

Contexto cultural y consecuencias legales del consumo de drogas

Cultural context and legal consequences of drug use

La adicción a drogas es un trastorno que afecta a millones de personas en diferentes lugares del mundo. Como el resto de trastornos mentales, tiene unos síntomas, un curso y un pronóstico bien establecido para cada una de las drogas o grupos farmacológicos. No obstante, llama la atención que algunas manifestaciones de este trastorno están muy influidas por el contexto en el que se produce. Las características políticas, económicas, lingüísticas, mediáticas e históricas de lo que en un sentido amplio podríamos entender como cultura, pueden ser determinantes del tratamiento y del curso del trastorno.

España vivió un incremento espectacular en el consumo de heroína a principios de la década de los ochenta. Pese a que los primeros consumidores españoles eran jóvenes privilegiados que tuvieron la oportunidad de viajes o contactos internacionales, la epidemia tuvo un fuerte impacto en personas de un nivel sociocultural bajo en una época de altos niveles de desempleo. La heroína es una droga ilegal, de alto precio y con un intenso potencial para generar dependencia física y síndrome de abstinencia. A resultas de estas propiedades, el consumidor de heroína tiene un elevado riesgo de realizar conductas antisociales. Estas conductas antisociales son de dos tipos. En primer lugar, se encuentran las conductas relacionadas para obtener la propia droga. Legalmente, el tráfico de drogas está tipificado como delito contra la salud pública. El adicto debe recurrir a la compra y venta de drogas, una sustancia ilegal, para consumir y/o para financiar su consumo y, en algunos casos, se relaciona con mafias y cárteles establecidos. De esta forma, en el inconsciente colectivo, el consumidor, el drogadicto, es un traficante. Otro tipo de conducta antisocial son los delitos contra la propiedad: hurtos, robos con o sin violencia en cosas o personas encaminados a obtener dinero para comprar una sustancia de elevado precio; así, el inconsciente colectivo forma la pareja droga-delincuencia.

Este consumidor delincuente y traficante inició tratamiento en centros profesionales y no profesionales. Entre los centros profesionales se encontraban aquellos que trataban trastornos mentales, los que se dedicaban al tratamiento del alcoholismo y los que empezaron su andadura directamente con la heroína. Los centros no profesionales, en su mayoría comunidades terapéuticas, podían ser religiosas, sectarias como Narconon o formadas por ex adictos, como «El Patriarca». Los centros ambulatorios y comunidades eran heterogéneos en cuanto a recursos, organización y participación en redes públicas, pero todos ellos compartían una gran voluntad de ayuda y, por diferentes motivos, una concepción del tratamiento centrado en la abstinencia.

La epidemia de consumo de heroína disparó las demandas de tratamiento de personas jóvenes, que consumían una droga ilegal, ajena, y que hacían ostentación de una enfermedad social. El criterio moral, la abstinencia total como objetivo y el desconocimiento de la metadona como agente terapéutico provocó que el uso de agonistas opiáceos empezará tarde y lentamente. Mientras el mantenimiento con metadona era una modalidad de tratamiento bien establecida en otros países, en España sufrió continuos cambios des-

de que en el año 1983 se promulgó la primera orden ministerial que regulaba el tratamiento con metadona¹⁻⁴. En todas las propuestas prevaleció oficialmente un enfoque de la metadona como «prevención del riesgo» y «minimización del daño»⁵, y nunca se consideró un tratamiento de elección para los adictos a heroína. De hecho, la aceptación del mantenimiento con metadona empezó a producirse cuando la representación social de delincuente y traficante mudó a sidoso. A la escasez de programas de mantenimiento con metadona se unió la escasa retención de los programas libres de drogas, estimada entre el 8 y el 16% a los 12 meses⁶⁻⁹, lo que a la larga dificultó la abstinencia del colectivo, disminuyó su salud y aumentó su marginación. Como consecuencia, sus tasas de mortalidad y de sida y las cifras sobre tuberculosis son de las más altas de la Unión Europea¹⁰⁻¹¹.

