

# Los programas de disminución de riesgos y baja exigencia

Por Miguel del Río Meyer

*Psiquiatra. Jefe Clínico de la División de Toxicodependencias del Instituto Universitario de Psiquiatría de Ginebra.*

## I. APARICION DEL CONCEPTO DE REDUCCION DE RIESGOS (R.R.)

Podemos definir globalmente las estrategias de R.R. como «aquellas acciones individuales y colectivas, tanto médicas como sociales, orientadas a minimizar los efectos negativos del consumo de drogas». De esta definición podría inferirse una especie de catálogo de acciones que vendrían a completar las estrategias «clásicas» orientadas hacia la abstinencia. Estas últimas se han basado en la ecuación:

**CONSUMO= DAÑOS**

con frecuencia impregnada de una visión moralista: consumir drogas es «malo». Hace más de un siglo que las instancias médicas, sociales, jurídicas y políticas se debaten en el dilema de castigar al responsable de un consumo reprochable y definido como nocivo o ayudar a la víctima de una dependencia a interrumpir su consumo. Las dos tendencias han cohabitado durante este siglo, quedando poco espacio para otras alternativas.

Bien es verdad que diversas clínicas norteamericanas propusieron mantenimientos con morfina entre 1914 y 1923, y que en Gran Bretaña el «Rolleston Comitee» oficializó en 1926 la libertad de los médicos de prescribir todo tipo de droga para tratar a los toxicómanos. Sin embargo, dominaba el modelo médico de enfermedad y se concebía la sustitución más como un tratamiento farmacológico que como una estrategia de R.R. tal como la entendemos. Por lo tanto, podemos decir que las estrategias clásicas se han basado en «tratar» el consumo facilitando el cese del mismo y tratando, por otra parte, los daños que dicho consumo producía en caso de persistir.

Quizás el embrión del concepto actual de R.R. se sitúe en **Amsterdam** a principios de los 70, época en que esta ciudad se constituyó en uno de los puntos neurálgicos del movimiento «Hippie». Ello se acompañó de un gran incremento del consumo de drogas y de una saturación de los servicios de atención al toxicómano. En este contexto aparecieron numerosas estructuras alternativas cuyos profesionales se identificaban con la ideología de sus clientes propugnando el «modelo de aceptación» (**Mino, 1990**) del toxicómano. Argumentaban que los principales problemas provenían de la patologización y la

criminalización del consumo y que todo mejoraría si simplemente se aceptara el consumo como una realidad. La revisión de la Ley sobre Estupefacientes (1976) se hizo con un espíritu pragmático y realista, distinguiendo las drogas que comportan riesgos «aceptables» (los derivados del Cannabis) de las que los comportan «inaceptables».

Paralelamente a la evolución descrita para Amsterdam fue publicado el XX Report del Comité de Expertos de la **O.M.S. (W.H.O., 1974)**. En él se hacía hincapié en la necesidad de coordinar las estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria y se precisaba que:

«...el Comité opina que el principal objetivo en este campo debería ser prevenir o reducir la incidencia y severidad de los problemas asociados con el uso no médico de drogas. Este es un objetivo mucho más amplio que la prevención o reducción del uso de drogas per se».

Así vemos aparecer la noción de «reducción de problemas asociados al uso» que conceptualmente corresponde a la R.R. En oposición a ello, las estrategias represivas tienen como consecuencia un aumento de los problemas asociados al uso. Si éstas últimas parten de la base de que todo consumo es «**malo**», la R.R. presupone que todo consumo puede ser más o menos **arriesgado** y generar más o menos daños. En Holanda, la revisión de la Ley sobre Estupefacientes de 1976 constituye el fundamento de la política de reducción de riesgos de la década de los 80. Se da prioridad a la accesibilidad de los servicios, se desarrolla PMM de baja exigencia y se crea, en 1984, a petición de los propios consumidores y con una subvención municipal, un programa de intercambio de jeringas cuyo objetivo es la prevención de la hepatitis B.

En la segunda mitad de la década de los 80 la extensión de la epidemia del SIDA conduce a autoridades sanitarias y políticas de numerosos países a replantearse sus estrategias. **Gran Bretaña**, con su larga tradición de prescripción de opiáceos, será el país que reaccione con más rapidez. Se desarrolla la teoría de que la «carrera» del toxicómano es poco modificada por las intervenciones de la red asistencial y que la principal función de ésta es ayudarlo a atravesarla con el mínimo de daños posibles (**Best & Marks, 1986; Marks, 1988**). Aparecen las nociones de atraer y retener al toxicómano en contacto con la red sanitaria.

