesional-filosófico AA.AA, NN.AA, LLAA suelen reclamar hoy la “centralidad filosófico – científica” para imponer políticas en materia de Drogas y Juego, pero desde hace tiempo nadie trata de reivindicar el modelo de “centralidad asistencial” desde estas instituciones. Si se observa, la disputa por “vender e imponer” una manera “temperante” de enfocar el problema de las dependencias, de concepción puritana y de intervención “idealista con el sometimiento a un poder superior” dentro del modelo general propuesto por los Estados. O sea, han aceptado trabajar con la adecuada consideración y subvención de sus muchas CTD en la red asistencial, como un dispositivo más, abierto y plural, al que de le derivarán “perfiles de usuarios” que puedan beneficiarse de su concepción y metodología. (*Estos modelos y sus variantes se observan en películas como “Atrapado sin salida” de la novela, “Alguien voló sobre el nido del cuco”, o “28 días”*)

5 - Consideraciones socio-epidemiológicas:

Desde Durkheim (Francia 1858-1917 - Las reglas del método sociológico de 1895) el “hecho social” como superestructura de mandato anterior e impuesto al individuo de una colectividad, es algo que durante mas de un siglo se ha ido consolidado y desarrollando en las ciencias sociológicas y psico-sociales. En la Europa Occidental de finales del siglo XX y comienzos del XXI, la adicción a “cosas” en el marco de una necesidad de consumo general, ha englobado a todos los estratos sociales en una casi idéntica problemática de carácter casi universal. Sin embargo, esta constatación (expresada por el seguimiento en clases sociales y tipologías de consumo) no es generalizable para esa misma sociedad en lo que se relaciona con sus “consecuencias” y mucho menos para que sea “exportable” a todas las



áreas y países de influencia, fuera de los europeos y países desarrollados, dado como se observará después, para América del Norte y del Sur, o en los datos que se ofrecen para el Uruguay donde los números y la distribución de los problemas indican realidades muy distintas.

6 - Los inicios de la CTD de la Fundación Font Picant.

Las Comunidades Terapéuticas para Drogodependientes (CTD) se comenzaron a constituir en España al comienzo de la década de los años 80 como consecuencia del rechazo social a los consumidores y adictos a drogas ilegales, que bien pudieron haber sido asistidos en la red pública de asistencia por programas urbanos de aproximación y tratamiento con agonistas (Metadona). Así, entre 1980 y hasta bien avanzado el Plan Nacional sobre Drogas en 1988, las CTD se convirtieron por la prohibición mas absoluta – con las prisiones - en la opción “central” para el “tratamiento” de los peligrosos adictos-delinquentes.

Dispusieron de apoyos humildes pero ingentes de familias afectadas, algunos públicos (discrecionales) y de la iniciativa social religiosa, emergiendo y sobreviviendo en condiciones de aislamiento y con extrema precariedad, siendo para muchos una de las experiencias mas importantes para lo que hoy en día se reconoce como “tercer sector” de los servicios sociales.

Su nacimiento tuvo mucho que ver con la respuesta espontánea y creativa de la sociedad civil a las políticas de Estado, que prohibieron toda alternativa de tratamiento alternativo a los programas “libres de drogas”(léase prohibición hasta para el uso de benzodiazepinas y venta de jeringas de insulina), lo cual requirió elevadas cotas de solidaridad, mucha voluntariedad, con altas dosis de ensayo-error y la incorporación de una “ideología y metodología” en cuyas fuentes tuvieron mucho que ver las experiencias norteamericanas sobre la materia, que en definitiva fueron entonces las fuentes mas consultadas por los técnicos de la época en los alrededores del poder.

Las CTD fueron consideradas por la sociedad general – y en parte lo sigue siendo en la actualidad – un reducto de locos delincuentes, sin avales desde el aparato sanitario, negadas por los servicios sociales comunitarios, o utilizadas desde el sistema judicial. No existen fotos de los responsables políticos y administrativos en las CTD, quienes se desentendieron hasta del control de los centros que llegaron a subvencionar. Muchas de las familias de los ingresados abandonaban entonces a sus pares a la suerte del abandono mientras que otras los acompañaban desde los juzgados hasta el cementerio.

De acuerdo con Comas Arnau; la percepción era que “*Todos los estamentos de la sociedad alegaban motivos distintos y en ocasiones antagónicos para justificar su rechazo a las CTD*” (Comas, 1988). A pesar de todo, esta doble moral, determinó que desde los ayuntamientos hasta los juzgados y las familias acomodadas o no, les remitiesen pacientes, clientes, penados de cumplimiento alternativo de condenas, etc, haciendo uso de “recursos siempre excepcionales o extraordinarios”. En Catalunya 2008 la red pública de asistencia aún no se encuentra concertada.

En este clima de absurdo asistencial, un grupo de profesionales de la salud que trabajaba con drogodependientes desde 1982 en el barrio de la Sagrada Familia de Barcelona, se vio forzado al abandono de tratamientos con agonistas, psicoterapia individual, grupo y psicoterapia familiar, para iniciar una experiencia profesional forzada y en apariencia “libre de drogas” en una zona rural de Catalunya, siguiendo la totalidad de los postulados propuestos por la OMS en 1959 para la reforma psiquiátrica y a las consideraciones de Jones en su experiencia institucional. Para ello contó con el soporte de los pacientes del consultorio, de un municipio aledaño de Barcelona (Cerdanyola del Vallés) y del Instituto Nacional de Empleo (Ministerio de Trabajo) que permitió una experiencia para el empleo



juvenil innovadora: La creación de “salarios-riesgo” para toxicómanos, en un programa asistencial-formativo que apuntaba a la simultánea deshabituación, rehabilitación y formación profesional de personas jóvenes, sinérgica a la de rehabilitación arquitectónica de un hotel balneario del siglo XIX (aguas minero medicinales) situado a 100 km de la capital catalana.

Con el fin de dar personalidad jurídica al proyecto, se conformó la Fundación Privada “Font Picant” que cristalizó su forma jurídica en setiembre de 1986.

6.1 – Los retos de la empresa social en el tercer sector.

El recorrido de las CTD españolas como el de Font Picant a lo largo de 25 años de pequeña historia ha sido el resultado de dos grandes variables: la propuesta asistencial dentro de determinadas líneas metodológicas, como se ha expresado antes, y la presión ejercida por los estamentos del Estado con sus políticas sobre la juventud y las drogas. La represión institucional y la falta de consideración a los problemas de empleo juvenil asociado al tráfico por menudeo, la descalificación, segregación, acoso, torturas y derribo en las cárceles, se tradujo en el espacio asistencial por una etapa de precariedades de carácter universal, que obligaron a usuarios, voluntarios y profesionales a adaptar sus intervenciones bajo mínimos para intentar su propia supervivencia.

