



REFLEXIONS SOBRE L'IMPACTE DE LA PBC I LA NECESSITAT D'ASSISTÈNCIA A PERSONES USUÀRIES PROBLEMÀTIQUES DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES A MONTEVIDEO.

Autor: Juan Pedro Montero de la Bandera. MD per la Udelar (Uruguay) Grau de Llicenciatura en Medicina i Cirurgia per la UAB (Barcelona-Espanya) Màster en Psiquiatria Legal i Forense per la URV (Tarragona – Espanya) Vicepresident i responsable legal de la Fundació Font Picant. (Catalunya). Traducció al Català: Yvette Iglesias. Lic. Història per la UG (Girona-Catalunya-Espanya) Directora del Taller d'Ocupació "Osor" FSE-SOC-FFP.

PRIMERA PART.

La sèrie d'escrius que s'inicia (tres en total) van tenir a veure amb una sol·licitud realitzada per la Intendència Municipal de Montevideo per iniciar un diàleg sobre "models d'intervenció) especialment en afers relacionats amb la necessitat de donar assistència en règim residencial a consumidors i consumidoras "problemàtiques" de Pasta Base de Cocaïna (PBC). No ha pretès ser res més que una reflexió, escrita tal i com es pensava i per això s'han retirat de l'original alguns detalls, i comença així:

1 – INTRODUCCIÓ:

El qui escriu aquestes línies – potser en excés extenses per al temps disponible de qualsevol professional uruguaià immers en el feixuc treball al qual es troba sotmès pel problema- ha recorregut diversos anys de la seva vida – més de 26- entre dispositius per a l'enteniment, l'aproximació i el tractament de persones que en algun moment de la seva vida van estar demonitzades per consumir substàncies psicòtropes il·legals o haver caigut en la dependència per alcohol o joc. Aquest escriptor també va entendre, que abans i després d'aquestes experiències, la substància que plantejava majors problemes socials i amb presència endèmica mil·lenària, la constituïa l'alcohol etílic, la qual cosa el va conduir a no perdre de vista aquest fons de la societat, mentre intervenia en les diferents onades de consum que li van tocar viure. Per això, aquestes lectures i lectors als quals van dirigits aquests escrits l'hauran de disculpar per alguna de les seves disgregacions.

2 – Espanya 1980-1992.

L'Espanya de 1976 consumia substàncies – especialment estimulants directes, tranquil·litzants menors i cànnabis- i conduïa automòbils amb relatiu risc per la Salut, en èpoques on la inseguretat ciutadana, els accidents de tràfic o la sinistralitat laboral, es relacionaven molt més amb la precarietat, el maltractament, la pobresa, les condicions de treball, el precari o nul manteniment de les carreteres, absència de mesures de seguretat, que amb els efectes directes i perturbadors d'aquells psicofàrmacs. A Barcelona i Madrid poques veus i equips treballaven denunciant els problemes relacionats amb l'abús de les begudes alcohòliques en molts d'aquests aspectes (Feixas i Rubio) però les seves prèdiques van tenir poc eco en els estaments polítics de l'època.

A finals dels 70 i a començaments dels 80 va irrompre l'heroïna en el mercat il·legal espanyol de substàncies psicoactives i amb aquesta molècula – reconeguda com la més mortífera dels analgèsics heroics- es va iniciar un problema sense precedents en la història de la medicina, la psiquiatria, les ciències socials i l'educació. El fenomen "Heroïna" va desplaçar la resta de tots els debats sobre substàncies addictives, i un nombre relativament petit de consumidors (300,000 estimats per l'època, o sigui poc menys del 0,01 per al total de la població) va conduir la població a tals cotes d'alarma social, de mortalitat juvenil, de bogeries descontrolades, que es va haver de crear – amb força endarreriment- una Secretaria d'Estat adjunta a la Presidència del Govern, per establir un Pla General de Lluita contra les Drogodependències al 1985.



Els resultats assistencials obtinguts per aquell Pla Nacional sobre les Drogues a Espanya foren a curt i mig termini desastrosos, ja que no van tenir en compte la superposició d'una altra mortífera epidèmia: La Sida. Passada la massacre juvenil sense guerres, més tard va tenir el mèrit d'organitzar a tota la geografia de l'Estat una xarxa de discussió, investigació i assistència de cobertura nacional, gestionada per les Comunitats Autònomes amb diferents enfocis i solucions. D'aquí ve l'assistència dispar que intenta a principis del segle XXI donar resposta als múltiples problemes psico-socio-sanitaris relacionats amb el consum de substàncies, a molts llocs, encara en paral·lel – no integrada- a la xarxa d'assistència psiquiàtrica, però evidentment, amb la intenció de centrar el tractament en les persones.

Entès així, el paisatge espanyol ha estat original, no és extrapolable a cap altre país, ja que cada regió autònoma, si bé va complir criteris més o menys generals amb el pla, el paternalisme purità, el desconeixement epidemiològic, l'assistencialisme mèdic, el desenteniment de les Escoles de Medicina, la seva perspectiva biològica i l'enfrontament entre professionals de diferents escoles, tot sumat a l'avarícia política i un respecte, en diverses autonomies, excessiu a la oferta-demanda i el lliure mercat, entre moltes altres variables; van determinar un paisatge insòlit d'ofertes pintoresques de “tractament” que per l'experiència, l'assaig error, la massificació de les presons, van conduir entre altres coses, a replantejar la situació per a també més o menys reconduir-lo a la realitat d'avui dia.

Aquesta es caracteritza a grans trets, per una política centrada en la prevenció dels riscos, la detecció i tractament precoç de l'abús, el consum responsable i en els casos de consum perjudicial problemàtic, l'assistència centrada, com s'ha esmentat al principi, en el “benestar de la persona”, entesa com “posseïdora de tots els drets civils del ciutadà”.

2.1 – Les Comunitats Terapèutiques als 80.

Però les empreses naixents (1982) es van haver d'adequar al seu temps i es va poder incidir poc en una societat que no desitjava escoltar veus dissonants; menys encara quan aquestes veus van pertorbar o denunciar flagrants atemptats als Drets Humans, exposant les seves dramàtiques casuístiques o reclamant menys tractes de favor a programes de fracàs assistencial segur, com ho van ser els centres d'assistència urbana lliures de drogues o l'extensa xarxa de llits hospitalaris per la desintoxicació posats en funcionament el 1985 sense més opcions de seguiment, mentre els habituats al consum endovenós de substàncies, emmalaltien i morien de SIDA no assistits per la por al contagi dels professionals de la Salut. A esquenes dels experts, com a solució segregadora per als polítics i davant els reclams de les famílies, van sorgir els recursos rurals aïllats que de manera general es van denominar “Comunitats Terapèutiques per a Drogodependents” (CTD).

Hi ha molt material publicat i és fàcil construir discursos “sense mullar-se i desde l'acadèmia” sobre una època, per a desmerèixer el treball de les CTD regirant papers, revisant enquestes parcials o amb la visita fugaç a llocs prèviament seleccionats i maquillats. Resultat fins i tot senzill “uniformitzar” experiències d'acord amb l'aplicació d'aquest o aquell model teòric, desqualificant tot allò que no pugui ser enquadrat en l'ordre d'alternatives que l'investigador proper al poder, ha preparat per al seu discurs. Però en la realitat espanyola i catalana dels 80 i 90, les CTD, del signe que fossin en l'aspecte filosòfic i metodològic, no van tenir responsabilitat en els desastres provocats per la política de segregació, persecució i prohibició decretada desde les més altes instàncies del govern.

Les “estratègies de supervivència”, d' “adaptació” o els “ofecs quotidians” als quals apunten molts treballs de psico-sociològics universitaris per a justificar els seus recels sobre les CTD (Megías, Rodríguez Cabero i Comas Arnau) no són problemes diferents dels que tenen i han tingut sempre la resta de les petites i mitjanes empreses espanyoles, vistes pels funcionaris i universitaris de diferent color, quan per altra banda, els números diuen que en un país qualsevol ocupen el 70 o 80% de tots



els treballadors. Nosaltres hem pensat que el problema no està en “el mercat” i en aquest “deixar fer qualsevol cosa” per veure què passa després. En temes de Salut Pública i en Epidèmies, li correspon desde fa segles a l'Estat i les seves Institucions assumir el paper que li toca per sobre de les voluntariats i els empeniments privats.

Aquesta exposició expressarà, entre molts altres afers, l'experiència professional de la Comunitat Terapèutica (CTD) Sant Miquel Maifrè (SMM) gestionada per la Fundació Font Picant desde 1993. Abans de SMM, la Fundació havia iniciat el seu programa assistencial rural a l'antic hotel balneari de Sant Hilari Sacalm o “Font Picant” que va funcionar entre 1986 i 2000, amb els seus orígens en el Consultori de la Sagrada Família (Barcelona) on van iniciar el seu camí el novembre de 1981 per al tractament multidisciplinari de persones amb consum endovenòs de substàncies amb eix en heroïna, havent estat centre pioner en la posada en funcionament de Plans de Manteniment amb Metadona.

3 - El tractament dels “bojos”

Els consumidors d'aquella època (80-90 dels segle XX), foren considerats pels mitjans de comunicació i la opinió pública vulgar “subjectes perillosos” propers als boigs i psicòpates delinqüents en sèrie, per tant en tot el que segueix, s'iniciarà un repàs sobre els centres de tractament pels “alienats mentals”.

El tractament de les persones amb problemes de salut mental, dels vulgarment anomenats “bojos”, ha passat al llarg de la història per diferents fases. A l'inici, el malalt mental era un candidat per a l'extermini físic, bé per simple abandonament o mètodes més expeditius, encara que es relata que en algunes cultures es salvava algun “alienat” (dements i alguns maníacs) als quals fins i tot se'ls arribava a atorgar condició sagrada. La opció de l'eliminació física fou substituïda de forma progressiva per la reclusió de per vida a petició de les famílies, ciutadans en exercici d'autoritat pública, policia metges i practicants, (J.P. Barrán) de tal manera que a la segona meitat del segle XIX quasi tots els considerats “bojos” i “perillosos” estaven acollits en miserables condicions, per llarg temps o de per vida, en “manicomis” i altres institucions similars. Avui dia, qualsevol psicopatòleg, sap que a la presó es troben, quasi amb exclusivitat malalts mentals, ja que el motiu de la reclusió per llargs períodes de temps no es basa en la culpabilitat sinó en la “perillositat dels seus interns” o en l' “alarma social” que pugui ocasionar la posada en llibertat.

Philippe Pinel (1800) va passar de ser un metge de província pobre a París, a un home que es va avançar al seu temps: fou fundador de la vacunació universal als manicomis i iniciador de la medicina geriàtrica, a més de ser l'innovador del tractament psiquiàtric, en tant que va introduir la comprensió i l'exploració de l'alienació mental i la mania. Els seus treballs clínics i la seva sensibilitat per l'Esser Humà reclòs i malalt, el van convertir en el pare de la psiquiatria a França. Les inhumanes mancances i l'absència de tècnics a les institucions d'internament foren denunciades per Pinel. La seva actitud reformista valorava *l'adequat internament com una oportunitat terapèutica*, encara que també *establia la necessitat d'estructures, procediments i protocols de diagnòstic previ amb la finalitat d'evitar que perfils inadequats fossin dirigits cap a una institució que ja no era un “dipòsit indiscriminat” sinó un “lloc per a la reparació”*.

