

Algo más sobre Toxicomanías

Emilia Montoliu Ferrán y Ferran Roura Cuadros

Entrevista realizada al Dr. Freixa en mayo de 1977

Autores: Emilia Montoliu Ferrán y Ferran Roura Cuadros

Entrevista publicada en la revista "La Familia Cristiana" en octubre de 1978.

A través de una pequeña puerta, antaño probablemente blanca, situada en la calle de Casanova, junto a la Facultad de Medicina, podemos acceder al Departamento de Toxicomanía del Hospital Clínico de Barcelona, atendido por los doctores Obiols y Freixa.

*Es al doctor **Francesc Freixa Santfeliu** a quien nos dirigimos para que, en su calidad de médico psiquiatra y cabeza de dicho Departamento, así como de los Dispensarios de Toxicomanías de Sanidad Departamental, nos responda a las preguntas que vamos a formularle con relación a este tema. Antes, sin embargo, quisiéramos dejar constancia del profundo respeto que nos merece su persona tanto por las facilidades otorgadas para realizar la entrevista como también por la asistencia médica que en su día prestó a uno de nosotros cuando necesitó ayuda.*

La habitación donde nos recibe, de muy reducidas dimensiones, es la misma que sirve diariamente para atender la consulta de todas aquellas personas, pacientes o familiares, que requieren sus servicios. Y, a pesar de la visible limitación de medios con los que aún opera un departamento de esta importancia, entendemos que el merecido prestigio de que goza nuestro personaje radica, si por un lado en los años de experiencia profesional que indudablemente le avalan, por el otro -y éste nos parece un factor sumamente importante- en la gran capacidad de entrega y dedicación patentes en su quehacer. De algún modo el perfil humano supera, si cabe, la labor del médico.

A los pocos minutos de charlar con él la comunicación empieza a fluir espontáneamente, sin ambages...

— Correspondencia a: _____
Emilia Montoliu Ferrán
Sant Llorenç, 34
08980-Sant Feliu de Llobregat (Barcelona)
Email: rebecanew@yahoo.es



- ¿Existe algún estudio confeccionado por este Departamento sobre la toxicomanía y sus consecuencias?

- Hay dos cosas que debemos aclarar. En primer lugar que la gente, en general, tiene la idea de que hablar de toxicomanía equivale a hablar del drogado, y no es que exista "la droga": existen las drogas. Y cada una de ellas tiene sus efectos y formas de actuar peculiares y diferentes. Entonces no se puede hablar de toxicómanos en general sino de los problemas inherentes a cada una de las distintas sustancias utilizadas.

Lo primero que hay que decir es que hay dos tipos de sustancias de las llamadas drogas: unas que están autorizadas por la Ley y otras que están prohibidas. Nosotros, en nuestro lenguaje sociológico, decimos: institucionalizadas y no institucionalizadas. Las institucionalizadas, o sea las capaces de crear dependencia y adicción permitidas en nuestra cultura son: el alcohol y muchos medicamentos que se venden en las farmacias. Las no autorizadas por nuestra cultura son, por ejemplo: la heroína, el LSD, la marihuana, la grifa, el cannabis, etc.

Para entender mejor el problema general de la toxicomanía hay que entender el status legal y el status oficial de cada una de estas drogas porque nosotros estamos convencidos de que, a pesar de los efectos bioquímicos que indudablemente tienen, siendo importantes, no son lo fundamental. Lo fundamental y básico es el ambiente, las circunstancias y las formas de consumo. Y, por ejemplo, en ciertos ambientes culturales el alcohol no tiene el 'prestigio' que tiene la marihuana, siendo mucho más tóxico. En otros ambientes sociales es al revés: tiene más prestigio el alcohol que la marihuana. Y

al que consume marihuana se le persigue, se le acosa, es un réprobo y un desalmado, mientras que al señor que consume alcohol se le ensalza incluso mientras no sea demasiado molesto. Por eso hay que comprender muy bien el status de la droga dentro del sector que la consume.

- ¿Qué sistema de información propugnaría usted para concienciar mejor a la gente? Porque la que existe, al parecer, realmente es insuficiente o está desvirtuada.