Esto ha sido así y no de otra manera, porque la totalidad de los dispositivos de asistencia españoles (incluidas las CTD) se erigieron públicos o bien subsidiarios desde las administraciones públicas con algunas excepciones privadas con finalidad de lucro para un selecto grupo de población. De acuerdo con una política de crear “terapeutas de referencia” sin tener en cuenta la movilidad de los afectados y sin consideración a los presupuestos disponibles (en su mayoría municipales o autonómicos) lo que surgió fue un “enfermo de referencia” asistido cada poco tiempo por un equipo inestable y sin experiencia desde los ambulatorios urbanos. Al final – muy tardíamente en 1990 antes de las Olimpiadas de Barcelona y la Exposición de Sevilla – se debieron de instrumentar, después de diez años de fracasos con la prohibición, planes de mantenimiento con metadona (PMM) y otros para la disminución de daños, como modalidades universales para garantizar la “paz social” y limitar la extensión de una epidemia fuera de control.(SIDA)

En ese período de cambios la fundación Font Picant no tuvo problemas de adaptación a las demandas políticas y bruscos cambios metodológicos, dada la concepción abierta de sus programas centrados en un “espacio para la Salud”, entendido como un modelo de maduración individual y colectivo, cerrado pero permeable, conformado y dirigido por profesionales y usuarios, donde conflúan disciplinas médicas, psicoanalíticas, psicosociales, educativas y profesionales, para una población que se entendió perseguida, destrutada, diversa y original. Tal fue el grado de adaptabilidad del programa FP que durante la epidemia de SIDA, estableció medidas de prevención secundaria que posibilitaron la vida de muchos usuarios de sustancias por vía endovenosa hasta la aparición (1998) de los tratamientos antirretrovirales eficaces. Al tiempo, FP y desde 1989 ya incluía en sus programas a consumidores problemáticos de alcohol y a enfermos psiquiátricos; y desde 1992 también a personas con limitaciones para la deambulación en silla de ruedas.

6.2 - El Reduccionismo estadístico para la programación Socio-sanitaria:

En el año 1988 para evaluar programas de reinserción social, G. Rodríguez Cabrero (Plan Nacional sobre las Drogas – Ministerio de Sanidad y Consumo) se basaba nada mas ni nada menos que en ¡30 personas! para sacar conclusiones sobre los resultados de programas públicos y privados en la “integración social de personas tratadas por drogodependencias. En el mismo trabajo, con sólo 72



casos, elaboró en porcentajes 6 variables de causas para la recaída en el consumo de drogas “fuertemente adictivas”.(cuadro 18, pág. 152) Sin embargo, lo que soslayaron estos expertos era que para la época la tasa de mortalidad de ese grupo se situaba muy por encima de todas las enfermedades hasta entonces conocidas desde epidemias de cólera y peste. (Diversos estudios sobre morbi-mortalidad en España entre 1980-1992)

Un ejemplo mas reciente de Catalunya (2005) pone de manifiesto los absurdos para una pretendida planificación desde la Administración y las empresas contratadas para la prospección en materia de asistencia a drogodependientes. Para el departamento de Acción Social y Ciudadanía (antes Bienestar Social) los datos del “denominado cliente” de las CTD y los Pisos de Soporte (PS) han sido los siguientes que se traducen de modo literal con entrecomillado nuestro:

El perfil básico (retrato robot) de los usuarios de les CT y de los PS en Catalunya se ha elaborado a partir de los datos del último estudio del Grupo GID1, teniendo en cuenta las aportaciones efectuadas por otros miembros del grupo de trabajo que han colaborado en el diseño y la confección confección del documento; Por tanto no deja de ser una aproximación de la situación actual al 2005 en Catalunya a la que se entiende corresponde dar respuesta. (Traducido del original en catalán)

Características socio-demográficas: (siempre de acuerdo con los estudios mencionados)

Procedencia:

Red ambulatoria: 46,1%

Acceso directo: 44,8%

Prisiones y Juzgados: 7,3%

Respecto a la distribución por sexos un 85% son varones (2)

La edad oscila entre los 18-60 años con una media de 28-30 años.

El Estado Civil se corresponde “en la mayoría de los casos” a personas solteras.

Aproximadamente un 3,4% tienen personas menores de edad a su cargo.

Personas extranjeros: 3,1% - “algunas pueden no tener” su situación legal normalizada -.

Persones con antecedentes judiciales: 38,6%

Droga principal de consumo por la cual se realiza el tratamiento:

Cocaína: 38,7%

Heroína: 24,9%

Alcohol: 22,5%

Otras sustancias: 13,9%

Los extremos antes mencionados se comparan con los datos acumulados en FP durante en el mismo año y muestran datos que nada tienen que ver con el “perfil general”, entre los que se destacan:

Tratadas 52 personas enviadas por la Red Ambulatoria en su totalidad.:

8 mujeres y 46 varones con una edad media de 45 años,

Estado Civil se corresponde: 20 divorciadas, 17 separadas, 10 solteras y 7 casadas.

El 24% no dispone de familia de referencia.

Para el 76% que la tiene se caracteriza por:

20% tiene otro familiar con hábitos tóxicos en convivencia.

5% Absoluta desestructuración familiar (caos)

75% Dentro de lo normal.

Motivo de derivación por el que se realiza tratamiento:



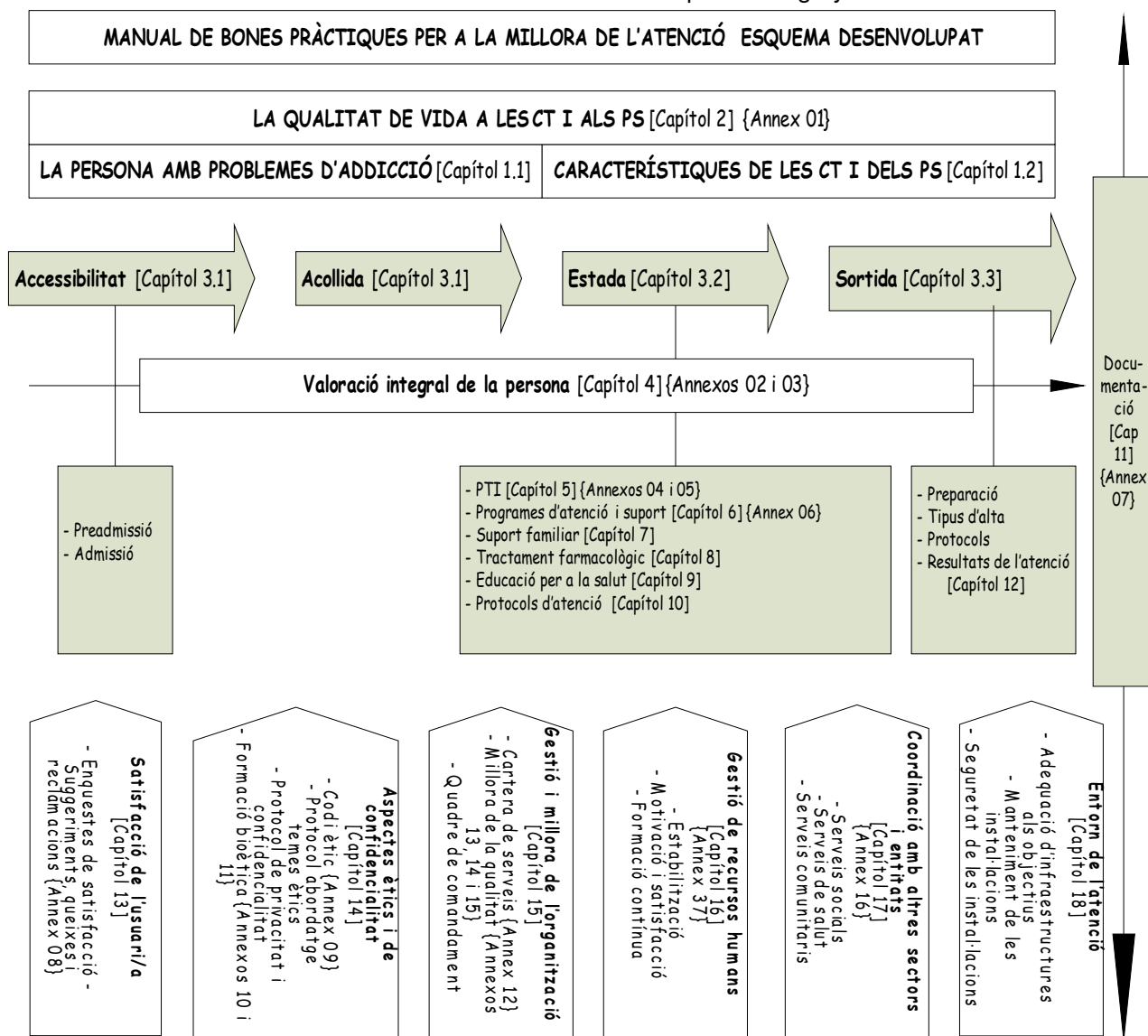
- 42 personas por alcohol.
- 6 por cocaína
- 4 por politoxicomanía.
- 2 por heroína.