Dora B.Weiner, professora d'història i ciències humanes, és l'autora d'un llibre que enregistra les aportacions de Pinel a la medicina universal, i situa als lectors en el context d'una França en plena Revolució:

“Allà on els altres veien un cos malalt i buscaven la lesió, com seu de l'enfermetat, Pinel va examinar a l'Esser, a la persona i el su patiment”. Pinel, durant quasi dos segles només fou estudiat com a creador



del tractament moral, havent estat a més a més investigador, professor, pensador i metge 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) escriu sobre una psiquiatria que va tenir orígens francesos, tal i com ho va relatar a la Revista Annals Francesos de Psiquiatria (1998):

"La psiquiatria va néixer francesa i revolucionària. Ja temps enrere s'anaven obrint pas creences i idees cada cop més aclaridores; però també és just recordar que van haver-hi percussors a Anglaterra i Itàlia. Però, de fet, la psiquiatria sorgeix amb les obres fundacionals de Pinel : Nosographie philosophique (1779) i Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale (1801). El títol en si d'aquestes obres és eloqüent per a comprendre la relació que entre la ciència i la raó proposaven aquests gegants. La filosofia de la ciència (o filosofia en la ciència) dista molt d'haver nascut ahir. Els alienistes de La Salpêtrière i Bicêtre - els hospitals parisencs, organitzats a favor del "gran tancament" disposat pel Rei Sol per a allotjar als rodamons, pidolaires, delinqüents i insans - van perfilant gradualment les espècies gnoseològiques amb precisió cartesiana. Fites importants en aquesta història són : la tesi sostinguda per Bayle al 1822, "Recherches sur les maladies mentales", amb la qual estableix el mètode anatomoclínic en psiquiatria; la llei de 1838, que ordena l'estructura jurídica i institucional de l'assistència dels malalts psíquics; els estudis de Morel i de Magnan sobre la degeneració; l'obra del mestre de Freud, Charcot, decisiva en el desplegament d'una psicopatologia científica i iniciador del procés de psicologització dels trastorns psíquics; Comte i la sociologia, Durkheim i els inicis de la investigació epidemiològica; i, en fi, les investigacions originals de Janet i Ribot, de Binet, de Clérambault i tants altres cultors de las psicociències..."

3.1 – La transformació dels manicomis.

Però els manicomis van continuar essent institucions inhumanes, a on no van arribar els Drets de l'Home, ni en la Revolució Francesa ni en l'Americana. Van existir experiències importants ben entrat el segle XX malgrat les barbaritats esteses desde la ex-Unió Soviètica fins les illes gregues del Mediterrani i des del Finisterre fins les costes del Pacífic; però a l'actualitat i amb l'avenç del neoliberalisme, aquells intents d'humanització centrats en el tractament de les persones, van perdre força a Occident i a l'Uruguai a on cap als anys 50 el model d'assistència psiquiàtrica era un exemple per a tota Amèrica (Colònia Etchepare), s'assisteix a la misèria més cruel i brutal a la mateixa Colònia després d'haver estat un model referent d'intervenció amb alta participació dels malalts a mitjans del segle XX. (Espinosa – San José; 1987)

Aquesta realitat nosocomial va tenir els seus transformadors a França entre la Primera i Segona Guerra del segle XX (Henry Ey) el qual fou injuriat i desqualificat per haver treballat sota la ocupació nazi amb els malalts mentals que s'exterminaven. Els antecedents d'Ey van conduir a la posterior transformació de l'hospital psiquiàtric en Comunitat Terapèutica, determinada a partir de certs criteris posteriors al naixement de les Nacions Unides (ONU) després de la Segona Guerra Mundial entre els quals van destacar: suficients professionals ben formats, interdisciplinarietat, metodologies dinàmiques i participatives, transparència, respecte als Drets Humans fins aleshores conculcats, treball integrat al problemàtic grup i optimització dels recursos humans i econòmics.

L'estratègia dels experts de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) als seus primers temps, emfatitzava conformar un grup de professionals amb una titulació adequada per a realitzar les tasques, formats per a actuar segons un criteri democràtic. Entre aquests professionals podrien participar



persones que haguessin patit problemes similars als dels usuaris, la qual cosa proporcionaria un major grau d'empatia a l'equip, sempre que el seu rol es justificués després d'una titulació o preparació adequada. Encara avui s'observa, no és la "democràcia" la que domina en les problemàtiques institucions hospitalàries generals – menys als psiquiàtrics- ni ho serà d'ara en molts anys. La institució sanitària, en general, es caracteritza per la seva elevada jerarquització on "tot un Cap de Govern" pot ser tojeat per auxiliars de clínica sense poder dir aquesta boca és meua.

Aquesta proposta d'organització per a la institució hospitalària de psiquiatria, va representar, o al menys fins al principi dels 70, la més completa i potser millor estructurada de les alternatives per a la necessària reforma de la salut mental d'Occident. I així, d'aquesta manera formal, ho va interpretar la OMS, quan en les recomanacions dels Comitès d'Experts entre els anys 1953 i 1959 va aconsellar als països membres que l'adoptessin en els seus programes nacionals. Malauradament, va triomfar una alternativa més radical i barata per als governs, consistent en el desinternament dels manicomis que es va produir en el sector públic per a la pràctica totalitat d'Occident (excepte Cuba on es van democratitzar els manicomis) des dels anys 60 i fins a principis dels anys 80. En els llocs on aquest fenomen no es va produir de forma massiva, els malalts mentals crònics, refractaris als tractaments farmacològics introduïts (primers tranquil·litzants majors: Largactil, Fenegan, Haloperidol) van continuar amuntegats en iguals o pitjors condicions, degut en gran part a l'abandonament i desmantellament del sector, en compliment dels dictats econòmics imposats pel BM i el FMI. En l'últim terç del segle passat.

3.2 - La contribució de Jones en la reforma de l'hospital psiquiàtric.

Origen de les CT "professionals" centrades en els problemes de les persones malaltes.

Per Maxwell Jones "Comunitat Terapèutica Democràtica" i "democràcia institucional" significava que els rols respectius de professionals i usuaris no eren asimètrics, encara que sí diferents i complementaris; sobretot, molt explícits. Però no havia d'establir-se cap tipus de jerarquia entre ells, perquè tots els integrants eren membres iguals d'una mateixa societat a la qual estaven sotmesos al mateix sistema de drets i deures. Les diferències de rols tindrien, per tant, a veure amb el mateix bon saber i la utilització dels mateixos en termes d'ajuda i eficaç atenció a les necessitats dels usuaris. Òbviament aquest saber establia un principi de relativa desigualtat, extrem no considerat important per Jones, perquè al cap i la fi, alguns havien de ser "responsables" de la Institució.

Sobre aquesta base general, Jones va establir uns principis, entre els que destaquen:

- La realització d'assemblees generals resolutives a la Comunitat Terapèutica amb professionals i usuaris.
- La conceptualització d' "equip terapèutic" per al conjunt dels professionals en base a les aportacions realitzades per la sociologia i la psicologia social.
- La jerarquització de les tasques relacionades amb el treball i les reunions en equip. La idea central de Jones pivotava en que tots els membres de l'equip tinguessin un nivell d'informació equivalent sobre les característiques dels usuaris, les seves necessitats, els processos terapèutics que seguien, amb l'agregat que les reunions servissin per a recollir informació sobre aquests mateixos usuaris. Jones va formalitzar en moltes pàgines la qüestió de les reunions d'equip abordant la organització de diferents comissions: acollida, valoració i diagnòstic, seguiment i evolució dels casos, sortides, altes terapèutiques, etc, així com el tipus de professionals que havien de participar en elles, com les tasques que havien de desenvolupar.



- Va aplicar l'ús del que aleshores s'anomenava socioteràpia, o sigui tallers i pràctiques educatives per als interns, que permetien anar adquirint habilitats socials i en especial el desenvolupament de la capacitat per anar assumint responsabilitats.
- El modelo de "confrontació" el va considerar imprescindible per avançar en la resolució dels problemes en la institució. Malgrat tot no el va plantejar com a "model terapèutic".

Tot això suposava per Jones una "nova modalitat de teràpia psiquiàtrica", aproximant-se al que avui anomenaríem model multidisciplinari i trans-teòric (eclectic) d'intervenció i que tractava d'englobar totes les orientacions terapèutiques aleshores practicades, des del psicoanàlisi fins als models conductuals de Watson. Al final M. Jones va integrar el seu model d'intervenció d'acord amb la Gestalt o "teoria dels sistemes" (basat en la psicociologia) creant "marcs conceptuals" que englobaven a la resta de les actuacions i interaccions dins del propi sistema.

Per Jones la CCTT constituís un "sistema comunicatiu", perquè entenia: "conforma un espai holístic per l'aplicació pràctica de totes les possibles idees i orientacions teòriques i metodològiques. És a dir, el que en termes moderns es coneix com un sistema tancat però operativament obert" (Habermas).

La CT de Jones (1976) – sobre la qual es va basar la constitució de la Fundació Font Picant al Baleari de Sant Hilari (Girona – 1985) per a Drogodependent – *constituïa un lloc tancat on fluïa la informació sense cap límit, un lloc ex profeso "desorganitzat" en constant reelaboració i avaluació i en el qual l' "equip terapèutic" havia de posar, de forma permanent la informació externa a disposició de tots.* En aquest lloc i en aquestes condicions es produiria un procés de maduració individual i col·lectiva, continuant escrupolosos a més de respectuosos itineraris individuals sense el condicionament d'un "temps terapèutic" preestablert (treballava amb malalts crònics).

Finalment cal destacar que Jones plantejava aquesta organització per la reforma de les unitats psiquiàtriques en l'últim terç del segle XX, la qual cosa no incloïa l'atenció específica per als avui considerats "drogodependents" que en definitiva, van haver d'erigir-se, entre les runes de les experiències fracassades en els manicomis reconvertits i a la necessitat político-jurídico-penal de no recompensar als delinqüents malalts en institucions considerades "filo-libertàries".

A Espanya no es va permetre la reconversió durant el règim del General Franco. La Llei General de Sanitat (BOE, 1986) d'Espanya va traslladar als malalts mentals del manicomi al carrer o a les presons, que és a on pertany la majoria i tendeix a augmentar. (Referències: Roig, 1985; Font Picant 1986; Comas, 1988; Roldán, 2001)

3.3 - El Tractament de les "addiccions" en el segle XX. Auto ajuda i Alcohòlics Anònims.

Amb el desenvolupament industrial i les espantoses condicions de vida a les que se sotmetia als proletaris immersos en l'alcohol i l'opi durant els segles XVIII i XIX, (Engels; 1845) amplis moviments de "temprança" es van estendre a través d'Europa durant els segles XIX i principis del XX, impulsats per la preocupació envers als licors, que van considerar factor de totes les calamitats socials durant el liberalisme expansionista burgès i van derivar en una oposició a totes les begudes alcohòliques que va saltar a l'altra banda de l'Atlàntic. A la majoria de països, encara que no a tots, el moviment abstencionista fou perdent vigor fins a ocupar una posició d'aparent escassa notorietat a finals del segle XX, extrem que com s'observarà, no s'ajusta a la realitat.



El 6 de Gener de 1920 els Estats de la Unió van ratificar la divuitena esmena i la Llei Volstead posava en pràctica uns poders repressius i legals sense parangó en la història per a tractar el problema de les begudes alcohòliques. Aquest dia es va decretar que els nord-americans havien de ser abstemis. William Jennings Bryan, tres cops candidat demòcrata a la presidència de E.E.U.U. deixà ben clara l'actitud de la naixent superpotència en el seu discurs *"Hem de dur al món la nova doctrina que ha tingut tan recolzament aquí. A mesura que ens fem millors i més fort gràcies a la bona influència de la Prohibició, estarem en millor posició per ajudar al món"*.

Durant la prohibició als EEUU els rics bevien licor de bona qualitat i els pobres foren assetjats i el van consumir – o casolà- o de mala qualitat, especialment a les grans ciutats industrials. Pierre Dupont, dirigent de la Gral. Motors, deia: *"la gran massa dels nostres treballadors i la gent pobre creu que la prohibició no prohibeix, sinó que és un truc per privar-los de quelcom que els seus germans més afortunats poden comprar sense problemes"*.

Amb el fracàs de la Llei Volstead i la quasi nul·la consideració dels alcohòlics crònics per la sanitat nord-americana, un grup de persones alcohòliques es va conformar en un grup per crear un programa d'auto ajuda basat en 12 passos, "manaments" o "principis" caracteritzats els seus primers cinc per:

- a) La impotència o absència de voluntat per "autogovernar" el consum.
- b) La "necessitat de creure" en un Poder Superior per recuperar l' "enteniment" establert per Déu, davant de qui "van admetre" la "naturalesa exacta de les seves faltes" davant de qui van encomanar la seva Voluntat en la meditació i la oració.

L'evolució d' AA.AA i les seves conseqüents aplicacions NN.AA. i LL.AA resulten ser de sobra conegudes i només s'aconsella la lectura de "Alcohol" de Norman Miller and Mark Gold ; NY; Library of Congress ,1991; on es pot observar la tremenda influència d'aquesta corrent en el pensament científic i polític a finals del segle XX.

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

3.4 – Breu repàs al model Daytop de Comunitat Terapèutica.

