revista de la
REIAL ACADÈMIA
DE MEDICINA
DE CATALUNYA

VOLUM 10 - SUPLEMENT 1 - 1995

PERSPECTIVA MÈDICA I CONSEQÜÈNCIES SOCIALS DE LA RESTRICCIÓ D'ESTUPEFAENTS

Publicat sota l'auspici del
Departament de Sanitat i Seguretat Social de
la Generalitat de Catalunya

REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

VOLUM DESÈ - SUPLEMENT 1 1995

JUNTA DIRECTIVA DE LA REIAL ACADÈMIA:

PRESIDENT:	Josep Laporte i Salas
VICE-PRESIDENT:	Jordi Gras i Riera
SECRETARI GENERAL:	Joaquim Tornos i Solano
VICE-SECRETARI COMPTADOR:	Josep A. Salvà i Miquel
TRESORER:	Josep Secall i Boltas
BIBLIOTECARI:	Jacint Corbella i Corbella
VOCALS:	Josep Letger i Soler
	Jordi Sans i Sabrafen
SECRETARI D'ACTES.	Alfons Gregorich i Servat
ARXIVER:	Josep M. Massons i Esplugas
PRESIDENT D'HONOR:	Belarmino Rodríguez i Arias

CONSELL DE REDACCIÓ DE LA REVISTA:

DIRECTOR:	Francisco García de Valdecasas i Santamaría
SUB-DIRECTOR:	Santiago Vidal i Sivilla
SECRETARI:	Francisco Climent i Montoliu
CONSELLERS:	Moisès Broggi i Valles
	Josep M.ª Calbet i Camarasa
	Antoni Caralps i Riera
	Manuel Carreras i Roca
	Jacint Corbella i Corbella
	Rafael Esteve de Miguel
	Joan Gibert i Queralto
	Josep M. Massons i Esplugas
	Domingo Ruano i Gil
	Jordi Sans i Sabrafen
	Joaquim Tornos i Solano
COORDINADOR EDITORIAL:	Nicolau Barquet i Esteve

REDACCIÓ: Carrer 47 - 08001 Barcelona

Col·loquis de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

PERSPECTIVA MÉDICA I CONSEQÜÈNCIES SOCIALS DE LA RESTRICCIÓ D'ESTUPEFAENTS

Moderat per el Prof. Francisco García-Valdecasas

Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya
19 de abril de 1994

Publicat sota l'auspici del
Departament de Sanitat i Seguretat Social
de la Generalitat de Catalunya

PONENTS

FRANCISCO GARCÍA-VALDECASAS, Acadèmic. Catedràtic de Farmacologia, Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona.

CARLES DE BARUTELL, Clínica del Dolor. Ciutat Sanitaria i Universitaria Vall d'Hebron. Barcelona.

FRANCESC FREIXA, Unitat de Drogodependències. Institut Català de la Salut.

MARÍA TERESA SALGADO, Sociòloga. Religiosa.

MOISÈS BROGGI. Ex-president de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya.

EUSEBIO MEGÍAS. Psiquiatre. Subdirector General de Cooperació y Assessorament. Pla Nacional sobre Drogas.

INTERVENEN

JOSEP A. SALVÁ. Catedràtic de Farmacologia.

MARGARITA PUIG. Catedràtic de Farmacologia.

ELENA CARASOL. Magistrada.

ANTONIO VIEJO. Magistrat.

JORDI OBIOLS. Psiquiatre.

INTRODUCCIÓ I PLANTEJAMENT DEL PROBLEMA

Francisco García-Valdecasas

Obrim avui aquest col·loqui amb el desig compartit per tothom de tractar d'aclarir la confusió existent en aquest greu problema social. En primer lloc, donem les gràcies als ponents que han acceptat la invitació de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya i especialment als qui, per la responsabilitat política del seu càrrec, representen una opinió singular. Faig esment del Dr. Freixa, Cap de la Unitat de Drogodependències de l'Institut Català de la Salut, i del Dr. Megías, Subdirector General d'Assessorament en el Pla Nacional sobre Drogues. Crec que també serà de gran utilitat l'opinió del Dr. Barutell per la seva llarga experiència en l'ús d'opiacis i altres drogues d'addicció en la pràctica clínica, la del Dr. Broggi, eminent cirurgià amb llarga experiència en l'ús mèdic d'aquestes substàncies i en els problemes mèdics que es presenten en la pràctica per les disposicions legals restrictives. També ens serà molt útil l'opinió de la sociòloga Madre María Teresa Salgado, per la seva llarga experiència en contacte amb les víctimes d'una situació que arriba a ser insostenible. Especialment es de gran valua la presència dels magistrats Sra Elena Carasol i Sr Antonio Viejo.

El plantejament fonamental que com a moderador d'aquest col·loqui voldria presentar és el de separar, amb la major diafanitat possible, el que és el dany causat pels efectes tòxics de les diverses drogues que s'inclouen en el capítol d'il·legals, tant a nivell individual com social, del que és el dany produït com a conseqüència de les mesures restrictives i la situació social del dograaddicte.

No se m'escapa que és un problema difícil. Per això som aquí. Està tot massa confús. Quin és l'efecte més temible de l'acció tòxica de les drogues? Crec que en aquest punt hi ha acord universal: l'addicció o dependència. Tothom crec que sap el que això significa. El drogaaddicte està enganxat a la droga i farà tot el possible per aconseguir-la sense detenir-se en la delinqüència per aconseguir els diners necessaris. Encara més, afrontarà tots els riscos en utilitzar productes adulterats del mercat negre sense la garantia de puresa necessària.

Enfront d'aquesta situació la pregunta del metge és: què passaria si la droga no estigués prohibida? És evident que no existiria ni la conducta delictiva provocada per la necessitat, ni el mercat negre, ni els productes adulterats. Aquests mals socials que ara dominen l'escena serien desconeguts, però n'hi hauria d'altres. Naturalment que n'hi hauria d'altres. Però val la pena meditar-hi i reflexionar-hi plantejant el pro-

blema següent: serien encara més greus? És imprescindible aclarir aquest punt amb la llum desapassionada de la raó. Les drogues que produeixen major dependència i, per tant, una conducta delictiva més important per aconseguir-les, tenen efectes sedants. Sota l'acció d'aquestes drogues la conducta del drogaaddicte és tranquil·la. Per contra l'alcohol, droga legal, és sens dubte la que més altera la conducta produint el que els juristes en diuen *demència mental transitòria*.

Un altre problema candent que necessita ser discutit obertament és el següent: es pot separar el problema del contagi de la SIDA del problema de l'ús de la droga? La resposta és imprescindible per enjudiciar raonablement la difícil situació en la qual ens trobem. La SIDA és una plaga com la Humanitat no havia conegut mai i tot el que sigui convenient per impedir la seva difusió mereix prioritat absoluta. No pot haver-hi res que se li anteposi perquè avui per avui no hi ha res que pugui considerar-se pitjor o de més risc per a la societat.

Torno a fer la pregunta: Es pot separar per complet el problema drogaaddicció del problema SIDA? Per al món mèdic la resposta és fàcil. Si el drogaaddicte estigués sota l'atenció d'un metge, si obtingués la seva droga (no ens espantem de la paraula) a la farmàcia com un altre malalt, amb les garanties de puresa i asèpsia necessàries, és indubtable que ni seria contagiat ni contagiaria la terrible malaltia. Per què no es fa? Indubtablement, hi ha complicacions que no fan la solució tan simple. D'on procedeixen? El problema mereix ser discutit sota el fet real que és imprescindible prevenir el contagi d'aquesta terrible malaltia *a tot preu*.

Un altre problema fonamental és el següent: Per què el drogaaddicte es fa drogaaddicte? En són la causa les condicions de pobresa i abandó en què es forma una joventut marginada? Pot haver-hi a més una causa patològica de disfunció bioquímica cerebral?

Nombrosos arguments fonamentats en l'experiència i en l'experimentació defensen una o altra causa. No s'ha d'oblidar que la desesperança, el descoratjament, la prostració, la misèria, els ambients abjectes són camins que condueixen als somnis dels paradisos artificials i al desig d'enterrar en l'oblit la realitat. Però tampoc no hem d'oblidar que l'experiència mèdica demostra que no tots els homes es fan addictes amb la mateixa facilitat. L'exemple de les drogues legals és ben demostratiu. Tots hem pres begudes alcohòliques o fumat tabac i no ens n'hem fet addictes. Fins i tot el metge sap que hi ha malalts als qui es prohibeix per malaltia el beure o el fumar i ho fan, i d'altres, en canvi, no.

A més, els opiacis són substàncies que existeixen normalment en el cervell i hi desenvolupen funcions importants, la qual cosa indueix a creure, encara que no està demostrat, que l'ús en el drogaaddicte podria ser una funció vicariant.

