

EL PROYECTO DE LA HEROÍNA EN ANDALUCÍA:

LA VOZ Y LA FUERZA DE LOS USUARIOS

AUTORES: Miguel Martín López, Ángel Casarrubios Oñate, Francisco José Caracuel González¹, Jose Angel Martínez Casares, Araceli Plaza Andrés y Equipo PSP-PEPSA².

INTRODUCCIÓN

El registro del **testimonio directo** de personas consumidoras de drogas es una herramienta habitual para las disciplinas articuladas en torno a las ciencias sociales que estudian el fenómeno de la drogadicción (1). En el ámbito de las **ciencias sanitarias son muy escasos** los artículos que recogen estos testimonios. Del total de ellos, unos pocos hacen referencia a las bondades extremas de las terapias de desintoxicación y deshabituación de las que se benefician los que testimonian; otros trabajos se enmarcan dentro de estrategias completamente contrarias al uso de drogas y que buscan reforzar su argumentación utilizando el emotivismo pues recurren a los sentimientos que suscita siempre el patético testimonio de una persona consumidora que ha vivido el infierno de la exclusión. En ambos casos se trata de trabajos de índole divulgativa, con poco calado científico. El presente trabajo pretende cubrir una parcela que hasta ahora permanecía casi inédita por las propias características de la población que se están estudiando: se muestra el testimonio directo de dos personas³ que habitualmente **se administran heroína bajo control sanitario** mientras participan en una experiencia científica, siendo ellos mismos los que deciden los ejes temáticos en torno a los cuales quieren articular su discurso y con control absoluto sobre qué y cómo quieren exponer sus experiencias .

Debemos aclarar desde el principio que no se está defendiendo ni animando al consumo de ninguna sustancia adictiva, sea ésta legal o ilegal. Se pretende más bien, entre otros objetivos, **otorgar voz** (2) a aquellas personas que hasta ahora no han tenido mucha oportunidad de dar su punto de vista, sus vivencias reales de un problema complejo, más allá del discurso oficial prohibicionista. En contra de lo que pueda parecer estas personas no están abandonadas a un consumo compulsivo y alienante de una droga como su propio testimonio reflejará, sino que reciben un **tratamiento con la misma sustancia a la que son adictos** y, al mismo tiempo, **trabajan activamente para mejorar** otros aspectos de su salud –física, psíquica y social- (3). Esta mejora les ha permitido normalizar sus vidas hasta límites que hasta ahora eran impensables (4), sin rechazar la posibilidad –más bien al contrario- de que puedan afrontar definitivamente su adicción.

En esta comunicación nos referiremos a las experiencias desarrolladas en torno a la administración controlada de diacetilmorfina (DAM) -sustancia más comúnmente conocida como

¹ Director y médico del PSP-PEPSA.

² Equipo PSP-PEPSA: Araceli Plaza Andrés, José Ángel Martínez Casares, Francisco José Caracuel González, Rosa María García Morcillo, María José Vega López, Irene Avilés Lamas, María Teresa Rodríguez López, Rosario Azcorbebeitia Lamíquiz, José Antonio Reyes Rodríguez, Ana Baena González y Elisa Crespo Berea.

³ Usuarios del programa de prescripción de DAM de Andalucía.

heroína- como parte de un programa piloto de reducción del daño, que todavía hoy en día se encuentra en fase de experimentación y evaluación (5), y que luego describiremos con más detenimiento. Tanto los datos que arrojó el ensayo clínico (6) que probó la sustancia como los que actualmente sigue aportando el **Programa de Seguimiento**⁴, han reforzado y han aumentado **las conclusiones positivas** que mostraron otras experiencias similares desarrolladas en diversos países, Suiza (7) y Holanda principalmente. Sin embargo muy pocos estudios serios se han hecho basándose en el análisis de los testimonios de los usuarios de este programa y todos ellos se han realizado en el ámbito de la sociología y la antropología, nunca desde el punto de vista de las ciencias de la salud. Esto no significa que no se pueda aplicar a estos testimonios metodologías típicas de las ciencias sociales como son el *Análisis de Contenido* o el *Análisis del Discurso* (8). Los profesionales de este sector pueden encontrar material interesante del que pueden extraer conclusiones dentro de sus áreas de trabajo. Pero al mismo tiempo pretendemos también que **profesionales de la salud** -cuya actividad se centre en el mundo de las drogodependencias o no- sean en esta ocasión los que principalmente puedan aprovechar estos testimonios tanto por el valor que tienen en sí mismos como por las distintas interpretaciones que se pueden hacer de los mismos. Sirva como ejemplo de esto último la misma **psicoterapia** que se ha beneficiado de los métodos de trabajo desarrollados por diversas disciplinas como la etnografía, la sociolingüística, la semiótica cognitiva o la hermenéutica textual, para analizar el contenido y/o el discurso dentro de su metodología (9).

Es por ello que, a parte de las **conclusiones obvias** que se pueden extraer tras una primera lectura de estos testimonios -las cuales mostraremos al final de la comunicación-, invitamos a que cada lector desarrolle las suyas propias a partir del material que aquí se ofrece.

El perfil cualitativo del presente trabajo es evidente pues no se intenta medir la extensión de un fenómeno sino más bien busca describir lo que existe, cómo varía en las diferentes circunstancias y cuáles pueden ser las causas subyacentes (2). Un **riguroso análisis discursivo** de estos testimonios puede mostrar aquellos signos o significaciones que estas personas otorgan a conceptos que orbitan en torno a sus experiencias con el mundo de la adicción a la heroína, a través de los cuales **han construido su realidad y las representaciones** que tengan de la misma (9). Todo lo anterior tiene un valor añadido no sólo por el valor interpretativo del discurso, también porque se nos facilita una manera de comunicar de la que podemos aprender para adecuar nuestro propio discurso para que sea más cercano y comprensible a las personas consumidoras. Al mismo tiempo nuestras reflexiones se podrán aproximar más a la manera en que el emisor desea ser interpretado.

Independientemente de la manera de abordar la lectura de estos testimonios y de la hermenéutica que se aplique, este trabajo tiene su posterior continuación y complemento a través de **los foros establecidos** para el presente congreso. Estos medios paliarán las limitaciones que impone la

⁴ A partir de ahora se utilizarán las siglas PEPSA (Programa Experimental de Prescripción de Estupefacientes en Andalucía) para referirse al ensayo clínico en el que se experimentó con la DAM y las siglas PSP-PEPSA para referirse al Programa de Seguimiento de los Pacientes que se estableció tras dicho ensayo.

exposición escrita pues los profesionales interesados en profundizar en algún aspecto podrán poner a prueba sus habilidades psico-sociales directamente con las personas que han ofrecido estos testimonios y que voluntariamente se han ofrecido a participar en la **negociación de significados** de lo ya expuesto por medio de la interacción conversacional. Ellos mismos desean iluminar aquellos aspectos que, a criterio del lector, precisen de más explicación.

Hay que destacar también que la participación de estos usuarios del PSP-PEPSA no se limita a volcar por escrito sus experiencias y opiniones en base a un cuestionario cerrado y elaborado por profesionales de la salud. También **han participado** en la elaboración de los dominios en torno a los cuales se ha articulado el presente trabajo, **han modificado** como han creído conveniente aquellos aspectos propuestos por los profesionales y **han profundizado** en cada una de sus respuestas en mayor o menor medida según sus creencias, experiencias o intereses le han dictado. Sin olvidar que han cedido parte de su intimidad -incluidos sus nombres- como símbolo de su lucha por visibilizar y normalizar una situación: personas con un tratamiento médico que no tienen por qué ocultar este hecho. Obviamente algunas partes de su testimonio pueden resultar **polémicas y muy críticas** con la situación pasada y actual del mundo de la atención a las drogodependencias. Más allá del malestar que estas críticas puedan suscitar a algunos profesionales que se sientan aludidos, sugerimos que se valoren estas leves inyectivas en su justa medida pues al fin y al cabo estas personas son las que han sufrido y pagado principalmente los incipientes pasos y muchas equivocaciones de las terapias contra las drogadicciones del pasado.

De esta manera podemos decir que los principales autores del presente trabajo son las mismas personas que proporcionan su testimonio. Y por esto mismo son los principales firmantes del presente trabajo. Los profesionales de la salud nos hemos limitado a labores metodológicas: recogida de testimonio, redacción de las distintas introducciones, aporte de cimentación teórica y desarrollo formal de la redacción de la comunicación. Esta **estrategia consciente**, a parte de intentar contaminar lo menos posible el material expuesto, se enmarca dentro de objetivos más amplios que abarcan directrices del proyecto destinadas al **empoderamiento progresivo de los usuarios** en su propia recuperación (3). Y este propósito quedaría incompleto si no somos capaces de otorgar a estas personas la categoría de testigos válidos de una época y unas circunstancias que, si no se da paso a nuevas iniciativas valientes y válidas, están destinadas, por desgracia, a repetirse.