Los objetivos se focalizan en los problemas asociados al consumo y no en el consumo mismo. Se abandona definitivamente el modelo del enfermo irresponsable («suspension of rationality») en beneficio del «the health conscious drug user» (**Stinson & col, 1990**) con una máxima implicación de los interesados en el diseño de las estrategias. En su 2º Report sobre SIDA y abuso de drogas el **Advisory Council on the Abuse of Drugs** (1989) expresaba lo siguiente:

«Mientras nosotros, y otros grupos de así llamados expertos, podemos ofrecer una orientación basada en nuestras experiencias colectivas como médicos, también los servicios necesitan escuchar, implicar y cuando es necesario pedir orientación a sus clientes».

Los programas de intercambio de jeringas se multiplican: de 2 experimentales en 1987 se pasa en Inglaterra a 120 en 1989 (**Lart & col**, 1989). La heroína inyectable, prescrita hasta entonces con objetivos muy diversos, pasa a ser un elemento más de las estrategias de **R.R.** (**HartnoR**, 1991).

Por su parte y algo más tarde, Suiza se moviliza en el mismo sentido: creación de locales de inyección a partir de 1986, programas de intercambio de jeringas a partir de 1988, gran desarrollo de los PMM (el ratio actual se sitúa en aprox. una plaza/600 hab. para el país, 1/400 hab. para ciertas ciudades), creación de centros de asistencia sanitaria de gran accesibilidad, hasta los programas de mantenimiento con opiáceos inyectables desarrollados a partir de enero 1994.

En Génève, el «Conseil d'Etat» define claramente su política en septiembre 1991 estipulando lo siguiente:

- a) *El toxicómano dispuesto a aceptar una desintoxicación ha de encontrar las posibilidades y las instituciones que lo ayuden a liberarse de su dependencia.*
- b) *El toxicómano que no sea (o todavía no sea) capaz de aceptar una desintoxicación debe recibir la ayuda que le permita sobrevivir*

Para ello el «Conseil d'Etat» se propone el desarrollo de una red asistencial integrada adaptada a las diferentes categorías de toxicómanos y a las diferentes fases de su trayectoria, decidiendo a estos efectos:

- a) mantener y si es necesario reforzar los programas llamados de «alto umbral» basados en la exigencia de la abstinencia ( ... );
- b) completar y diversificar los programas llamados de «umbral medio» basados en un seguimiento médico-psicosocial estructurado, con objetivos terapéuticos precisos, aceptando la dependencia de un producto proporcionado bajo prescripción médica ( ... );
- c) reforzar y diversificar los programas llamados de «bajo umbral» y que ofrecen una ayuda médica y social de base (enfermería, asistencia médica, alojamiento, higiene, alimentación, etc.) ( ... ).

Este texto oficial ilustra la política de integración de las prevenciones secundaria y terciaria que caracteriza el final de la década de los 80 y principio de los 90.

## **II. REDUCCION DE RIESGOS: ¿UNA SIMPLE ESTRATEGIA DE SALUD PUBLICA?**

En el capítulo anterior hemos visto aparecer la R.R. en un contexto en que prevalecían

las estrategias orientadas hacia la abstinencia. Varias constataciones favorecieron su aparición:

- a) **Los tratamientos orientados hacia la abstinencia no convienen -siendo optimistas- más que a un 10% de la población toxicó a.** Del 90% restante se decía que «no estaban motivados» y se esperaba que los «problemas asociados» al consumo los conducirían tarde o temprano a solicitar tratamiento y adaptarse a las «exigencias» de la red asistencial.
- b) **La penalización no se ha mostrado como una medida eficaz de disuasión del inicio del consumo.**
- c) **La penalización, con el incremento de los «problemas asociados» al consumo que conlleva, no se ha mostrado como una medida eficaz para incitar al toxicómano a abandonar definitivamente su consumo.**
- d) **La penalización ha demostrado ser un sistema eficaz para aumentar los riesgos asociados al consumo:** poca fiabilidad del producto (pureza variable, presencia de gérmenes y de sustancias tóxicas), inaccesibilidad del material de inyección favoreciendo prácticas de alto riesgo, encarecimiento del producto con las actividades marginales (prostitución, tráfico y delincuencia) que ello provoca.
- e) **Cuanto más marginalizado está un toxicómano, menores son sus capacidades y habilidades para acceder a la red asistencial y someterse a sus exigencias.**

En definitiva, a pesar de que un cierto número de toxicómanos se beneficiara de los programas llamados «libres de drogas», se llegó a la dramática conclusión de que la red asistencial no respondía de manera satisfactoria a las necesidades de los restantes. Los profesionales empezaron a fijarse un nuevo tipo de objetivos:

- 1.-Modificar la oferta asistencial incluyendo también prestaciones que respondan a las necesidades de aquellos consumidores que se muestran incapaces de beneficiarse de un programa «libre de drogas».
- 2.-Aceptando la realidad del consumo, desarrollar estrategias que «prevengan y reduzcan la incidencia y la severidad de los problemas asociados con el consumo».