Amb aquest punt s'enfila l'últim problema que urgeix decidir. És el droga-

addicte un malalt? Perquè si és un malalt s'entén que necessita atenció mèdica i que se li ha de donar respectant els drets humans i, entre ells, el secret professional.

Tots aquests problemes han de ser meditats a la llum de la raó pura, sense apassionaments. Per això ens hem reunit aquí. No esperem que d'aquest conclave en surti la solució, però potser aquesta reunió sigui una més que ens evidenciï que la situació actual no és bona. Que de vegades és pitjor el remei que la malaltia. I que el vell aforisme hipocràtic és avui tan vàlid com sempre: *primun non nocere*.

ACCIÓ DELS OPIACIS EN LA TERAPÈUTICA DEL DOLOR CRÒNIC. ALTERACIONS DE LA CONDUCTA SOTA ELS EFECTES DELS OPIACIS

Carles de Barutell

ACCIÓ DELS OPIACIS EN LA TERAPÈUTICA DEL DOLOR CRÒNIC

Tot i que el consum d'opiacis en el nostre país s'ha multiplicat per deu des de 1984 (0,27 kg/milió d'habitants) fins a 1991 (2,94 kg/milió d'habitants), encara ens trobem molt per sota del consum de la resta de països desenvolupats del món[1].

Aquest baix consum es deu a diferents causes que vam analitzar en un editorial de la revista Dolor l'any 1987[2]. Desafortunadament, en l'actualitat, aquestes causes segueixen sent vàlides, fent referència a la defectuosa formació de metges, farmacèutics i altres professionals de la salut sobre aquest grup de fàrmacs, al rígid control burocràtic a què estan sotmesos aquests medicaments, sobretot en la medicina ambulatòria, i també als temors del malalt i de la família.

Atès que l'ús il·lícit d'opiacis és de tanta importància actualment, amb els consegüents perjudicis personals i per a la societat, és natural que amb freqüència sigui confusa la distinció entre aquests usos i la seva utilització lícita per a analgèsia. Els metges i altres professionals que colaboren amb el tractament del dolor han d'assumir el lideratge en l'educació als seus col·legues pel que fa a l'ús apropiat i racional d'aquests fàrmacs, deixant molt clares les seves indicacions i coneixent els seus efectes secundaris, sobretot els referents a la farmacodependència.

El paper dels opiacis en el tractament del dolor agut actualment, és àmpliament reconegut, per la seva potent acció analgèsica, el seu escàs percentatge de depressió respiratòria i la seva, pràcticament, nul·la probabilitat d'originar dependència; havent-se d'utilitzar en aquells casos que la intensitat del dolor superi el sostre analgèsic dels analgèsics antiinflamatoris no esteroides (AINE).

Estan indicats en l'infart agut del miocardi i en les crisis d'angor, en el tractament del dolor postoperatori, en el dolor postraumàtic, en alguns casos de dolor visceral, en el dolor del treball de part, en grans cremats i en general en aquells dolors severs no controlables per altres mitjans.

Les vies d'administració són molt variables (oral, rectal, parenteral, subcutània, espinal) i també els mètodes d'administració (en bolus, en infusió contínua, mitjançant ACP [Analgesia Controlada per el Pacient])[3].

Amb referència al tractament del dolor crònic aquests medicaments gaudeixen d'una total acceptació en el cas del dolor crònic d'origen oncològic, i és objecte de controvèrsia el seu ús en els quadres de dolor crònic de altre origen.

En el dolor crònic d'origen oncològic, l'ús d'opiacis és una pràctica que es va generalitzant, constituint la forma més eficaç de tractament d'aquests pa-

cients.

Molts malalts afectats de neoplàsies tenen el càncer en estat avançat i inguarible quan se'ls realitza el diagnòstic, per la qual cosa la reducció del dolor i la millora de la qualitat de vida seran les úniques alternatives realistes i humanitàries per a ells. És per això que el tractament del dolor i les cures pal·liatives són les prioritats del Programa Mundial del Control del Càncer de l'OMS.

En 1982, l'OMS va treure un programa per alleugerir el dolor oncològic, que és relativament simple d'aplicació, no molt car i fàcil d'aplicar a nivell de la comunitat, conegut com escala analgèsica de tres esglaons[4]. Utilitzat en prop de 3.000 malalts en deu anys, és un programa que s'ha mostrat efectiu al voltant del 75% dels casos[5].

El primer esglaó està constituït pels analgèsics no opiacis (AINE). Si el dolor persisteix es passa al segon esglaó constituït pels analgèsics anteriors més els opiacis menors (codeïna, dextropropoxifeno) i, si el dolor persisteix, es passa al tercer esglaó compost per opiacis majors més no opiacis[4]. Amb els tres esglaons es contempla la associació amb fàrmacs coadjuvants.

Pel que fa a l'ús d'opiacis en el tractament del dolor crònic d'origen no oncològic existeix controvèrsia, i en realitat poca experiència. Cal remarcar que la majoria de les publicades manquen del suficient rigor metodològic i, per tant, no podem extreure'n conclusions definitives.

Des del treball de Taub[6], en 1982, fins el més recent de Zenz[7], en 1992, i d'altres posteriors, es suggereix que els pacients amb dolor crònic no oncològic mostren, després de la teràpia amb opiacis, reducció del dolor de forma mantinguda, augment del rendiment físic i psicològic i retorn a l'activitat laboral, amb la corresponent disminució de costos sanitaris i amb un percentatge d'efectes tòxics i de farmadependència molt per sota del que caldria esperar. És més raonable utilitzar opiacis, en casos molt seleccionats de dolor crònic d'origen no oncològic, que sotmetre el pacient a múltiples terapèutiques inútils i sovint iatrogèniques o no oferir-los cap alternativa. En aquests casos la utilització dels opiacis cal fer-la tenint en compte una sèrie de premisses que és necessari complir[8]:

1ª. Només s'utilitzaran opiacis quan hagin fracassat tots els altres tractaments.

2ª. És contraindicació relativa l'addicció actual o els antecedents d'addicció a altres substàncies.

3ª. Un sol metge serà el responsable directe del pacient. Proporcionarà les instruccions sobre la dosificació del fàrmac i també el tractament adequat dels efectes secundaris.

4ª. Els pacients donaran el seu consentiment per escrit abans de l'inici del tractament. Els punts que han de reconèixer són el risc d'addicció, malgrat que és mínim, els danys que poden originar l'abús del fàrmac sol o en combinació amb altres, com sedants, hipnòtics, la possibilitat d'aparició de dependència física i la possibilitat de dependència en recent nascuts de mares que reben opiacis.

5ª. L'administració del fàrmac ha de ser regular, a hores i dosi fixes. Es realitzarà una adaptació individualitzada de la dosi, fent controls setmanals per establir la dosi mínima eficaç i que garanteixi l'alleujament del dolor. Un cop establerta aquesta dosi, els controls seran mensuals.

6ª. La teràpia amb opiacis pot considerar-se complementària amb al-

tres terapèutiques rehabilitadores i psicològiques per millorar també les funcions físiques, psíquiques i socials.

7ª. En cas d'augment de dolor, es pot augmentar la dosi de forma escalada i transitòria.

8ª. Si l'escalada en la dosi és ràpida i progressiva, en absència d'un agreujament del dolor o progressió de la malaltia, el pacient ha de ser hospitalitzat per realitzar la nova titulació dels seus requeriments.

9ª. Evidències de conductes que incloguin acumulació de droga, obtenció d'opiacis d'altres metges, dosi en escalada incontrolada i altres comportaments aberrants, hauran de ser controlats acuradament. En alguns casos, la disminució de la dosi o el cessament del tractament pot estar indicat.

10ª. En cada visita la valoració i el registre mèdic ha de dirigir-se específicament a: grau analgèsia, efectes indesitjables, estat funcional físic i psicosocial i existència de conductes aberrants relacionades amb els opiacis.

EFECTES INDESITJABLES I TOXICITAT

L'ús de fàrmacs opiacis comporta una sèrie d'efectes indesitjables i de toxicitat que s'han de conèixer.

Els efectes adversos més freqüents són: sedació, eufòria, somnolència, apatia, inestabilitat, vertigen, constipació, retenció urinària, nàusees, vòmits, pruïja, miosi, convulsions (meperidina), depressió respiratòria, hipotensió, bradicàrdia, rigidesa muscular (fentanil).

La intoxicació aguda pot ser conseqüència d'una sobredosi terapèutica o accidental. Clínicament es caracteritza per miosi, bradipnea, hipotensió, flaccidesa muscular o convulsions, estupor i edema pulmonar. La tríade miosi-coma-depressió respiratòria és clàssica de la síndrome d'intoxicació aguda per opiacis. El tractament consisteix en l'apropiada ventilació del pacient, àdhuc si és necessari amb intubació endotraqueal i respiració controlada amb 0_2 al 100% i administració de naloxona a dosi de 0,4 mg ev que pot repetir-se després de 2-3 minuts. La naloxona té una durada de 30-90 minuts per la qual cosa cal una estricta vigilància del pacient per evitar recidives tardanes.