OBJETIVOS

- 1) Mostrar las experiencias y opiniones de dos usuarios del servicio PSP-PEPSA respecto a diversas cuestiones en torno a su tratamiento: historia de vida adictiva, tratamiento con heroína, experiencias de desintoxicación, relación con profesionales de salud (psiquiatras principalmente) y perspectiva de futuro.
- 2) Ofrecer material de análisis de contenidos y discursivo a profesionales de la salud que estén interesados en conocer este tipo de experiencias y/o que deseen profundizar en las estructuras de razonamiento y emocionales de estos dos usuarios.

3) Ofrecer material de análisis de contenidos y discursivo a otros profesionales (ciencias sociales principalmente) interesados en una profundización cualitativa de lo expuesto.

4) Permitir a los usuarios que se sirvan de un espacio normalmente destinado a profesionales para dar su punto de vista respecto a temas que se suelen sólo abordar desde la perspectiva científica. Aumentar su empoderamiento en los procesos de *Educación para la Salud* a través de esta estrategia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Aunque la presente comunicación no es propiamente dicha una “historia de vida”, técnica de investigación cualitativa, se acerca mucho pues comparte formato y fines en gran medida.

Muestra.

La elección de los usuarios siguió un criterio de “informantes claves” al tener este trabajo un perfil cualitativo, no cuantitativo. Recordemos por consiguiente que esta selección se hace atendiendo **criterios de interés o excepcionalidad** (10). En el caso de Miguel Martín López (MML) se nos hizo evidente su elección al ser el presidente de la asociación de usuarios que reciben D.A.M., elegido como representante por el resto de compañeros usuarios. El testimonio del usuario Ángel Casarrubios Oñate (ACO) es también muy interesante por varios motivos: su inquietud y disposición para realizar este tipo de iniciativas en el pasado; además el historial de adicción responde al de muchos otros consumidores de su edad (generación de los años 80, herederos de la “movida”); y por último, como se mostrará más tarde, su actitud actual con respecto al consumo de heroína⁵ nos ofrece una nueva perspectiva de un asunto tan prismático como el que se aborda.

No se han incluido los testimonios de mujeres usuarias del PSP-PEPSA debido a que la situación de éstas en la actualidad (inserción socio-laboral) por desgracia no les permite mostrar a ninguna de ellas sus nombres tal y cómo exige la naturaleza de la presente comunicación. Es una lastima que la estigmatización que sufren estas personas nos prive del interesantísimo testimonio de unas mujeres que por su condición femenina le darían una óptica distinta (11), muy interesante e invisibilizada por la mayor parte de los estudios⁶.

Metodología.

La estructura de recogida de testimonios de ambos usuarios se realizó de la siguiente manera:

- Presentación de ejes temáticos por parte de los usuarios.
- Modificaciones propuestas por los profesionales.
- Proceso de consenso respecto a los ejes temáticos.
- Exposición escrita por parte de los usuarios en torno a estos ejes temáticos.

⁵ Poco después de terminar esta comunicación el usuario ACO ha emprendido un proceso de desintoxicación y deshabitación como consecuencia natural de su estancia en el programa.

⁶ En la actualidad se está planteando un estudio cualitativo de “historia de vida” de las mujeres del centro, donde se preserve el anonimato de éstas.

- Grabación de aquellos aspectos de los distintos ejes temáticos que quedaron menos cubiertos por la exposición escrita.
- Transcripción de la grabación y combinación con la exposición escrita en torno a los ejes temáticos.
- Supervisión de los usuarios de todo el material (escrito y grabado) ya agrupado por temas: correcciones y modificaciones hechas por éstos.
- Realización por parte de los profesionales de las introducciones a cada eje temático.
- Supervisión y aprobación de los usuarios respecto a la pertinencia de lo expuesto por los profesionales.
- Supervisión final de todo el documento por parte de los usuarios y profesionales. Consenso de la comunicación final.
- Cuestionario de satisfacción completado por los usuarios con respecto al trabajo realizado.

La duración de este proceso fue de un mes. Tanto las exposiciones escritas como las grabaciones realizadas por los usuarios se han realizando con su consentimiento informado y en condiciones de máxima intimidad. Para evitar contaminaciones, los dos usuarios coincidieron en que no querían conocer el contenido del testimonio del otro hasta concluir totalmente la elaboración del propio. Así se hizo. El almacenamiento de este material se ha realizado según la Ley de Protección de Datos.

RESULTADOS

Se han recogido los siguientes testimonios en torno a 6 ejes temáticos propuestos por los usuarios y consensuados con los profesionales.

1 - EJE TEMÁTICO: HISTORIA DE PERSONA TOXICÓMANA PREVIA AL INGRESO EN EL ENSAYO PEPESA. Motivaciones para el consumo, vivencia del proceso e intentos de desintoxicación y deshabitación.

Introducción:

A principio de la década de los 70 la situación con respecto a las drogas comienza a considerarse problemática en España. Por esa época empiezan a funcionar tímidamente los primeros servicios de asistencia gratuita a personas con toxicomanías. Comienzan también los primeros estudios sobre el consumo de la población joven que percibía estas prácticas como contracultura (12). La heroína juega un papel principal en esta situación desde la segunda mitad de los 70 y primeros 80. Esta sustancia invade los espacios populares de ocio y cultura emergente, coincidiendo con una época de transición política y un recién estreno de la democracia (13). La droga se convierte en asunto de manipulación política como uno de los muchos males que ha traído la nueva situación política. Se inicia una alarma social, se destacan las nefastas consecuencias del

consumo de la heroína y se marcan estereotipos. Al mismo tiempo se hace un análisis poco riguroso de los motivos que conducen al consumo, se estigmatiza y juzga al adicto, comienza la represión de los consumidores y su exclusión social. Esto hace que las personas adictas tengan mucha más dificultad para conseguir lo que antes tenían más a mano: las suficientes dosis como para satisfacer su adicción. Es la época de la represión política, judicial y social (14). Este tipo de estrategias obtuvo un resultado totalmente contrario al que perseguía: el aumento de la delincuencia causada por el aumento del precio de la sustancia, de las patologías infecciosas por compartir jeringuillas, de las conductas antisociales, de enfermedades mentales y de una larga lista de «males» agravados además por una interpretación político-cultural excesivamente escrupulosa y estrecha de miras (15). Derivadas de estas interpretaciones surgen las opciones terapéuticas basadas fundamentalmente en la estrategia del «todo o nada»: o la persona adicta se desintoxicaba y se rehabilitaba o su destino era de nuevo la calle, la exclusión, la delincuencia, la enfermedad y, en la mayor parte de los casos, la muerte por adulteración, intoxicación y/o infecciones graves (VIH, hepatitis C, etc.). Es entonces cuando aparecen multitud de profesionales e instituciones que, con más voluntad que conocimientos reales, se atrevían a aportar soluciones más o menos fáciles y asequibles, que aseguraban al acceso a la «tierra prometida» de la abstinencia y rehabilitación total. Con el tiempo se produjo una mayor profesionalización del sector de atención de las personas drogodependientes pero, como se verá a continuación, éstas tuvieron que padecer en aquellos incipientes pasos terapéuticos, además de los efectos de la droga, del prohibicionismo y de la exclusión, también actuaciones poco válidas para su problema de adicción.

Testimonio de ACO:

Sobre los 17 años se acentuó mi interés por las drogas ilegales. Un impulso interior me invitaba a ello, pasando de una a otra hasta que conocí la heroína. Todas esas experiencias las viví de una forma natural, en un ambiente de diversión. Pero el encuentro con la heroína lo recuerdo de manera especial, inolvidable, como el día que pierdes la virginidad: la existencia más soportable y en mi interior total satisfacción.

Con el paso del tiempo afloró una conducta adictiva, los abusos y la unión a un problema emocional mal resuelto se convirtieron en una bomba de relojería. Claro que existieron períodos de abstinencia de 1 o 2 años, ya fuese por propia decisión o con ayuda de alguna terapia. En mi interior empezó a crecer la idea de que la compañía de la heroína sería eterna.

El paso por toda la oferta pública y privada de deshabituación se convirtieron en norma, sin encontrar lo que yo esperaba. Respecto a la oferta privada, acudí a varios psiquiatras y clínicas psiquiátricas y como más tarde contaré (apartado 4) fueron experiencias bastante negativas en general. Cuando yo empecé, en las clínicas todavía se nos integraba con el resto de personas con problemas mentales, por ejemplo. Por no hablar de algunos profesionales poco honestos que se sirvieron de mi adicción para sacar dinero, al menos esa es la impresión que yo tuve.

En el área pública estuve en el CAD (Centro de Atención a las Drogodependencias) del Ayuntamiento de Madrid. Luego he estado en centros de día de la Cruz Roja y de la Comunidad de Madrid. Ya en esa fecha sabía de la existencia del proyecto de heroína de Suiza, cuando hablaba de esto a los profesionales de estos sitios me tachaban de loco o inadecuado. Creían que era poco adecuado hablar de eso al estar en un centro de desintoxicación y me intentaban reprimir ese tipo de pensamiento.