Por su parte, la epidemia del SIDA ha tenido un efecto doble:

- 1.-Efecto de catalización, favoreciendo la integración por parte de los profesionales de nuevas estrategias que siendo complementarias pueden parecer contradictorias con las «clásicas».
- 2.-Efecto de confusión. La vocación del profesional es prestar una asistencia al

toxicómano, y no sólo a aquél que se someta a sus «exigencias». Las estrategias de R.R. vienen a completar la oferta asistencial respondiendo a las necesidades de un amplio grupo de toxicómanos. Ciertos profesionales han integrado estas estrategias en nombre de la salud pública olvidando que en primer lugar y ante todo son las que le permiten entrar en contacto con una parte poco accesible de la población toxicómana y prestarle así una asistencia de la que probablemente sean los más necesitados.

Toda prestación asistencial que mejore un problema de salud a nivel colectivo adquiere un interés en términos de salud pública. Este es el caso de las estrategias de R.R., pero ello no debe eclipsar su legitimidad como oferta asistencial al toxicómano. En conclusión, sería tan inadecuado reducir el concepto de R.R. a un simple paquete de medidas (PMM, distribución de jeringas) como a una estrategia de salud pública inventada por las autoridades sanitarias. El concepto de R.R. ha aparecido con la lección de humildad que los profesionales hemos recibido de la Historia, con el abandono progresivo de la posición moralista y con el interés legítimo que han despertado en nosotros los más desvalidos. No se limita a la aplicación de una serie de medidas sino que supone un cambio fundamental en la actitud de los profesionales.

### **III. CARACTERISTICAS DEL PROFESIONAL CON UN ENFOQUE DE ZR. (PRR)**

Es realista y pragmático, en absoluto moralista. Su objetivo prioritario no es la interrupción definitiva del consumo sino el bienestar físico, psíquico y social del toxicómano. Parte de la base de que el producto no es «malo» en sí y que ciertamente en su momento respondió de alguna manera a las necesidades del toxicómano: calmó su angustia, su ansiedad o su depresión; le ayudó a integrarse socialmente, a establecer una relación afectiva o a evadirse de una situación familiar más o menos sórdida. Si la instalación de una dependencia se ha traducido en una agravación de lo que en su momento intentó aliviar, el PRR encontrará en ello una razón suplementaria para aproximarse a él, adaptándose a su situación y necesidades y no pretendiendo que ese desamparado individuo se adapte a sus llamadas «exigencias». Evitando una posición jerárquica, el PRR hace lo posible por valorizar al toxicómano y establecer con él una relación cooperativa.

Cooperar significa «trabajar juntamente con otro u otros con un mismo fin». Para ciertos profesionales resulta difícil cooperar a menos que sea con un «paciente» motivado y que se someta a sus exigencias. El PRR sabe que el 90% de toxicómanos que no presentan estas cualidades están tanto o más necesitados de ayuda e intenta ir hacia él, aceptándolo como es. Con el tiempo puede establecerse una relación cooperativa que generará modestos objetivos terapéuticos. «Exigencias» y objetivos emergerán de esta relación. El PRR contribuirá en lo que pueda, sabiendo que tiene sus limitaciones al igual que el propio toxicómano.

### **IV. LA RR: ¿INCITACION AL CONSUMO?**

En el S. XIX la clase médica, sumamente desorientada ante el fenómeno creciente de la

morfínomanía, se obstinó en categorizar esta nueva «monomanía» en la nosología psiquiátrica. Se insistía sobre la falta de control del consumo, se apuntaban hipótesis como la de la «perversión de los instintos», se intentaba distinguir al morfinizado (consumiendo bajo prescripción médica) del morfínomano y se acabó aparcando este desagradable trastorno en la categoría diagnóstica de los «degenerados».

Hemos heredado la noción de que el toxicómano es un irresponsable y es comprensible que toda la estrategia que le haga más llevadera -y menos arriesgada- su vida de consumidor sea interpretada como una incitación al consumo. A falta de una experiencia científica metodológica y éticamente inconcebible para demostrar lo contrario, no nos queda más que basarnos en la experiencia de otros para hacernos una opinión.