Ahora bien, ¿cuál es su salud social? Hasta el momento, no se tiene acceso a datos oficiales sobre empleo o prestaciones contributivas y no contributivas. El único registro oficial del que se ha informado es el de ingresos en centros penitenciarios en una muestra de adictos a la heroína catalanes (Sánchez-Carbonell, Forcén y Colomera, en este número). Los datos son desalentadores. En un período de 15 años, más del 40% de ellos han ingresado por lo menos una vez en prisión. No se ha podido calcular el exceso de riesgo (faltan los datos sobre mortalidad entre 1995 y 2000), pero los análisis preliminares indican que los adictos a heroína, sobre todo las mujeres, tienen más posibilidades de entrar en prisión que la población general y que este exceso de riesgo es, incluso, superior al de morir o al de contraer sida. Afortunadamente, muchos adictos consiguen evitar la marginalización que representa ingresar en prisión y, en apariencia, no cometen actividades delictivas.

El ingreso en un centro penitenciario es un acontecimiento biográfico muy importante por lo que representa de ruptura, de construcción de la propia identidad y de etiquetaje social. En el adicto a drogas, la prisión confirma el simbolismo de delincuente. En los últimos años, la sociedad y la justicia han aceptado que la primera regla es evitar este ingreso y buscar cumplimientos alternativos en centros de tratamiento con el objetivo de reducir el consumo de drogas y, por tanto, la causa de la delincuencia. En los centros de tratamiento se vivió como un gran éxito que los jueces aceptaran, para los cumplimientos alternativos, el mantenimiento con metadona y el tratamiento ambulatorio (y por tanto, en libertad) además del ingreso en comunidad terapéutica. Pese al progreso que representa esta perspectiva, este planteamiento puede ser criticado porque la actividad delictiva no siempre es una consecuencia del consumo de drogas. Drogas y delincuencia pueden formar parte del mismo estilo de vida, ser interdependientes y evolucionar en paralelo; no siempre, una será causa de la otra. De todas formas, los adictos que participan en tratamientos alternativos presentan menos recidiva en arrestos, sentencias condenatorias y reingresos en prisión¹².

Otro factor cultural es la voluntariedad. Algunos centros de tratamiento, sobre todo comunidades terapéuticas, no aceptaban tratamientos por orden judicial o bajo presión judicial. Se consideraba que este tipo de presión disminuía la motivación. La pregunta hoy día es, ¿qué se entiende por inicio voluntario? Siempre existe una presión exterior, bien sea familiar, económica, biológica, laboral, etc. La conducta adictiva perjudica seriamente la salud física y psíquica y toda la relación con el mundo. Cuando un adicto solicita tratamiento siempre lo hace presionado para superar, además de su crisis personal, situaciones externas. El área judicial o penal es un ámbito afectado por el consumo de igual rango que otros factores.

Paradójicamente, el ingreso en prisión, además de un retroceso social, es una magnífica oportunidad para acceder a una revisión médica completa, tratamientos especializados y mejorar la adhesión a los mismos. Este hecho es especialmente relevante en tratamientos de enfermedades como tuberculosis, sida y la misma adicción. La obligatoriedad del tratamiento prolonga su duración y mejora la adhesión, con lo que aumenta su eficacia. En el caso de Catalunya, el tratamiento de la adicción a drogas en medio penitenciario

tiene varias opciones. En todos los centros penitenciarios se ofertan programas de mantenimiento con metadona. En segundo lugar, es posible seguir tratamiento en una comunidad terapéutica dentro de la prisión, prestación que ofrecen 2 prisiones de Catalunya. Son unidades residenciales independientes, con instalaciones separadas del resto del centro penitenciario, con recursos humanos y materiales propios. Por último, y sólo en el caso de que el interno esté clasificado en tercer grado, los internos pueden cumplir su condena en un centro de deshabituación, lo que permite su derivación a comunidades terapéuticas de la red de drogodependencias. En el apartado de reducción de riesgos, este año se ha iniciado un programa piloto de intercambio de jeringuillas. Esta variada oferta asistencial no impide que el colectivo de adictos a drogas sea más reincidente que el de no consumidores; la buena noticia es que evolucionan mejor los adictos que han seguido tratamiento durante el internamiento¹³.