Un dels principals problemes que preocupen el metge en els tractaments amb opiacis és el relatiu a la farmacodependència. Existeixen tres processos a la farmacopedendència que participen en un grau variable: la tolerància, la dependència física i la dependència psicològica (addicció).

Entenem per tolerància la disminució de l'eficàcia d'un fàrmac opiaci davant la seva administració repetida. La seva aparició és molt variable i difereix segons a efectes fisiològics diferents. Per exemple, la tolerància a l'efecte analgèsic tendeix a ser paral·lela a la que té lloc en la depressió respiratòria i sedació. Per contra, molts pacients mostren menys tolerància a la constipació, que requerirà, per tant, tractament adequat constant.

Diversos estudis publicats en els quals es revisava els requeriments a llarg termini d'opiacis en el tractament de pacients neoplàsics demostraven que com més llarga fos la durada del tractament, més lent era l'augment de la dosi, més llargs els períodes sense un augment d'aquesta, major la probabilitat de poder reduir la dosi i fins i tot major la probabilitat de cessament de la medicació.

En cas de desenvolupament de tolerància, un augment de la dosi seria suficient per controlar el dolor. Cal remarcar que a la pràctica, els augments

de dosi es realitzen no perquè existeixi tolerància, sinó per la progressió de la malaltia[9].

En dolor crònic no oncològic les xifres de tolerància són variables, des de 0,8 al 5,5%. El fet remarcable en totes les sèries revisades és la gran estabilitat en la dosi de manteniment, la qual cosa ens indica que la tolerància és un problema poc rellevant, estant també en aquests casos en relació amb un agreujament de la malaltia.

Els qui reben opiacis amb regularitat sovint presenten dependència física en el sentit que en requereixen administració contínua per evitar l'aparició de la síndrome d'abstinència (disfòria, agitació, congestió nasal, pilorecció, taquipnea, taquicàrdia, sudoració, diarrea). Això pot ocórrer després d'una administració regular d'opiacis per períodes tan breus com de dues setmanes i és habitual en aquells que reben tractament per al control de dolor crònic, sobretot d'origen neoplàsic.

La dependència física, malgrat la seva aparició freqüent, rarament és un problema en clínica; si desapareix el dolor i és desitjable disminuir i/o suprimir l'administració de l'opiaci, la síndrome d'abstinència pot prevenir-se mitjançant decreixença gradual de la dosi en un període de 5-7 dies. En certs casos la metadona o la clonidina poden ser uns coadjuvants molt útils per tractar la supressió d'opiacis.

Dependència psicològica (addicció) és un fenomen psicològic que es caracteritza per la recerca compulsiva de la droga, un desig per produir eufòria o altres efectes psíquics independents de l'alleujament del dolor.

El terme addicció ha estat canviat pel de drogodependència i es defineix així: *Un estat psíquic i de vegades també físic, resultat de la interacció entre un organisme viu i una droga, caracteritzat per alteracions del comportament i altres respostes que sempre inclouen compulsió per prendre la droga de manera contínua o periòdica, per l'experiència dels efectes psíquics i algunes vegades per suprimir el disconfort de la seva absència. La tolerància pot o no ser-hi present*[10].

En resum, no hi ha proves que l'administració adequada d'opiacis en el tractament del dolor produeixi drogodependència. En pacients amb dolor agut que reben opiacis durant curts períodes de temps apareix dependència en percentatges molt baixos, que oscil·len des del 0,1% en un treball de Marks i Sachar[11] fins el 0,04% en una publicació posterior de Porters i Jick sobre una revisió de 12.000 pacients[12], suggerint-se recentment que la incidència és mínima, no superior a 1 per cada 3.000 pacients.

En malalts amb dolor crònic d'origen neoplàsic la drogodependència és molt rara, tret que es tracti de pacients amb antecedents de toxicomania. La incidència global de drogodependència en dolor crònic d'origen no oncològic és molt variable segons els autors (del 3,2 al 19% i més). D'altra banda, no sabem les conseqüències que poden aparèixer en tractaments molt prolongats de 10 a 50 anys.

De fet, tenim motius per suposar que l'administració continuada d'opiacis en dosi i intervals adequats és preferible des del punt de vista psicològic a l'administració inadequada, amb alternança de períodes d'analgèsia amb altres de dolor de gran intensitat. Aquests períodes de dolor intens no els hem de confondre amb símptomes de dependència psicològica, sinó com una manifestació de crida per alleujar el seu dolor.

BIBLIOGRAFIA

1. Rodríguez MJ, Herrera J. Estudio del uso de opioides orales en España. En: Aliaga L, Barutell C de, editores. Opioides orales. Barcelona: MCR, 1992: 61-66.
2. Barutell C de. Consumo de analgésicos opioides en España. Dolor 1987; 2: 87-88.
3. Santacana E, Aliaga L, Catalá E, Serra R, Castro A. Analgésicos opiáceos en el dolor agudo. En: Aliaga L, editor. Tratamiento del dolor agudo. Volumen 2. Monografías Europharma. Barcelona: Permanyer, 1992: 141-163.
4. World Health Organization. Cancer pain relief. Ginebra: World Health Organization, 1986.
5. Sternssward MD. WHO: Cancer Pain Relief Program-Ten years. En: Special Report on cancer pain and palliative care. IASP Task Force on Cancer Pain. IASP Newsletter. July-August 1992: 4-6.
6. Taub A. Opioid analgesics in the treatment of chronic intractable pain of non-neoplasic origin. En: Kitahata LM, Collins D, editores. Narcotic Analgesics in Anaesthesiology. Baltimore: Williams & Wilkins, 1982: 199-208.
7. Zenz M, Strumpf M, Tryba M. Long-term opioid therapy in patients with chronic nonmalignant pain. J Pain Symptom Manage 1992; 7: 69-77.
8. Portenoy RK. Opioid therapy for chronic nonmalignant pain: current status. En: Fields HL y Liebeskind JC, editores. Progress in pain research and management. Volumen 1. Seattle: IASP Press, 1994: 247-287.
9. Twycross RG. The management of pain in cancer: A guide to drugs and dosages. Primary care and cancer. May 1988.
10. World Health Organization. Expert Committee on drug dependence. 16th. report. Technical report series 407. Ginebra: World Health Organization, 1969.
11. Marks RM, Sachar EJ. Undertreatment of medical inpatients with narcotic analgesics. Ann Intern Med 1973; 78: 173-181.
12. Porter J, Jick H. Addiction rare in patients treated with narcotics. N Engl J Med 1980; 302: 123.

DISCUSSIÓ DE LA PONÈNCIA DEL DR. CARLES DE BARUTELL

Prof. Josep A. Salvà, catedràtic de Farmacologia

–Quina és la causa més freqüent del dolor crònic no neoplàsic? Penso en l'artrosi.

Dr. Carles de Barutell

–Hi ha moltes causes de dolor crònic no neoplàsic. Una de les més importants és la dels dolors artròsics. Les diferents formes clíniques d'artrosi són molt comunes i en alguns casos el dolor que ocasionan són tan greus i persistents que tenen les mateixes característiques que el dolor dels malalts terminals. De totes maneres li explicaré una experiencia que vaig viure no fa molt temps. Es tractava d'una senyora de alt nivell socieconómic que tenia un procés artròsic greu bilateral de genoll però que, per una altra circumstància, no podia sotmetre's a una operació que era indicada. Aquesta senyora em va dir que tenia una amiga seva de 84 anys a Irlanda i que des de feia set anys, per un procés anàleg estava rebent un medicament que li permetia moure's, viatjar i desenvolupar una activitat quasi normal. Em va ensenyar la recepta i es tractava de tartrato de morfina 10 mg en injectables. Li vaig dir que no tenia cap inconvenient en tractar-la d'igual manera, subjectant-me a les disposicions legals. Hi ha, a més, molts altres casos de dolor intractable crònic, com algunes neuràlgies del trigemin, fins i tot algunes cefalees, etc. A la pràctica hi ha molts casos de dolor intractable que requereixen l'ús d'opiacis. Però el grup de les artrosis és potser el més freqüent.

Prof. Francisco García-Valdecasas

–Voldria fer-li una pregunta. Si un malalt té un dolor intens intractable per altres mitjans diferents dels opiacis, per exemple, un artròsic, està clar que aquest malalt necessita tractament opiaci igual que un diabètic necessita la insulina. En passar l'efecte de l'opiaci torna el dolor com en passar l'efecte de la insulina torna a pujar la glucèmia. Un cop provada la seva eficàcia per mitigar el dolor el buscarà amb ànsia, àdhuc compulsivament, per alleujar-se'n. Pot considerar-se aquest malalt com un drogaaddicte?