Es interesante comprobar que numerosas iniciativas han sido tomadas acompañándose de la anticipación de catástrofes que nunca han tenido lugar. La venta libre de derivados del Cannabis en Holanda no se ha traducido en un aumento de su consumo. EL desarrollo del PMM de bajo nivel de exigencia (o de «baja intervención», según la terminología propuesta en Melbourne en el congreso de 1992) se ha acompañado de un aumento de la demanda de tratamiento en programas libres de drogas, como se ha comprobado en Holanda (Engelsman, 1989; Van Vliet, 1989; Buring, 1989) y en Suiza. A pesar de la total accesibilidad de jeringas en Holanda, en una ciudad como Rotterdam la proporción de los toxicómanos que consumen por vía EV no supera el 30% (Grund & col, 1991). En lugar de promocionar el consumo, los programas de intercambio de jeringas se convierten, tanto en nuestra experiencia en Ginebra como en otros países (Jones & col, 1991) en vías de acceso hacia la red asistencial. Lo mismo podemos decir de los programas de asistencia sanitaria muy fácilmente accesibles.

Todo parece indicar que ponerse al nivel de las necesidades y posibilidades del toxicómano facilita un contacto más precoz y se traduce en intervenciones más fructíferas; en contraposición, no nos consta ningún indicio de inicios en el consumo provocados por la disponibilidad de jeringas, metadona o profesionales «poco exigentes». Aún aceptando la existencia teórica de tal riesgo, con toda seguridad nos corresponde hoy asumirlo... La Historia juzgará.

## V. ESTRATEGIAS CONCRETAS

Integrando las diferentes estrategias que vamos a mencionar existe un primer elemento fundamental: la coordinación interinstitucional; la articulación inteligente de la prevención primaria, secundaria y terciaria. Si un municipio financia a un profesional dedicado a un programa de intercambio de jeringas y por otra parte a un agente de policía que detiene al que lleva una jeringa se estará dedicando energía y dinero a dos estrategias, una de prevención terciaria y la otra primaria que evidentemente se contrarrestan no provocando más que confusión y una descalificación del sistema. Resultará mucho más eficiente invertir este dinero y esta energía en desarrollar una política global que armonice la intervención de los diferentes protagonistas definiendo objetivos coherentes.

Cada una de las estrategias responde a uno o varios objetivos relacionados con los diferentes riesgos asociados al consumo. El objetivo principal es, siguiendo la definición de salud de la OMS, mejorar el bienestar físico, psíquico y social de la población toxicómana. Vamos a enumerar a continuación los objetivos intermediarios más destacados comentando las diferentes estrategias asociadas.

#### **a) Disminuir la utilización de la vía IV**

Con frecuencia el paso a esta vía de administración es la consecuencia de una tolerancia creciente asociada a una baja pureza del producto. Sería interesante investigar las razones que explican las importantes variaciones en la vía de administración entre las diferentes regiones españolas: desde un 26,2% por vía IV en Andalucía a un 86,9 en Cantabria, con una media nacional de alrededor del 50% (admisiones en tratamiento, **Plan Nacional sobre Drogas, 1993**).

**Buning (1992)**, analizando los efectos macroscópicos de la metadona a bajo umbral ampliamente prescrita en Holanda, le atribuye entre otras cosas el hecho de que la heroína se mantenga con un cierto grado de pureza y que entre 60 y 70% de los consumidores lo hagan por vía fumada. Por otra parte, se comprueba en los PMM que los pacientes consumen menos heroína y que, en caso de hacerlo, el consumo se hace con menos frecuencia por vía IV

En conclusión, retendremos como estrategias principales los PMM fácilmente accesibles además de la información y los diferentes mensajes preventivos.

#### **b) Disminuir la incidencia de enfermedades infecciosas adquiridas por vía IV**

Como acabamos de comentar, los pacientes que integran un P?\*IM, sea de alto o bajo umbral, pasan a consumir menos heroína, si lo hacen es menos frecuentemente por vía IV Si se inyectan lo hacen con menos urgencia y tomando más precauciones para prevenir una contaminación, utilizando con menos frecuencia jeringas usadas (**Klee & col, 1991; Kelsall & col, 1992; Ball & col, 1988; Yancovitz & col, 1991**). La incidencia de seroconversión HIV y las prácticas de riesgo disminuyen en los pacientes en PMM (**Cooper & col, 1989; Loimer & col, 1991**). La OMS (WHO 1989 a) considera los PMM estructurados como una medida de reducción de la incidencia de enfermedades infecciosas en toxicómanos, recomendando la evaluación de PMM de bajo umbral y su eficacia a este nivel. Recientemente, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, May 1994) se ha pronunciado a favor de los PMM como tratamiento de la heroínomanía y como estrategia de prevención del SIDA.