También he estado en Proyecto Hombre. Estuve haciendo todo el programa hasta la reinserción que lo dejé porque me obligaban a que me chivara de lo que hacían otros compañeros. Yo me negué a eso y me dijeron que me fuera a la calle. Pienso que este tipo de iniciativas le pueden valer a determinadas personas pero creo que determinadas conductas irrespetuosas con personas toxicómanas, las mires por donde las mires, para mí son inviables. Al igual que determinadas normas. Por poner unos ejemplos: ellos tenían que saber en todo momento dónde estás y qué haces con cada céntimo que tienes. En una ocasión vino a casa mi primo para dar una vuelta y yo no podía salir porque no les había avisado.

No me parece terapéutico el no confiar en la gente cuando ya se han dado sobradas muestras de recuperación. Luego hay cosas que sí me han valido de Proyecto Hombre, formas de afrontar la vida y ese tipo de cosas, pero la línea ideológica en general no me gusta.

Resumiendo puedo decir que todos estos recursos para desintoxicarse le pueden servir a un número limitado de personas. La mayor parte de gente que se desengancha luego vuelve a consumir pasado un tiempo. Conozco a muy poca gente que se haya desenganchado del todo con ese tipo de "soluciones". La mayor parte han muerto, todos mis amigos de juventud están muertos. Yo mismo pienso que de no haber encontrado este proyecto (PSP-PEPSA) estaría muerto.

En mi opinión creo que se fracasa en la desintoxicación porque no hay un real convencimiento para dejarlo, por ejemplo he conocido a mucha gente que tomaba metadona y al mismo tiempo consumía cocaína y otras sustancias. Habría que plantear soluciones realistas para personas que no pueden o no quieren dejar de consumir sustancias, que es la mayor parte de los toxicómanos.

Hay que estar verdaderamente convencido para dejarlo. Yo por ejemplo, después de más de 20 años de adicción, hasta hoy no he estado convencido de dejar el consumo definitivamente. Sí que me he planteado dejar el consumo durante una temporada, y así lo hacía pero al final sabía que iba a volver a consumir.

Testimonio de MML:

Mi vida como toxicómano era una vida totalmente rutinaria, triste y, por qué no decirlo, demasiado larga pues yo estaba hastiado de ella. Hastiado de pasar por el mundo sufriendo, en el mejor de los casos, el desprecio y el desdén de personas a las cuales me

sentía capaz de enseñar cosas. Pero no así, desde la vergüenza del que sólo busca esa dichosa dosis. Así durante demasiados años. Demasiados monos, cantidad de psicólogos y psiquiatras, excesivos centros de desintoxicación. Uno ya consume porque sí, porque si no lo hace no es ni siquiera un despojo.

Respecto a los centros de desintoxicación en los que estuve recuerdo que acudí a Proyecto Hombre, a REMAR, también estuve en el Patriarca –aunque cuando estuve ya no se llamaba así, no recuerdo el nombre ahora- y poco más. También he estado en el CPD⁷. No encontré muchas diferencias entre unas propuestas y otras: medicación para pasar el mono, algo de ayuda psicológica y terapia ocupacional. En muchos de estos sitios funcionaba la idea clásica de que el trabajo te libera de la droga. Allí funcionaba el dicho popular “el hombre parado tienta al pecado” y allí nos tenían ocupados todo el tiempo. Opino que este tipo de estrategias son válidas hasta cierto punto, por supuesto que es bueno estar ocupado pero también opino que son necesarias otras cosas además de estar todo el día trabajando gratis para no pensar en la droga. A veces llegaba a sentirme explotado, además de pagarles el tratamiento que era caro, veía que yo hacía un trabajo que no me remuneraban. Aun así a mí me sirvió para desengancharme. Sin embargo nada más salir, por la propia naturaleza de la sustancia (heroína), no sé que poder tiene en mí, que nada más salir de estos sitios, según llegaba a Granada con el autobús ya estaba pensando en meterme heroína. Es decir, ni siquiera me había inyectado nada pero yo ya sabía que había recaído mentalmente y que era inevitable que volviera a consumir. Pienso que esto me sucedía porque una vez que ya salías de estos centros no tenías apoyos, pero esto no es todo ni lo principal. Lo principal era que, aunque físicamente mi cuerpo no me lo pedía, psíquicamente sentía que estaba abocado a consumir heroína. Era algo inevitable. En el CPD tomaba metadona pero tampoco funcionaba. Mi cuerpo y mente no aceptan esta sustancia, yo necesitaba la heroína y allí me daban algo que me aliviaba en parte pero al final siempre consumía heroína en la calle. La metadona no te da flash, además no hay que olvidar que también eres adicto a la parafernalia en torno al consumo. Estando en el PSP-PEPSA ya he olvidado todos esos ritos de consumo pero en la calle eso funciona y mucho.

Respecto a las consecuencias que me ha podido traer mi pasado de consumidor ilegal en la calle diré que he tenido mucha suerte. No daré muchos detalles pero de los cientos de problemas legales que pude tener siempre salí airoso. Otros no tuvieron tanta suerte. No tenía ningún vínculo con el sistema sanitario, mis pasos por el hospital era para ir a urgencias a que me aplicaran un “protocolo” y me dieran metadona para quitarme el mono cuando estaba fatal y no me podía meter nada. Ahora he tomado conciencia de la necesidad de acudir a revisiones, a centros de salud para que me hagan seguimiento de las enfermedades que contraí cuando me inyectaba en la calle. Antes esto era impensable, la prioridad era meterse heroína en el cuerpo.

⁷ CPD: Centro Provincial de Drogodependencias, lugar donde se les prescribía la metadona.

He visto a mucha gente morir por culpa de este tipo de vida. Me quedé prácticamente sin amigos, todo lo que era mi círculo de amistades de entonces ha desaparecido. Si éramos 20 entonces, ahora quedamos 3. Y mucho sufrimiento de familias, amigos...

2 - EJE TEMÁTICO: EXPERIENCIA EN EL ENSAYO PEPSA. Motivación para participar en el ensayo, vivencia y evolución durante los 9 meses.

Introducción:

Hasta ahora la primera opción para tratar la adicción a la heroína siempre es la desintoxicación. Sin embargo son pocas personas las que realmente consiguen alcanzar la abstinencia de esta sustancia y, entre los que lo hacen, muy pocas logran mantenerla. Este hecho nos da una idea de la verdadera efectividad de los tratamientos disponibles para lograr la abstinencia del consumo de opioides frente al elevadísimo poder adictivo de estas sustancias. Hasta hace pocos años se seguía la estrategia del «todo o nada», de la que hemos hablado anteriormente. Como alternativa a esta opción ortodoxa, ante la persistencia grave del problema, aparecen alternativas terapéuticas basadas en la preinscripción de opioides dentro de programas de reducción del daño (16) donde el objetivo principal ya no es conseguir la difícil abstinencia sino paliar los efectos de los consumos ilegales y mejorar todo lo posible la salud –física, psíquica y social- de estos consumidores (17). La metadona –opiode sintético oral- es el tratamiento de elección en nuestro entorno para tratar a este grupo de personas. Pero ¿qué ocurre cuando la metadona no funciona?, ¿qué sucede si a algunas de estas personas la metadona no le provoca el efecto deseado y continúan en los circuitos marginales? (18) Para dar respuestas a estas preguntas surgió el Programa Experimental de Prescripción de Estupefacientes en Andalucía (PEPSA).

A raíz de conocer los excelentes resultados presentados en Suiza por parte de una evaluación externa de los Estudios Científicos Suizos sobre la Prescripción Médica de Narcóticos a Toxicómanos, se planteó en España, más concretamente en Andalucía, la posibilidad de realizar algún estudio científico que intentara demostrar en nuestro entorno que la prescripción diversificada (heroína y metadona) de opioides es un eficaz tratamiento de reducción del daño para personas que habían fracasado reiteradas veces con la metadona oral, tanto en la mejoría de la salud física y mental como en una mejor y mayor integración social de personas dependientes. El PEPSA fue por tanto, principalmente, una investigación científica –ensayo clínico en fase III- cuyo objetivo principal fue:

Demostrar que la prescripción diversificada, individualizada y protocolizada de agonistas opioides, apoyada en la diacetilmorfina (DAM) por vía intravenosa es más eficaz que la prescripción de metadona oral, ambas con apoyo médico-psico-social, en la mejoría de la salud física y mental y en la integración social de sujetos dependientes a opioides por vía intravenosa, según criterios de la CIE-10, policonsumidores con graves problemas médico-sanitarios, psicológicos y con carencias y problemas de exclusión social, que hayan fracasado anteriormente en al menos dos tratamientos convencionales disponibles.⁸

⁸ Extraído del protocolo PEPSA.

A este objetivo principal iba asociado a otros más secundarios pero también de mucha relevancia que perseguían valorar la mejora de la salud general y la calidad de vida, disminuir la severidad de la adicción y los consumos ilegales, disminuir conductas de riesgo asociadas al VIH y hepatitis C, aumentar el ajuste psicológico, familiar y social (6).