Dr. Carles de Barutell

–Naturalment, en aquest cas que vostè indica, és una necessitat de tractament. Recordo, en un llibre recent, que per aquest tipus d'addicció es proposa el nom de pseudoaddicció.

Prof. Margarita Puig, catedràtic de Farmacologia

–Existeix una teoria molt antiga que diu que la morfina actua de manera diferent en el cas del dolor. Aquesta teoria ha estat explicada recentment en el sentit que en el cas del dolor els mecanismes sensitius estarien activats o alterats i això explicaria que en el cas de síndromes doloroses no es produís dependència.

Dr. Carles de Barutell

–Ja he exposat el poc freqüent que és la producció d'addicció com a conseqüència d'un tractament antiàlgic ocasional.

DROGUES LEGALES I IL·LEGALS. ALTERACIONS DE LA CONDUCTA SOTA ELS EFECTES DE L'ALCOHOL. ALTERACIONS DE LA CONDUCTA SOTA ELS OPIACIS

Francesc Freixa

LES DROGUES LEGALS I/O IL.LEGALS. NECESSITAT D'UNA RECONSIDERACIÓ.

És obligat avaluar la conflictiva situació de les drogues en la societat de finals del segle XX tenint sempre en compte tres aspectes bàsics: el subjecte o persona, el medi i la substància. Fins i tot, la col·locació en aquest ordre és discutible, ja que l'home neix en un medi modificat pel propi home i aquesta situació pot ser clau per a la interpretació i coneixement del fenomen droga[1].

La droga és abans que tot una substància química que ha de tenir unes qualitats bioquímiques particulars. Ha de poder establir una relació química que substancialment sigui compatible amb la supervivència del consumidor, ja que, si una substància no té aquestes característiques, l'establiment d'un tipus de relació biològica que podem anomenar drogodependència és impossible[2]. Exagerant, podem dir que no poden existir addictes al cianur potàssic. Per altra banda, la relació bioquímica ha de ser d'una natura, després o abans de les modificacions biometabòliques de la transformació de la substància (metabolisme o catabolisme) el destí final dels efectes ha de ser el sistema nerviós central (SNC). En la majoria de substàncies la natura d'aquests efectes determina el seu risc de dependència-addicció, però en moltes ocasions, com en el cas dels opiacis, també cal avaluar el concepte de risc-benefici. No podem oblidar que, si bé moltes substàncies amb aquestes característiques són bioquímicament del tot xenobiòtiques, és a dir, substàncies bioquímicament estranyes a la natura bioquímica del cos humà, no passa el mateix amb el opiacis, ja que les encefalines o opiodes tenen una semblança sorprenent amb el nucli químic bàsic tant dels mòrfics naturals, com dels semisintètics (diacetil-morfina), dels sintètics i fins i tot determinades estructures del SNC tenen llocs específics per col.locar-hi aquestes molècules i existeixen des de fa uns anys, per tant antagonistes que poden evitar tots els riscs d'una sobredosi en una situació controlada clínicament[3].

Substàncies tranquil·litzants, amb les característiques de les benzodiacepines –estructura biomolecular de molts ansiolítics– tenen igualment aquesta característica agonista-antagonista i també un dels seus problemes dins del marc risc-benefici és un potencial de dependència-addicció[4,5].

Curiosament l'alcohol etílic o vínic, també anomenat esperit de vi, té com a característica l'absència d'una activitat biològica agonista-antagonista i, sorpre-

nentment, existeix un enzim sempre disponible –dins d'uns límits– per destruir tot l'alcohol etílic que ingerim contingut en les begudes alcohòliques de qualsevol natura i fins i tot, un altre enzim, l'acetildeshidrogenasa, que destrueix una molècula resultat del catabolisme de l'alcohol etílic o enol, l'acetaldehid, substància tòxica molt potent sempre present com a resultat del consum de begudes alcohòliques[6].

La qüestió clau, en totes les substàncies que anomenem drogues i que tenen unes característiques bioquímiques, no només manifestes en la natura humana, sinó també demostrables en l'experimentació animal, és com s'estableix la relació amb l'usuari[7,8].

El fenomen de la vinculació d'un ésser a una substància química que no és imprescindible per a la supervivència, que no significa una aportació energètica, ni és imprescindible per a la complexa activitat biològica reproductiva, es dóna també en mamífers molt allunyats de l'escala filogenètica humana. Els conills d'índies, els gats, els gossos, però especialment els antropoides superiors, són capaços de replicar els aspectes més significatius dels models de la dependència-addicció humana. La gran diferència se situa, no en les formes finalment autodestructives i de conductes de grup o socials incompatibles amb la convivència i/o reproducció i en la transmissió de normes d'aprenentatge pels cadells, iguals o semblants a les humanes, sinó en l'estructura de conducta que ens veiem obligats a establir per aconseguir que un mamífer, fins i tot el ximpazé, macacos, etc. esdevingui dependent-addicte.

Establir una relació d'autoadministració en l'animal, sigui d'opiacis, d'alcohol, cocaïna, tatrahidrocannabiol (THC) o tabac, fins i tot si s'ha criat en captivitat, és moltes vegades una tasca molt més difícil del que sembla. Si l'animal es troba en condicions de semi-llibertat, gràcies a les complexes possibilitats de la minimització electrònica dels aparells, etc., encara hem de forçar més -d'una manera inimaginable- els reflexos condicionats i els aprenentatges complexos de l'animal per reeixir en respostes del model dependència-addicció. De fet, hem de junyir-lo durant un temps per modificar tots els seus condicionaments i aprenentatges. D'alguna manera la relació amb droga no s'estableix en el medi ecològic o, segons molts investigadors, en el medi social en el qual es desenvolupa l'animal, sinó que hem de crear -fins i tot en les experiències més complexes- una situació de relació forçada o d'engany, per tal que l'animal finalment, sigui un dependent-addicte i s'autoadministri opiacis, alcohol o cocaïna, per exemple[3,9].

Per tant, el risc de drogodependència en l'animal cal relacionar-lo molt seriosament en el medi dintre del qual l'hem obligat a iniciar els seus contactes, amb la substància, la configuració de la situació d'autoadministració: un mico lligat a una cadira esdevindrà addicte als opiacis amb relativa facilitat –si prèviament li hem administrat dosi de risc pel seu pes– i premerà repetidament el botó. Si li donem alcohol també aconseguirem el mateix resultat; recordem que malgrat les diferències, opiacis i alcohol són depressors del SNC. Però si en aquestes mateixes condicions intentem l'autoadministració de cocaïna-amfetamines, els resultats són decebedors. Contràriament, si el tenim en unes certes condicions de semi-llibertat, controlada, i pot escollir, deixarà d'autoadministrar-se depressors, sense dubtar, la cocaïna serà la seva elecció preferent.

Cal, doncs, insistir que el fenomen

drogaaddicció pot donar-se i estudiar-se en el món dels animals de laboratori convencionals, sempre prescindint d'un inici, que en espècie humana qualifiquem d'espontani (?) i que en l'animal hem de considerar com a resultat d'una exposició gràcies a violar les seves condicions ecològiques d'aprenentatge, supervivència i reproducció.

Per això, donat l'estat actual dels nostres coneixements, en l'estudi previ a la comercialització d'un fàrmac, si aquest presenta en l'animal unes manifestacions especials d'activitat sobre el SNC (gratificació enfront del dolor, desassossec o neguit, alteració dels hàbits alimenticis o reproductius, etc.) són obligades les proves o assaigs de dependència-addicció en l'animal. També s'ha d'evaluar un aspecte poc estudiat - abans de 1957, cal recordar el fenomen de la talidomida- però evident en les begudes alcohòliques (síndrome alcohòlic fetal o SAF) i alguns tranquil.litzants: el risc de malformacions fetals o embriofetopaties. Són assaigs obligats en la majoria de fàrmacs que tinguin una especial activitat sobre el SNC i/o sobre altres teixits[10,11].

Molts dels conflictes, des de principis del segle XIX associats a l'abordatge científico-natural de les substàncies amb un risc potencial de modificar els comportaments humans, són conseqüència d'una realitat històrica d'una amplitud i abast poc analitzat correntment. La màgia, la religió, la medicina, la diversió-recreació, la malaltia, el vici i la bogeria, no havien estat mai assignades als éssers humans com a categories socials netament diferenciades[12,13]. Ni la cultura grega, ni la romana, ni la judeo-cristiana en els seus orígens havien tingut necessitat inexorable de intentar mantenir els conceptes delimitats i precisos. Per als membres d'una societat industrialitzada i més per a aquelles cultures que de prop o de més lluny tenen una relació amb les arrels greco-llatines, siguin de l'Europa del Sud, de l'àrea germànico-eslava o anglosaxona, le medicina i la farmacoteràpia són una cosa, la diversió o recreació una altra i tota l'estructura de les actituds màgico-religioses, una tercera. Però, malgrat tot, la sòcio-cultura, l'antropologia i la sociologia més tecnològica, ens adverteixen, en un abordatge històric elemental, que les diferències entre màgia, medicina i religió no han estat, en un llarg període de la història humana, clares i fins i tot no ho són, per determinades situacions sòcio-culturals, a finals del segle XX.