¿Sigue influyendo el contexto cultural en el pronóstico y tratamiento de la adicción? Tanto en libertad como privados de ella, existe un colectivo de adictos a heroína que o bien consideran la oferta asistencial poco atractiva o bien fracasan en ella. La evidencia científica disponible aconseja, en el supuesto más restrictivo, evaluar la eficacia de los programas de mantenimiento con heroína y con buprenorfina para mejorar la calidad de vida de pacientes y familiares, la salud pública y la percepción de seguridad ciudadana. La familia de los adictos ingresados en prisión sería merecedora de una atención especial, tanto para paliar el sufrimiento como para que sean colaboradores eficaces del tratamiento. No debe olvidarse, que gracias al aumento de la esperanza de vida, muchos adictos son padres de familia y que sus hijos tienen más riesgo de exclusión social y trastorno mental como consecuencia de diversos tipos de malos tratos y abandono. Las mujeres adictas a drogas (y sus hijos) sufren más intensamente las consecuencias del consumo y del internamiento. Las personas afectadas de un trastorno mental participan de la problemática de los adictos a drogas y, con toda seguridad, se beneficiarían de tratamientos especializados previos y durante su ingreso en un centro penitenciario. El futuro de los consumidores de drogas depende de nuestra actuación profesional y también del posicionamiento como ciudadanos sobre nuestro lugar en el mundo.

Xavier Sánchez-Carbonell

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna.
C/ Cister, 34. 08022 Barcelona. España. E-mail: Xaviersc@blanquerna.url.es

Bibliografía

1. Ministerio de Salud y Consumo. Orden de 23 de mayo de 1983 por la que se regulan los tratamientos de metadona. Boletín Oficial del Estado, 28 de Mayo de 1983.
2. Ministerio de Salud y Consumo. Orden de 31 de octubre de 1985 por la que se regulan los tratamientos de deshabituación con metadona, dirigidos a toxicómanos dependientes de opiáceos. Boletín Oficial del Estado de 9 de Noviembre de 1985.
3. Ministerio de Salud y Consumo. Real Decreto 75/1990, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos. Boletín Oficial del Estado de 23 de Enero de 1990.
4. Ministerio de Salud y Consumo. Real Decreto 5/1996, modifica el Real Decreto 75/1990, de 19 de enero que regula los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos y de la ampliación de su anexo. Boletín Oficial del Estado de 20 de Febrero de 1996.
5. Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1995. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1996.
6. García A, Ezquiaga E. Estudio descriptivo de 433 drogodependientes que acudieron a un centro de salud mental. Adicciones 1991;3:167-80.
7. Melgarejo M, Sanahuja P, Masferrer J, Sala L, Piña L. Estudio de seguimiento en población heroínómana. Fons Informatiu 1988;13:1-140.
8. Sánchez-Carbonell J. La evaluación de la eficiencia del tratamiento. Adicciones 1993;4:359-70.
9. Sánchez-Carbonell J, Camí J, Brigos B. Follow-up of heroin addicts in Spain (EMETYST project): results 1 year after treatment admission. British Journal of Addiction 1988;83:1439-48.

10. Sánchez-Carbonell J, Seus L. Ten year survival analysis of a cohort of heroin addicts in Catalonia: EMETYST project. *Addiction* 2000;95:941-8.
11. Sánchez-Carbonell J, Vilaregut A. A ten-year follow-up study on the health status of heroin addicts based on official registers. *Addiction* 2001;96:1777-86.
12. Smith, D. Alternatives to incarceration. *Monitor on Psychology* 2003;julio-agosto:54-6.
13. Roca X, Caixal G. Estudi de la reincidència en una mostra d'interns penitenciaris sotmesos a tractament per l'adicció a drogues. *Invesbreu* 2002;21:4-8.