Patología asociada:

- 60% de cuadros depresivo-ansiosos severos.
- 32% con cuadros psicóticos en contexto de consumo.
- 8% demencias manifiestas.

Grado de Disminución de acuerdo a los criterios de minusvalía psico-física del estado: (externa)
 Media: 65% - % personas sero-positivas al AIDS.

De acuerdo con la diferencia en los datos, no se corresponde la aplicación genérica – ni por consenso – de líneas de actuación “terapéutica” lineales para las “muestras” de población referidas. Sin embargo, en la actualidad, se pretende forzar a todas las CTD y Centros Residenciales para Enfermos Severos de SIDA un semejante o idéntico protocolo “consensuado” de intervención, basado en unos estudios sobre “Servicios Sociales Residenciales” elaborado por Verdugo y cols. en los EEUU.





Mal aconsejaríamos, que de acuerdo a nuestra experiencias en el consumo de cocaína, trasladásemos a la población consumidora del Uruguay nuestra experiencia, cuando de antemano sabemos, que una y otra nada tienen que ver, excepto en el consumo de un principio activo “semejante”... Y así se deja de lado el “Ser” con todo su contexto histórico, psicopatológico y social.

7 – La Cocaína. (ecgonina)

La sustancia cocaína o ecgonina es el alcaloide activo mas conocido de la planta de coca; un arbusto de América del Sur el *Erythroxylon coca*. En 1855 un alemán (Gaedcke) denominó al alcaloide eritroxilina. Algunos años después Albert Niemann en 1859, empleando alcohol, ácido sulfúrico, bicarbonato sódico y éter, purificó el alcaloide de Gaedcke y aisló la 2-metil-3-bencilecgonina que se caracteriza por presentar un grupo amino-hidrófilo unido a un grupo aromático lipofílico o bencilecgonina. La bencilecgonina se conoce desde entonces con el nombre genérico de cocaína, aunque este nombre engloba a tres formas químicas diferentes: Sulfato de bencilecgonina o “pasta base” o “bazuco”, clorhidrato de bencilecgonina “cocaína en polvo” “perica” o “polvo de ángel” y bencilecgonina en forma de base libre o “crack” también “cocaína base” o basuco en el Sur de Europa.

Estas formas químicas determinan propiedades diferenciadas del sulfato, el clorhidrato y la bencilecgonina base. Esta última es poco soluble en agua pero soluble en disolventes orgánicos como el alcohol y éter, mientras que el clorhidrato es muy soluble en agua, con lo cual hacen a la molécula útil para la preparación de soluciones endovenosas.

Las referencias bibliográficas remontan el uso masticado de la hoja de coca a 2000 años antes de C. y desde la Conquista, los españoles la comenzaron a utilizar con finalidades terapéuticas en 1516. Hasta mediados del siglo XIX la coca y sus derivados naturales tuvieron gran prestigio como estimulantes y anestésicos locales de uso terapéutico.

7.1 - Una mortífera artesanía:

En el argot del tráfico ilegal, a los encargados de procesar las hojas de coca se les llama “cocineros”. Con buenas hojas y habilidades, 100 kilos de hojas pueden rendir hasta para 1 kilo de cocaína, pero antes hay que separarla de los demás alcaloides y cristalizarla en Sulfato. Existen dos variedades de *Erythroxylum*: La Trujillo, (*Erythroxylum novogranatense*) de Perú y Colombia, y la hoja procedente de la *Erythroxylum coca* o “huanaco” boliviana. Así, el sulfato de cocaína o de ecgonina, resulta mas o menos puro de acuerdo al tipo de planta utilizado y a las técnicas utilizadas por los cocineros, aunque se debe de resaltar que para hacer la pasta base se requieren ciertos disolventes y productos: petróleo o queroseno, ácido sulfúrico y un álcali (o base) que puede ser cal, carbonato sódico o de potasio, que en gran medida – además de otros alcaloide activos – son incorporados en el organismo de los usuarios de cocaína y en muchas ocasiones determinantes de intoxicaciones complejas de asistir.

Las fases de preparación consisten en la maceración o “la salada” para la cual se dejan las hojas de coca en remojo con cal o potasa en un recipiente durante varios días; luego se le agrega queroseno y ácido sulfúrico “mojadura” para descomponer las hojas. Después de 2 días el sulfato de ecgonina “flota” en el queroseno que se trasvasa a otro recipiente para separarlo de las hojas quemadas por el ácido. A este queroseno se le vuelve a verter mas ácido sulfúrico “guarapería” dejándolo reposar 1 día mas con lo que se conforman dos niveles líquidos: uno en la superficie, el queroseno; y en el fondo el “guarapo” o solución de todos los alcaloides extraídos de la planta, que después de una delicada separación y con el agregado de una base fuerte (amoníaco, carbonato de potasio o carbonato de sodio) precipita a modo de un líquido espeso blanco lechoso que se expone al sol después de filtrado



para adquirir una masilla pastosa que se conoce como “pasta base”. La pasta base dejada secar y solidificarse, se conoce como “bazuco”.

Un buen cocinero puede convertir un kilo de pasta en casi el mismo peso de clorhidrato de cocaína. Para hacerlo, se necesitan los siguientes precursores: permanganato de potasio para suprimir los alcaloides que no son esenciales mediante la oxidación; disolventes orgánicos como acetona, éter u otros derivados del petróleo; y ácido clorhídrico que sustituye al grupo sulfato por el clorhidrato con el alcaloide, formando una sal cristalina o sea la “nieve”, “perica”, “polvo”, muy soluble en agua.