La història de la medicina és paral·lela a la de la màgia, l'encanteri, el filtre guaridor durant el segle XIX a Europa i als incipients Estats Units, Canadà i Austràlia. Els immigrats d'origen europeu, com a l'Amèrica Llatina[14,15], tenien un abordatge terapèutic que si bé emprava opi, l'alcohol, el cànem (ara anomenat marihuana) i la coca (primer en fulles i després cocaïna) ho feien des de la percepció i expectativa per part dels malalts i familiars, que els bruixots, els metges-sacerdots o els encantadors ho havien fet a l'Època Clàssica i en l'Edat Mitjana, recordi's la *Triaca Magna*[16,17]. Certament, els metges, fins i tot aquells que tenien el convenciment i els coneixements per atribuir les malalties a causes biològiques, fossin microbianes o imputables a altres factors químics o físics, donat que l'exploració i la diagnosi era –més que avui encara– una *arts medica* i una esperança de futur, continuaven fent prescripcions de substàncies que en realitat eren encara emprades en el concepte clàssic de panacees. Tots els fàrmacs que tenien una activitat real i objectiva en disminuir el patiment tenien substàncies que d'alguna manera ac-

tuaven sobre el SNC. L'alcohol[18], l'opi[19,20] i la coca[21] actuaven positivament en tota classe de mals, si no hi havia una epidèmia o l'afectat, sortosament, no tenia una malaltia greu, la recuperació del subjecte s'atribuïa al fàrmac, però com diuen els clàssics: la natura seguia el seu curs, malgrat el metge i l'apotecari, i el malalt recuperava la salut.

A mitjan del segle XIX, els progressos de la química varen permetre identificar, amb millor sort que els alquimistes àrabs i cristians (en el descobriment de *aquae vitae*, l'esperit de vi o Dionisíac-Bàcquic[22], també present en la cervesa[23]), l'essència activa dels fàrmacs; però, malgrat la Il·lustració, al principi actiu de l'opi va anomenar-se morfina i en realitat la distinció entre la necessitat terapèutica i el ús recreatiu era molt difícil[24,25].

Als països de cultura anglosaxona, l'alcohol va perdre ràpidament la idea força conceptual de fàrmac que encara no ha perdut a l'Europa del Sud[26-29].

En aquesta situació, altres factors culturals varen modificar la percepció en les classes socials benestants dels països industrialitzats, en un primer moment Anglaterra i França, sobre les substàncies químiques actives sobre el SNC conceptualitzades com a drogues i, malgrat no existir en principi cap control, són evidents les conseqüències sòcio-patològiques del seu ús[30] per un nombre determinat d'usuaris[31,32].

COM ES RELACIONA UN CIUTADÀ AMB LES DROGUES ?

Si intentem analitzar com i de quina manera un ciutadà estableix la seva relació amb una substància química, que té com a característica modificar o alterar d'alguna manera el SNC contínuament se'ns diu –des del punt de vista del Dret– que l'ús d'aquesta substància és en principi, expressió de la llibertat individual[33]. Aquest abordatge, a vegades dissortadament, també és el punt de vista d'alguns metges que no tenen una visió àmplia de la seva professió i de les repercussions socials de determinades conductes i comportaments mèdics. El punt important d'aquesta opinió és que intentar controlar l'ús de la substància o castigar la prescripció indeguda o l'ús inadequat és una intromissió en els principis polítics de la llibertat individual[34].

Aquesta conceptualització pressuposa la hipòtesi ideològica del delicte sense víctima, ja que en últim terme se suposa que l'ús individual és assumir un risc personal. Però, encara que en aquest moment no sigui el que determinades persones voldrien sentir, aplicar aquesta idea a la drogodependència és, en molts casos, insostenible i negar l'evidència. Hem de considerar tres aspectes:

A) Si la substància química que altera el SNC ho fa de manera que no modifica els aprenentatges substancials de la socialització, i per tant en el seu sentit més ampli, la convivència social no s'altera ja que el subjecte usuari està jugant amb la probabilitat de modificar i de canviar profundament la seva salut personal –negativament per a la seva supervivència o qualitat de vida– i aquesta és una opció de les seves pròpies capacitats, dintre dels marges de la llibertat, en el sentit polític; si aquest és el cas, hem de tenir un tipus de relació amb la substància que podríem exemplificar en el tabac. L'ús del tabac, fonamentalment si és mastegat, compleix completament aquest principi de risc personal. Fins aproximadament la dècada dels anys trenta també es pensava el mateix

del tabac fumat. Però des de la dècada dels cinquanta va començar-se a sospitar allò que posteriorment seria una evidència en Epidemiologia i Salut Pública: el fumador passiu, que ha modificat substancialment els conceptes que es tenien sobre el risc de fumar tabac com una expressió exclusiva d'una conducta personal en els seus aspectes negatius. Malgrat tot, el tabac és una substància que, generant una potent dependència-addicció, no modifica les conductes de convivència, relació social del subjecte/usuari[35].

Però cal tenir en compte una sèrie d'aspectes que en aquests moments es troben en discussió per tots els experts en Economia de la Salut Pública. La probabilitat estadística d'un usuari de tabac de patir determinades malalties és innegable i l'usuari coneix tots els riscs que l'ús del tabac comporta. Les malalties pulmonars obstructives cròniques, les neoplàsies pulmonars i la cocausalitat en tots els processos coronaris, és evident. Per altra part, tots aquests processos patològics han de ser atesos, almenys en els països de l'Europa Comunitària, en sistemes de salut o atenció sanitària, finançats per tots els ciutadans. En quina mesura la responsabilitat personal de ser fumador pot contribuir al desequilibri econòmic dels sistemes d'atenció sanitària? S'ha pensat en la considerable despesa econòmica que representen les baixes repetides en l'activitat professional o laboral i finalment la incapacitat de les persones afectades d'una malaltia pulmonar obstructiva crònica? En quina mesura els tractaments purament pal·liatius, de fet, per aconseguir una qualitat de vida mitjanament suportable són una despesa evitable per al sistema? La despesa en prevenció no seria més útil?

Totes les consideracions anteriors podem o no compartir-les, però el que sí és cert és que aquesta substància, malgrat ser de les més publicitades, encara que sigui indirectament, és l'única, almenys en l'Europa del Sud, en què tots els usuaris tenen l'evidència de l'alta probabilitat de risc per a la salut que el seu ús significa. Les advertències: *les autoritats sanitàries adverteixen: Fumar perjudica seriosament la salut*; o *Fumar provoca malalties cardiovasculars* en són un bon exemple.

Totes aquestes advertències, però, no han fet que la població que ja n'era usuària, fonamentalment adulta, abandoni l'ús del tabac, ni que el personal sanitari[36] adquireixi a l'Europa del Sud el paper d'agent positiu de salut que li correspon, com ha passat a Escandinàvia, Gran Bretanya, Canadà o Estats Units. Aquesta realitat és característica de les substàncies químiques que són drogues. L'evidència dels seus efectes negatius no és dissuasòria del seu ús per a un nombre molt elevat, en aquest cas de fumadors. L'existència d'usuaris adults comporta, necessàriament, la continuïtat de l'ús en la població infanto-juvenil. Malgrat el fet que no es persegueix l'ús del tabac i només es prohibeix en condicions molt determinades, s'ha aconseguit, segons les dades de l'*Instituto Nacional de Estadística* en la seva *Encuesta Continua del Gasto Familiar* iniciar un discret descens en la inversió familiar en la despesa per tabac, cosa que encara no ha estat possible amb les begudes alcohòliques, ni en l'àmbit familiar, si tenim en compte que la despesa en aquest capítol ha augmentat i, per tant, el consum global d'alcohol absolut[37].

B) Un altre aspecte a assenyalar és que, quan una droga legal afecta la salut i la conducta, no s'ha pretès mai controlar la substància, excepte

en aquells aspectes que es refereixen als principis de qualitat i seguretat. Es tracta de assegurar que no actuarà com un verí d'acció immediata. Aquest seria el cas típic de les begudes alcohòliques, que per ser comercialitzades han de tenir unes garanties; per exemple, els límits d'alcohol metílic en les begudes destil.lades, o l'absència de determinats conservants o colorants en la cervesa o el vi, per evitar el risc d'enverinament.