A continuación los usuarios hablarán sobre sus experiencias durante el ensayo PEPSA que se realizó durante los años 2003 y 2004. El ensayo clínico contaba con un grupo experimental al que se administraba DAM y un grupo de control al que se administraba metadona, al final de la investigación se compararon resultados entre ambos grupos. Las personas que participaron en el ensayo fueron sorteadas y adjudicadas a un grupo u otro: a los dos usuarios se les asignó el grupo de control (metadona). Hemos considerado interesante ofrecer el testimonio de dos personas que recibieron metadona durante 9 meses. De esta manera se observará con mayor precisión como la asistencia sanitaria, psicológica y social –y que recibieron ambos grupos de la misma manera- no fue lo que principalmente consiguió estabilizar y mejorar a estos usuarios, sino que la misma prescripción de la sustancia juega un papel principal para el éxito de esta terapia en este perfil de personas. Como se verá a continuación, al ser dos personas que recibieron metadona durante el ensayo, vivieron esta experiencia de una manera muy traumática, situación que sólo se alivió al final de la investigación, cuando por fin pudieron acceder a la prescripción de heroína.

Testimonio de ACO:

Tras 20 años consumiendo (enganches-desenganches) llegué a un punto límite y busqué una solución realista donde no existieran los errores cometidos hasta la fecha. El cansancio que trae consigo el entorno “drogas” (poblados, dinero, relaciones...) ya había dejado su herida en mí.

Sabía lo que se hacía en Suiza y Holanda, conocí la existencia de un ensayo clínico con diacetilmorfina (DAM-heroína) en Granada. Así que no dudé en cambiar de ciudad e ingresé en el ensayo PEPSA. La mala suerte me destinó en metadona y fueron los peores meses (9 en total) de mi historial como adicto pues:

- 1) La calidad de lo que consumía en la calle era ínfima.*
- 2) Las cantidades consumidas en la calle aumentaron.*
- 3) Socialmente toqué fondo.*

Con el paso del tiempo esos 9 meses de espera con sus malos momentos sirvieron para valorar más al acceso a la administración controlada de DAM, así como el significado que tenía para mí: ir normalizando la vida.

Testimonio de MML:

Me enteré del PEPSA por un amigo, al principio desconfiaba, pensaba que esto no era posible en España, al mismo tiempo pensaba que ya era hora de que esto sucediera. Cuando vi que era cierto estuve interesado en participar en el ensayo inmediatamente.

Pensé que por fin había unos profesionales de la salud que realmente estaban preocupados por nuestra situación y mostrársela a la opinión pública. Sentí que por una vez la investigación estaba en armonía con la política, pensando en quien nadie piensa.

Me gustaría aclarar que si no hubiese oído hablar de este ensayo quizás no estaría aquí. Y al mismo tiempo, aunque parezca que me contradigo, durante el ensayo lo pasé muy mal. Después de estar esperando una oportunidad como ésta durante demasiados años, de no confiar en nada ni en nadie, al fin es cierto... Una vez más tuve la triste pena de sentir que la mala suerte me perseguía: en el sorteo me tocó en el grupo de metadona. Estuve a punto de abandonar pero algo dentro de mí me dijo "bueno, si has sobrevivido 20 años a este infierno, qué son 9 meses y después el acceso de por vida a la sustancia". Y aguanté como pude con la metadona. El tiempo que estuve recibiendo metadona dentro del ensayo era más de lo mismo con respecto a lo que me ocurría en el CPD. Conocía sobradamente qué tipo de efectos me producía así que además de tomarme la metadona que me daban en el PEPSA me iba a consumir a la calle la sustancia que yo realmente necesitaba. Por un lado quería participar en el ensayo pero por otro todo era más complicado que antes. Tenía que ir todos los días al PEPSA y además buscarme la vida para meterme en la calle. Tenía una ansiedad grandísima y la cabeza aún peor que antes. Veía mejorar a la gente que le había tocado el grupo de DAM y me comparaba con ellos, observaba lo mal que estaba yo y lo bien que se iban poniendo ellos. Esto me hizo sufrir por un lado y por otro me estimuló los 9 meses del ensayo para poder acceder al tratamiento compasivo con DAM. Pero sobre todo aguantas por ti mismo y por la gente que te importa: por mi mujer y por mi madre principalmente. Así estuve, de mal en peor en el grupo de metadona, hasta que por fin pude acceder al uso compasivo.

3 - EJE TEMÁTICO: EXPERIENCIA EN EL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO (PSP-PEPSA). Evolución en los últimos 3 años, estado actual, proyectos de futuro y sugerencias de cambio para el centro.

Introducción:

El ensayo clínico PEPSA concluyó en noviembre de 2004. Los resultados confirmaron la hipótesis principal: la prescripción de DAM era una estrategia válida para un determinado perfil de personas adictas pues tenían una mejora clara en su salud física y psíquica, aumentando su integración social. Los usuarios que completaron dicho ensayo siguieron recibiendo el mismo tratamiento en virtud de los artículos 28 y 29 del Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos. La aplicación de estos artículos da cobertura legal -a través de la figura de "uso compasivo"- a los usuarios que tengan el perfil adecuado para acceder a los beneficios del tratamiento con DAM. De esta manera el PSP-PEPSA se constituyó con usuarios del grupo experimental –grupo que recibió DAM durante el ensayo- y aquellos otros que, habiendo recibido metadona en el grupo control del mismo ensayo, cumplían con los requisitos para acceder al uso compasivo de la sustancia.

Durante los 3 años que se ha seguido suministrando este tratamiento⁹ no sólo se han confirmado los resultados del ensayo PEPSA sino que, además de mejorar en muchos aspectos dichos resultados ya anteriormente evaluados, se han producido nuevos hallazgos que muestran todavía más las bondades de esta estrategia terapéutica (4). Por otra parte, tras la inversión realizada para llevar a término el ensayo, se han tenido que readaptar los medios profesionales y materiales a la nueva situación. Esto concluyó en que determinadas prestaciones anteriormente integradas en el centro (consulta psiquiátrica, trabajador/a social y psicólogo/a) se derivaron a los servicios públicos de salud, como cualquier persona de fuera del programa. Esta nueva situación es percibida por los usuarios como una gran pérdida.

Testimonio de ACO:

El tiempo que he estado administrándome DAM ha conseguido que pusiera los pies sobre la tierra, superando y cambiando casi sin darme cuenta. Hoy por primera vez creo en la posibilidad de vivir alejado de la DAM y siento una responsabilidad única sobre mi vida, sin justificarme en la sustancia.

Creo que al proyecto PSP-PEPSA le ayudaría contar con más recursos sociales-sanitarios, así como facilitar el acceso a más pacientes. Entiendo que es un centro de reducción del daño pero por qué quedarse ahí. No se comprende que esté a la vanguardia en cuanto a la administración de DAM y carezca de otros recursos. La administración de DAM puede ser un fin para uno y para otro ser un medio para conseguir objetivos. Esta administración da independencia y facilita la vida si va acompañada de otros recursos pues creará una motivación extra.

En mi caso ya hace tiempo que mi mente se ocupa de recuperar y normalizar una vida laboral y social y no de buscar y conseguir una sustancia.

Testimonio de MML:

Mi paso por el uso compasivo de la DAM lo considero en general muy positivo. Por fin podía beneficiarme realmente de los hallazgos del ensayo. He mejorado mucho mi vida a nivel personal. Desde que recibo la DAM me encuentro mucho mejor físicamente. Hay que pensar que de lo que me metía en la calle sólo un 2% era heroína, el resto era veneno, matarratas, vete tú a saber. Además me metía un montón de inyecciones para no tener mono. Me estaba triturando el organismo. Ahora con sólo 2 dosis estoy cubriendo mis necesidades. Además, sabes que lo que te estás administrando es puro, con control sanitario tanto en cantidad como en calidad. Por lo demás hago una vida normal: como bien, duermo estupendo, me siento fuerte... Esto ha hecho que se haya acrecentado la autoestima hasta cuotas olvidadas hacía mucho tiempo, tengo más estabilidad mental. Claro, tengo mis altibajos pero como todas las personas supongo. También he mejorado mucho la situación con la familia, los que más me importan. En este sentido el cambio ha sido radical, de no poder pisar tu casa a recuperar la confianza perdida hace muchos años.

⁹ Recordemos que el tratamiento no es sólo la administración de DAM, se completa con otras actuaciones como: seguimiento de salud individualizado en consulta, campañas de Educación para la Salud, etc.

Ahora hago tareas de casa, ayudo a mi madre y mis hermanos, contribuyo con mi dinero cuando me sale algún trabajo. Esto ha hecho que también subiera mucho la estima personal. Respecto a las amistades me relaciono con un grupo de gente de mi edad junto con mi pareja. En general puedo decir que tengo una vida muy normalizada.