El clorhidrato de bencilcgonina es quizá el alcaloide manipulado más sujeto a sufrir adulteraciones, aunque su predecesor, el Sulfato o “pasta base” ya contiene un número de impurezas y cantidad de principios activos como tóxicos directos, suficientes como para desaconsejar su utilización en humanos por el abanico de patologías médicas y psiquiátricas severas consecuentes. Los datos obtenidos por la OMS en los sitios de producción artesanal de América del Sur, concluyeron que la pasta base llega a contener, en sus mejores preparados un 45% de sulfato de ecgonina, suficientes cantidades de sulfatos y plomo (procedente de la gasolina) como para tener que ser tremendamente respetuosos antes de fumarlo. Para el clorhidrato, los estudios del Instituto Nacional de Toxicología Español en el año 2002, analizando muestras requisadas por la Guardia Civil a pequeños traficantes, situaban su pureza entre el 45 y 60%, en toda la geografía española, encontrándose adulterantes “poco peligrosos”, los mas frecuentes cafeína, procaína y lidocaína.

Dependiendo de las áreas y las cadenas de comercio ilícito, cada pasada de mano hasta la boca de venta genera “cortes” sucesivos. Se reconocen entre quienes la comercializan en países subdesarrollados dos modalidades de corte o adulterantes para el clorhidrato. Los cortes inactivos sirven para dar peso y los realizan distribuidores o grandes traficantes con lactosa, talco, bórax, o preparaciones farmacéuticas con semejanza a la cocaína que no produzca efectos adversos perceptibles de manera inmediata en el consumidor. Los cortes activos – propios del menudeo - buscan “imitar o enmascarar” la carencia de la sustancia activa: Sustancias excitantes como los polvos de anfetaminas (estimulante directo aún mas potente pero de peor absorción mucosa) y los conocidos vulgarmente como “congelantes” o anestésicos locales: benzocaína, procaína y lidocaína, para potenciar el efecto anestésico local por el “adormecimiento de las mucosas”.

Se cree que un modo elemental de detectar la adulteración es “probando” la droga; se supone ingenuamente que al contacto con los labios y la lengua, la cocaína los adormece. Esto nunca es una garantía porque como ya se señaló, el efecto puede estar provocado por lidocaína o procaína.

7.2 - “El pobre toma de encono y el rico por ligereza” de Aníbal Sampayo.

Muchos consumidores “no problemáticos” en lo social, suelen jactarse de dar consejos a chicos y chicas que entran en las páginas de Internet para buscar información sobre sustancias. Robert Sabbag, un experto en la materia asegura :

Si usted tiene un amigo metido en el tráfico, con suerte logrará probar la clorhidrato de cocaína casi pura, aún sin cortar, y entonces tendrá la sensación de que las terminaciones nerviosas se le han ahogado en champaña y sabrá por primera vez de qué se trata toda la fiesta. Sólo necesitará una y una para colocarse y mantenerse así toda una noche.

Algunos aficionados a la cocaína están tan habituados a las anfetaminas y otros adulterantes que



resultan ser adictos complejos de asistir, por unos “cortes” que pagan muy por encima de lo que cuestan estas sustancias en el mercado “gris” de las farmacias.

7.3 - Algunos aspectos farmacológicos que hemos relacionado con el alcohol:

En España, se tiene muy poca o ninguna experiencia clínica con el Sulfato de Ecgonina (Pasta Base y Bazuco) por cuanto, la totalidad de la bibliografía se remite a lo observado para el clorhidrato y la bencil-ecgonina.

Escribe Lizasoain en la revista Adicciones (1998) que en nuestro medio (España), la cocaína se suele fumar o se esnifa, aunque también fuera muy utilizada por vía intravenosa en asociación con heroína durante la epidemia como lo comentáramos. Dice así: *“La cocaína atraviesa las membranas celulares de forma rápida y sus niveles en el cerebro se detectan 30 segundos después de esnifada, mientras que fumada (Crack y posiblemente el Sulfato) sólo tarda 5 segundos en tener efectos centrales. La cocaína es rápidamente metabolizada, generalmente por hidrólisis enzimática para producir benzoil-ecgonina, ecgonina-metil-éster y posteriormente ecgonina. Sin embargo, en presencia de etanol, la cocaína es trans-esterificada a **coca-etileno** que posee actividad farmacológica y tóxica superior a la de ambas sustancias aisladas”*

He citado a este autor, psico-farmacólogo, porque si bien es conocido que el consumo de alcohol por parte de los cocainómanos es muy frecuente, en la actualidad y por desgracia para los alcohólicos, la introducción de la cocaína (clorhidrato y sulfato) en entornos antes impensables, determinan que un porcentaje cada vez mayor de éstos últimos, asistan a los Centros de Asistencia y representen nuevos retos en las urgencias hospitalarias y en los juzgados de guardia.

En el terreno psicopatológico ya habíamos observado cómo los dependientes a heroína endovenosa utilizaban con relativa frecuencia la cocaína en inyección simultánea para estimularse, y de alguna manera, evitar los efectos sedantes de los opiáceos, lo cual determinaba parte de la mortalidad observada entonces por sobredosis, debido a la acción agonista, ambas sustancias depresoras del centro CR como lo son también algunos fármacos antagonistas opiáceos como la naloxona y la naltrexona. Hoy es frecuente observar como se transgreden normas elementales de tráfico, se pone en riesgo a miles de personas por la negligente conducta de alcohólicos estimulados con cocaína, y mueren de IAM personas con menos de 40 años.

La introducción de la cocaína en la sociedad española ha cobrado tal magnitud que puede suponerse su consumo en un alto porcentaje de consumidores de alcohol. Algunos autores han referido estudios que cifran hasta en un 99% de ingestas simultáneas en determinados entornos; otros en un 77% ; e ingestas de alcohol en cada consumo de cocaína hasta en un 30% de usuarios; de ahí su importancia socio-sanitaria, médico-legal y psiquiátrico forense.

La razón de esta co-dependencia no está lo suficientemente clarificada desde el punto de vista bio-médico – extremo siempre delicado - pero si se sabe, que la potenciación de la euforia por la ingesta de alcohol, o en contrapartida, el mantenimiento de la sobriedad para los alcohólicos, puede estar en la base de esta asociación, aunque también se han señalado, la disminución de efectos indeseables (ansiedad) como la de los cuadros migrañosos inducidos por la cocaína.

Independientemente de las razones expuestas, el consumo etanol-cocaína supone un riesgo sobreañadido para uno y otro tipo de consumo aislado con un aumento de la morbi-mortalidad asociada al consumo de combinado. Los datos epidemiológicos mas fiables, indican que la ingesta simultánea de alcohol y cocaína aumenta el riesgo de muerte súbita por cocaína hasta en 18 veces; y



regresando a nuestros autores, los estudios *in vitro* han demostrado que *“el etanol inhibe la actividad de la enzima metil-esterasa, disminuyendo la hidrólisis de la benzoil-ecgonina. En presencia de etanol, la cocaína es trans-esterificada por esterasas hepáticas a etil-ecgonina o cocaetileno y se incrementa la desmetilación a norcocaína o norecgonina. Este metabolito – cocaetileno - posee actividad farmacológica y tóxica (fundamentalmente a nivel cardíaco e incluso hepático) muy superior al de la cocaína y nor-cocaína; el mismo se puede determinar en orina, saliva, cabello o sudor al igual que los derivados etilados de la benzoil-ecgonina y ecgonina etil-éster.*

7.4 - Complicaciones del consumo para el clorhidrato y el crack (bencilecgonina - base).