La necesidad de que las **jeringas** sean accesibles no necesita ningún comentario. Los autores que han analizado las repercusiones de un programa de intercambio de jeringas sobre los pacientes seguidos en PMM (**Wolk & col, 1990; Buning, 1991**) no han detectado ninguna variación a nivel de consumo de heroína. La Asociación Americana de Psiquiatría (AIPA, April 1994) recomienda el desarrollo de programas de intercambio de jeringas y su evaluación.

Un problema especial se plantea en el medio carcelario. Un cierto número de presos toxicómanos -entre un 25% (**Centre for Research of Drug**, 1992) y un 75% (**Wodak & col**, 1991)- sigue practicando el consumo IV, la proporción de los que intercambian jeringas es particularmente elevada -65 a 75% según Dolan & col (1991), 75% según **Wodak & col** (1991)-. Diversas encuestas muestran que buen número de toxicómanos presos (89% según Wodak & col, 1991) intentan limpiar las jeringas siguiendo diferentes métodos, pero que la obtención de lejía suele ser difícil o imposible. Algunas prisiones suizas la ponen a disposición y sólo una ha creado un programa experimental de intercambio de jeringas. Sin embargo, estamos lejos de haber encontrado una solución al problema. Ofrecer a los presos un objeto prohibido por el reglamento penitenciario para consumir un producto prohibido por la ley nos confronta con una de las contradicciones más difíciles de resolver. A ello hay que añadir el contexto de la dinámica carcelaria y sin duda se esté en lo cierto cuando se antepone (Megías, 1990) «el cambio estructural (del ambiente, de la ideología y de lo simbólico)» a la posibilidad de crear un programa experimental.

Mención especial merecen los locales de inyección. Suiza inició esta experiencia a partir de 1986 con un claro objetivo de R.R.

Por último, pero integrado en cada una de las demás estrategias, ocupa un lugar privilegiado la información y los mensajes preventivos. **Stimson** (1990) describe al «New Drug Worker» como a un profesional con una buena cultura médica y en particular a lo que a prevención del SIDA se refiere, consciente de que el toxicómano puede constituir un eficaz agente de prevención.

### **c) Disminuir la incidencia de enfermedades infecciosas transmitidas por vía sexual**

Una vez más, los PMM tienen como efecto una disminución de las prácticas de riesgo; particularmente disminuye la prostitución relacionada con la adquisición de drogas y, en caso de que se produzca, se acepta con menos frecuencia la relación no protegida. El contacto cotidiano que se produce en PMM permite a los profesionales sensibilizar e informar a los pacientes sobre los riesgos y las medidas preventivas. En ciertos casos se consiguen buenos resultados con programas específicos para **prostitutas**; a través de terapia grupal e intervenciones dirigidas hacia sus problemáticas específicas se puede obtener un clima de autoayuda y solidaridad en el que parte de las participantes se conviertan en agentes activos de prevención cuya eficacia y credibilidad sobrepasa la de los propios profesionales.

### **d) Disminución de la morbilidad y la mortalidad por sobredosis**

Son bien conocidas las principales causas por sobredosis:

-cambio brusco de la pureza del producto

-pérdida de la tolerancia

-suicidio o -con más frecuencia- provocación (más o menos inconsciente) de una crisis en el sentido de que «algo cambie».

La pureza variable del producto es un elemento imprevisible que depende de las variaciones del mercado ¡legal. Se ha postulado que la amplia disponibilidad de plazas en PMM conducía a una estabilización de la pureza de la heroína (Buning, 1992). Por otra parte, se considera que son eficaces las estrategias de adiestramiento en el sentido de sensibilizar a los usuarios a este tipo de riesgos y a las medidas de prevención posibles (obtención de la heroína del mismo interlocutor, prueba previa en pequeña dosis de una heroína de origen mal conocido, precaución especial en caso de intoxicación por varias sustancias, etc.).

La pérdida de la tolerancia es característica de tres situaciones: la absorción simultánea de diferentes sustancias, la salida de prisión y la salida de un programa libre de drogas. En estas dos últimas situaciones es indispensable que en lo posible se sensibilice al toxicómano abstinentes sobre los riesgos que supone la absorción de una dosis «habitual» de heroína tras un período de abstinencia.

Los riesgos de la politoxicomanía son un aspecto más de los mensajes preventivos que el profesional no debe cansarse de repetir.