Con respecto a la atención que me proporcionan en el PSP-PEPSA puedo decir que por un lado pienso que debemos crecer por nuestros propios medios cada vez más. Sin embargo hay que reconocer que somos personas que, después de muchos años “en la calle”, en mi caso más de 20, todavía seguimos reestructurando nuestra vida. Es una realidad que necesitamos ayuda directa en el centro de psiquiatra, psicólogo, trabajador social, más medios... porque después del ensayo nos han derivado a los servicios normales de atención sanitaria (psiquiatras-psicólogos) y social (trabajador social). Si ya está crudo con la gente no adicta, pues hay que imaginar lo difícil que es recibir una atención correcta hacia nosotros que para muchos somos los apestados porque recibimos un tratamiento con DAM. Necesitamos profesionales de este tipo además de los que ya hay (Enfermería y Medicina), que comprenda nuestra situación especial y se adapte a nuestro perfil y no al revés. En el PSP-PEPSA hay gente muy competente y concienciada con el proyecto. Algunos pocos están allí simplemente porque en algo tienen que trabajar, hacen bien su trabajo pero no se siente que estén volcados con el proyecto. Supongo que esto es normal, como en cualquier otro trabajo, por eso puedo decir que en general estoy contento dejando a un lado algunas excepciones.

También opino que deberíamos tener un equipo de captación porque hay mucha gente ahí fuera que le vendría muy bien estar recibiendo este tratamiento. Pienso que debería haber más aperturismo para que entren más usuarios.

Respecto a mis ilusiones personales actuales y de futuro, tengo muchas pero la realidad es dura, podría hablar tanto al respecto... Pero sí, tengo muchas ilusiones y proyectos, lo que no sé es cómo voy a poder llevarlos a cabo.

4 - EJE TEMÁTICO: PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL. Historial sanitario, experiencia farmacológica, diagnósticos y tratamientos actuales.

Introducción:

La relación del mundo de las drogodependencias con el de la psiquiatría sigue siendo un tema controvertido en todas sus vertientes. Las soluciones aportadas por la psiquiatría para abordar la drogodependencia, los tratamientos para las patologías derivadas de la adicción o para aquellas otras que predisponen al consumo de sustancias, son los ejemplos más significativos de esta controversia.

Con respecto a las soluciones propuestas por la psiquiatría para “curar” las adicciones encontramos posiciones extremas. Por un lado existen amplios movimientos, que cuentan en sus filas con profesionales de la salud –incluidos psiquiatras- que niegan a la drogadicción el rango de

patología (19). Critican las estrategias emprendidas para la desintoxicación, ponen en entredicho la visión de “recuperación” de las terapias psiquiátricas, niegan que se pueda aplicar el concepto de enfermedad crónica a una adicción y consideran que los tratamientos farmacológicos utilizados son un fraude o una intervención poco ética en el cerebro de la persona adicta. Denuncian también intenciones lucrativas en los programas clásicos de reducción del daño (metadona, DAM o intercambio de jeringuillas) y los consideran una claudicación muy perniciosa destinada a cronificar a las personas adictas. Es llamativo observar como muchos de estos movimientos tienen su origen en grupos de dudosa cimentación científica (véase *Iglesia de la Ciencia*) pero lo es mucho más que estas ideas hayan calado en parte de la sociedad en general y en un sector sanitario en particular. Por otra parte, en el otro extremo, encontramos a aquellos profesionales que consideran que la drogadicción es una patología del cerebro fruto de un desequilibrio químico en el mismo y que por tanto las únicas soluciones válidas son aquellas iniciativas farmacológicas o quirúrgicas encaminadas a recuperar la “salud cerebral”. Parten de supuestos puramente fisio-patológicos y genéticos para abordar las adicciones sin tener en cuenta otro tipo de consideraciones.

Sin negar su parte de acierto a cada una de estas posturas, a nuestro entender ambas posiciones son extremas y puristas, rígidas y poco comprensivas con la complejidad de situaciones y mentalidades que orbitan en torno al mundo de la drogadicción. Además coinciden en algo fundamental a pesar de estar en polos opuestos: sus soluciones son consideradas por sus partidarios como las únicas válidas, universales para todo tipo de persona adicta en cualquier momento de su vida adictiva y para cualquier tipo de sustancia adictiva.

El marco ideológico que sirve como sustrato a programas como el PSP-PEPSA es mucho más flexible y amplio (3). Se parte del hecho de que cada persona tiene experiencias vitales diferentes, con respuestas diversas ante el consumo de una misma sustancia, con motivaciones distintas para realizar estos consumos. Por lo tanto no existe una terapia universal para todo el mundo y en consecuencia, tampoco se considera que prescribir heroína sea la única y verdadera solución para atajar el abuso del consumo. La prescripción de heroína puede ser una solución para un perfil determinado de personas adictas, en una situación precaria, sin otras opciones, para buscar una mejora de éstas en combinación con otras iniciativas: educación para la salud, tratamientos de enfermedades infecciosas, atención psicológica, atención a patologías psiquiátricas derivadas o subyacentes a la adicción, etc. Es este camino de colaboración con otros profesionales, combinando estrategias, sin descartar ninguna opción que pueda ayudar a mejorar a estas personas, el que persigue programas como el PSP-PEPSA. Al mismo tiempo es un tratamiento que integra otras opciones en el futuro del adicto, incluso aquellas –si ese es el deseo libre del usuario- más ortodoxas o extremas como algunas de las descritas más arriba. La derivación a otros servicios (dispensación de metadona, desintoxicación, etc.) no es una práctica extraña en este programa. Basta que el usuario exprese su propósito de intentar otra terapia para que esta derivación se haga de forma inmediata. Eso sí, se promueve siempre una reflexión realista que lleve a una decisión fundamentada y libre de presiones.

El tratamiento farmacológico psiquiátrico también se utiliza en consumidores de drogas para atender las consecuencias del abuso de drogas o para tratar patologías que han provocado dicho abuso de forma indirecta (20). Un ejemplo de esto último sería la automedicación para mitigar los síntomas de un trastorno psiquiátrico, por no hablar de las relaciones ambiguas que siempre ha habido entre terapia psiquiátrica y prescripción de estupefacientes. Este tipo de tratamientos son también objeto de polémica por los efectos secundarios de la medicación, la supuesta afectación en la voluntad de las personas que lo toman o por no verse acompañados de otro tipo de estrategias como técnicas psicoterapéuticas, grupos de apoyo, abordaje familiar, etc.

A continuación los usuarios nos testimonian sus experiencias con la psiquiatría tanto en el pasado como en la actualidad. Se podrá ver que ellos mismos han vivido muy de cerca las controversias citadas anteriormente.

Testimonio de ACO:

Mis experiencias con el mundo de la psiquiatría están muy relacionadas con mis intentos de desintoxicación. El primer sitio de desenganche que conocí era una psiquiatra privado -recuerdo el nombre pero prefiero omitirlo- pues todavía no existían servicios públicos que atendieran expresamente las toxicomanías. Anteriormente había intentado hacerlo por mi cuenta pero sin ningún éxito. Nunca tuve claro qué tipo de intervención quiso hacer este psiquiatra conmigo. Recuerdo que iba a unas sesiones en las que no hablábamos mucho de mí, no veía que aquello nos llevara hacia ningún sitio claro respecto a mi recuperación. A veces también acudía mi padre y lo mismo. No tengo muy buen recuerdo de él. Yo no tenía intención real de desengancharme, lo hacía un poco de cara a los demás. El psiquiatra lo sabía y aun así siguió con aquellas sesiones. No lo vi muy honesto por su parte, quizás no fue él consciente pero yo siempre he sentido que seguía, a pesar de mi nula disposición, para sacar dinero a mi padre. Yo he acudido a otros profesionales que llegada la ocasión han sido honrados y me han dicho que no podían hacer más conmigo, que no íbamos a avanzar más. Esto es lo que yo pienso que debería haber hecho este psiquiatra. Por desgracia hay algunos profesionales (recuerdo al menos 3 de ellos) que se han lucrado con tratamientos totalmente inefectivos, sino que pregunten a la gente que queda viva de aquella época, muy poca por cierto, que todavía queda en los poblados¹⁰ metiéndose basura en las venas.

Después de la experiencia con este psiquiatra estuve en un sanatorio psiquiátrico de Madrid (omito el nombre). Al principio estaba mezclado con enfermos psiquiátricos comunes, más tarde reservaron un área dedicada exclusivamente a las desintoxicaciones. Esto fue en torno a 1986. Pasé 6 veces por allí, me dio tiempo a ver cómo evolucionaba el centro. Entraba allí para desintoxicarme, estaba ingresado 10 días y luego me hacían un seguimiento con psicólogas y psiquiatras de allí. La primera vez recuerdo que me hicieron una especie de cura de sueño con fármacos que me sedaban. Yo sería de los primeros

¹⁰ Zonas marginales de Madrid donde históricamente han ido los toxicómanos de esa ciudad a buscar e inyectarse la heroína.

pacientes que entraron allí para desintoxicarse y tengo la impresión de que todo era muy experimental. Había un solo médico que te trataba una vez al día y el resto del tiempo quedabas encerrado en tu habitación mientras te daban medicación. Así durante 5 días, como si estuvieses en una cárcel. Luego te sacaban a pasear y te bajaban la dosis de medicación. Ahora me consta que ha cambiado bastante, hay un equipo de profesionales especializados en esta área.

También me vio un psiquiatra, famoso en los circuitos de toxicómanos en Madrid en aquella época, que hacía una fórmula que contiene morfina y otros fármacos que se utilizan para “desenganchar”. Acudí a la clínica de este médico un par de veces, sin ningún éxito.