- Esto es difícil porque hay una estructura comercial de fondo. Igual que existe una estructura de distribución y venta de alcohol, existe una estructura de distribución y venta de la heroína, marihuana, etc. Por tanto, una información muy bien hecha choca siempre con la contrainformación de las personas vendedoras. Además, en las drogas no permitidas o no autorizadas por la ley, los mismos toxicómanos se informan y tienen la convicción de que el médico hace de policía. Esto crea trabas e implica que el paciente no venga a consultar al principio, que es cuando mejores posibilidades tendría el tratamiento a seguir. Entonces, cuando en realidad lo hace, viene ya con una cantidad de problemas muy difíciles de resolver.

- ¿Qué relación tiene o puede tener el toxicómano con el enfermo mental, puesto que este Departamento está atendido por un médico psiquiatra?

- Esto se reduce a algo más sencillo. En realidad ocurre que los toxicómanos que nos llegan lo pueden hacer por un lado, en poco número, en relación con el Tribunal de Peli-



grosidad Social; en otras ocasiones, y menos frecuentemente, por problemas legales de tráfico de estupefacientes, robo en farmacias, etc., de personas que a su vez son toxicómanos. La situación del profesional psiquiatra es muy difícil por cuanto por una parte tiene evidentemente que tratar a un toxicómano, la mayoría de las veces, que ha traficado, pero, por otra parte, no se puede excluir el riesgo de la simulación en un comerciante de estupefacientes. La mayoría de personas que consultan lo hacen para informarse y en la mayoría de los casos por indicación de otros compañeros del 'rollo' conocidos de nuestro equipo. Ocasionalmente, y en menores de dieciséis años, son los familiares los que consultan. Entre los dieciséis-dieciocho años no es infrecuente que profesores de centros de enseñanza acudan acompañando a algunos de sus alumnos.

Por otro lado no hay que olvidar que hay muchas drogas -como pueden ser el alcohol, la heroína o el LSD- que producen síndromes agudos y, por tanto, estos síndromes indican una verdadera enfermedad mental. Porque la persona que está obsesionada por unas visiones que no existen, sufre de 'delirium tremens' o quiere combatir a elementos químicos dentro de una habitación o cree, por ejemplo, que todos los coches que le rodean son de la policía, pasa indudablemente por una alteración de conducta que no es normal y que podríamos llamar entonces enfermedad mental para entendernos mejor; como alguien que tiene un síndrome de abstinencia de heroína y está muriéndose en consecuencia por deshidratación. La gente, generalmente, tiene en la cabeza la visión de estos cuadros agudos y ello induce lógicamente a que los lleven al psiquiatra como médico.

Ahora bien, yo creo que el psiquiatra, por el mero hecho de serlo, no está condicionado plenamente para el tratamiento de estos casos. Debería tratarse de una persona especializada en el tratamiento de alcohólicos y otros toxicómanos porque sólo esa persona, con una experiencia real de tiempo fruto de sus conocimientos sobre la materia, puede abordar autorizadamente el problema tratándolo en profundidad. Y es que, en el mundo de la drogadicción pongamos por caso, existe una especie de cultura 'underground', contracultura, subcultura o como se la quiera llamar, que hace que difícilmente sintonices con aquella persona si no hablas su mismo lenguaje. Existe una diferencia en la expresión que hará que se sienta incomprendida, cosa muy difícil de resolver, y entonces todo irá de mal en peor. Hay que abordar pues el problema en toda su magnitud.

- ¿Qué dependencia orgánica y psíquica reporta el consumo de drogas? ¿Hasta qué punto un factor depende del otro?

- Hay unas sustancias capaces de crear dependencia y adicción que crean un síndrome de abstinencia, como la morfina y sus derivados entre los que se encuentra la heroína como la más conocida, pero otra es el alcohol y también los barbitúricos. Hace pocos años se ha descubierto que las anfetaminas -que son esas pastillas que toman las mujeres para adelgazar- también producen síndrome de abstinencia. Las demás sustancias que actualmente se emplean, como el LSD y la marihuana, por lo que sabemos hasta ahora, no ocasionan síndrome de abstinencia. De todas maneras los efectos bioquímicos, como dije al principio, no son lo esencial porque a



veces, dentro de determinadas circunstancias o ambientes sociales, puede resultar hasta más peligroso consumir marihuana que morfina. Por ejemplo: si a un señor acabado de operar le suministramos una inyección de morfina difícilmente crearemos un hábito en él porque la situación y configuración de esta aplicación es sanitaria y este paciente sabe que se le está suministrando un medicamento.