Las complicaciones relevantes de la cocaína se centran en sus efectos tóxicos combinados sobre el aparato cardiovascular y respiratorio, produciendo con frecuencia palpitaciones, bradicardia o taquicardia, arritmias: la fibrilación auricular suele ser la más frecuente aunque la taquicardia ventricular y la fibrilación ventricular representan ser la causa más frecuente de muerte súbita, hipertensión e infarto de miocardio en adultos menores de 50 años. El consumo simultáneo de cocaína y alcohol produce además *coca-etileno o etil-ecgonina* que como metabolito activo (prolonga el tiempo de acción del efecto estimulante) es de mayor toxicidad cardíaca que la cocaína aislada por su potencial arritmógeno y es el responsable de las muertes súbitas en número muy superior a los de la cocaína aislada.

Para el aparato respiratorio el *crack* (*“base de coca” cuando se prepara por el usuario desde al clorhidrato*) fumado es el responsable de la mayoría de las complicaciones agudas que produce la cocaína con independencia del alcohol consumido; tales como el edema agudo de pulmón (generalmente de origen no cardiogénico, por aumento de la permeabilidad alvéolo-capilar); el *“pulmón de crack”* que plantea un diagnóstico diferencial por el posible origen isquémico del dolor torácico inespecífico, que se distingue por la tos productiva de esputo hemoptoico y a veces hemoptisis franca.

El crack exacerba las bronquitis crónicas, los cuadros asmáticos; provoca neumotórax espontáneo, neumomediastino y neumopericardio, que suelen ser frecuentes debido a las maniobras de Valsalva que suelen realizar para incrementar los efectos de la cocaína post aspirada y contenida. La parada respiratoria es excepcional, y si ocurre, es por regla general tras la administración intravenosa de la sustancia.

La cocaína es además un potente estimulante del SNC, aunque sus efectos dependen de factores relacionados con el consumidor: su personalidad, el ambiente, la dosis, vía de administración y su asociación con otras sustancias psicoactivas, sean éstas agonistas o antagonistas. Las dosis bajas ocasionan: elevación del estado de ánimo, sensación de mayor energía y lucidez, disminución del apetito, insomnio, mayor actividad en la realización de tareas sin que aumente el rendimiento de la relación acierto-error, disminución de la sensación de fatiga, hiperactividad motora, verbal e ideativa, que refuerzan en el alcohólico su tolerancia a la bebida, y de acuerdo a nuestra experiencia, les conduce a perder el escaso control que pudieron haber tenido sobre su consumo enólico.

Por otra parte se describen y lo hemos observado con frecuencia en los consumidores crónicos de cocaína, alteraciones de la percepción, alteraciones de la capacidad crítica y discriminatoria (omnipotencia) que les conducen a la adopción de decisiones erróneas y excesos; pseudo-alucinaciones táctiles muy frecuentes, como *“bichos”*, *“parásitos”* de cocaína en la piel, o arena deslizándose debajo de la misma, bastante característicos; pseudo-percepciones de tipo deliroide con sentimientos auto-referenciales de contenidos críticos o reproche, que les han podido conducir a genuinos estados de pánico; arrebatos paranoides o pseudo-alucinaciones visuales, tales como copos de nieve brillantes o coloreados.



Progresivamente con la evolución del hábito, se instaura un modelo de conducta estereotipado y de movimientos automáticos que les son bastante característicos: mímica especial con gesticulaciones involuntarias caracterizadas por pequeños tics, movimientos de las manos hacia la nariz, etc. Cabe realizar diagnóstico diferencial entre el adicto problematizado de cocaína con el trastorno bipolar de tipo II o con la personalidad ciclotímica muy inestable. Sus fases de euforia activa se intercalan con tiempos (horas) de sombría presencia, aislamiento o mal humor; estas oscilaciones llevan a los usuarios a utilizar con mas frecuencia el alcohol lo cual en los bipolares agravan el cuadro, en tanto estabilizan a los cocainómanos. Lo frecuente en estos casos se plantea entre un proceso hipomaniaco o maniaco en el contexto de consumo, o a la inversa; evaluar el efecto del consumo en una persona con historia de trastorno bipolar. El otro diagnóstico diferencial se debe establecer con la psicosis paranoide, dado en ambas situaciones (consumo de cocaína o evolución natural de la enfermedad) evolucionan a modo de “procesos delirantes” de forma progresiva.

7.5 - Evaluación médico-forense y psicopatológica.

Desde el ángulo pericial psicopatológico importa detectar el consumo de cocaína en un alcohólico, dado el poder adictivo de esta sustancia es bastante mayor al de otros estimulantes directos derivados de la anfetamina; y su carencia, puede ser la determinante de un episodio depresivo mayor "contaminado" con otras alteraciones inducidas por el estimulante.

Por otra parte observamos que el consumo asociado de alcohol-cocaína es considerado excepcionalmente imputable a la comisión de delitos por negligencia o incumplimiento normativo por ideas críticas a los reglamentos, siendo con mas posibilidad causa excepcional de enajenación mental transitoria en los casos de generar episodios maniacos o crisis delirantes inducidas. No se ha avanzado en la defensa de estas personas y no se suelen incluir las secuelas psicopatológicas pr el consumo continuado.

De acuerdo a la jurisprudencia española, el peritaje psicopatológico habrá de tener en cuenta, además de los artículos 20 y 21 del CP, los pronunciamientos del TS sobre la consideración del tipo de dependencia del encauzado, dado *no es lo mismo presentar a un imputable como alcohólico que consume cocaína que como cocainómano que consume alcohol*. Aunque a la retórica nada tenga que ver con el abordaje terapéutico, si tiene que ver para la convicción de la Sala en el sentido de evaluar la imputabilidad y determinar las penas. En la acreditación de la dependencia, es muy importante para la jurisprudencia en España, si ésta se relaciona con sustancias legales o ilegales. Pero como dice el magistrado Fernandez Entralgo (1994) que extracto del texto de Carrasco y Maza, “...no basta, pues, que conste la existencia de una formal adicción, sino que ésta por su intensidad y por el deterioro de sus facultades mentales y volitivas que haya llegado a producir, determine en el adicto una merma de su capacidad de autodeterminación, de tal forma que, si lo único probado es el mero dato de la dependencia, sin mas precisión ni cualificación, no tendrá por qué estimarse atenuada la responsabilidad”.

Pero para que exista una merma en la capacidad de autodeterminación en el sujeto, se deben de asociar dos elementos: Uno, el síndrome de pre-carencia y carencia, expresado en la necesidad imperiosa de obtener la sustancia; y segundo, en la facilidad para su obtención. Situada la dependencia “eje” en una sustancia ilegal, de difícil obtención y alto precio, siempre será mejor considerada por los TJ que si la misma co-dependencia se la presenta pivotada en el alcohol.

- Cami J, Farre M, Gonzalez ML, Segura J, de la Torre R. Cocaine metabolism in human after use of alcohol. Clinical and research implications. Recent Dev Alcohol.1998.

- Lizasoain, I.; M Oro, M.A.; Lorenzo, P.; Revisión Cocaína: aspectos farmacológicos. Departamento de Farmacología. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Adicciones 2002. Vol 13.

— Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1998. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 1999.

8 – El problema de las co-dependencias en España.