La Comunitat "Lloc de Vida" com alternativa de vida saludable dels addictes en una societat

El desmantellament progressiu dels manicomis als EEUU després de la Segona Guerra Mundial, va conduir a una reacció dels malalts mentals i les seves famílies, els quals – els més normalitzats – van buscar formules alternatives per resoldre la inassistència: malalts que havien estat considerats fins aleshores crònics i sense possibilitat de curació, anaven al carrer sense ajuda social, sense recolzament terapèutic i en ocasions amb patologies no perilloses per als altres, (als perillosos sempre els van condemnar a passar tota la vida a la presó o a la pena de mort) però condemnats a la indigència més brutal. Una part important dels malalts va conformar els avui anomenats "sense sostre" eufemisme de "rodamón" però altres – es reitera, els més sans i amb millors suports familiars- també van desenvolupar alternatives d'auto ajuda.

3.4.1. - D'Alcohòlics Anònims a Synanom.

Un altre estacionament de cotxes; Ocean Park de Califòrnia l'any 1958 va reunir un Grup d'Alcohòlics Anònims (AA.AA) que acollia uns altres malalts. El fundador del Grup i de Synanom fou Charles Dietrich que va aplicar els 12 passos d' AA.AA a malalts mentals abandonats a la seva sort. Com



l'alternativa ambulatoria proposada no va funcionar, aviat va crear un centre d'internament, a Santa Mònica que en paraules d' O'Brien, fundador de Daytop, *"va florir al llarg de cinc anys davant la indiferència professional"*.

Synanom fou l'origen de Daytop, alguns anys més tard, que inicialment es va constituir com a "Comunitat Residencial" per a addictes a drogues, que rebutjava – igual que AA.AA – el finançament públic, el treball terapèutic reglat, o la participació de professionals. Només admetia una estratègia d'iguals amb el model dels 12 passos. La Comunitat així entesa, conformava un model de "família o clan" ubicada en un lloc preferentment aïllat on els addictes havien de desenvolupar un "programa de vida" al marge de la societat. El dispositiu es va identificar llavors com un "Altre Lloc" on les persones "malaltes dependents" no podien viure sense recaure en l'addicció, la qual cosa va suposar i suposa avui dia per a moltes institucions als EEUU, que havien de romandre de forma gairebé indefinida a Synanom.

Synanom era una institució intensament jerarquizada, que no admetia la readmissió per aquells que l'abandonaven i buscava expandir-se en el territori per donar asil i una forma de vida sana a més i més addictes. Se sol dir que el seu perfil netament sectari la va dur a la dissolució, encara que en realitat la seva no continuïtat va tenir molt a veure amb els conflictes derivats de licitacions al poder pel "lloc de vida". Com es pot observar en els mitjans de comunicació, als EEUU i en molts països d'Amèrica Llatina, hi ha sectes de naturalesa similar, essent la més coneguda Narconon, que pertany a l'església de la Cienciologia.

Del molt que ha estat reciclat per Daytop l'experiència de Synanom, el més important ha tingut a veure amb la seva concepció ideològica i dinàmica "terapèutica"; una barreja d'AA.AA, fonamentada en l' "enfermetat alcohòlica", Déu, el Grup i la negació o minimització de la patologia psiquiàtrica. També es va nodrir de l'experiència institucional hospitalària més avançada per l'època, amb un model d'organització interior peculiar. Així, es va mig imposar la metodologia per la immensa majoria de CTD als EEUU com el model de jerarquizació i disciplina interior, en la seva gran majoria de naturalesa confessional cristiana.

Els jocs de Synanom intenten una doble funció: organitzen la vida quotidiana dels centres a l'hora que "permeten, estimulen, humilien i reprimeixen" als membres del grup. L'expressió de les "emocions" esdevé una crítica constrictiva sobre el passat, i en aquesta parida o "treure a la llum", tots els detalls de la història personal, permeten reconstruir, purgant en públic i davant Déu, un nou projecte de vida que s'anirà consolidant sota l'estricta i indissimulat recolzament i control dels membres més fidels i antics de la CTD.

Daytop Village, va resultar ser el retrobament entre un grup d'interns de Synanom amb el recolzament de l'Església Catòlica a Nova York. Aquesta associació – per a res casual- ha permès a Daytop expandir-se per tot el món, mig professionalitzar-se i erigir-se com a model de referència per a una immensa majoria de CTD, tota la batuta de l'Església Catòlica que de manera encoberta, resulta ser la confessió religiosa (en termes occidentals) més activa en el tractament de les "enfermetats addictives".

En més de quaranta anys d'existència, s'ha anat construint, refinant i formalitzant una estructura ideològica de les "dependències" centrades en endimoniar les substàncies, així com un model d'intervenció terapèutica "centrada en l'experiència d'aquestes CTD" de discutida eficàcia però d'enorme repercussió mediàtica, que va resultar al cap i a la fi, ser "el recurs més barat i el que millor controla" per als Estats d'Occident.

Per al model Daytop el "malalt addicte" només es pot recuperar de manera completa amb el compliment dels "seus programes íntegres", pel què fa al tractament, si bé no pretén ser la totalitat com



“Lloc de Vida” de Synanom, és en definitiva el “redentor”, de necessària vinculació amb Déu i a un “clan” sense comptar per a res o molt poc, el projecte individual de rehabilitació des de la perspectiva central del malalt. El Grup nega la Individualitat i l' Esser, que en definitiva s' “anul·la” en l' “anonimat”.

4 - Centralització de l'assistència a la CTD o en els problemes de les persones?

A Daytop “no van existir ni existeixen problemes de metodologia” , tampoc falta ajustament entre la seva teoria i la seva pràctica; només que s'allunya (ja observarem com s'adaptarà) dels postulats democràtics avançats per l'Europa de la Unió per les polítiques aconsellades desde la Comissió Europea; encara que això no succeeix al Nord i al Sud d'Amèrica, on l' intervencionisme de l'Estat acostuma a reduir-se a poc més que a la legislació incomplida (Sud) i a la repressió del tràfic de substàncies il·legals (Nord).

Sobre les contradiccions metodològiques; si que les van observar i remarcar diversos autors, en el model de gestió pública per la reconversió dels hospitals psiquiàtrics descrita per Jones. Però aquest model va quedar reduït a la mínima expressió en el medi espanyol i europeu (alguns centres privats i molt costosos, per citar-ne algun de concertació pública hi ha el Programa per al Metge Malalt de Catalunya (PAIM) que resultaria ser el més aproximat a l'exigència professional.

La majoria dels experts a Occident – especialment antropòlegs, sociòlegs i psicòlegs- van considerar que els postulats Daytop de fa quaranta anys, centrats en la CTD i les seves Associacions, no es podien seguir mantenint, ja que la Comunitat més pròspera del món reclamava polítiques de: “reducció de danys”, respecte pels Drets dels Ciutadans, obligació d'establir un diagnòstic multidimensional dels pacients, i a la individualització escrupolosa dels tractaments; per citar alguna de les qüestions més flagrants del model temprança-cristià-catòlic.

4.1 - Centralitat de les CTD: Daytop en les polítiques dels Estats.

Però no només en relació als usuaris el programa resulta ser la clau per a la Salut; també la Comunitat Terapèutica resulta ser el recurs assistencial d'elecció i per excel·lència, davant de qualsevol altre tipus d'intervenció, en el qual conflueixen addictes, plans i programes de drogues. Com per AA.AA en alcoholisme, les polítiques sobre drogues s'haurien d'articular segons ells, des de les CTD o la Xarxa de Centres Coordinada (“Centres de Serveis” d' AA.AA o NN.AA) que serien els que *“haurien de definir totes les intervencions en l'assumpte, de la prevenció general, la formació escolar, la formació dels professors fins al residual tractament mèdic; sempre en base a la seva pròpia (i intensa) experiència amb el “recolzament de Déu bondados tal com es manifesta en la nostra consciència de grup” amb cada cop més anys d'experiència anteposant “els principis” a les personalitats”*. (AA.AA. 1998)

Davant aquesta oferta centrada en l'experiència *transcendental i autoritat dels programes Daytop* (situació dominant als EEUU i molt estesa a Europa Occidental) i en absència de recursos públics universals com per a donar respostes alternatives amb el mateix cost i seguretat, ha sorgit una necessitat de proposta pública “oberta” o el que es denomina “model d' intervenció centrat en la persona” que amb la intervenció *reguladora* de l'Estat en convenis d'assistència, respecta la relació oferta/demanda, entre els consumidors i els seus familiars afectats (demandants de serveis) i una constel·lació àmplia de programes sobre drogues, en els que s'inclouen i són majoria, els dispositius i les CTD de pertinença al model Daytop. (AA.AA, Proyecto Hombre, Dianova, Aldebarán, Egueiro, Reto-Remar, etc)

4.2 – Centralitat de l'assistència en la persona... i la família – Oferta europea:

Es caracteritza per l'establiment d'una Xarxa Pública o Mixta Ambulatoria, (a Espanya és semi-pública i gestionada per municipis, comunitats autònomes i ONGs vinculades a l'Església Catòlica o Creu Roja)



que deriva, d'acord a criteris que haurien de ser professionals i multidisciplinaris als pacients cap als diferents recursos, (hospitals per desintoxicació, Unitats de Patologia Dual, Unitats de dia, Pisos de rehabilitació-reinserció i CTDs). Una part dels programes són programes residencials i per a tots ells el punt de partida estaria centrat en els diagnòstics individualitzats realitzats per la xarxa i així, les CTD s'inscriurien com un recurs més a tenir en compte en el tractament de les persones, com ho poden ser les Unitats de Psiquiatria o altres especialitats mèdiques o sociosanitàries. A la pràctica aquest model no funciona exactament així. Les dades registrades per les CTD a Espanya constaten que més del 50% dels seus pacients provenen d'ingressos directes per les CTDs, *sense prèvia avaluació des del sistema públic d'assistència ambulatoria*.

En teoria, al centrar en la persona els tractaments, en el sentit més sanitari del terme, el diagnòstic conduiria a una indicació i la indicació a la derivació, però aquest aspecte només es compleix per les CTDs en la meitat de tots els assistits per aquesta modalitat, dins del qual s'inclouen programes públics que reben a un 100% dels seus assistits des de la xarxa pública ambulatoria com succeeix en el programa SMM de la Fundació Font Picant. Això posa de manifest que el sector privat "concertat" rep força més pacients directes que la meitat suggerida a les estadístiques.

Es podran maquillar encara més els números, però la realitat contrastada és que en "el model de xarxa sociosanitària centrat en la persona" per a l'àmbit de l'assistència a consumidors problemàtics de substàncies amb necessitat de tractament residencial, accedir a una plaça pública gratuïta o de baix cost o en consonància amb els recursos disponibles en el nucli familiar, constitueix avui (2007) un privilegi per als sectors millor situats de la societat i una quimera per a les minories més humils i castigades pel problema.

Per a Comas Arnau (2005) a Espanya el model "centralitzat en les CTD ha desaparegut després del seu estrepitós fracàs", (al meu parer mai va existir un "model CTD" com a tal) encara que per a ell sobrevisquin algunes Comunitats Religioses que representen a la xarxa d'assistència evangèlica (REMAR-RETO) i que per les xifres que m'arriben, igual assisteix i resol problemes a un percentatge molt important d'afectats. Per a l'autor citat, la resta de les CTDs formen part d'una "àmplia xarxa d'atenció a les drogodependències" que s'ajusta "centrat en les persones" encara que apliquin en les seves metodologies el sistema Daytop, extrem que sens dubte posa de manifest el "poder mediàtic i polític" d'aquest model d'intervenció.