En cuanto a los suicidios más o menos conscientes o los comportamientos de riesgo más o menos inconscientes, al profesional sólo le queda un recurso: favorecer al máximo el contacto y la comunicación, contribuir en lo que pueda a evitar el aislamiento y la marginalización. Ello es fácil de decir, pero supone un vasto programa: se trata de ir a buscar a los más desesperados en su propio «ghetto», sea éste social y/o intrapsíquico. Una vez más no se tratará de esperar confortablemente que se sientan «motivados» para acudir a nuestro servicio sino de desarrollar estrategias que nos pongan y mantengan en contacto con ellos, aunque para ello tengamos que empezar por responder a necesidades aparentemente tan insignificantes como el alojamiento, la alimentación, la higiene o un poco de calor humano.

Por último, cabe mencionar el adiestramiento a la reanimación que algunas estructuras ofrecen a sus usuarios: no sólo tal formación ha permitido recuperar situaciones de alto riesgo sino que además constituye una excelente sensibilización para el que la recibe.

#### **e) Disminución de la marginalización**

Como hemos visto en el capítulo anterior, el aislamiento y la marginalización conduce a la desesperación y a un incremento de prácticas de riesgo. Un estudio sobre 1470 toxicómanos por vía IV en New York (Clatts & col. 1992) seguido durante un año muestra una relación entre la inestabilidad social y de alojamiento y las prácticas de consumo de alto riesgo. El

primer paso al alcance del profesional para disminuir la marginalización es toda aquella estrategia que le permita entrar en contacto (y mantenerlo) con el toxicómano: aproximarse a su realidad -en lugar de esperar de él que lo haga de la nuestra-, colaborar con él en la búsqueda de respuestas a sus necesidades básicas, implicarlo en el diseño de estrategias preventivas y sociosanitarias. Probablemente la red sanitaria más eficaz a este nivel sea la de Amsterdam, donde según Geerlings (Who, 1989 b) mantiene el contacto con un 70% de la población toxicómana. El segundo paso supone toda estrategia que mejore la auto-imagen del toxicómano: grupos de autoafirmación, programas ocupacionales e incluso de inserción profesional (caso ejemplar: el modelo vasco), implicación de los propios toxicómanos en el diseño de las estrategias de los centros (caso ejemplar: el «Healthy Option Team» (Nutbeam, 1992), servicio de la periferia de Londres en el que los usuarios participan en la planificación, el desarrollo y la evaluación de los servicios que le son propuestos), auto-organización de la población toxicómana (Friedman, 1988).

El tercer paso consiste en cambiar la representación social del toxicómano. Este proceso supone una elaboración previa a nivel de los propios profesionales que les conduzca a desterrar toda visión moralista y maniquea del consumo de drogas. A continuación podrán entrenarse en el arte de la interinstitucionalidad, elemento básico con el que hemos iniciado este capítulo: aprender a reconocer y respetar las diferencias que nos separan de los otros protagonistas del escenario de las drogas (policía, medios de comunicación, interlocutores políticos, asociaciones diversas, el vecino del tercer piso, etc.); ¿cómo podríamos pedir a nuestros interlocutores que efectúen un cambio si estamos en conflicto con ellos? ¿Cómo podríamos esperar de ellos que se muestren más solidarios si no lo somos con las dificultades que encuentran desempeñando su función? Una vez alcanzado este nivel, el profesional sí puede convertirse en un «agente de cambio» de la representación social del toxicómano: prevención comunitaria, promoción de la solidaridad, implicación de las estructuras y asociaciones locales, sensibilización de los medios de comunicación, colaboración con la policía, etc.

#### **f) Promoción de la salud en la población toxicómana**

Numerosas estrategias de las comentadas contienen un mensaje evidente de promoción de la salud. Algunas merecen una especial mención:

-Iniciativas que promocionan el deporte entre toxicómanos. Un caso ejemplar: el centro Sportdrug de Barcelona, que propone programas individualizados de práctica regular de un deporte en centros frecuentados por la población general.

-Programas de atención sanitaria de muy fácil acceso. Partiendo de la realidad de que una parte de la población toxicómana recurre a la red sanitaria general en el último extremo y encuentra en ella una aceptación muy variable, se han desarrollado este tipo de programas que se han mostrado eficaces a cuatro niveles:

1) Prevención secundaria de diversas patologías (absesos, necrosis, enfermedades de transmisión sexual, TBC, infecciones diversas, etc.). 2) Prevención terciaria de patologías como hepatitis, SIDA, etc. 3) Prevención primaria (vacunas de HB, detección precoz del embarazo, adiestramiento sobre prácticas de consumo menos nocivas, etc.) y 4) Derivación ulterior a la red de atención al toxicómano.