En cambio, la persona que tenga toda una serie de problemas ideológicos y mentales y no esté de acuerdo con la sociedad, y se deje melena, bigote, patillas o se ponga un sari, etc., para ir con un grupo de amigos a escuchar música de los Pink Floyd en determinados lugares de reunión, y que además tenga bloqueos sexuales y entonces fume marihuana para desinhibirse... La marihuana no desinhibe nada pero como ellos se lo creen y hay toda una estructura de consumo periférica, todo esto provoca que aquel individuo asocie su capacidad sexual con el uso de la marihuana y sea impotente cuando no la haga servir... Entonces, tratándose de una droga que no es tan peligrosa -y no digo que no pueda serlo- como la heroína o el alcohol, resulta que, por su estructura de uso, resulta más peligrosa porque altera más el comportamiento, desadapta más y desajusta más que una morfina usada en un ambiente médico. Con lo que de nuevo insisto en que la bioquímica es importante pero la situación social de consumo puede ser tan o más importante que la bioquímica.

- ¿Los sistemas de tratamiento a seguir qué esquema tienen?

- En el alcohol, por ejemplo, que es una droga institucionalizada, hay cuatro fases que son: desintoxicación, deshabituación, rein-

serción y rehabilitación. Para conseguir esto, una cuarta parte del tratamiento es médico (desintoxicación y deshabituación) y tres cuartas partes psicológico y psicosocial: terapias de grupo, asociación de enfermos rehabilitados, grupos de discusión terapéutica... O sea, todas aquellas acciones que permitan la reinserción social del paciente. Las otras toxicomanías teóricamente deberían seguir el mismo tratamiento, pero en nuestro país el consumidor es una persona que aún no se atreve a dar la cara. Las relaciones son todavía de miedo y esto hace muy difícil organizar grupos de terapia adecuados con la marihuana y el LSD, pongamos por caso.

La heroína es mucho más difícil. Se trata de una droga muy cara. Aquí, en nuestro país, su precio puede oscilar de seis mil a nueve mil pesetas la dosis. Un toxicómano medio necesita una, dos o incluso tres por semana, y esto crea lógicamente una obstrucción económica. Entre los toxicómanos mismos se dice que los heroínómanos son "homo homini lupus", es decir, que "el hombre es un lobo para el hombre" puesto que hace lo indecible para conseguirla. En el año 1976 en Barcelona se asaltaron once farmacias (en Madrid unas veinticinco) porque estas personas, asustadas por su dependencia, buscaban sustitutivos en la morfina a través de los medicamentos. O sea que éste es el tóxico más peligroso porque así como en la consumición de otros alucinógenos la relación es de grupo -se reúnen los consumidores y hay unos vínculos entre ellos-, el heroínómano es un solitario que, para conseguir su dosis puede llegar a engañar y estafar a otro como él, conllevando además esto cualquier posibilidad de violencia y delincuencia, con lo que se agrava mucho más la situación.



- ¿Qué causas principales alegan los pacientes que usted ha tratado, para empezar a consumir drogas?

- Las motivaciones iniciales son muy difíciles de dilucidar porque, cuando la gente viene aquí, los factores originales siempre quedan muy lejos o han pasado tantos disgustos, tantos problemas y tantos fandangos que a veces ni el paciente mismo lo sabe. Ahora, lo que nosotros podemos indicar es lo que más contesta el paciente cuando se le pregunta: *-¿Y a ti por qué te parece que empezaste a consumir alucinógenos?*". El 70% responde que es porque un compañero o algún amigo le dijo: *"Pruébalo que te lo pasarás bomba"*. Esto se podría resumir entonces con la palabra: curiosidad. Otro grupo, al parecer, lo hizo por "cargarse el sistema": *"Si piensas como tu padre bebe alcohol y, si no, haz algo que le reviente"*. Y como esto es algo que así, de entrada, parece ser que a la gente adulta la pone muy nerviosa, pues tomemos drogas y así nos pronunciamos en contra de lo establecido...

- ¿Qué opinión le merecen los sistemas softrológicos: relax, meditación, etc., como métodos terapéuticos?