Des del professional-filosòfic AA.AA, NN.AA, LLAA solen reclamar avui la "centralitat filosòfica – científica" per a imposar polítiques en matèria de Drogues i Joc, però des de fa temps ningú tracta de reivindicar el model de "centralitat assistencial" des d'aquestes institucions. Si s'observa amb deteniment; i és el que domina al període, la disputa per vendre i imposar una manera d'enfocar el problema de les dependències, de concepció puritana i d'intervenció "idealista amb el sotmetiment a un poder superior" (llegir les campanyes anti-tabac) dins del model general proposat pels Estats. O sigui, han acceptat treballar amb l'adequada consideració i subvenció de les seves moltes CTDs a la xarxa assistencial, com un dispositiu més, obert i plural, al qual se li derivaran des de les seves pròpies dependències ambulatories "perfils d'usuaris" que puguin beneficiar-se de la seva concepció i metodologia. *(Aquests models i les seves variants s'observen en pel·lícules com "Atrapado sin salida" de la novel·la, "Alguien voló sobre el nido del cuco", o "28 dies")*

5 – Consideracions socioepidemiològiques:

Desde Durkheim (França 1858-1917 - Les regles del mètode sociològic de 1895) el "fet social" com superestructura de mandat anterior i imposat a l'individu d'una col·lectivitat, és quelcom que durant més d'un segle s'ha anat consolidant i desenvolupant en les ciències sociològiques i psicosocials. A l'Europa Occidental de finals del segle XX i començaments del XXI, l'addició a "coses" en el marc



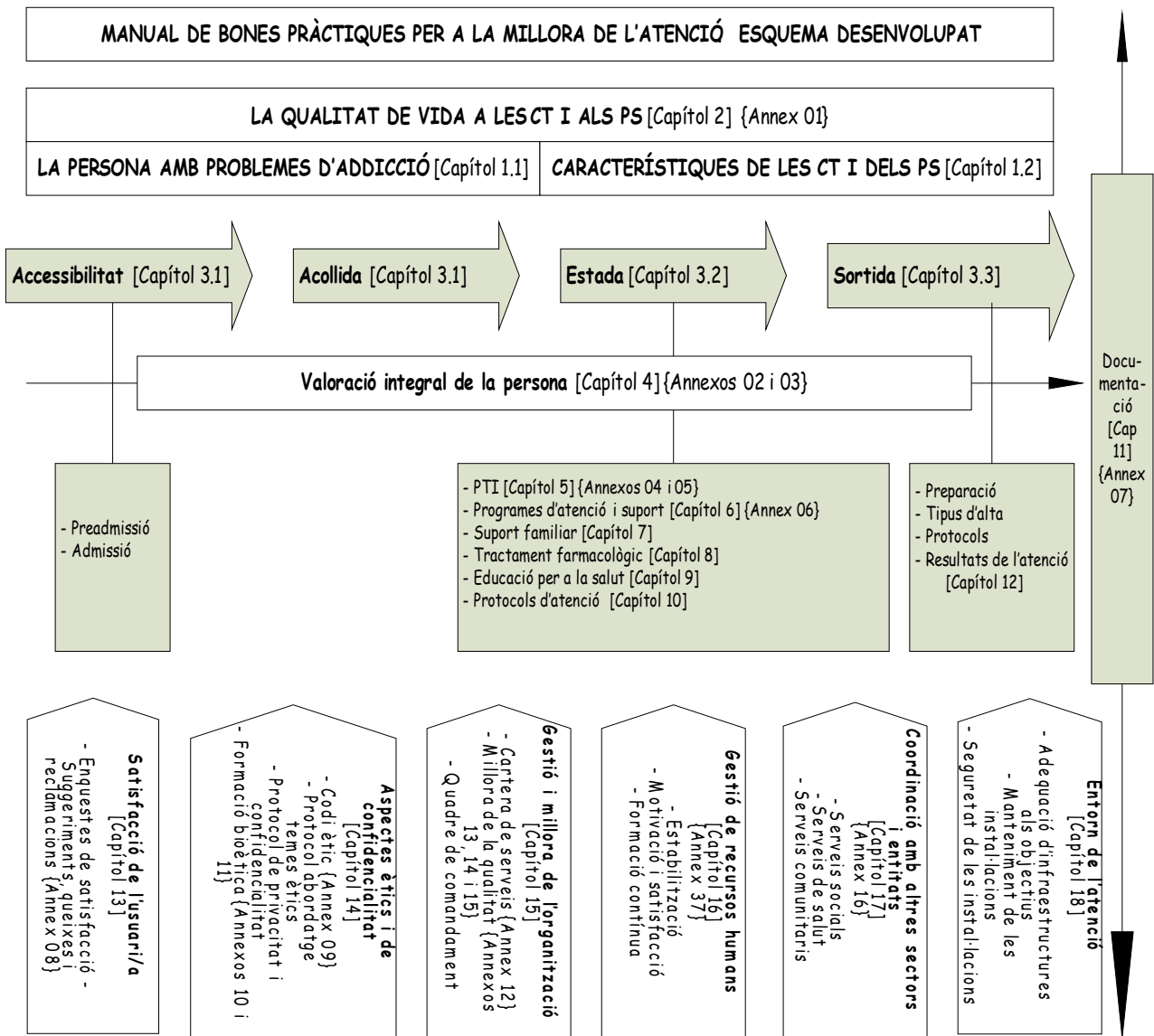
d'una necessitat de consum general, ha englobat a tots els estrats socials en una quasi idèntica problemàtica de caire universal. No obstant, aquesta constatació (expressada pel seguiment en classes socials i tipologies de consum) no és generalitzable per a aquesta mateixa societat pel què es relaciona amb les seves "conseqüències" i molt menys per a que sigui "extrapolable" a totes les àrees i països d'influència, fora dels europeus i països desenvolupats, ja que com s'observarà després, per a Amèrica del Nord i del Sud, o en les dades que s'ofereixen per l' Uruguai on els números i la distribució dels problemes indiquen realitats molt diferents per a rics envers els pobres. (es tornarà)

6 - La Fundació Font Picant.

Les Comunitats Terapèutiques per a Drogodependents (CTD) es van començar a constituir a Espanya al començament de la dècada dels anys 80 com a conseqüència del rebuig social als consumidors i addictes a drogues il·legals que bé van poder haver estat assistits a la xarxa pública d'assistència per programes urbans d'aproximació i tractament amb agonistes (Metadona). Així, entre 1980 i fins ben avançat el Pla Nacional sobre Drogues el 1988, les CTD es van convertir per la prohibició més absoluta – amb les presons- en la opció "central" per al "tractament" dels perillous addictes – delinqüents expulsats dels entorns urbans.

Van disposar de recolzaments humils però ingents de famílies afectades, alguns públics (discrecionals) i de la iniciativa social religiosa, emergint i sobrevivint en condicions d'aïllament i amb extrema precarietat, essent per a molts una de les experiències més importants per la qual cosa avui dia es reconeix com "tercer sector" dels serveis socials.

El seu naixement va tenir molt a veure amb la resposta espontània i creativa de la societat civil a les polítiques d'Estat, que van prohibir tota alternativa de tractament psicofarmacològic als programes "lliures de drogues" (llegir prohibició fins i tot per a l'ús de benzodiazepines i venda de xeringues d'un sol ús d'insulina), la qual cosa va requerir elevades quotes de solidaritat, molta voluntarietat, amb altes dosis d'assaig – error i la incorporació d'una "ideologia i metodologia" en les fonts de la qual van tenir molt a veure les experiències nord-americanes sobre la matèria, que en definitiva aleshores van ser les fonts més consultades pels tècnics de l'època més propers al poder. En plena epidèmia de SIDA els sociòlegs i psicòlegs socials van negar les bondats del model biomèdic d'intervenció en epidèmies titllant-lo de "residual" mentre proposaven alternatives "integradores del social" que mai es van arribar a concretar.



Així les CTD foren considerades per la societat en general – i continua essent actualment- un reducte de bojos delinqüents, sense avals des de l'aparell sanitari, negades pels serveis socials comunitaris, o utilitzades des del sistema judicial. No existeixen fotos dels responsables polítics i administratius a les CTD, els quals es van desentendre fins i tot del control dels centres que van arribar a subvencionar. Moltes de les famílies dels ingressats abandonaven aleshores a la seva sort als seus parents mentre que altres els acompanyaven des dels jutjats fins al cementiri. Les enquestes d'opinió entre afectats residents a CTD per alcoholisme i altres drogodependències ens mostren que desde fa 2 anys, per a elles i ells, la imatge de les mateixes és el que pitjor s'ha avaluat en un qüestionari de 40 preguntes. (“Estudi sobre Enquestes de Satisfacció d'Usuaris”; Montero, Caldera; Font Picant 2008)

D'acord amb Comas Arnau; la percepció era que “Tots els estaments de la societat al·legaven motius diferents i en ocasions antagònics per a justificar el seu rebuig a les CTD” (Comas, 1988). malgrat tot, aquesta doble moral, va determinar des dels ajuntaments fins als jutjats i les famílies benestants o no, els enviessin pacients, clients, penats de compliment alternatiu a condemnes, etc., fent ús de “recursos sempre excepcionals o extraordinaris”. A Catalunya 2007-08 la xarxa pública d'assistència encara roman en “estudi” i no es troba concertada.

Tornant a 1985; immersos en aquell clima d'absurd assistencial, un grup de professionals de la salut que treballava amb drogodependents desde 1982 al barri de la Sagrada Família de Barcelona, es va



veure forçat a l'abandonament de tractaments amb agosnistes (Metadona), psicoteràpia individual, grup i psicoteràpia familiar, per iniciar una experiència professional forçada i en aparença "lliure de drogues" a una zona rural de Catalunya, seguint la totalitat dels postulats proposats per la OMS al 1959 per a la reforma psiquiàtrica i a les consideracions de Jones en la seva experiència institucional.

Per a això va comptar amb el suport dels pacients assistits al consultori, d'un municipi llindant a Barcelona (Cerdanyola del Vallès) i de l'Instituto Nacional de Empleo (Ministeri de Treball) que va permetre una experiència de treball juvenil innovadora: La creació de "salaris – risc" per toxicòmans, en un programa assistencial – formatiu que apuntava a la simultània deshabituació, rehabilitació i formació professional de persones joves, sinèrgica a la de rehabilitació arquitectònica d'un hotel balneari del segle XIX (aigües minerals medicinals) situat a 100 km de la capital catalana. Font Picant, a més de constituir-se com un dels pocs models no-Daytop en la geografia catalana, també fou l'únic que va iniciar les experiències de "formació – contractació" per drogodependents en Escoles Tallers, 1988-1990 /1991-1993.

Amb la finalitat de donar personalitat jurídica al projecte, es va conformar la Fundació Privada "Font Picant" que va cristal·litzar la seva forma jurídica al setembre de 1986.

6.1 – Els reptes de l'empresa social en el tercer sector.

El recorregut de les CTD espanyoles com el de Font Picant al llarg de 25 anys de petita història ha estat el resultat de dos grans variables: la proposta assistencial en determinades línies metodològiques, com s'ha expressat abans, i la pressió exercida pels estaments de l'Estat amb les seves polítiques sobre la joventut i les drogues. La repressió institucional i la manca de consideració als problemes de treball juvenil associat al tràfic al detall, la desqualificació, segregació, assetjament, tortures i enderrocament a les presons, es va traduir en l'espai assistencial per una etapa de precarietats de caire universal, que van obligar als usuaris, voluntaris i professionals a adaptar les seves intervencions sota mínims per intentar la seva pròpia supervivència.

Això ha estat així i no d'una altra manera; perquè la totalitat dels dispositius d'assistència espanyols (incloses les CTD) es van erigir públics o bé subsidiaris des de les administracions públiques amb algunes excepcions privades amb afany de lucre per a un selecte grup de població. D'acord amb una política de crear "terapeutes de referència" sense tenir en compte la mobilitat dels afectats i sense considerar els pressupostos disponibles (majoritàriament municipals o autonòmics) el que va sorgir fou un "malalt de referència" assistit cada poc temps per un equip inestable i sense experiència des dels ambulatoris urbans. Al final – molt tardanament al 1990 abans de les Olimpíades de Barcelona i l'Expo de Sevilla – es van haver d'instrumentar, després de deu anys de fracàs amb la prohibició, plans de manteniment amb metadona (PMM) i altres per a la disminució de danys, com a modalitats universals per garantir la "pau social" i limitar l'extensió de l'epidèmia de SIDA fora de control.

En aquest període de canvis la Fundació Font Picant no va tenir problemes d'adaptació a les demandes polítiques i bruscs canvis metodològics, donada la concepció oberta dels seus programes centrats en un "espai per la Salut", entès com un model de maduració individual i col·lectiu, tancat però permeable, conformat i dirigit per professionals i usuaris, on conflüen disciplines mèdiques, psicoanalítiques, psicosocials, educatives i professionals, per a una població que es va entendre perseguida, no-tractada, diversa i original.