Es cada vez mas frecuente observar el consumo combinado de sustancias; especialmente de alcohol con otros fármacos estimulantes y/o sedantes. Los jóvenes suelen asociar a las bebidas alcohólicas sustancias estimulantes del grupo de las anfetaminas (meta-anfetamina), mientras que en otros grupos de edad, especialmente en mujeres y varones con años de historia alcohólica, se observa la asociación alcohol-benzodiacepinas o alcohol-cocaína-benzodiacepinas. Estas asociaciones plantean nuevos problemas a la hora de tratar este tipo de pacientes, dado, en su inmensa mayoría carecen de "conciencia de problema" pues las benzodiacepinas (bzd) son medicamentos recetados por el médico de cabecera de la SS o de su CAS de referencia, y la aceptación a los estimulantes directos (especialmente al clorhidrato de cocaína) es significativa especialmente en niveles medios y acomodados de la sociedad, sin que se tengan en cuenta sus riesgos.

8.1 - Benzodacepinas.(bdz)

Desde la comercialización del cloracepato (clordiazepóxido) Librium ® de Roche a finales de la década de los 50 del siglo XX hasta el día de hoy, han surgido miles de moléculas nuevas de efectos psicofarmacológicos similares, con acción mas corta y mas larga pero que se han reconocido con el nombre de "tranquilizantes menores", indicados especialmente para la ansiedad y el insomnio. La molécula "referente" está representada por el diacepam (Valium®), sustancia que posee efectos hipnosedantes, anticonvulsivantes, miorelajantes, de amplio margen de seguridad en su utilización, con el que se puede establecer una relación de tolerancia-dependencia, ésta algo menor a la observada para el etanol, del cual es un agonista. El diacepam como la totalidad de sus parientes farmacéuticos del grupo benzodiacepinas, es capaz de generar una dependencia psico-física con su correspondiente síndrome de privación, o determinar un episodio depresivo mayor en dosis terapéuticas; y por estas razones, desde hace aproximadamente veinte años, encuentra su venta restringida por receta médica obligatoria.

El grupo de bdz es lo suficientemente extenso como para no poder abarcarlo en una referencia tan pequeña, por cuanto sólo haremos una breve mención a sus características mas sobresalientes extraídas del Centro para el Desarrollo de la Fármacoepidemiología, de La Habana. Cuba.

Cuadro1. Clasificación de las benzodiacepinas según su tiempo de vida media.

Vida media intermedia a larga (mayor o igual 24 hrs)	Vida media breve a intermedia (8-16 hrs)	Vida muy breve (de 2 a 5 hrs)
Clordiazepóxido	Bromacepam	Alprazolam
Diacepam	Loracepam	Triazolam
Medacepam	Temacepam	Estazolam
Cloracepam	Oxacepam	Flunitracepam



La administración de estos fármacos se prefiere por vía oral, ya que la absorción por vía intramuscular es más rápida, pero más irregular. La vía EV esta prácticamente reservada a situaciones de emergencia hospitalaria y para tratar las crisis convulsivas.

Para el perito psicopatólogo, como lo apuntan muchos expertos, el problema de uso y abuso de benzodiacepinas es un problema serio, que ha devenido con el transcurso de los decenios a complicar el diagnóstico en los “estado de conciencia crepusculares”, durante los episodios convulsivos o delirantes por privación, que en muchas ocasiones se encuentran asociados al uso de otras sustancias psicoactivas agonistas y antagonistas como el alcohol, los estimulantes o las drogas heuricas. Para el tratamiento hospitalario, cuando se trata de una ingesta de altas dosis, en estos casos, el consenso resulta sencillo y unánime, al existir unos síntomas y signos claros de impregnación como de toxicidad, para diagnosticar e intervenir con medios adecuados.

Para el psicopatólogo forense es problema es mas complicado, dado si el consumidor de BDZ es adicto a las bebidas alcohólicas, o a cualquiera de las sustancias antes mencionadas y se estima un consumo paralelo en dosis “extra-terapéuticas no-contraladas” en co-adicción, en tal caso, sea síndrome de intoxicación o privación combinado, no queda nada claro, sea considerado desde la perspectiva jurídico-forense con algún trato de favor a su patología, ni tenga posibilidades de ser correctamente tratado en el medio penitenciario. En estas situaciones no solo se está ante la dificultad de establecer diagnóstico, sino que también en la dificultad de plantear si una vez resuelto el episodio agudo, se debe retirar, mantener y de cómo llevarlo a la práctica con seguridad, extremos absurdos si se considera la imposición de una pena de reclusión.

En múltiples ocasiones estos pacientes acuden a los servicios especializados para drogodependencias por existir una co-adicción múltiple, en especial con el alcohol, la cocaína, o los opiáceos (heroína o metadona) cuando no se han planteado duda o problema alguno por el consumo asociado de benzodiacepinas. Se trata pues, de abordar un tema para el cual no ha existido una petición explícita por parte de los enfermos tratados. La escasa importancia otorgada a este tipo de fármacos, inducida por la fácil prescripción de los médicos de familia, hace tender a pensar que retirar el medicamento es cosa sencilla pero no es así. En la práctica asistencial de cada día se observa sin embargo, que esto está lejos de la realidad y que el objetivo es, con frecuencia, muy complejo, al extremo que las bdz de vida media corta y ultra-corta, llegan a representar hasta para las prisiones, la demanda mas importante a los médicos, lo cual impone una lectura singular al problema.

Ciertos estudios consideran a las benzodiacepinas como *hilo conductor* de la dependencia, pudiendo facilitar una recaída, en especial al alcohol. Así, Sellers y cols. describían en 1993, que los varones alcohólicos que se mantienen abstinentes relatan un aumento de su deseo de beber alcohol después de una sola dosis de alprazolam. (Trankimazin ®)

Otro de los puntos a tener en cuenta es la frecuente aparición de *reacciones paradójicas* de las bzd a largo plazo, incluyendo agitación, irritabilidad, ataques de ira y alucinaciones tal como lo apuntan los estudios de Rickels y Fox en 1988. El triazolam es la bzd que hoy acompaña a mayor incidencia de reacciones paradójicas aunque, como es “razonable para la industria” no se conocen sus causas; sin embargo fue prácticamente retirado de la AP el Rohipnol ® por estas mismas consideraciones que se extienden a todos las sustancias que se incluyen en el grupo de BDZ de vida corta-ultracorta. Rickels y colaboradores, también demostraron que puede aparecer ansiedad de rebote tan sólo 4 semanas después de iniciado un tratamiento con benzodiacepinas, siendo frecuente una reacción de “moderada carencia y malestar” con una sólo dosis terapéutica de alprazolam, nitracepam o flunitracepam.



La casuística española observada por Ramón Laporte y colaboradores, lo mismo que la casuística penal, la cual, pese a las repercusiones de tipo criminal y su catalogación por el TS el 23-05-1998 *“como fármaco que no causa grave daño a la salud”* a pesar de la afirmación de la STS del 29-09-97: *“El Rohipnol es una sustancia... psicotrópicos... que usado indiscriminadamente sin sujeción ni control y a las pautas médicas, por lo que pueden ser y de hecho son gravemente perjudiciales para la salud, como ya lo señaló la sentencia de esta Sala del 18 de diciembre de 1992”*. ha determinado la restricción médica – no impuesta - para el uso de especialidades farmacéuticas de naturaleza hipnótico-sedante de vida media ultra-corta como el Halción ®(triazolam) y Rohipnol ® (flunitracepam) ,sobre todo como consecuencia a la epidemia de heroína en las dos últimas décadas del siglo XX y la toma de conciencia de toda la red de Asistencia Primaria, aunque por estratagemas jurídico-comerciales, como la apuntada, los acuerdos con la industria permiten la persistente presión comercial sobre los médicos prescriptores y el uso de productos como el Noctamid ® (lormetazepam) y el antes mencionado Trankimazin ® de funestos efectos en enfermos tóxicófilos, especialmente alcohólicos, cocainómanos y consumidores de estimulantes derivados de las anfetaminas.