- Bueno, todos estos métodos pueden ser útiles a partir de haber cubierto la fase previa de desintoxicación pero no antes. Porque intentar curar a una persona intoxicada solamente con un programa de hipnosis o relajación, pongamos por caso, me parece un sistema inadecuado de tratamiento. Ahora bien, opino que el triunfo de cualquier técnica radica esencialmente en el hecho de que la persona se sienta comprendida y admitida por

ella. Lo fundamental, pienso, no es la técnica en sí sino que el paciente se sienta acogido dentro de un círculo terapéutico que no tiene que ser necesariamente médico sino que puede ser psicosocial. La conexión con otras personas que hayan vivido el problema y lo hayan superado se convierte indudablemente en una ayuda muy valiosa. Pero así como con el alcoholismo sí puede decirse realmente que las terapias de grupo son la solución adecuada, con las drogas restantes no institucionalizadas no hay lugar del mundo, por el momento, que se atreva a dar una solución eficaz para combatir las. Cualquiera, pues, de las que vosotros apuntáis, puede resultar aleatoria y lo fundamental sigue siendo el hecho de que el individuo se sienta acogido dentro de ella.

- ¿Qué otros Departamentos existen, aparte de éste, para el tratamiento de toxicómanos?

- Hay una serie de instituciones oficiales, dependientes del Ministerio de Justicia, que son ex-prisiones provinciales adaptadas teóricamente al tratamiento de toxicómanos. Hace poco vino un hombre a visitarse, proveniente de una de estas casas de templanza o como se las quiera llamar, al que en un año de estancia en ella el médico le había visitado una sola vez. Si esto es tratar a toxicómanos yo debo ser "Rita, la cantaora..." Que nosotros sepamos, centros realmente especializados en España no existe actualmente ninguno.

- ¿Y previsiones de ellos?

- Escritas, muchas, pero nada más. Existe un programa interministerial, con un proyecto estudiado a fondo para la creación de clínicas



especializadas, dotación económica, etc., e inserción del tema a nivel pedagógico en EGB, Sanidad y demás, que no deja de ser una utopía por el momento. Aún se dedican treinta y seis horas, dentro de la carrera de Medicina, al estudio de la tuberculosis, que es una enfermedad prácticamente erradicada ya, y una sola hora al tema candente del alcoholismo. Y el 40% de los enfermos internados en las clínicas lo son precisamente por este motivo.

- ¿Qué posibilidades de reinserción social tiene el toxicómano?

- Realmente tenemos una buena experiencia en este campo, dentro del alcoholismo. Contamos con una Asociación de más de 400 socios, lo cual nos permite prácticamente controlar a todas las personas que han venido a tratarse a lo largo de once años, y sabemos de otras 3.000 personas cómo les ha ido o cómo les va. En cierto modo ellos o sus familiares siguen dando la cara. En cambio, con los restantes toxicómanos, antes de los dos años se suele perder el trato. Su evolución, pues, es muy difícil de vaticinar puesto que no disponemos de datos ciertos. Si dentro de ese plazo de dos años, que consideramos como control mínimo para calibrar su reinserción o adaptación social, perdemos al paciente y no sabemos nada de él, no podemos decir si se ha curado o no. Hemos de considerarlo, médicamente, como un mal resultado. En cambio, sobre alcoholismo, podemos decir que el 50%, y antes de los cuarenta y cinco años -hombre o mujer-, sigue una evolución favorable, va anualmente a la revisión y se adapta satisfactoriamente a su entorno. Fundamentalmente,

repito, el hecho de conectar entre ellos es vital para su curación.

- ¿Cómo responden los familiares en general?

- Aquí sí que hay de todo, desde los que colaboran de lleno y se entregan por completo, hasta los que se desentienden diciendo que "aquél no es su hijo" y no quieren saber nada de él. Esto depende mucho de cada circunstancia y ambiente. Pero, en general, podemos decir que tenemos mejor reacción y ayuda por parte de familias de nivel social económico bajo y menor cultura que entre las de nivel económico alto y mayor cultura. Y sobre esto hay encuestas fehacientes dando índices altos entre familias modestas diciendo que el toxicómano es una persona a la que hay que ayudar, y más de un 53% entre familias acomodadas diciendo que es un delincuente al que hay que encerrar.