Tal fou el grau d'adaptabilitat del programa FP que durant l'epidèmia de SIDA, va establir mesures de prevenció secundària que van fer possible la vida de molts usuaris de substàncies per via endovenosa fins l'aparició (1998) dels tractaments antirretrovirals eficaços. Al mateix temps, FP i des del 1989, ja



incloïa en els seus programes a consumidors problemàtics d'alcohol i a malalts psiquiàtrics; i des del 1992 també a persones amb limitacions per a la circulació amb cadira de rodes.

6.2 - El Reduccionisme estadístic per la programació Sociosanitària:

l'any 1988 per avaluar programes d'inserció social, G. Rodríguez Cabrero (Pla Nacional sobre les Drogues – Ministeri de Sanitat i Consum) es basava ni més ni menys que en ¡30 persones! per treure conclusions sobre els resultats de programes públics i privats per la “integració social” de persones tractades per drogodependències. En el mateix treball, amb només 72 casos, es van elaborar en percentatges 6 variables de causes per a la recaiguda en el consum de drogues “fortament addictives” (quadre 18, pàg. 152). No obstant, el que van esbiaixar aquests experts era que per l'època la taxa de mortalitat d'aquest grup se situava molt per sobre de totes les enfermetats fins aleshores conegudes des d'epidèmies de còlera i pesta.

Un exemple més recent de Catalunya (2005) posa de manifest els absurds per a una pretesa planificació des de l'Administració i les empreses contractades per la prospecció en matèria d'assistència a drogodependents. Per al departament de Ciutadania i Família (abans Benestar Social) les dades del “denominat client” de les CTD i els Pisos de Suport (PS) han estat els següents que es tradueixen de manera literal:

El perfil bàsic (retrat robot) dels usuaris de les CT i dels PS a Catalunya s'ha elaborat a partir de les dades de l'últim estudi del Grup GID1, tenint en compte les aportacions efectuades per altres membres del grup de treball que han col·laborat en el disseny i la confecció del document; per tant no deixa de ser una aproximació de la situació actual al 2005 a Catalunya a la qual s'entén correspon donar resposta.

Característiques sociodemogràfiques: (sempre d'acord amb els estudis esmentats)

Procedència:

Xarxa ambulatoria: 46,1%

Accés directe: 44,8%

Presons i Jutjats: 7,3%

Respecte a la distribució per sexes un 85% són homes (2)

L'edat oscil·la entre els 18-60 anys amb una mitjana de 28-30 anys.

L'Estat Civil es correspon “en la majoria dels casos” amb persones solteres.

Aproximadament un 3,4% tenen persones menors d'edat a càrrec seu.

Persones estrangeres: 3,1% - “algunes poden no tenir” la seva situació legal normalitzada -.

Persones amb antecedents judicials: 38,6%

Droga principal de consum per la qual es realitza el tractament:

Cocaïna: 38,7%

Heroïna: 24,9%

Alcohol: 22,5%

Altres substàncies: 13,9%

Els extrems abans esmentats es comparen amb les dades acumulades a FP durant el mateix any i mostren dades que no tenen res a veure amb el “perfil general”, entre els quals destaquen:

Tractades 52 persones enviades per la Xarxa Ambulatoria en la seva totalitat::



8 dones i 46 homes amb una mitjana d'edat de 45 anys,
Estat Civil es correspon: 20 divorciades, 17 separades, 10 solteres i 7 casades.
El 24% no disposa de família de referència.
Pel 76% que la té es caracteritza per:
20% té altre familiar amb hàbits tòxics en convivència.
5% Absoluta desestructuració (caos)
75% Dins de la normalitat.

Motiu de derivació pel qual es realitza tractament:
42 persones per alcohol.
6 per cocaïna
4 per poli-toxicomania.
2 per heroïna.

Patologia associada:

60% de quadres depressiu – ansiosos severos.
32% amb quadres psicòtics en context de consum.
8% demències manifestes.

Grau de Disminució d'acord amb els criteris de minusvalia psicofísica de l'Estat: (externa)
Mitjana: 65% de disminució.
0% persones seropositives al AISD.

D'acord amb la diferència en les dades, (cal agregar les dades que aporta el “Sistema d'Informació sobre Drogodependències de Catalunya” del Departament de Salut, que s'aproximen als enregistrats a Font Picant), no es correspon l'aplicació genèrica – ni per consens- de línies d'actuació “terapèutica” lineals per les “mostres” de població referides. No obstant, a l'actualitat, es pretén forçar a totes les CTD i Centres Residencials per a Malalts Severos de SIDA un similar o idèntic protocol “consensuat” d'intervenció, basat en uns estudis sobre “Serveis Socials Residencials” elaborat per Verdugo i cols. als EEUU que en els seus orígens va estar enfocat a la Qualitat de Vida en centres residencials de “llarga estança” o sigui, “llocs de vida”, residències d'avis o de minusvàlids.

Aconsellàriem malament, si d'acord amb la nostra experiència en el consum de cocaïna, , traslladéssim a la població consumidora de l' Uruguai la nostra experiència, quan ja sabem anticipadament, que una i altra no tenen res a veure, excepte en el consum d'un principi actiu “similar”... I així deixa de banda l' “Esser” amb tot el seu context històric i social.

7 – CONSIDERACIONS SOBRE UN ESTIMULANT : La Cocaïna (ecgonina).

La substància cocaïna o ecgonina és l'alcaloide actiu més conegut de la planta de coca; un arbust d'Amèrica del Sud, l' Erythroxylon coca. El 1855 un alemany (Gaedcke) va denominar a l'alcaloide eritroxilina. Alguns anys després Albert Niemann el 1859, emprant alcohol, àcid sulfúric, bicarbonat sòdic i èter, va purificar l'alcaloide de Gaedcke i va aïllar la 2-metil-3-bencilecgonina que es caracteritza per presentar un grup amino – hidròfil unit a un grup aromàtic lipofílic o bencilecgonina. La bencilecgonina es coneix des d'aleshores amb el nom genèric de cocaïna, encara que aquest nom engloba a tres formes químiques diferents: Sulfat de bencilecgonina o “pasta base” o “bazuco”, clorhidrato de bencilecgonina “cocaïna en pols” “perica” o “pols d'àngel” i bencilecgonina en forma de base lliure o “crack” també “cocaïna base”.



Aquestes formes químiques determinen propietats diferenciades del sulfat, el clorhidrat i la bencilecgonina base. Aquesta última és poc soluble en aigua però soluble en dissolvents orgànics com l'alcohol i èter, mentre que el clorhidrat és molt soluble en aigua, amb la qual cosa fan a la molècula útil per a la preparació de solucions endovenoses.

Les referències bibliogràfiques remunten l'ús mastegat de la fulla de coca al 2000 aC i desde la Conquesta, els espanyols la van començar a utilitzar amb finalitats terapèutiques al 1516. Fins a mitjans del segle XIX la coca i els seus derivats naturals van tenir un gran prestigi com estimulants i anestèsics locals d'ús terapèutic.

7.1 - Una mortífera artesanía:

En l'argot del tràfic il·legal, als encarregats de processar les fulles de coca se'ls anomena "cuiners". Amb bones fulles i habilitats, 100 quilos de fulles poden rendir fins a 1 quilo de cocaïna, però abans s'ha de separar de la resta d'alcaloides i cristal·litza en Sulfat. Hi ha dues varietats d' *Erythroxylum*: La Trujillo, (*Erythroxylum novogranatense*) de Perú i Colòmbia, i la fulla procedent de l' *Erythroxylum coca* o "huanaco" boliviana. Així, el sulfat de cocaïna o d'ecgonina, resulta més o menys pur d'acord al tipus de planta utilitzat i a les tècniques utilitzades pels cuiners, encara s'ha de remarcar que per fer la pasta base calen certs dissolvents i productes: petroli o querosè, àcid sulfúric i un alcalí (o base) que pot ser cal, carbonat sòdic o de potassi, que en gran mesura – a més d'altres alcaloides actius- són incorporats a l'organisme dels usuaris de cocaïna i en moltes ocasions determinants d'intoxicacions complexes de tractar.

Les fases de preparació consisteixen en la maceració o "la salada" per a la qual es deixen les fulles de coca en remull amb cal o potassa en un recipient durant diversos dies; després se li agrega querosè i àcid sulfúric "*mojadura*" per descompondre les fulles. Després de 2 dies el sulfat d'ecgonina "sura" en el querosè que es transvasa a un altre recipient per separar-lo de les fulles cremades per l'àcid. A aquest querosè se li torna a abocar més àcid sulfúric "*guarapería*" deixant-lo reposar 1 dia més amb la qual cosa es conformen 2 nivells líquids un a la superfície, el querosè, i al fons el "*guarapo*" o solució de tots els alcaloides extrets de la planta, que després d'una delicada separació i amb la suma d'una base forta (amoníac, carbonat de potassi o carbonat de sodi) precipita un líquid espès blanc de textura similar a la llet que s'exposa al sol després de filtrar-lo per adquirir una massilla pastosa que es coneix com "pasta base". La pasta base deixada secar i solidificada, es coneix com "*bazuco*".

Un bon cuiner pot convertir un quilo de pasta en quasi el mateix pes de clorhidrat de cocaïna. Per fer-ho, es necessiten els següents percussors: permanganat de potassi per suprimir els alcaloides que no són essencials mitjançant l'oxidació; dissolvents orgànics com acetona, èter o altres derivats del petroli, i àcid clorhídric que substitueix al grup sulfat pel clorhidrat amb l'alcaloide, formant una sal cristal·lina o sigui la "neu", "perica", "pols", molt soluble en aigua.

El clorhidrat de benzil ecgonina és potser l'alcaloide manipulat més susceptible de patir adulteracions, encara que el seu predecessor, el Sulfat o "pasta base" ja conté un nombre d'impureses i quantitat de principis actius com tòxic directes, suficients com per a desaconsellar la seva utilització en humans pel ventall de patologies mèdiques i psiquiàtriques severes conseqüents. Les dades obtingudes per la OMS en els llocs de producció artesanal d'Amèrica del Sud, van concloure que la pasta base arriba a contenir, en els seus millors preparats un 45% de sulfat d'ecgonina, suficients quantitats de sulfats i plom (procedent de la gasolina) com per haver de ser tremendament respectuosos abans de fumar-lo. Per al clorhidrat, els estudis de l' Institut Nacional de Toxicologia Espanyol l'any 2002, analitzant mostres requisesades per la Guàrdia Civil a petits traficants, situaven la seva puresa entre el 45 i 60%, en tota la geografia espanyola, trobant adulterants "poc perillous", els més freqüents cafeïna, procaïna i



lidocaïna.

Depenent de les àrees i les cadenes de comerç il·lícit, cada passada de mà fins a la boca de venda genera “talls” successius. Es reconeixen entre els qui la comercialitzen a països subdesenvolupats dos modalitats de tall o adulterants per al clorhidrat. Els talls inactius serveixen per donar pes i els realitzen distribuïdors o grans traficants amb lactosa, talc, bòrax, o preparacions farmacèutiques amb semblança a la cocaïna que no produeixi efectes adversos perceptibles de manera immediata en el consumidor. Els talls actius – propis de la venda al detall – busquen “imitar o emmascarar” la manca de la substància activa: Substàncies excitants com la pols d'amfetamines (estimulant directe encara més potent però de pitjor absorció mucosa) i els coneguts vulgarment com “congelants” o anestèsics locals: benzocaïna, procaïna i lidocaïna, per potenciar l'efecte anestèsic local per l' “adormiment de les mucoses”.

Es pensa d'una manera elemental que l' adulteració es detecta “provant” la droga; se suposa ingènuament que en contacte amb els llavis i la llengua, la cocaïna els adorm. Això mai és una garantia perquè com ja s'ha assenyalat, l'efecte pot estar provocat per lidocaïna o procaïna.

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

Molts consumidors “no problemàtics” en allò social, solen vanar-se de donar consells a nois i noies que entren a les pàgines d'Internet per buscar informació sobre substàncies. Robert Sabbag, un expert en la matèria assegura::

“Si vostè té un amic ficat en el tràfic, amb sort aconseguirà provar el clorhidrat de cocaïna quasi pur, encara sense tallar, i aleshores tindrà la sensació de que les terminacions nervioses s'han ofegat en xampany i sabrà per primera vegada de què va tota la festa. Només en necessitarà una i una per col·locar-se i mantenir-se tota una nit”.