Les begudes alcohòliques, però, poden alterar profundament el comportament de les persones, fins i tot, sense que aquestes siguin dependents-addictes. L'alcohol etílic, enol o vínic, és capaç de modificar i alterar el SNC d'una manera aguda, i també pot canviar profundament l'estructura de determinats teixits en l'usuari, com succeeix en algunes pancreatitis, hepatopaties, polineuritis, etc. i també pot, fins i tot, afectar els teixits del embrió i del fetus (síndrome alcohòlico fetal o SAF)[11,38].

Podríem encetar una discussió sobre fins a quin punt una dona embarassada, fumadora o bevedora, és responsable de la salut del seu fetus i, per tant, no poder sostenir que l'ús de substàncies addictives és un delicte sense víctima. Però no només aquesta particular circumstància fa que l'usuari de substàncies capaces d'alterar profundament el SNC pugui perjudicar altres persones.

Recentment una família, amb esposa i dos fills, va tenir la dissort de la mort instantània del pare de família i d'un dels fills. L'esposa continuava ingressada en estat greu i l'altre fill encara estava en tractament per greus lesions posttraumàtiques (abril, 1994). Hem de recordar que el presumible autor d'aquests fets havia defensat l'ús individual i personal de les drogues plantejant aquesta qüestió des del punt de vista de la llibertat individual i/o política.

L'elevada exposició a les drogues, en especial si aquestes són legals –són les que afecten més a la població en general– fa difícil d'acceptar que es tracta d'una opció i d'un risc exclusivament personal.

En el cas d'accidentabilitat en el treball, ens trobem enfront dels mateixos riscs que no només afecten l'usuari, sinó també els companys de treball[39,40].

C) Per altra part, si les repercussions del consum individual de drogues poden afectar altres ciutadans, segons el punt de vista de l'observador, aquest fenomen pot ser analitzat, per exemple, com un problema d'accidentabilitat de carretera, de treball, i en altres dels seus efectes, com un fenomen epidemiològic i de Salut Pública. No podem oblidar que, abans o després, i com a conseqüència, s'afecta el medi familiar i d'una manera no comparable a les altres malalties dites orgàniques o somàtiques. Per exemple, un usuari de begudes alcohòliques, que son les drogues amb més gran risc associat més freqüentment consumides a l'Europa del Sud, pot, com a paradoxa, tenir una vida social aparentment adaptada, però pot generar víctimes en el seu propi entorn familiar, com ho fan la majoria d'addictes a altres drogues. Diferents estudis[41,42] sobre l'efecte de les conductes alcohòliques sobre el fracàs escolar, sobre conductes anormals en l'infant com l'encopresi o l'enuresi, l'onicofàgia o la tricofilia, en són exemples evidents i també el fet estadístic que els joves addictes politoxicòmans (abans dits heroïnò-

mans) tenen en una elevada proporció un pare o una mare amb problemes d'alcohol greus, que en el nostre centre arriba al 25-39% dels pares-mares segons l'any estudiat, proporció que no existeix en altres patologies conductuals.

Generalment, les víctimes, en el cas de l'alcohol, ho són moltes vegades i durant un llarg període de temps, amb desconeixement del propi afectat i del seu entorn. Un pare o una mare amb conflictes relacionats amb l'ús de l'alcohol, poden alterar greument la dinàmica familiar, l'educació i la formació dels seus fills[43] sense que, en ambdós casos, en siguin plenament conscients. L'avantatge de la condició de legalitat és l'absència d'alarma social immediata, sense que això eviti el sofriment humà inherent a la natura del conflicte, i normalment aquest no és identificat fins que existeix una autèntica sòcio-patologia intrafamiliar, que a voltes, per motivacions sòcio-culturals, quedarà enclaustrada durant llarg temps, dintre de l'estricte àmbit familiar amb tots els sofriments humans que això significa[44]. A més la sòcio-cultura[45] farà que la família i el malalt ocultin el seu sofriment, donant-se així la paradoxa que la drogodependència amb més incidència -prevalença epidemiològica[35] és la més ignorada i oculta.

Per altra part, hem de considerar, com en el cas de les drogues il·legals, el valor de les begudes alcohòliques com a mercaderia, no només en l'àmbit de l'Europa del Sud, sinó a nivell transnacional, que és tant o més important que el valor econòmic que sistemàticament els mitjans de comunicació atribueixen a les drogues. L'estudi de Cavagh y Clairmonte[46] demostra l'evidència del poder econòmic, i per tant polític, de les empreses alcoholeres i el seu domini sobre determinats mitjans de comunicació social, creadors d'opinió pública. Aquestes realitats expliquen com és possible que s'intenti una operació d'atribuir beneficis a les begudes alcohòliques, no al fàrmac alcohol etílic o vínic, i en canvi no hagi tingut cap ressò a la premsa del nostre país, i menys a la televisió, la legislació del Govern dels Estats Units que obliga des de 1991 a l'etiquetatge d'advertència, com el tabac, en totes les begudes alcohòliques. El text diu:

Alcohol Warning Label *

1. *According to the Surgeons General, women should not drinking alcoholic beverages during pregnancy because of the risk of birth defects.*
2. *Consumption of alcoholic beverages impairs your ability to drive a car or operate machinery and may cause other health problems.*

Notícia d'una gran transcendència en una cultura i en un país on es pretén només avaluar criteris de benefici –suposat– de les begudes alcohòliques i mai, ni en la publicitat institucional de l'Institut de la Vinya i del Vi, per exemple, se'ns adverteix del risc d'aquestes begudes, oblidant sistemàticament que no existeix un fàrmac sense aquests dos

* Advertencia

1. D'acord amb las directrius del *Surgeons General*, las donas embarassadas no deurían consumir les begudes alcohòliques degut a las alteracions que poden provocar en els recent nascuts.
2. El consum de begudes alcohòliques disminuex la capacitat per conduir automòbils o manipular maquinaria industrial i, a més, pot ocasionar altres problemes de salut.

aspectes. L'alegria de la promoció ens ha portat al conflicte de la mort per carretera, de la violència als estadis esportius, i a un llarg etcètera atribuïble al seu ús[47].

En el cas dels toxicòmans clàssics, és a dir d'aquells que majoritàriament eren persones iniciades en l'ús d'opiacis o cocaïna per la seva exposició professional o per iatrogènia, malgrat que fins pràcticament la dècada dels anys vint del present segle no varen existir controls severs, el model sòcio-patològic comportava la desorganització de la convivència familiar, el desordre professional i finalment els efectes socials. És a dir, seguien un model de malaltia vergonyant o oculta en molts casos, segons el model del refús social de l'alcoholisme avui. Allbutt, en 1870, i Laher, en 1872, denunciaren el conflicte del morfinisme, especialment des de la introducció de la xeringa de Pravaz el 1864 i malgrat la facilitat en la compra de la substància, en la prescripció i dispensació. Molts professionals de la sanitat, en paraules dels esmentats clínics, arribaven a la ruïna moral i corporal i ens referim al període entre 1864 i 1872[48]. Mira explica àmpliament el morfinisme i evidencia que la facilitat per a l'autoadministració aprofundeix més ràpidament en la necessitat posterior de reeducació[49]. Arzonan[50], en 1909, malgrat recomanar la morfina, també fa una crida d'atenció al greu risc que comporta, però diu: *sembla que amb aquesta medecina* -es refereix a l'heroïna- *l'hàbit s'estableix molt més lentament*. Expressant més el missatge interessat de la indústria farmacèutica que la realitat clínica ja posada en evidéncia, en 1905, per Sollier qui avia senyalat un risc addictiu més elevat que la morfina[48].

Molt abans, el 1883, Ely[51] tractava, en l'*Académie Impériale de Médicine* de París, dels conflictes socials, laborals i familiars dels fumadors d'opi i dels bevedors d'absenta, tenint en compte que les dues substàncies eren de fàcil adquisició.

La inflexió del fenomen queda reflectit en obres literàries de valor divers, que si descriuen els fenòmens adversos de l'ús de les drogues -en moments de mercat pràcticament lliure- serà per alguna cosa real, donada la diversitat ideològica dels literats. En 1890, Pichon[52], en el seu llibre Le Morphinisme, ofereix un panorama de l'evolució del consum de morfina a finals del segle XIX, les seves conseqüències adverses i finalment, malgrat la tolerància i acceptació social del seu ús, relata que era -dintre d'unes determinades classes socials elevades- de bon to, una moda i una diversió mundana injectar-se; però malgrat tot, alguns usuaris finalment confessaven obertament que la morfinomania era el mal del segle. Susini explicarà, anys més tard, com a l'època del tango o feliços vint aquesta moda encara persistia en alguns cercles intel·lectuals i vanguardistes, i a la vegada, tesis doctorals, articles i llibres, donaven a conèixer les patologies mèdico-socials de molts dels usuaris, no clandestins ni marginats, com l'article del Chambart, el 1893[48].