-Programas que promueven la higiene (duchas, ropa limpia) y la alimentación.

### **g) Una opción particular: la prescripción de opiáceos inyectables**

Practicada desde los años 20 en Gran Bretaña, esta opción ha sido elegida en Suiza a título experimental por el «Office Fédéral de la Santé Publique» haciéndose efectiva a principios del año 1984 con un total de plazas autorizadas de 676. De ellas 250 lo eran para un mantenimiento con heroína IV, 276 para morfina IV y 150 para metadona IV. La evaluación preliminar de Octubre 1994 (RihsMiddel, 1994) mostraba una buena aceptación de los programas de heroína (188 pacientes sobre 200 plazas, uno de los centros con 50 plazas no habiendo aún iniciado el programa) comparada con la morfina (15 pac. sobre 200 plazas) y la metadona (17 sobre 100). Llamaba la atención la elevada incidencia de reacciones alérgicas histamínicas locales o generalizadas relacionadas con la inyección de heroína y con más frecuencia de heroína. Por otra parte, las dosis de estabilización de heroína han resultado ser muy elevadas: 500 a 1000 mg de heroína pura al día, a lo que se añade en ciertos centros unos 40 mg de metadona oral/día.

A pesar de todo, la impresión global es positiva: se ha admitido en estos programas pacientes particularmente refractarios a todo tipo de tratamientos incluido en PMM y a los pocos meses se observaba una buena evolución. Si bien 10% de los pacientes admitidos habían sido expulsados, otro 10% había terminado el tratamiento para integrar PMM o programas libres de drogas. Del 80% restante, la mitad presentaba una evolución positiva a nivel médico, psíquico y socioprofesional mientras que la mitad restante sólo presentaba una evolución positiva a nivel médico.

## **VI. CONCLUSIONES**

La lista de estrategias comentadas en el capítulo V no es ni mucho menos exhaustiva y hemos visto como ciertas de ellas responden a diversos objetivos. De este texto se desprenden puntos esenciales:

-La R.R. no es en su esencia una estrategia de salud pública o un repertorio de «técnicas» sino una «filosofía» que integra y completa las opciones orientadas hacia la abstinencia.

-La R.R. pone aún más en evidencia la **necesidad de articular todo** tipo de intervención en una política global que integre prevención primaria, secundaria y

terciaria.

-Los PMM de alto, medio y bajo nivel de exigencias constituyen una opción de gran eficacia como estrategia de R.R. a diversos niveles.

Para concluir, podríamos decir que una elevada proporción de trabajos de investigación en el campo de las toxicomanías intentan responder -al menos parcialmente- a la pregunta: ¿Qué tipo de tratamiento conviene a qué tipo de paciente con qué tipo de problemas y en qué estado de su evolución? Con la R.R., interesándonos por aquéllos que no son «pacientes», hemos determinado por simple experiencia el tipo de tratamiento que no les conviene. A partir de ello, y con la humildad que la compleja problemática de las toxicomanías nos ha enseñado a tener, se trata de hacer uso de creatividad y flexibilidad para poner a prueba y evaluar otras estrategias.

#### BIBLIOGRAFIA

Advisory Council on the Misuse of Drugs: AIDS and Drug Misuse, Part II. London: HMSO, 1989.

APA (American Psychiatric Association): Position Statement on Methadone Maintenance Treatment (APA official actions). Am J Psychiatry 151:5, May 1994.

APA: Policy Guideline on Clean Needle and Syringe Exchange (APA official actions). Am J Psychiatry 151:4, April 1994.

BALL J.C.; MYERS C.R; FRIEDMAN S.R.: "Reducing the risk of AIDS through methadone maintenance treatment. " Journal of Health and social behavior 29, 214-226, 1988.

BEST J.; MARKS J. and al: Practice in a Provincial Drug Dependency Clinic (England). Process of Royal College of Psychiatry 43, 1986.

BUNING E.G.: "Effects of Amsterdam needle and syringe exchange. " Drug Department GG&GD, Amsterdam, May 1989.

BUNING E.C.: "The macro-effects of low-threshold and large scale methadone prescription. poster Presentation: 3 rd.

International Conference Reduction of Drug Related Harm. Melbourne, March 1992.

Centre for Research of Drug. Le Journal du Sida, nº 38-39, Avril- Mai 1992.

Clatts M., Beardsley M.: Relationship between drug use behavior and residential stability: Implications for treating intravenous drug users. Poster presentation: 3rd.

International Conference Reduction of Drug Related Harm. Melbourne, March 1992.