- ¿Existe algún medio para que toda esta información y estudios, de los que se ha hablado anteriormente, salga más eficazmente a la luz?

- Bien, yo creo que todo este trabajo que estáis realizando vosotros, es bastante ingrato. Se sigue hablando de 'El Alcohol' y de 'Las Drogas' como si fueran independientes, sin apreciar que se trata del mismo problema. El alcohólico mientras es simpático no está enfermo, y cuando es antipático hay que encerrarlo, cuando por otro lado existe toda una estructura comercial que fomenta el consumo del alcohol a través de anuncios, etc. La gente sigue asociando, sin embargo, al drogadicto con el delincuente, sin darse cuenta de que en el fondo lo que hay detrás de este supuesto



delincuente es un fallo de la estructura social de esa misma sociedad. Entonces, claro, se convierte en un tema no agradecido porque ni a los familiares ni a ciertos estamentos sociales les agrada escuchar reconveniones cuando aún impera el sistema maniqueo de dividir a las personas en buenas y malas, con una línea bien gruesa y definida, sin espacio intermedio para matizarlo.

- ¿Podemos hablar de los efectos que en general producen las drogas y sus consecuencias?

- Esto, obviamente, depende de cada una de ellas y no es lo mismo hablar de alcohol que de heroína, de marihuana o de LSD... Además los resultados objetivos de laboratorio pocas veces coinciden con lo que el propio paciente dice apreciar. No es la misma experiencia la del árabe, que toda su vida consume marihuana, a la del muchacho que desde hace cinco o seis meses se toma un 'porro' para sentirse menos intranquilo o angustiado. Y con ello volvemos a lo de siempre: el efecto bioquímico de la droga depende mucho de las circunstancias, de la situación y del momento en el cual ésta se consume.

- ¿Es fundamental, entonces, el cuadro mental previo del individuo?

- Nosotros pensamos que hay un pequeño número de individuos, drogadictos o alcohólicos, que son enfermos mentales previos al uso de la droga. Y esto entronca con lo que la Sociología denomina 'cloaca social'. Es decir, los sistemas de marginación social siempre acogen a los individuos más conflictivos, no a los que tienen menos problemas porque éstos, aunque no estén de acuerdo con la sociedad,

difícilmente acudirán hacia esos medios de marginación. Entonces, sí, hay una proporción importante, aunque no mayoritaria, de personas que antes de consumir drogas han padecido auténticas enfermedades o trastornos de conducta, previos a su uso.

- Durante 1976 usted ha hablado de 7.000 casos clínicamente detectados ¿Puede avanzar previsiones futuras?

- Sí, para 1978-80 se prevén de 35 a 45.000 casos de toxicómanos no alcohólicos y 4.000.000 de alcohólicos si el crecimiento sigue el ritmo de los últimos diez años. Y éstas son cifras de la Dirección General de Sanidad.

- Finalmente ¿qué demandas tiene su Departamento para mejorar su rendimiento?

- Un Dispensario de Sanidad, con carácter de Ambulatorio, necesitaría dos cosas: un Centro para hospitalizar a gente, dependiendo de Sanidad, no ligado al Hospital General y, evidentemente, más personal para atenderlo. Actualmente somos dos médicos, dos asistentes sociales y un psicólogo para atender aproximadamente a unas 1.200 personas por año y esto hace, lógicamente, que nos encontremos desbordados. De estos 1.200 casos, 42 corresponden a toxicómanos no alcohólicos, o sea que puede apreciarse una demanda muy baja o casi nula de asistencia médica en ese apartado. Lo mismo ocurría en Francia, hace tres años, y ahora nosotros alcanzamos las cifras que ellos tenían entonces. En España tenemos todavía muy pocos consumidores de las llamadas drogas duras y esto hace que el problema no revista, de momento, mayores consecuencias. De todos modos, los consumi-



dores siguen ocultándose y hasta que esto no ocurra estaremos coartados. Sigo destacando, sin embargo, que el alcohol es una toxicomanía y que todo son toxicomanías. La única diferencia que existe es que una cosa está perseguida por la Ley y la otra no.

*Nos despedimos del doctor **Freixa** con la ilusión de nuestro primer cassette grabado al servicio de alguien. Al salir, por la misma puerta que habíamos franqueado al entrar, ésta nos parece menos oscura.*