Alguns aficionats a la cocaïna estan tan habituats a les amfetamines i altres adulterants que resulten ser addictes complexes d'assistir, per uns “talls” que paguen molt per sobre del que valen aquestes substàncies al mercat “gris” de les farmàcies.

7.3 – Alguns aspectes farmacològics de l'ecgonina que hem relacionat amb l'alcohol:

A Espanya hi ha molt poca o cap experiència clínica amb el Sulfat d'Ecgonina (Pasta Base i *Bazuco*) amb la qual cosa, la totalitat de la bibliografia fa referència per al clorhidrat i la benzil ecgonina.

Escriu Lizasoain a la revista Addiccions (1998) que en el nostre medi (Espanya), la cocaïna se sol fumar o s'esnifa, encara que també sigui molt utilitzada per via intravenosa en associació amb heroïna durant l'epidèmia com hem comentat. Diu així: *“La cocaïna travessa les membranes cel·lulars de forma ràpida i els seus nivells al cervell es detecten 30 segons després d'esnifada, mentre que fumada (Crack i possiblement el Sulfat) només triga 5 segons en tenir efectes centrals. La cocaïna és ràpidament metabolitzada, generalment per hidròlisi enzimàtica per produir benzoil-ecgonina, ecgonina-metil-ester i posteriorment ecgonina. No obstant, en presència d'etanol, la cocaïna és trans – esterificada a **coca-etilè** que té activitat farmacològica i tòxica superior a ambdues substàncies aïllades”*

He citat aquest autor, psicofarmacòleg, perquè si bé és conegut que el consum d'alcohol per part dels cocaïnòmans és molt freqüent, a l'actualitat i per desgràcia pels alcohòlics, la introducció de la cocaïna (clorhidrat i sulfat) en entorns abans impensables, determinen que un percentatge cada cop major d'aquests últims, assisteixen als Centres d'Assistència i representin nous reptes a les urgències



hospitalàries i als jutjats de guàrdia.

En el terreny psicopatològic ja havíem observat com els dependents d'heroïna endovenosa utilitzaven amb relativa freqüència la cocaïna en injecció simultània per a estimular-se, i d'alguna manera, evitar els efectes sedants dels opiacis, la qual cosa determinava part de la mortalitat observada aleshores per sobredosi, degut a l'acció agonista, ambdues substàncies depressores del centre CR com ho són també alguns fàrmacs antagonistes opiacis com la naloxona i la naltrexona. Avui és freqüent observar com es transgredeixen normes elementals de tràfic a la carretera, es posa en risc a milers de persones per la negligent conducta d'alcohòlics estimulats amb cocaïna, i moren de IAM persones de menys de 40 anys.

La introducció de la cocaïna a la societat espanyola ha pres tal magnitud que pot suposar-se el seu consum en un alt percentatge de consumidors d'alcohol. Alguns autors han fet referència a estudis que xifren fins en un 99% d'ingestes simultànies en determinats entorns, altres en un 77% ; i ingestes d'alcohol en cada consum de cocaïna fins a un 30% d'usuaris; d'aquí la seva importància socio sanitària, médico – legal i psiquiàtric forense.

La raó d'aquesta co-dependència no està suficientment clarificada des del punt de vista bio-mèdic, - extrem delicat - però si se sap, que la potència de l'eufòria per la ingesta d'alcohol, o en contrapartida, el manteniment de la sobrietat per als alcohòlics, pot estar en la base d'aquesta associació, encara que també s'han assenyalat, la disminució d'efectes indesitjables (ansietat) com la dels quadres de migranya induït per la cocaïna.

Independentment de les raons exposades, el consum etanol – cocaïna suposa un risc sobreafegit per a un i altre tipus de consum aïllat amb un augment de la morbi – mortalitat associada al consum combinat. Les dades epidemiològiques més fiables, indiquen que la ingesta simultània d'alcohol i cocaïna augmenta el risc de mort sobtada per cocaïna fins a 18 vegades; i tornant als nostres autors, els estudis *in vitro* han demostrat que *“l'etanol inhibeix l'activitat de l'enzim metil-esterasa, disminuint la hidròlisi de la benzoil-ecgonina. En presència d'etanol, la cocaïna és trans-esterificada per esterases hepàtiques a etil-ecgonina o coca-etilè i s'incrementa la desmetil·lació a norcocaïna o norecgonina. Aquest metabolit – cocaetilè – té activitat farmacològica i tòxica (fonamentalment a nivell cardíac i fins i tot hepàtic) molt superior al de la cocaïna i nor-cocaïna; el mateix es pot determinar a la orina, saliva, cabell o suor igual que els derivats etilats de la benzoil-ecgonina i ecgonina etil-éster.*

7.4 - Complicacions del consum per al clorhidrat i el crack (benzil ecgonina - base).

Les complicacions rellevants de la cocaïna se centren en els seus efectes tòxics combinats sobre l'aparell cardiovascular i respiratori, produint amb freqüència palpitations, braquicàrdia o taquicàrdia, arritmies: la fibril·lació auricular sol ser la més freqüent encara que la taquicàrdia ventricular i la fibril·lació ventricular resulten ser la causa més freqüent de mort sobtada, hipertensió i infart de miocardi en adults menors de 50 anys. El consum simultani de cocaïna i alcohol produeix a més a més *coca etilè o etil ecgonina* que com a metabolit actiu (perllonga el temps d'acció de l'efecte estimulants) és de major toxicitat cardíaca que la cocaïna aïllada pel seu potencial arritmògen i és el responsable de les morts sobtades en nombre molt superior als de la cocaïna sola.

Per a l'aparell respiratori el *crack* (*“base de coca” quan és preparada per l'usuari des del clorhidrat fumant*) és el responsable de la majoria de les complicacions agudes que produeix la cocaïna amb independència de l'alcohol consumit, tals com l'edema agut de pulmó (generalment d'origen no cardiogènic, per augment de la permeabilitat alvèol – capil·lar); el *“pulmó de crack”* que planteja un diagnòstic diferencial pel possible origen isquèmic del dolor toràcic inespecífic, que es distingeix per la tos productiva d'esput hemoptoic i a vegades hemoptisis franca. El crack exacerba les bronquitis cròniques, els quadres asmàtics, provoca pneumotòrax espontani, pneumo–mediastí i pneumo–



pericardi, que solen ser freqüents degut a les maniobres de Valsalva que se solen realitzar per a incrementar els efectes de la cocaïna post aspirada i continguda. L'aturada respiratòria és excepcional, i si ocorre, és per regla general després de l'administració intravenosa de la substància.

La cocaïna és a més a més un potent estimulants del SNC, encara que els seus efectes depenen de factors relacionats amb el consumidor: la seva personalitat, l'ambient, la dosi, via d'administració i associació amb d'altres substàncies psicoactives, siguin agonistes o antagonistes. Les dosis baixes ocasionen: elevació de l'estat d'ànim, sensació de major energia i lucidesa, disminució de l'apetit, insomni, major activitat en la realització de tasques sense que augmenti el rendiment de la relació d'encert – error, disminució de la sensació de fatiga, hiperactivitat motora, verbal i ideativa, que reforcen en l'alcohòlic la seva tolerància a la beguda, i d'acord amb la nostra experiència, els condueix a perdre l'escàs control que podrien haver tingut sobre el seu consum endòlic.

Per altra banda es descriuen i ho hem observat amb freqüència en els consumidors crònics de cocaïna, alteracions de la percepció, alteracions de la capacitat crítica i discriminatòria (omnipotència) que els condueixen a l'adopció de decisions errònies i excessos; pseudo-al·lucinacions tàctils molt freqüents, com "bitxos", "paràsits" de cocaïna a la pell, o sorra lliscant per sota de la mateixa, força característics; pseudo percepcions de tipus deliròs amb sentiments auto referencials de continguts crítics o retrets, que els han pogut conduir a genuïns estats de pànic; estats paranoïdes o pseudo al·lucinacions visuals, tals com flocs de neu brillants o de colors.

Progressivament amb l'evolució de l'hàbit, s'instaura un model de conducta estereotipat i de moviments automàtics que són força característics: mímica especial amb gesticulacions involuntàries caracteritzades per petits tics, moviments de les mans cap al nas, etc. Cal realitzar diagnòstic diferencial entre l'addicte problematitzat de cocaïna amb el trastorn bipolar de tipus II o amb la personalitat ciclotímica molt inestable. Les seves fases d'eufòria activa s'intercalen amb temps (hores) d'ombrívola presència, aïllament o mal humor; aquestes oscil·lacions condueixen als usuaris a utilitzar amb més freqüència l'alcohol amb la qual cosa els bipolars agreugen el quadre, en tant que estableixen als cocaïnòmans. El més freqüent en aquests casos es planteja entre un procés hipomaniac o maniac en el context de consum, o a la inversa; avaluar l'efecte del consum en una persona amb història de trastorn bipolar. L'altre diagnòstic diferencial s'ha d'establir amb la psicosi paranoïde, ja que en ambdues situacions (consum de cocaïna o evolució natural de l'enfermetat) evolucionen com a "processos delirants" de forma progressiva.

7.5 – Avaluació clínica i psicopatològica dels consumidors d'alcohol – cocaïna.

Des de l'angle clínic psicopatològic importa detectar el consum de cocaïna en un alcohòlic, ja que el poder addictiu d'aquesta substància és força major que el d'altres estimulants directes derivats de l'amfetamina, i la seva mancança, pot ser la determinant d'un episod depressiu major. Per altra banda considerem que l'associació alcohol – cocaïna excepcionalment pot conduir en el terreny social a cometre delictes per negligència o incompliment de les normes; quan ho fan és conseqüència d'ideació paranoïde crítica amb els reglaments, essent causa excepcional d'alienació mental transitòria en el cas de generar episodis maníacs o crisis delirants induïdes. A Font Picant hem assistit a diverses desenes de casos derivats des de la Xarxa per conductes anti-normatives – estan comptabilitzats- i serà motiu d'un estudi posterior.

D'acord amb la jurisprudència espanyola, el peritatge psicopatològic haurà de tenir en compte, a més dels articles 20 i 21 del Codi Penal, els pronunciaments del Tribunal Suprem sobre la consideració del tipus de dependència de l'encausat, ja que *no és el mateix presentar a un imputable com alcohòlic que consumeix cocaïna que com a cocaïnòman que consumeix alcohol*. Encara que la retòrica no tingui res



a veure amb l'abordatge terapèutic, sí que té a veure per la convicció dels Tribunals en el sentit d'avaluar la imputabilitat i determinar les penes. En l'acreditació de la dependència, és molt important per la jurisprudència a Espanya, si aquesta es relaciona amb substàncies legals o il·legals. Però com diu el magistrat Fernández Entralgo (1994) que extrec del text de Carrasco y Maza, *"...no n'hi ha prou, doncs, que consti l'existència d'una formal addicció, sinó que aquesta per la seva intensitat i pel deteriorament de les seves facultats mentals i de voluntat que hagi arribat a produir, determini en l'addicte una disminució de la seva capacitat d'autodeterminació, de tal manera que, si l'únic fet provat és la simple dada de la dependència, sense més precisió ni qualificació, no té perquè estimar-se atenuada la responsabilitat"*.

Però perquè existeixi una disminució en la "capacitat d'autodeterminació" del subjecte, s'han d'associar dos elements: Un, la síndrome de pre-carència i carència, expressat en la necessitat imperiosa d'obtenir la substància; i segon, en la facilitat d'obtenció. Situada la dependència "eix" en una substància il·legal, de difícil obtenció i alt preu, sempre serà millor considerada pels Tribunals de Justícia si la mateixa co-dependència es presenta pivotada en l'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 – Altres co-dependències freqüents a Espanya.

El "mono-consum " és una pràctica quasi residual. És cada cop més freqüent observar el consum combinat de substàncies; especialment d'alcohol amb altres fàrmacs estimulants i/o sedants. Els joves solen associar a les begudes alcohòliques substàncies estimulants del grup de les amfetamines (meta-amfetamina), mentre que en altres grups d'edat, especialment en dones i homes amb anys d'història alcohòlica, s'observa l'associació alcohol – benzodiazepines o alcohol – cocaïna – benzodiazepines. Aquestes associacions plantegen nous problemes a l'hora de tractar aquest tipus de pacients, ja que, en la immensa majoria no tenen "consciència de problema" doncs les benzodiazepines (bdz) són medicaments receptats pel metge de capçalera dels SS o del seu centre Psiquiàtric de Referència, i l'acceptació als estimulants directes (especialment al clorhidrat de cocaïna) és significativa, especialment en nivells mitjans i acomodats de la societat, sense que es tinguin en compte els seus riscos.