Por nuestra experiencia clínica con alcohólicos crónicos de larga data, las BDZ de vida media corta y ultra-corta, siguen siendo los fármacos indicados y automedicados de mayor frecuencia, pese a las advertencias y sus expresas contradicciones, al extremo de ser las sustancias principales por las que algunos alcohólicos ingresan en prisión por no considerárselas *“sustancias capaces de generar grave daño para la salud”*, como lo indican las STS del 18 mayo de 1998, la del 19 de abril de 1999 para el flunitracepam o la STS del 1 de febrero de 1999 para el alprazolam, muy a pesar de ser los inductores de conductas absurdas, violentas o agresivas seguidas de amnesia retrógrada. (efecto paradójico de las BDZ de vida media corta y ultra-corta)

Finalmente el problema que plantean las BDZ asociadas al alcohol en relación a las leyes de tráfico es particularmente grave en toda Europa, especialmente en España, Grecia y Portugal donde la siniestralidad general como la relacionada con el trabajo “transportistas”, representan ser uno de los problemas mas severos en la siniestralidad laboral.(50% de las muertes en el trabajo). Estos extremos no se reproducen para los consumos problemáticos de sustancias en el Uruguay, pero se deberían tener en cuenta para un futuro no muy lejano.

Laporte J R, Tognoni G. Principios de epidemiología del medicamento. 2da. Edición, 1993.

LLIGOÑA , A. Unitat Alcoholologia de la Generalitat de Catalunya. Institut de Malalties Digestives. Hospital Clínic de Barcelona.Adicciones 2000-V

Sellers EM, Ciraulo DA, DuPont RL, Griffiths RR,Kosten TR, Romach MK et al. Alprazolam and benzodiazepine dependence. J Clin Psychiatry1993; 54 (Supl. 10: 64-73.

Blandin PF: The use of clonazepam as an anticonvulsant: Clinical evaluation. Med J Aust 1973 1: 683-688.

Rickels K, Fox IL, Greenblatt DJ. Cloracepate and loracepam: clinical improvement and rebound anxiety. Am J Psychiatry 1988; 145: 312-317.

Carrasco ,JJ; Maza Martín,J.M; Manual de psiquiatría legal y forense. 3ª edición. Madrid. Edit. La Ley (2005)

9 - El Modelo de Intervención ante los consumos problemáticos:

El consumidor español problemático no se centra en el “adicto tradicional que caracterizó el desarrollo de los programas norteamericanos del siglo XX y a la inmensa mayoría de los europeos del último cuarto de siglo, con la excepción de Suecia. Hoy los mas jóvenes plantean consumos recreativos de riesgo muy elevado debido entre otras causas a:

- El acceso a recursos económicos inimaginables hace 2 ó 3 décadas.
- La tenencia temprana de vehículos automotores pequeños y de gran potencia y velocidad.
- La independencia de la tutela familiar y/o pérdida del control por los mayores. (salario – autonomía)
- El tiempo de ocio prolongado y experimentado desde la emoción en el riesgo.(viernes-domingo)
- El consumo y abuso de sustancias psicoactivas, en sitios alejados de la residencia.



- Nocturnidad y mal estado de las vías de comunicación con los sitios de ocio juvenil.
- Existencia de un grupo de refuerzo a conductas inapropiadas. (TV, vídeo-juegos, marketing)

Se podrían agregar mas elementos y analizar cada apartado, pero sin duda se puede con facilidad concluir que gran parte de la morbi-mortalidad juvenil (primera causa de muerte e invalidez antes de los 25 años se relaciona con los accidentes de tránsito en fines de semana por carreteras secundarias) incluyen muchos factores sociológicos, antropológicos y coyunturales, sin que se destaquen los bio-médicos y psicopatológicos.

Con ello no se niega que en la evolución de una conducta de abuso o de riesgo, no se pueda, en un plazo de tiempo prolongado, configurar un cuadro de dependencia a sustancias. Pero para la desgracia de los expertos del siglo XX esto no es lo que ha venido sucediendo en los últimos 20 años. La mayoría de los consumidores de riesgo en juventud (me remito a los resultados del Observatorio Europeo) lo dejan de ser en pocos años y pasan a una fase de consumo lúdico controlado no dependiente.

También; y sin duda alguna se observa que el “riesgo” medido como “posibilidad de accidente” aumenta en función del estado de las vías de comunicación, de la progresiva complejidad de los vehículos, de sus artilugios sonoros, donde el margen de seguridad entre el goce y la muerte se estrecha sin conciencia para el grupo o el individuo inexperto o no culturizado en riesgos.

9.1 - Respuesta del Estado en España.

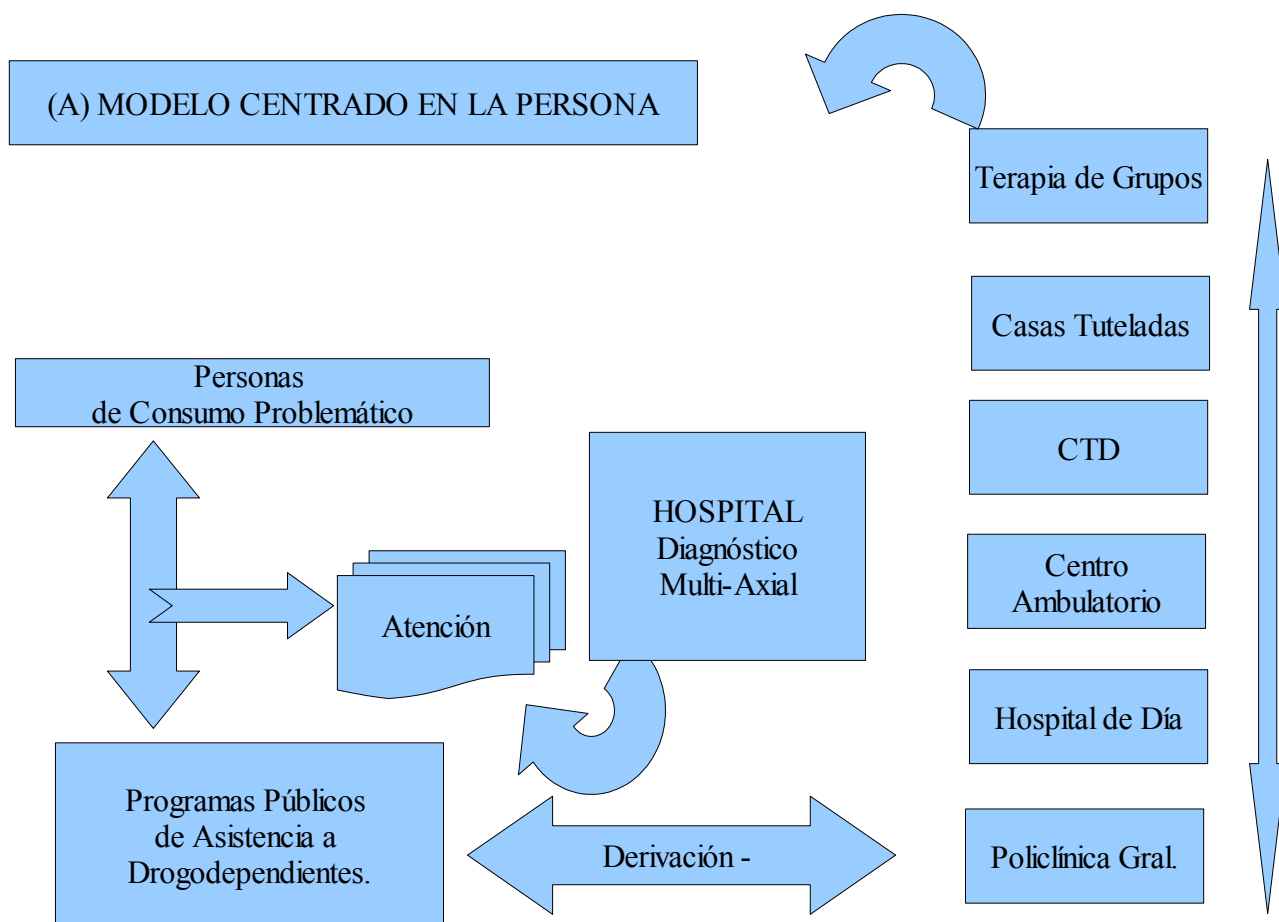
En el año 2007 fue reformado por enésima vez el Código Penal y se introdujeron los “Delitos en el Tráfico” que incluyen penas de prisión y tratamiento médico obligatorio para todos los conductores que observen alcoholemias superiores a 1,2 g/litro de sangre o excedan el 80% de la velocidad permitida en una vía de tránsito; aparte, por supuesto, de las sanciones administrativas como multas y retirada del permiso de circulación.