Durante el ensayo sólo tuve contacto con el psiquiatra dos o tres veces, no hizo falta más. Tengo buen recuerdo de él. No es fácil cambiar la mentalidad de abuso por otra de consumo controlado y seguro, pasas por altibajos donde la ayuda de estos profesionales es muy importante.

Respecto a la medicación psiquiátrica que se me ha prescrito, pienso que hay muchos casos en los que sí es necesario. Por ejemplo, en el caso de la cocaína muchas veces se te puede ir la cabeza, la percepción real de las cosas se modifica. Si consumes demasiado y además lo que estás consumiendo es algo que está alterado, que no es puro, eso con el tiempo el cerebro lo nota. No veo mal que un médico te prescriba algo para que vuelvas a tener los pies en el suelo, regreses a la realidad. Recuerdo que en uno de mis consumos de cocaína sentí que necesitaba ayuda. La tuve y con el tiempo noté que me había ayudado a pasar una mala etapa, fui mejorando. Sin la medicación, en esas circunstancias, puedes acabar bastante desorientado y cometiendo cualquier locura pues comienzas incluso a dudar de si lo que te está sucediendo es real o no lo es. Y más todavía cuando hay gente en tu entorno (vecinos, familia, algunos profesionales de la salud...) que aprovechan esta circunstancias para echarte más tierra encima y desorientarte más. En esas circunstancias sí que creo que es necesaria la medicación. Eso sí, la medicación sola, por sí misma, no es suficiente, creo que es necesario también sacar las cosas fuera, tus problemas internos, contárselos a un profesional puede ser muy positivo.

Testimonio de MML:

Mientras duró el ensayo PEPSA mi relación con el psiquiatra fue muy buena. Ahora al no tener psiquiatra en el centro, y tal cómo se organiza la asistencia psiquiátrica en Andalucía, pues resulta que, aunque tenga una vida normalizada, por el hecho de que todavía soy adicto a una sustancia, a pesar de ser controlada y pautada por médicos, pues no tengo derecho a asistencia psiquiátrica. En el momento que se detecta que eres toxicómano se te deriva al CPD donde hay psicólogos pero no psiquiatras. Y claro, si estás deprimido y quieres recibir tratamiento psiquiátrico –y no psicológico- pues te toca mentir y no decir que eres adicto sino que te estás desintoxicando o algo así. Yo estoy recibiendo tratamiento psiquiátrico porque me lo he buscado por mis medios. Me puse muy mal, muy deprimido, y después de negarme el tratamiento me busqué la vida con un psiquiatra más informado y

comprendido con el tratamiento con DAM. Algunos pensarán que me deprimí por consumir heroína, no era así. Lo que ocurre es que cuando tu cabeza ya no tiene un pensamiento único (conseguir dinero para quitarse el mono) y tienes que buscar nuevos objetivos e ilusiones pues al principio cuesta. No es fácil llenar el vacío que antes sólo llenaba la obsesión de inyectarte en la calle. Además comienzas a tomar conciencia del pasado, del tiempo perdido, de tu situación precaria. Y por eso la depresión. Si no hubiera recibido la DAM quizás no hubiera tenido depresión pero casi seguro que estaría muerto o con problemas psiquiátricos mucho peores.

5 - EJE TEMÁTICO: PERCEPCIÓN DEL CONSUMO DE LA HEROÍNA EN EL PASADO Y EN LA ACTUALIDAD. Descripción, similitudes y diferencias.

Introducción:

Los discursos sociales que han ido emergiendo en torno al consumo de las drogas son diversos tanto en cantidad como en puntos de vista. Dentro de estos discursos se van incardinando los ejes que articulan el fenómeno del consumo: sujeto, sustancia y contexto (21). El consumidor no vive aislado de estos discursos y sus conceptos. En su interior conviven yuxtapuestos muchos de estos discursos, algunas veces de forma contradictoria, que van emergiendo según evoluciona la organización de sus constructos mentales en torno al consumo, según surjan las distintas situaciones derivadas de este consumo a las que deban hacer frente, y según -como hacemos todos- de los intereses personales cotidianos. En la siguiente exposición se comprobará de nuevo que los consumidores no pueden sustraerse a la impregnación de los discursos sociales dominantes, que su discurso, pleno de signos y significados sociales, descubre cómo se ha construido su realidad. De esta manera se podrá comprobar cómo ha afectado su paso por el PSP-PEPSA en la reelaboración ideológica de conceptos en torno al consumo, cómo se ha reubicado su experiencia en torno a los efectos de la DAM, cómo perciben, sienten y experimentan ahora esta sustancia y cómo se traduce en una nueva forma de pensar, de relacionarse y de constituir una identidad particular distinta a la que tenían cuando consumían en la calle.

Testimonio de ACO:

La mentalidad y los comportamientos que tienes cuando abusas de una sustancia como la heroína hace que te acostumbres a conseguir la satisfacción inmediata, a obtener un premio de forma rápida y fácil. El momento intenso de placer que obtienes tras pincharte se traduce en que al final siempre esperas conseguir lo que quieres de forma inmediata. Si eso lo traduces a la vida más allá del consumo, cuando esperas a que las cosas vayan así de rápidas y fáciles, terminas frustrándote porque ves que todo tiene su tiempo. Al final debes aprender, aunque consumas DAM, que cada cosa la obtienes en su momento y en su justa medida. Desde un consumo abusivo y descontrolado es imposible cambiar esta

mentalidad. Incluso con el tratamiento con DAM esto no es fácil, lo vas aprendiendo poco a poco.

Siempre había pensado que si había una oportunidad para una persona como yo era pasando por un sitio como éste. Nunca me he sentido diferente en cuanto al acto en sí de la administración de heroína, tanto cuando lo hacía en la calle como en el PSP-PEPSA. Lo que se consigue consumiendo la heroína de forma controlada y supervisada es que, primero, el consumo se hace de forma regulable, que es muy importante, y luego que se normaliza este consumo. Es decir, que ya no sientes que estés haciendo algo terrible y prohibido. Al ver la DAM como un medicamento tu vida se normaliza en muchos otros aspectos. Si tú has percibido una sustancia dentro de un entorno oscuro, marginal, y luego pasas a consumirla de forma “normal”, esta percepción del consumo cambia. Empiezas a pensar en otras cosas, tu mente ya no está ocupada en conseguir la sustancia, en buscar el dinero para ella. Entonces, cuando te suministran la heroína, ves que esa parcela está cubierta y tu cabeza se empieza a ocupar de otras cosas, vas poniéndote nuevos objetivos. En mi caso he ido pasando por distintas fases, con retrocesos y batacazos como todo el mundo, y voy avanzando. En este momento quiero abandonar el uso, algo que antes no podía pensar y decir convencido: quiero dejar de consumir heroína. Antes yo decía: hasta que me muera voy a estar consumiendo, aunque no sea de manera continuada pero sé que voy a estar consumiendo. Y ahora ya no estoy convencido de eso, en esto he cambiado.

Testimonio de MML:

Mi percepción del consumo de la heroína ha cambiado mucho. Antes, cuando me inyectaba en la calle, sentía que hacía algo sucio y malo. Me escondía o me iba a lugares apartados (descampados y sitios así) con escasísimas condiciones higiénicas. A esto hay que añadir que siempre he pensado que, además de hacerme daño a mi mismo – infecciones, robos, etc.-estaba contribuyendo, con el dinero que pagaba por la droga, a mantener todas las mafias que hay en torno a esto. Eso hacía que mi autopercepción también fuera mucho peor. Ahora siento y pienso que estoy recibiendo un tratamiento médico que necesito, en unas condiciones dignas e higiénicas, de forma controlada, dentro del ámbito sanitario público.

Cuando ahora veo a una persona pinchándose en la calle no me siento identificada con ella, me dan ganas de hablar con ella –de hecho lo he hecho más de una vez- para explicarle que tiene otra opción y que ésta no es incompatible con quitarse del todo.

En la actualidad pienso muchas veces en desintoxicarme y deshabituarme. Como dice la canción, siempre “me estoy quitando”. El hecho de tener que inyectarme todos los días y tener que ir al centro sanitario lo vivo muchas veces como una esclavitud. Lo que ocurre es que como tantas veces me lo he planteado, tantas veces lo he intentado, incluso he llegado a estar 18 meses sin meterme nada, y siempre he recaído al final pues me lo pienso mucho. Como decía antes, esta sustancia –la heroína- tiene una fuerza muy poderosa en

mí y todavía no he encontrado el momento para limpiarme del todo. Mientras tanto sigo mi vida normal aunque tenga que ir al PSP-PEPSA dos veces al día, infinitamente mejor eso que morirme como un perro en la calle.

6 - EJE TEMÁTICO: ESTIGMATIZACIÓN Y ESTEREOTIPOS. Percepción de los usuarios del trato recibido por parte de la sociedad y los profesionales de la salud por ser adictos a la heroína.