Els llibres "La Droga fatal" de Oliva[53], publicat al 1933, i "Metges o Traficants?" de Riquer, editat al 1937, no sols reflecteixen una determinada vida de la Barcelona dels anys vint als trenta, com tota ficció literària, sinó que constitueix un mirall d'una certa realitat.

Hem d'assenyalar que en les drogues il·legals, des de la dècada dels seixanta al nostre país, ens trobem en un model invertit de la fenomenologia patològica intrafamiliar típica de la dependència-addicció alcohòlica a l'Europa del Sud,

descrita amb anterioritat; existeix una alarma ràpida, a vegades per una simple intoxicació (rèplica l'embriaguesa sòcio-culturalment tolerada i fins i tot promocionada amb les begudes alcohòliques). El més significatiu del fenomen droga, entès com els mitjans de comunicació de masses continuament empren, per millorar la seva audiència, és l'edat dels usuaris; des de pre-adolescents, adolescents i joves, aquests usuaris, molt minoritaris estadísticament, desorganitzen el seu projecte de vida molt abans que els efectes bioquímics de la substància facin tota la seva feina negativa. Wolf[54], en la seva obra "Els efectes socials dels mitjans de comunicació de masses", ens demostra que determinades opinions, si són sostingudes a la vegada persistentment per la premsa, ràdio i televisió, independentment del seu pes social real, es transformen en una veritat per a l'opinió pública.

En parlar de drogues sovint oblidem, amb deformació de la professió mèdica guaridora, que sense una anàlisi el més realista possible de l'oferta-demanda, és a dir, dels aspectes que afecten la comercialització i distribució d'una substància, no són possibles propostes factibles de canvi de la situació actual. No hi ha cap dubte que s'ha de modificar el plus o sobrecàrrega afegida de sociopatologia, que la consideració de mercaderies estancades o il·legals molt controlades incorpora al possible risc neurobioquímic i a les seves conseqüències eventuals de repercussió familiar, laboral-professional i/o socials finals.

Segons el nostre criteri, replantejar-se l'actual legislació internacional sobre algunes drogues –les de les Llistes Úniques– no és una qüestió ideològica-filosòfica sobre unes lleis anomenades incorrectament antinarcòtics –ni la cocaïna i el THC són narcòtics– no és, com hem intentat explicar abans, tampoc i exclusivament, una intromissió en la vida privada. El que hem de considerar és si aquesta legislació en els últims trenta anys, i d'una manera cada vegada més evident, ha demostrat una total inoperància per arribar a aconseguir les finalitats que varen assenyalar-se en la Convenció de Nova York de 1961. El seu disseny i aplicació pràctica genera, a més de no evitar, com hem assenyalat, els efectes tòxics de la substància i les seves conseqüències, com succeeix amb les begudes alcohòliques malgrat la seva legalitat, uns efectes sobreafegits de patologia social i efectes negatius d'estigmatització i marginalitat als usuaris, que en bona part podrien evitar-se amb una producció, distribució i comercialització diferent.

Sense una anàlisi completa i exhaustiva de les economies de consum, i amb especial interès de les d'exportació dels països productors de la matèria prima, sigui el cultiu de la vinya o dels cereals susceptibles de fermentació i ulterior destil·lació, de les fulles de coca, del cascall del cànem o del tabac, etc, seria completament inaplicable una modificació o l'aplicació d'un nou model que fos flexible per a progressives adaptacions a la realitat.

El país líder en les premisses de la repressió i el control, els Estats Units, malgrat els successius augments dels pressupostos del Govern Federal dirigits a evitar l'entrada en el país fonamentalment d'heroïna (també marihuana però menys, ja que existeix producció autòctona) no ha arribat, amb les dades oficials disponibles, a disminuir el percentatge de persones afectades. És a dir, el consum final de drogues il·licites no ha sofert, excepte en situacions locals molt puntuals, una reducció significativa.

La DEA va identificar uns 480.000

consumidors d'heroïna el 1986, xifra amb tendència a l'augment des de 1979[55]. I malgrat el gigantesc esforç del pressupost, el consum global va augmentar de 3,85 Tm de 1981 a 6 Tm, cinc anys després.

Pel que fa a la cocaïna, van detectar-se uns 4.400.000 usuaris el 1979, i malgrat la brutal despesa econòmica feta per al seu control, més de sis milions de nord-americans n'eren consumidors uns deu anys després. Les enquestes varen assenyalar, en un estudi minuciós de Lieber[56] que uns cinc milions de nord-americans la consumien rutinàriament a finals de la dècada dels vuitanta i continua augmentant.

El organisme federal National Narcotic Inteligence Committee, afirma que el 1978 van entrar als Estats Units, 25 Tm, i el 1984, 137 Tm, la qual cosa representa un augment percentual de més del 200%.

Un fet curiós és el de la marihuana (cannabis o cànem). S'ha detectat una veritable reducció del consum, però aquesta no pot atribuir-se a una aplicació més vigorosa de les estructures legals –època Reagan– sinó a les complexitats de determinats fenòmens socials entre els quals destaquen als Estats Units, la pèrdua de prestigi de la marihuana com a droga alteradora ràpida. Tota aquesta reflexió només va dirigida a indicar que amb molts dòlars i una legislació molt severa, l'evidència ens ensenya que l'oferta continua i que com a conseqüència de les lleis, els efectes secundaris d'una política repressiva afecten negativament el distribuïdor i comprador final, petit traficant i/o usuari, sobre el qual cauen els efectes més penosos de la llei[57,58].

Aquest estat de coses afavoreix la corrupció a tots els nivells, el blanqueig de diners, i per tant l'existència de xarxes financeres que finalment fan honorable el comerç de les drogues; aquest és un altre aspecte a sobreafegir a una legislació obsoleta, inútil i que no evita, sinó que augmenta, els efectes adversos que vol controlar.

S'ha de suposar, seguint les lleis generals de l'economia de mercat, que els grups de perseguidors, tal com les agències federals antidroga del Estats Units, a la vegada que els grans distribuïdors, tenen una interdependència econòmica, tal com ara està organitzada la política de control com explicita Michaels[59].

Contràriament a determinades propostes pamfletàries, alguns professionals de la sanitat profundament implicats en la salut pública i en els serveis socials i/o benestar social entès a l'europea, tenim l'absolut convenciment que sense una profunda modificació de la legislació internacional, impossible sense un estudi de les economies dels països productors, i la corresponent aplicació al marc general de la UE i el desenvolupament regional subsegüent, no serà possible que el patiment sobreafegit desaparegui.

Totes les substàncies de risc han de tenir el mateix marc de comercialització i de distribució. Les advertències sobre el risc del tabac s'han d'estendre, com ha fet el Govern dels Estats Units amb les begudes alcohòliques que, diguin el que diguin, maten més joves de 18 a 25 anys que les drogues il·legals.

Al final del drama, als centres tindrem la mateixa clientela, amb altres característiques sòcio-demogràfiques i de modelatge social, i així succeeix actualment amb la legalitat de les begudes alcohòliques; no evitarem les patologies personals, familiars, o laborals-professionals, causades per la toxicitat, ja que la legalitat no evita la patologia social ni mèdica, però modifica substancialment el seu significat i connota-

cions. Per tant, les actituds de l'opinió pública seran expressió de la comprensió enfront d'una malaltia i d'un malalt, no d'un estigma, de la marginació i de la delinqüència.

Hem d'afegir, també, que l'anomenat *Plan Nacional sobre la Droga* des de la seva creació el 1985, que hauria d'haver tingut una visió àmpliament coordinada de salut pública, epidemiologia i serveis socials, sense discriminació entre addictes, ha contribuït àmpliament a l'estigmatització, en reforçar actituds de marginació i en donar a l'imaginari social una contínua magnificació del politoxicòman, qualificant-lo sistemàticament d'heroïnòman i donant un protagonisme als aspectes policials-judicials, que han convertit les drogues il·legals i els drogaaddictes en els enemics públics, no en malalts. S'han oblidat sistemàticament les drogodependències associades al consum de tabac, begudes alcohòliques i fàrmacs, aprofundint innecessàriament el precipici sòcio-cultural entre els addictes de drogues il.legals i legals. S'ha perdut així una oportunitat històrica per aproximar-los tots als beneficis de la consideració de malalts i de malaltia, que finalment sembla que el nou Codi Penal haurà de reconèixer d'una manera molt més ampliada que l'actual.