En el año 2008 el Congreso de los Diputados rechazó un proyecto de Ley sobre control de las Bebidas Alcohólicas que - por supuesto incluía al vino - alegándose en la ocasión y por mayoría en la Cámara que el "vino no se considera una bebida alcohólica y está recomendado por el Ministerio de Sanidad".

10 – A modo de conclusión para el borrador

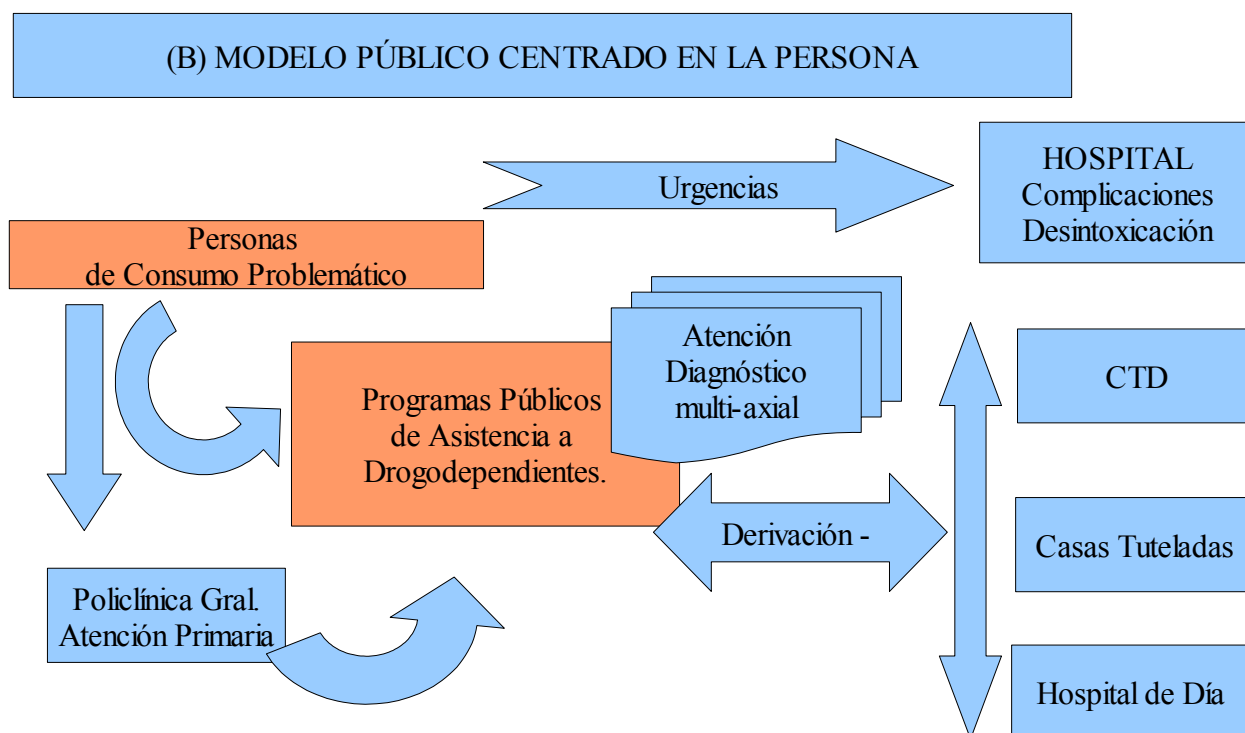
Carezco de los datos en el Uruguay como para ampliar ahora este pequeño panorama, pero me atrevería a escribir, que EL CONSUMO DE RIESGO Y PROBLEMÁTICO en Montevideo ha ido por otros caminos, también distinto por el que está yendo aquí el personal con mas de 40 años o con menos de 20.

Puedo hacer un esqueleto de intervención; y puedo – leyendo – desentonar con lo que pasa en la Secretaría del Estado con la Junta de Drogas; pero con eso no apporto nada o muy poco. Se explica con el diagrama de abajo “que sirve para todo” en los tiempos que corren; porque en definitiva hay que echar mano de todo lo que se encuentre al abasto.



Al esquema superior (A) le agregaría variables que no están y le quitaría “hierro” al paternalismo y ambigüedad asistencialista que para varios autores consultados, lo exponen a modo de una concatenación de “programa-programa-programa”, por supuesto eliminado de mi exposición.

Al fin, el modelo expresa bastante bien la dinámica asistencial democrática española como la de cualquier país liberal, porque como se observará, no plantea “niveles de intervención estrictamente públicos” y coloca a los servicios como inter-dependientes, extremo que es cierto a medias y que, como se ha planteado a los comienzos del escrito, muchos son “monopolizados” por una misma organización o un grupo de organizaciones, que no creen en un proyecto público de asistencia fuera de sus controles y lo copan, combinándolo con la intervención privada, que no digo persiga finalidad de lucro, sino de hegemonía. Estos supuestos ya no se observan si se le realizan correcciones como en (B), de la página siguiente:



Este diagrama B centra las intervenciones en los programas públicos desde donde se establece el diagnóstico socio-psico-médico con la participación y consentimiento de la persona consumidora (en el supuesto de no haber perdido derechos) desde donde el equipo multidisciplinar establece fundamentando, los itinerarios posibles dentro de la red. Por supuesto que también aquí me he “saltado” el contexto de consumo y su intervención, la repercusión social del consumo, etc.

Un abrazo de Perico.

En Girona – Susqueda, a 16 de octubre 2007.

Sigue Segunda Parte.