8.1 - Benzodiazepines.(bdz)

Des de la comercialització del clorazepat (clordiazepòxid) Librium ® de Roche a finals de la dècada dels 50 del segle XX fins avui dia, han sorgit milers de molècules noves d'efectes psicofarmacològics similars, amb acció més curta i més llarga però que s'han reconegut amb el nom de "tranquil·litzants menors", indicats especialment per l'ansietat i l'insomni. La molècula "referent" està representada pel diazepam (Valium®), substància que té efectes hipnosedants, anticonvulsius, miorelaxants, d'ample marge de seguretat en la seva utilització, amb el que es pot establir una relació de tolerància – dependència, és menor a la observada per a l'etanol, del qual és un agonista. El diazepam com la totalitat dels seus parents farmacèutics del grup benzodiazepines, és capaç de generar una dependència psico – física amb la seva corresponent síndrome de deprivació, o determinar un episodi major en dosis terapèutiques; i per aquestes raons, desde fa aproximadament vint anys, troba la seva venda restringida per recepta mèdica obligatòria.

El grup de bdz és suficientment extens com per a no poder englobar-lo en una referència tan petita, per

aquest motiu només farem un breu esment a les seves característiques més rellevant extretes del Centre per al Desenvolupament de la Fàrmac – epidemiologia, de La Habana, Cuba.

Quadre1. Classificació de les benzodiazepines segons el temps de vida mitjana

Vida mitja intermitja a llarga (major o igual 24 hrs)	Vida mitja breu a intermitja (8-16 hrs)	Vida molt breu (de 2 a 5 hrs)
Clordiacepóxido	Bromacepam	Alprazolam
Diacepam	Loracepam	Triazolam
Medacepam	Temacepam	Estazolam
Cloracepam	Oxacepam	Flunitracepam

L'administració d'aquests fàrmacs es prefereix per via oral, ja que l'absorció per via intramuscular és més ràpida, però més irregular. La via EV està pràcticament reservada a situacions d'emergència hospitalària i per a tractar les crisis convulsives.

Pel clínic psicopatòleg, com apunten molts experts, el problema d'ús i abús de benzodiazepines és un problema seriós, que ha vingut, amb el transcurs dels decennis, a complicar el diagnòstic en els “estats de consciència crepusculars”, durant els episodis convulsius o delirants per deprivació, que en moltes ocasions es troben associats a l'ús d'altres substàncies psicoactives agonistes i antagonistes com l'alcohol, els estimulants o les drogues heroiques. Per al tractament hospitalari, quan es tracta d'una ingesta d'altres dosis, en aquests casos, el consens resulta senzill i unànim, a més a més hi ha uns símptomes i signes clars d'impregnació com de toxicitat, l'accés a un laboratori per diagnosticar i intervenir amb mitjans adequats i a l'abast.

En canvi, en altres entorns d'assistència com el Servei d'Urgències Primari, el metge de família o el psicopatòleg forense en una causa penal, el problema és més complicat, perquè si el consumidor de BDZ és addicte a les begudes alcohòliques, o a qualsevol de les substàncies abans esmentades i s'estima un consum paral·lel en dosis “extra – terapèutiques no – controlades” en co-addicció. En tals casos, sigui síndrome d'intoxicació o deprivació combinat, no queda res clar, sigui avaluat des de la perspectiva clínica o jurídic-forense amb algun tracte de favor a la seva patologia, ni tingui possibilitats de ser correctament tractat en el medi familiar, a l'ambulatori o a les presons.

En qualsevol d'aquestes situacions no només s'està davant la dificultat d'establir diagnòstic, sinó també en la dificultat de plantejar si una vegada resolt l'episodi agut, cal retirar, mantenir i com cal dur a la pràctica un “tractament” posterior efectiu amb seguretat. És important ressaltar la mancança de mitjans (socials, humans, clínics i para-clínics) en la immensa majoria de situacions a les quals s'assisteix d'urgència a una persona multi consumidora.

Quan aquests pacients van als serveis especialitzats per a drogodependències per existir una co-addicció múltiple, en especial amb l'alcohol, la cocaïna, o els opiàcis (heroïna o metadona) quan no s'ha



plantejat cap dubte o problema pel consum associat de benzodiazepines. Es tracta doncs, encara d'un tema per al qual no ha existit una petició explícita per part dels malalts tractats. L'escassa importància atorgada a aquest tipus de fàrmacs, induïda per la fàcil prescripció dels metges de família, fa pensar que retirar el medicament és una cosa senzilla però no és així.

A la pràctica assistencial de cada dia s'observa no obstant, que això està lluny de la realitat i que l'objectiu és, amb freqüència, molt complex, fins al punt que les bdz de vida mitjana curta i ultracurta, arriben a representar fins i tot a les presons, la demanda més important als metges, la qual cosa imposa un lectura singular al problema, d'aquests somnífers "tranquil·litzants menors".

Certs estudis consideren a les benzodiazepines com *fil conductor* de la dependència, podent facilitar una recaiguda, en especial a l'alcohol. Així, Sellers i cols. descriuen al 1993, que els homes alcohòlics que es mantenen abstinents narren un augment del desig de beure alcohol després d'una sola dosis d'alprazolam. (Trankimazin ®)

Un altre dels punts a tenir en compte és la freqüent aparició de *reaccions paradoxals* de les bzd a llarg termini, incloent agitació, irritabilitat, atacs d'ira i al·lucinacions tal i com esmenten els estudis de Rickels i Fox al 1988. El triazolam és la bzd que avui acompanya major incidència de reaccions paradoxals encara que, com és "raonable per la indústria farmacèutica" no es coneixen les seves causes; no obstant fou pràcticament retirat de l'Assistència Primària el Rohipnol ® per aquestes mateixes consideracions que s'estenen a totes les substàncies que s'inclouen en el grup de BDZ de vida curta - ultracurta. Rickels i col·laboradors, també van demostrar que pot aparèixer ansietat de rebot tan sols 4 setmanes després d'iniciat un tractament amb benzodiazepines, essent freqüent una reacció de "moderada manca i malestar" amb una sola dosi terapèutica d'alprazolam, nitracepam o flunitracepam.

La casuística espanyola observada per Ramón Laporte i col·laboradors, igual que la casuística penal, la qual, malgrat les repercussions de tipus criminal i la seva catalogació pel Tribunal Suprem el 23-05-1998 "*com a fàrmac que no causa danys greus a la salut*" molt a pesar de l'afirmació anterior del mateix TS del 29-09-97: "*El Rohipnol és una substància... psicotròpics... que usat indiscriminadament sense subjecció ni control ni a les pautes mèdiques, per la qual cosa poden ser i de fet són greument perjudicials per a la salut, com ja va assenyalar la sentència d'aquesta Sala el 18 de desembre de 1992*". ha determinat la restricció mèdica – no imposada- per a l'ús d'especialitats farmacèutiques de naturalesa hipnòtic – sedant de vida mitja ultra – curta com l' Halción ®(triazolam) i Rohipnol ® (flunitracepam), sobretot com conseqüència a l'epidèmia d'heroïna a les dues últimes dècades del segle XX i a la presa de consciència de tota la xarxa d'Assistència Primària, encara que per estratagemes jurídic-comercials , como l'esmentada, els acords amb la indústria permeten a la persistent pressió comercial sobre els metges prescriptors i l'ús de productes com el Noctamid ® (lormetazepam) i l'abans esmentat Trankimazin ® de funestos efectes en malalts toxicofílics, especialment alcohòlics, cocaïnòmans i consumidors d'estimulants derivats de les amfetamines.

Per la nostra experiència clínica amb alcohòlics crònics de llarga data, les BDZ de vida mitja curta i ultra-curta, segueixen essent els fàrmacs indicats i auto medicats de major freqüència, malgrat les advertències i les seves expressos contraindicacions, fins al punt de ser les substàncies principals per les quals alguns alcohòlics ingressen a presó per no ser considerades "*substàncies capaces de generar greus danys per la salut*", com ho indiquen les STS del 18 de maig de 1998, la del 19 d'abril de 1999 per al flunitrazepam o la STS de l'1 de febrer de 1999 per l' alprazolam, malgrat ser els inductors de conductes absurdes, violentes o agressives seguides d'amnèsia retrògrada (efecte paradoxal de les BDZ de vida mitja – mitja , mitja – curta i ultracurta).

Finalment el problema que plantegen les BDZ associades a l'alcohol en relació a les lleis de tràfic és particularment greu a tota Europa, especialment a Espanya, Grècia i Portugal on la sinistralitat general



com la relacionada amb el treball de “transportistes”, representen ser un dels problemes més severes en la sinistralitat laboral (50% de les morts en el treball). Aquests aspectes no es reproduïxen per als consums problemàtics de substàncies a l' Uruguai, però s'haurien de tenir en compte per a un futur no massa llunyà.

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

LLIGOÑA , A. Unitat Alcoologia 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 Psychiatry 1993; 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. Clorazepate and lorazepam: clinical improvement and rebound anxiety. Am J Psychiatry 1988; 145: 312-317.

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

9 - El Model d'Intervenció davant els consums problemàtics:

El consumidor espanyol problemàtic no es centra en l' “addicte tradicional que va caracteritzar el desenvolupament dels programes nord-americans del segle XX i a la immensa majoria dels europeus de l' últim quart de segle, amb l'excepció de Suècia. Avui dia els més joves plantegen consums recreatius de risc molt elevat degut entre altres causes a:

- L' accés a recursos econòmics inimaginables fa 2 ó 3 dècades.
- La prematura tinença de vehicles automotors petits i de gran potència i velocitat. (16-18 a)
- La independència de la tutela familiar i/o pèrdua del control per part dels grans. (salari – autonòma)
- El temps d'oci perllongat i experimentat des de l' emoció en el risc (divendres – diumenge).
- El consum i abús de substàncies psicoactives, en llocs allunyats de la residència.
- Nocturnitat i mal estat de les vies de comunicació amb els llocs d'oci juvenil.
- Existència d'un grup de reforç a conductes inapropiades (TV, vídeo – jocs, màrqueting).

Es podrien afegir més elements i analitzar cada apartat, però sens dubte es pot concloure amb facilitat que gran part de la morbi – mortalitat juvenil (primera causa de mort i invalidesa abans del 25 anys es relaciona amb els accidents de trànsit en caps de setmana per carreteres secundàries) inclouen molts factors sociològics, antropològics i conjunturals, sense que es destaquin els biomèdics i psicopatològics.

Amb això no es nega que en l'evolució d'una conducta d'abús o de risc, no es pugui, en un termini de temps perllongat, configurar un quadre de dependència a substàncies. Però per desgràcia dels experts del segle XX això no és el que ha vingut succeint en els últims 20 anys. La majoria dels consumidors de risc en joventut (em remeto als resultats de l'Observatori Europeu) deixen de ser-ho en pocs anys i passen a una fase de consum lúdic controlat no dependent.

També i sens dubte s'observa que el “risc” mitjà com “possibilitat d'accident” augmenta en funció de l'estat de les vies de comunicació, de la progressiva complexitat dels vehicles, dels seus enginys sonors, on el marge de seguretat entre el plaer i la mort es fa més estret sense consciència per al grup o l'individu sense experiència.

9.1 – Resposta de l'Estat a la sinistralitat a Espanya.