Introducción:

Entendemos como estigmatización a aquel proceso en el que se atribuye una serie de atributos a una persona que la vuelve diferente a otra, siendo menospreciada por esa condición y quedando desacreditada por ello (22). En el caso de los consumidores de drogas esta estigmatización suelen responder a los estereotipos que existen en torno a las sustancias ilegales. Podemos clasificar los principales estereotipos de la drogodependencia en 3 tipos (23):

- 1) Las sustancias legales (alcohol, tabaco, psicofármacos, etc.) no producen desviación (física-psíquica-social) si su consumo es adecuado frente a las ilegales que siempre la producen aunque su consumo sea controlado. Estas sustancias ilegales (heroína, cocaína, cannabis, etc.) sufren el peso de ser consideradas las responsables principales de un importante daño social. Ninguno de estos hechos se encuentra fundamentado científicamente.
- 2) Las drogas ilegales tienen atribuido unas propiedades “demoníacas”, surgiendo en torno a su consumo el llamado “fetichismo de la sustancia”. La droga ilegal se considera un ente externo a la sociedad “sana” que es infectada por su uso.
- 3) El uso de las drogas ilegales es un modo de expresarse en contra de la sociedad y su objetivo es afirmar una cultura al margen de las normas sociales. Se otorga por tanto a la mayoría de los consumidores la imagen de “desviados” y marginados voluntarios de las responsabilidades sociales. Este hecho, siendo cierto en algunos pocos casos, en su mayor parte no responde a una realidad estadística.

La estigmatización surgida en el seno de estos estereotipos alcanza no sólo al entorno social del consumidor, por desgracia los profesionales sanitarios también nos vemos contaminados con estas distorsiones, magnificaciones y participamos en la invisibilización de todo este proceso (24). Los discursos estigmatizaciones predominantes en el mundo sanitario son los siguientes:

- Relación directa drogas y VIH-SIDA: en este discurso se establece de forma inconsciente que es la propia sustancia la que tiene la propiedad de infectar ésta y otras infecciones (25).
- Relación drogadicción y enfermedades mentales: en este discurso se hace responsable a la sustancia de producir alteraciones cerebrales. Esto puede ser cierto para algunas sustancias –legales e ilegales- pero no lo es tanto para otras, más bien suele ocurrir al

contrario: muchos trastornos mentales propician el consumo de determinadas sustancias (26).

- Relación drogadicción y pobreza-delinuencia: la legislación prohibicionista es la principal responsable de esta relación pues al limitar el acceso a la sustancia se obliga a los consumidores a entrar en los circuitos delincuenciales y marginales del mercado negro (27).

Los usuarios del PSP-PEPSA nos relatan a continuación su vivencia de la estigmatización como consumidores de heroína.

Testimonio de ACO:

Aunque conozco a una poca gente que no le importa tener una amistad conmigo, no se avergüenza de que consuma DAM, sin embargo sí creo que hay muchos prejuicios sobre este tema. Por ejemplo, estás en un bar y escuchas expresiones del tipo “pues si yo tuviera un hijo así lo mataba o lo tiraba a la calle”. Relacionado con eso, muchas veces nosotros mismos nos cortamos y adoptamos actitudes como esconder las marcas de las inyecciones. Al final me gustaría que esto quedara para mí y para la gente que ha tratado conmigo o para quien yo considere que debe saberlo. Pero claro, cuando llevas mucho tiempo, siempre queda algún rastro físico, estético, y entonces piensas que todo el mundo te está mirando las marcas aunque en realidad no sea así. Asocias cualquier mirada a que se está dando cuenta. También está fatal tener que mentir cuando vas a buscar trabajo, a mí no me gusta, quizás es que todavía soy muy ingenuo. Pero muchas veces no queda otra opción pues no te ven como una persona normal con una dependencia en tratamiento con DAM. Las familias a veces no lo aceptan o si lo hacen digamos que “toleran” esta situación como un mal menor.

En la sociedad se considera automáticamente que eres mala gente. Creen que eres malo por consumir la sustancia cuando no es así, si alguna vez no has sido de fiar es porque no tenías facilidad para llegar a esta sustancia. Con el tratamiento con DAM ya no tienes ese problema, no hace falta robar ni mentir pues ya tienes lo necesario para dejar de sufrir. Existe un tipo de pensamiento reaccionario muy fuerte a este respecto.

Testimonio de MML:

Sí, hay muchos estigmas en torno a los que consumimos heroína. Yo no imaginaba que mi madre, por ejemplo, pudiera aceptar que yo me administro esta sustancia todos los días. Ahora lo ve como algo normal, es decir ha cambiado de opinión con 75 años porque ha visto como estoy ahora. Tengo conocidos que tienen 40 años que no lo entienden y me recriminan que sigo enganchado. Yo les contesto que sí pero que vean lo bien que estoy ahora y que ya no perjudico a nadie, que mi vida es en todo lo demás normal, no doy mi dinero a mafias, me lo gasto en comida, en ayudar en casa. Me considero en todo caso un enfermo que necesita de la DAM para seguir su vida normal pero no hago daño a nadie.

Pero esto hay quien lo entiende y quien no. En mi familia, menos mal, lo entienden todos y me apoyan.

Fuera del PSP-PEPSA hay muchos profesionales del mundo de las drogadicciones que no entiende que este tratamiento sea bueno. No están abiertos al cambio, prefieren seguir dando metadona a personas que saben que no funcionan con esta sustancia -conozco muchos casos de primera mano- antes que reconocer que esta terapia puede ser una opción válida –además de la suya de dar metadona, que también es muy buena- para otro tipo de gente. Esta cerrazón conduce a lo que yo he vivido: peleas, trapicheos con la metadona, para conseguir dinero para meterme lo que en realidad buscas, la heroína. Hay gente que sí que normaliza su vida con la metadona y eso está muy bien. Pero otros muchos no salen del agujero y de la vida marginal a pesar de recibir la metadona.

Referente a los sanitarios que no trabajan directamente con drogodependientes pero que sí tienen algún contacto, diré que tampoco lo entienden en su mayor parte. Por ejemplo, en el servicio de enfermedades infecciosas no valoran que una persona diagnosticada de una grave patología infecciosa y que antes –durante 13 años- no iba nunca a recibir tratamiento, ahora no falle ni a una sola cita desde hace 4 años, desde que recibe la DAM. Deberían pensar “vaya, a este chico esto le viene perfectamente, antes estaba fatal, en la calle, con una carga viral altísima y mira ahora qué bien”. Pues no, todavía encuentras a mucha gente que rechaza este tratamiento, te siguen viendo como a un yonqui arrastrado, aunque vistas bien y tengas un aspecto normal.

Para la gente que piensa que lo que se hace en el PSP-PEPSA es dar droga a la gente para quitársela de en medio, para adormilarla y anularla para que no den problemas, les diría que se informen mejor. Que vengan aquí y nos vean. Y vean como estábamos hace unos años. Que miren si yo estoy dormido o no. Que no respondan con tópicos falsos, estereotipos del pasado sin fundamento. Yo me estoy expresando con total claridad y con argumentos, hago mis razonamientos de cómo y por qué estoy aquí –en el PSP-PEPSA-, de mi evolución y la del resto. ¿Es esto estar dormido o anulado? Reconozco que es un cambio de mentalidad fuerte y que esto cuesta mucho. Yo mismo desconfiaba bastante de que pudiera mejorar realmente, me conformaba con quitarme el mono pero ya he visto que esto va mucho más allá.

Por eso no entiendo como esto no está abierto para más gente, aquí en Andalucía y fuera, como un programa más, una alternativa para los que no funcionan con metadona o no pueden todavía desengancharse. Por culpa de los prejuicios de muchos responsables con poca información o deformada, hay mucha gente que todavía sufre o muere en las calles.

CONCLUSIONES

La naturaleza de la siguiente comunicación nos permite extraer una serie de **conclusiones obvias** de los testimonios de los usuarios. No es nuestra intención darles una significación

estadística a estos datos. Para ello ya se utilizan en el programa PSP-PEPSA **instrumentos de medición cuantitativa válidos y fiables** que se aplican con regularidad a todos los usuarios. Sirvan como ejemplos de esto último el ASI y el OTI¹¹ (subescalas de ajuste social, consumos, estado psicopatológico, etc.), cuestionarios de salud general (SF-12) y de calidad de vida (WONCA) relacionado con la salud, entre otros muchos –más de 20 instrumentos- que persiguen describir la mejora objetiva en todos los aspectos de los usuarios del programa.

Recordemos que el presente trabajo tiene un **perfil cualitativo** y que por consiguiente persigue otros fines a los estadísticos y que sus conclusiones se circunscriben más a este ámbito: el foco de la investigación se centra en la búsqueda de explicaciones subyacentes, percepciones, sentimientos y opiniones de los sujetos del estudio.

Es por ello que se pueden extraer **otras conclusiones**, a parte de las obvias, **según la hermenéutica** que cada lector/a quiera aplicar a los testimonios y según el método de análisis que decida utilizar. Este es también uno de los objetivos del presente trabajo.

1.- Conclusiones extraídas directamente de los testimonios.