COOPER J.R.: "Methadone treatment and acquired Immodeficiency Syndrome. " JAMA, 262: 1664-1668, 1989.

DOLAN K.A., "Donoghoe M.C., Stimson G.V": Risk Behaviour of Drug Injectors in Prison and the Community. Presentation: 2nd International Conference Reduction of Drug Related Harm. Barcelona, March 1991.

ENGELSMAN E. L.: "Dutch Policy on the Management of Drug related Problems. " British Journal on Addictions, 84:211-218, 1989.

FRIEDMAN S.R.: "Problems and dynamics of organizing intravenous drug users for AIDS prevention. " Health Education Research, vol. 3, nº 1: 49-57, 1988.

GRUND J.P.C., STERN L.S., KAPLAN C.D., ADRIANS N.F.P., DRUKER E.: "Drug Use Context and HIV Consequences: the Effect of Drug Policy on Patterns of Everyday Drug Use in Rotterdam and the Bronx. " Presentation: 2nd International Conference Reduction of Drug Related Harm. Barcelona, March 1991.

HARTNOLL R.: "Going the Whole Way? Heroin and AIDS Prevention. " Presentation: 2nd International Conference Reduction of Drug Related Harm. Barcelona, March 1991.

JONES S., DOLAN K.A., DONOGHOE M.C., STIMSON G.V.: "Syringe Exchange as a Route into other Services and Treatment. "

Presentation: 2nd International Conference Reduction of Drug Related Harm. Barcelona, March 1991.

KELSALL J., CROFTS N.: "How Methadone Works as an Harm Reduction Strategy for Bloodborne Infections among Injecting Drug Users?"  
Poster presentation: 3rd International Conference Reduction of Drug Related Harm. Melbourne, March 1992.

KLEE H., FAUGIER J., HAYES C., MORRIS J.: "Research report. The sharing of injecting equipment among drug users attending prescribing clinics and those using needle-exchanges.

British Journal of Addictions, 86: 217-223, 1991.

LART R., STIMSON G.V. "National Survey of Syringe Exchanges Schemes in England. London, Goldsmiths' College, 1989.

LOIMER N., WERNER E., PRESSLICH O., HOLLERER E., PFERSMANN V.: "Methadone maintenance treatment is effective to slow seroconversion among drug addicts. The Irish Experience." Presentation 2nd International Conference on the Reduction of Drug Related Harm. Barcelona, March 1991.

MARKS J.: "Personal View." British Medical Journal, 296-132, 1988.

MEGÍAS VALENZUELA E.: "Programas de intercambios de jeringuillas en los centros penitenciarios." Comunidad y Drogas, Monografía 12: 61-63, 1990.

MINO A.: "Analyse scientifique de la littérature sur la remise contrôlée d'héroïne ou de morphine." Office Fédéral de la Santé Publique, Septembre 1990.

NUTBEAM D.: "Health Promotion Approaches to Harm Reduction: Policy Development and a Framework for Action." Presentation: 3rd International Conference on the reduction of Drug Related Harm Melbourne, March 1992.

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. MEMORIA 1993. Ed.: Ministerio de Justicia y de Interior, Madrid, 1994.

RIHS-MIDDEL M.: "Medical prescription of narcotics in Switzerland." Basic Issues and Research Plan. Federal Office of Public Health, Oct. 1994.

STIMSON G.V., LART, R.: "HIV, Drugs and Public Health in England. New words, old tunes. Request for reprints to GVS, 1990.

VAN VLIET H.J.: "Harm-Reduction and Aids-Prevention." Metropolink Working Paper, Amsterdam, 1989.

WHO (World Health Organization). WHO Expert Committee on Drug Dependence: Twentieth Report, Technical Report Series 551, Geneva, 1974.

WHO Division of Mental Health: Option for the use of methadone in the treatment of drug dependence. Geneva, 1989 a.

WHO Division of Mental Health: WHO Working Group on the Use of Substitution Drugs in the Treatment of Opiate Dependence. Geneva, 1989 b.

WODAK A.D., SHAW J.M., GAUGHWIN M.D., MILLER M., GOLD J.: "Behind Bars: HIV Risk-Taking Behaviour of Sydney Male Drug Injectors while in Prison." Presentation: 2nd.

International Conference on the Reduction of Drug Related Harm. Barcelona, March, 1991.

YANKOVITZ S.R., DES JARLAIS DON C., PEYSER N.R., DREW E., FRIEDMANN R., TRIGG H.L., ROBINSON J.W.: "A Randomized Trial of an Interim Methadone Maintenance Clinic." Am Journal of Public Health 81, no 9: 1185-1191, 1991.