Aquest any (2007) fou reformat per desena vegada el Codi Penal i es van introduir els “Delictes de Trànsit” que inclouen penes de presó i tractament mèdic obligatori per tots els conductors que observin alcoholèmies superiors a 1,2 g/litre de sang o excedeixin el 80% de la velocitat permesa en una via de

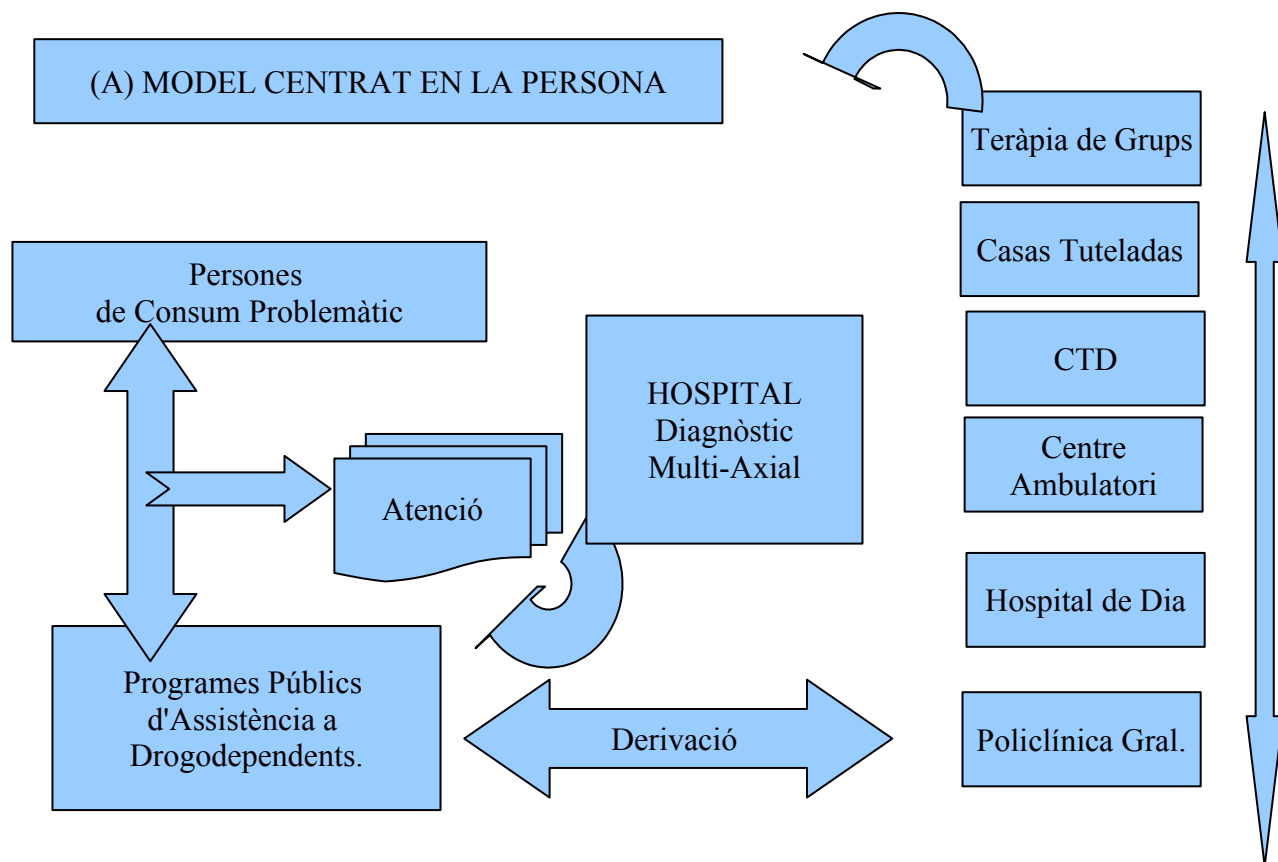
trànsit; a més, per descomptat, de les sancions administratives com multes i retirada del permís de circulació.

Poc després de promulgar la nova Llei ens va visitar una ex-treballadora de la Fundació i se li va detectar per clínica embriaguesa i l'alcoholímetre va donar una xifra de 1,7g OH/litre de sang. Vam haver d'aturar-la i que no tornés a la carretera amb el seu vehicle en tals condicions. Mai va presentar dependència a l'alcohol, té 40 anys i es troba en tractament per un TM de mama, molt deprimida. Passat un any, la nova Llei ha resultat ser insuficient i la Direcció General de Trànsit sol·licita al Parlament Espanyol que siguin agreujades les penes per infraccions... ¿El camí és penalitzar, prohibir, tractar o culturalitzar?

10 – A tall de conclusió per aquesta primera part:

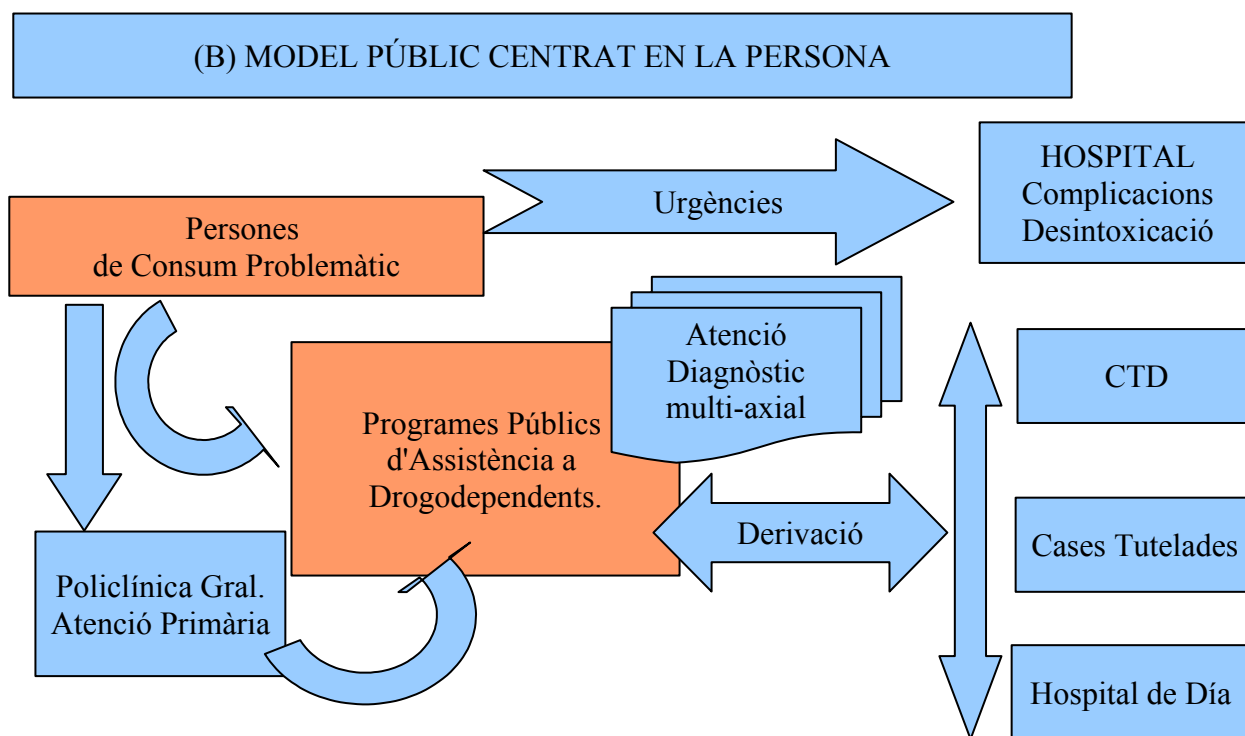
No dispo de les dades a l' Uruguai com per ampliar ara aquest petit panorama, però gosaria escriure, que EL CONSUM DE RISC I PROBLEMÀTIC a Montevideo ha anat per altres camins, també diferent del que ha pres aquí el personal amb més de 40 anys o amb menys de 20.

Puc fer un esquelet d'intervenció, i puc – llegint- desentonar amb el que passa a la Secretaria de l'Estat amb la Junta de Drogues; però amb això no apporto res o molt poc. S'explica amb el diagrama de més avall “que serveis per tot” en els temps que corren, perquè en definitiva s'ha d'utilitzar tot el que es tingui a l'abast.



A l'esquema superior (A) li afegiria variables no hi són i li treuria “ferro” al paternalisme i ambigüitat assistencialista que per a diversos autors consultats, ho exposen com una concatenació de “programa-programa-programa”, per descomptat eliminat de la meva exposició.

Al cap i la fi, el model expressa força bé la dinàmica assistencial democràtica espanyola com la de qualsevol país lliberal, perquè com s'observarà, no planteja "nivells d'intervenció estrictament públics" i col·loca als serveis com "inter-dependents", fet que és cert a mitges i que, com s'ha plantejat a l'inici d'aquest escrit, molts són "monopolitzats" per una mateixa organització o un grup d'organitzacions, que no creuen en un projecte públic d'assistència fora dels seus controls i el copen combinant-lo amb la intervenció privada, que no dic que persegueixi l'afany de lucre, sinó d'hegemonia cultural. Aquests supòsits ja no s'observen si es realitzen al model les correccions com al (B):



Aquest diagrama B centra les intervencions en els programes públics des d'on s'estableix el diagnòstic socio-psico-mèdic amb la participació i consentiment de la persona consumidora (en el supòsit de no haver perdut drets = vinculació judicial) des d'on l'equip multidisciplinari estableix fonamentant, els itineraris possibles dins la xarxa. Per descomptat que també aquí m'he "saltat" el context de consum i la seva intervenció, la repercussió social del consum, etc.

Però crec que he de deixar-ho aquí, i quan vostès m'ho manin, viatjo cap allà si els faig falta, ja que considero (un cop endinsat en el recurs residencial) ser força més útil, fruit de la meua experiència amb estructures, programes, progressió, coordinació, igual que molts grups d'edat i variats problemes:



11. - Epíleg de la Primera Part.

En escrits propers tractaré algun dels ítems que s'enumeren, doncs necessito entrar en les seves consideracions per centrar les meves idees i determinar la missió d'una CTD pública a Montevideo, la seva finalitat com els objectius a curt, mitjà i llarg termini. Les preguntes que em plantejo són de l'estil de les següents:

1. ¿Qui té el problema, o per a qui és problemàtica la pasta base (PBC)?
2. El problema social de les substàncies psicoactives amb potencial de risc addictiu.
 1. Els problemes individuals i de grup pel consum de substàncies psicoactives.
 2. Models de Consum per la discussió: Consum Social, de Risc, Problemàtic, Suïcida.
 3. Tractar o No Tractar. ¿A qui s'ha de tractar i com? Per derivació o per demanda.
 4. El Diagnòstic Precoç. Existència o inexistència de personalitat pre-mòrbida.
 5. Cultura de Risc – Cultura Experimental.
 6. Detecció Precoç del Consum d' Abús – Demanda familiar d' intervenció.
 7. La importància del Grup i els mecanismes d'auto ajuda.
 8. Mitjans de Comunicació i estimulació negativa.
 9. Prevenció de Riscos.
 10. Polítiques de disminució de danys en grups de consumidors.
 11. Intervencions en Prevenció Primària: Les germanes Moderació i Responsabilitat.
 12. L'ús inadequat i demonitzador dels termes des de Poder: “La Droga”
 13. La formació de Mestres i Professors. Missatges de Credibilitat als seus Alumnes.
 14. Els Mitjans de Comunicació. La TV Pública i la matinada. El Telèfon i Internet.
 15. Els missatges i imatges de les Companyies de telèfons.
 16. Les relacions publicitades entre experts - ex–consumidors – usuaris de substàncies.
 17. Presència Publicitària d'Autoritats en temes de Consum.
 18. Assistència i Assistencialisme. El mandat il·lustrat i el conductivisme avui “emotiu”.
 19. Respostes davant una epidèmia. El model epidemiològic aplicat.
 20. Assistència Ambulatòria: Consell Breu a Urgències, Consultes, Comissaries, etc.
 21. Portal Groc. Valor assistencial, terapèutic, pedagògic, d'investigació aplicada.
 22. L'ús de recursos sanitaris – Els hospitals. ¿Desintoxicar per a què?
 23. La necessitat de recursos residencials públics.
 24. Un model professional de CTD en el tractament de les dependències.
 25. Discussió política per a un Model de promoció Pública des de la IMM.
 26. El tractament d'acord a necessitats expressades per les persones. Demanda lliure.
 27. Tractament de l'Alarma Social: Mitjans disuasoris; repressió; vigilància; culturització.
 28. El consum dels psico – estimulants – De la coca al sulfat d'ecgonina (pasta – base)
 29. La dimensió continental del problema amb els productes de la coca.
 30. El model d'assistència a drogodependents a l' Uruguai. Una antiga i mala còpia.
 31. El consum problema (Seguretat de Tercers) per psicoestimulants a l' Uruguai.
 32. Etnocentrisme i les seves fòbies...

A Girona – Susqueda, 16 d' octubre 2007; revisat per l'autor el 5 d' agost 2008.