- Los dos usuarios consideran que en general su participación en el PSP-PEPSA les ha traído consecuencias positivas (mejora de salud física, estabilización mental e inserción socio-familiar) y que su calidad de vida ha mejorado mucho desde que reciben tratamiento con DAM.
- Los dos usuarios no descartan la opción de desintoxicarse/deshabituarse en el futuro si encuentran las condiciones adecuadas.
- Los dos usuarios confirman que son personas poco receptivas a la metadona, sustancia que han probado en el pasado y que no logró grandes avances en su mejora. Aunque también coinciden en que hay otras personas que sí pueden mejorar con este tratamiento.
- Cada uno de los usuarios ha tenido distintas experiencias con el mundo de la psiquiatría. En el caso de A.C.O. estas experiencias han estado más relacionadas con las terapias de desintoxicación y en el caso de M.M.L. su relación se ha establecido en torno a los tratamientos secundarios a la adicción. En ambos casos se coincide en que la psiquiatría les ha podido ayudar pero como un complemento necesario, sobre todo en momentos de crisis, no como eje principal de su recuperación.
- Los dos usuarios consideran que iniciativas como el PSP-PEPSA podría ayudar a mucha más gente que en estos momentos no son capaces de abandonar el consumo de heroína.
- En ambos casos se ha producido un cambio en la percepción de los efectos de la heroína, de sus hábitos de consumo y del ritual que acompaña a este consumo desde que están en el PSP-PEPSA.
- Los dos usuarios coinciden en que siguen sufriendo los prejuicios, estereotipos y estigmas por parte de la sociedad en cuanto se conoce su condición de adictos a la

¹¹ ASI: Adiction Severity Index. OTI: Opiate Treatment Index.

heroína. M.M.L. remarca también que ocurre lo mismo con los profesionales de la salud y el propio sistema sanitario.

2.- Conclusiones extraídas de la observación del trabajo de los usuarios en la elaboración de la presente comunicación.

- La participación de los dos usuarios ha sido activa a lo largo de todo el proceso: iniciativa e interés en el desarrollo del trabajo, colaboración total en la recogida de testimonios, intervención continua en el análisis y propuesta de modificaciones del documento y asunción de su papel protagonista en esta tarea.
- Ambos usuarios están dispuestos a seguir defendiendo las ideas y reflexiones mostradas en este documento a través del foro dispuesto para el presente congreso virtual.
- Los usuarios quieren repetir este tipo de experiencia pues les parece muy útil tanto para su propia recuperación personal como para divulgar una información que no encuentra cabida en las publicaciones profesionales.

3.- Conclusiones elaboradas a partir del cuestionario de satisfacción completado por los usuarios con respecto al trabajo realizado.

- Con respecto a la cuestión “¿Consideras que se ha respetado su intimidad en todo el proceso de recogida del testimonio?”: Un usuario ha respondido que bastante, otro ha respondido completamente.
- Con respecto a la cuestión “¿Crees que se ha respetado su testimonio -escrito o grabado- y que no se ha intentado manipular para exponer hechos u opiniones que no son las suyas?": Ambos usuarios han respondido que completamente.
- Con respecto a la cuestión “¿Está de acuerdo con las introducciones y aportaciones realizadas por los profesionales que contiene la comunicación final?": Ambos usuarios han respondido que bastante.
- Con respecto a la cuestión “¿Está usted satisfecho con el resultado final alcanzado por la comunicación?": Ambos usuarios han respondido que bastante.
- Con respecto a la cuestión “¿Cree que este tipo de iniciativas son válidas para implicar más a los usuarios en su proceso de recuperación en el proyecto PSP-PEPSA?": Ambos usuarios han respondido que completamente.

REFERENCIAS

1. Salamanca Castro AB. La Investigación Cualitativa en las Ciencias de la Salud. Nure Investigación [revista electrónica] 2006 Sep-Oct; (24): [4 páginas]. Disponible en: URL: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetod_24.pdf

2. Meneses Jiménez MT, Cano Arana A. Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La historia de vida (I). Nure Investigación [revista electrónica] 2007 Nov-Dic; (37): [6 páginas]. Disponible en: URL: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/formet_37.pdf
3. Martínez Casares JA, Caracuel González FJ, Plaza Andrés A. Prescribir heroína, educar para la salud y recuperar la ciudadanía. Procede de II Congreso Virtual CLAT 1 de Octubre – 30 de Noviembre 2008 [1 Octubre 2008]; Comunicación en Mesa 5: [16 páginas]. Disponible en: <http://www.clat-virtual.com/downloads/M5-C16.pdf>
4. Caracuel González, FJ. El programa de Heroína de Andalucía. Reducción de daños sin más [editorial]. Revista Española de Drogodependencias 2008; 31 (1): 4-7
5. Caracuel FJ. El programa de heroína de Andalucía: problemas sanitarios tras la dispensación de heroína. IHRA's 19th International Conference; 2008 May 11-15; Comunicación 956. Barcelona: IHRA: 1985.
6. March JC, Oviedo-Joekes E, Perea-Milla E, Carrasco F, PEPSA Team. Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction. Journal of Substance Abuse Treatment 2006; (31): 203-211.
7. Uchtenhagen A, Dobler-Mikola A, Steffen T, Gutzwiller F, Bläter R, Pfeifer S. Prescription of narcotics for heroin addicts: Main results of the Swiss National Cohort Study. New York: Karger; 1999.
8. Villegas i Besora M. Textual analysis of Therapeutic Discourse. En Neimeyer R, Neimeyer GJ, editores. Advances in Personal Construct Psychology. New Directions and Perspectives. Westport: Praeger Publishers; 2002. p. 113-160.
9. Villegas i Besora M. Análisis del discurso y negociación del significado en psicoterapia. Psiquiatría.com [portal especializado en psiquiatría] 2005 Feb [citado el 21 Feb 2005]; 1 (1): [2 pantallas]. Disponible en: URL: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicologia/20681/>
10. Cano Arana A, Meneses Jiménez MT. Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La historia de vida (II). Nure Investigación [revista electrónica] 2008 Ene-Feb; (38): [6 páginas]. Disponible en: URL: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/hisvid2_formet_38.pdf
11. Meneses Falcón C. Mujeres y consumos de opiáceos: una realidad específica. Trastornos adictivos 2006; 8(4): 261-275.
12. Comas Arnáu D. Explorando el papel sociocultural de las drogas en los años 90: conclusiones de una investigación. Cuadernos de Trabajo Social 1995; 8 (1): 169-180.

13. Barrio G, de la Fuente L, Camí J. El consumo de drogas en España y su posición en el contexto europeo. *Med Clin (Barc)* 1993; 101: 344-355.
14. García Martínez A, Sánchez Lázaro AM. La intervención socioeducativa en drogodependencias: del modelo jurídico represivo al modelo promocional de la salud. *Educatio* 2003; (20): 143-158.
15. González C, Funes J, González S, Mayol I, Romaní O. Repensar las drogas. Hipótesis de la influencia de una política liberalizadora respecto a las drogas. 1ª ed. Barcelona: Grup Igia; 1989.
16. Strang J, Farrell M. Harm minimisation for drug misusers. *BMJ*. 1992 May 2; 304(6835): 1127–1128.
17. Romaní O. Globalización, anti-globalización y políticas de reducción daños y riesgos. En: Eguzkilore: Cuaderno 19 del Instituto Vasco de Criminología. San Sebastián: Instituto Vasco de Criminología Ediciones; 2002. p. 13-91.
18. Amato L, Davoli M, Perucci C, Ferri M, Faggiano F, Mattick R. An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *JSubstAbuseTreat* 2005; 28(4):321-329.
19. Comisión de Ciudadanos por los Derechos Humanos Internacional. Fraudes de Rehabilitación. Estafa de Drogas de la Psiquiatría. Los Angeles: CCHR; 2004.
20. Minkoff K. An Integrated Model for the Management of Co-Occurring Psychiatric and Substance Disorders in Managed-Care Systems. *Disease Management & Health Outcomes* 2000 Nov;8(5):251-257.
21. Albertín Carbó P. Consumir heroína: relaciones, significados y vida cotidiana. 1ª ed. Girona: Universitat de Girona; 1999.
22. Goffman E. Estigma e identidad social. En: Goffman E. Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu; 1995. p. 11-55.
23. González Zorrilla C. Políticas Criminales en materia de drogas. En: González Zorrilla C. Política Criminal. Madrid: Consejo General del Poder Judicial; 1999. p. 233-95.
24. Vázquez A. Estigmatización y su relación con la accesibilidad de drogodependientes a servicios de salud. Procede de II Congreso Virtual CLAT 1 de Octubre – 30 de Noviembre 2008 [1 Octubre 2008]; Comunicación en Mesa 1: [14 páginas]. Disponible en: http://www.clat-virtual.com/viewpage.php?page_id=31
25. Sontag S. El SIDA y sus metáforas. Buenos Aires: Taurus; 1996.

26. Mackinson G. La promesa de la sociología: mitos y realidades de la drogadicción. Cuadernos de bioética [revista electrónica] 2002. Disponible en: www.cuadernos.bioetica.org
27. Romaní O. La construcción social del “problema de la droga”. El caso de España. En: Romaní O. Las drogas. Sueños y Razones. Barcelona: Ariel; 1999. p. 85-116.