BIBLIOGRAFIA

1. Freixa F, Sanahuja P, Domènech R, *et al.* Drogodependències-Ciències Socials. Barcelona: INTRESS, 1988.
2. Edwards G, Arif D, *et al.* Nomenclature et classification des problèmes liés à la consommation de drogue et d'alcool: Memorandum OMS. Bull World Health Organ 1982; 60: 499-520.
3. Lipton MA, Di Mascio A, Killam KF. Psicofarmacología. Barcelona: Espaxs, 1982.
4. [Editorial]. New Eng J Med 1979 (6 July 1979).
5. OMS. Usages et abus de benzodiazepines. Bull World Health Organ 1983; 61: 757-769.
6. Goldstein DB. Pharmacology of Alcohol. Oxford: Oxford University Press, 1983.
7. Escoffier-Lambiotte D, *et al.* Ivresse chimique et crise de civilisation. Entretiens Rueil. París: Cahier Sandoz nº 18, 1970.
8. Bernard J, *et al.* Drogue et civilisation. Entretiens Rueil. París: Pergamon Press, 1982.
9. Miller NS. A hypothesis for common neurochemical basis for alcohol and drug disorders. Psychiatr Clin North Am 1993; 16: 105-117.
10. OMS. Evaluación de medicamentos como causa probable o potencial de dependencia. Informe técnico 577. Ginebra: OMS, 1975.
11. Cahuana A, Clarren SK, Freixa F, *et al.* Síndrome alcohólico fetal. Madrid: Fundación Valgrande, 1985.
12. Haggard HW. El médico en la historia. Buenos Aires: Sudamericana, 1943.
13. Font Quer, P. Plantas medicinales - Dioscórides Renovado. Barcelona: Labor, 1976.
14. Pérez Barradas J. Plantas mágicas americanas. Madrid: CSIC, Instituto Bernardino Sahagun, 1957.
15. Sahagun B. Historia general de las cosas de la nueva España. México: Ed. Porrúa, 1956.
16. Gutiérrez Noriega C. El cocaínismo y la alimentación en el Perú. Anales de la Facultad de Medicina de la Universidad de Lima 1947: 31.

17. Benítez F. Los indios de México. México: Era, 1972-76.
18. Fouquet P, *et al.* Le roman de l'alcool. París: Seghers, 1985.
19. Tralles BL. Usus opii salubris et noxius in morborum medela. Bratislava, 1757.
20. Kramer JC. Opium Rampant: medical use, misuse and abuse in Britain and the west in the 17th and 18th Centuries. Br J Addict 1979; 74: 377-389.
21. Naranjo P. El cocaínismo entre los aborígenes de Sudamérica. Revista de la America Indígena 1974; 34: 605.
22. Jeanmaire H. Dionysos: histoire du culte a Bacchus. París: Payot, 1951 [reimpresió 1991).
23. Sournia JC. Histoire de l'alcoolisme. París: Flammarion, 1986.
24. Berridge V. Opiate use in England 1800-1926. Ann NY Acad Sci 1982; 398: 1-11.
25. Yates AJ. The natural history of heroin addiction. En: Worburton DM, editor. Addiction controversy. Londres: Handwood Academic Publishers, 1990.
26. Brau JL. Histoire de la drogue. París: C Tchou, 1968.
27. Lichine A. Encyclopédie des vins et des alcools. París: R Laffont, 1985.
28. Dion J. Histoire de la vigne et du vin en France des origines au XIXè siècle. París: Flammarion, 1977.
29. Domenech G. Eloge de l'ivresse. París: Albin Michel, 1991.
30. Gregory RL. The chinese drug scene. Part I: History Drug Forum. Londres: Baywood, 1977-78.
31. Courtwright DT. Dark paradise - opiate addiction in America before 1940. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1982.
32. Laloy L. Le livre de la fumée. París: Dorbon, 1913.
33. Freixa F, Sánchez-Concheiro MT. ¿Camino sin salida? El drogodependiente frente al sistema jurídico-penal y sanitario. Barcelona: Icaria, 1989.
34. Trebach AS. The heroin solution. New-Haven: Yale University Press, 1982.
35. Piédrola Gil, Salleras L, *et al.* Medicina preventiva y salud pública. Barcelona: Salvat, 1988.
36. Freixa F. Mentalidad de usuario en los médicos y enseñantes, un factor de fracaso en el tratamiento y prevención de las drogodependencias. En: Libro de actas XVI Jornadas Socidrogalcohol (Valladolid, 3-5 noviembre 1989). Valladolid: Socidrogalcohol, 1990.
37. Rooney JR. Cambios en las pautas de consumo de alcohol y efectos de las enfermedades alcohólicas en la sociedad española. Revista Española de Drogodependencias 1991; 13: 223-232.
38. Freixa F. Bebidas alcohólicas, tabaco y cáncer. Adicciones 1990; 2: 129-141.
39. Freixa F. Problemática sociosanitaria del consumo de drogas en el medio laboral. Revista Española de Drogodependencias 1991; 16: 257-275.
40. Gerencia Seguretat Vial. Accidents de trànsit a Catalunya. Barcelona: Departament de Governació, Generalitat de Catalunya, 1989.
41. Alarcón C. Trastornos de comportamiento en niños hijos de padre alcohólico. Tesina. Barcelona: Escuela Profesional de Psicología Clínica, Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona, 1979.
42. Alba Chica J. Anomalías de personalidad del niño determinadas por el alcoholismo paterno. Tesis doctoral. Barcelona: Departamento de Psicología, Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación, Universidad de Barcelona, 1979.
43. Rof-Carballo. Mecanismos intrafamiliares de sufrimiento. En: Mayor Zaragoza F, Freixa F, editores. Nueva asesoría familiar. Madrid: Karpos, 1982.
44. Vaillant G. The natural history of alcoholism. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1983.
45. Freixa F. Evolució i situació de l'alcoholisme a Catalunya. Butlletí de la Societat Catana de Medicina Familiar i Comunitaria 1992; 43: 8-19.

46. Cavanagh J, Clairmonte FF. Alcoholic beverages dimensions of corporate power. Londres: Crom-Helm, 1985.
47. Royo J, *et al.* Drogodependències; experiències d'intervenció a Catalunya. Barcelona: Diputació de Barcelona, 1988.
48. Varenne G. L'abus des drogues. Bruselas: Dessart, 1979.
49. Mira E. Psiquiatría. Vol 2. Buenos Aires: Ateneo, 1954; 212.
50. Arzonan X. Manual de terapéutica. Vol 2. Barcelona: Espasa, 1909; 348.
51. Ely D. Chronique médicale de l'année 1863. París: Masson, 1864.
52. Pichon G. Le Morphinisme. París: Dion, 1890.
53. Oliva F. La droga fatal (cocainómanos) reportaje a lo vivo. Barcelona: Ed. Adán y Eva, 1933.
54. Wolf M. Els efectes socials dels mitjans de comunicació de masses. Barcelona: Pórtic, 1992.
55. Presidential Comission of Organized Crime: America's habit Drug Abuse, Drug Trafficking and Organized Crime. Washington, DC; 3-3-1986.
56. Lieber J. Coping with cocaine. The Atlantic Mont 1986; 257: 42.
57. Hamovy, R. Dealing with drugs consequences of government. Pacific Research Ints. Public Policy Control. San Francisco, 1990 (Madrid: Unión Ed, 1991).
58. Zinberg NE. On cannabis and health. Journal of Psychodelic Drugs 1979; 11: 135-144.
59. Michaels RJ. Dealing with Drugs. San Francisco, 1990.

DISCUSSIÓ DE LA PONÈNCIA DEL DR. FRANCESC FREIXA

Magistrada Elena Carasol

–Des del punt de vista mèdic, jo exposaria la pregunta de si el drogaaddicte és un malalt.

Prof. Francisco García-Valdecasas

–Vol que fem una enquesta als membres de la taula?

Magistrada Elena Carasol

–Sí, perquè aquesta pregunta em sembla fonamental.

Prof. Francisco García-Valdecasas

–Jo estic convençut que el drogaaddicte és un malalt. Potser se n'ha fet ell mateix de malalt o ja tenia unes condicions metabòliques que l'inclinaven a ser-ho. Però, un cop habituat a l'ús i convertit en dependent, en addicte, el drograaddicte és un malalt que necessita la droga com la seva medecina. Què en pensa el Dr. Broggi?

Dr. Moisès Broggi

–Exactament el mateix.

Prof. Francisco García-Valdecasas

–I el Dr. Megías, què en pensa?

Dr. Eusebio Megías

–També penso que és un malalt, però també alguna cosa més que un malalt.

En el mateix sentit que el Dr. Megías s'expressen, també, el Dr. Freixa i el Dr. Barutell.

Magistrada Elena Carasol

–Les conseqüències dels seus actes, són les conseqüències de la seva malaltia? La malaltia és tal que anul.la la seva voluntat?

Prof. Francisco García-Valdecasas

–En els moments que sent la necessitat, indubtablement que anul.la la seva voluntat i raciocini, fins el punt d'induir-lo a "injectar-se" droga que sap adulterada i, naturalment, a delinquir per aconseguir els diners necessaris per adquirir la droga. Es troba en estat de necessitat.

Magistrada Elena Carasol

–Voldria repetir la pregunta, perquè tant el meu company, el Sr. Viejo, com jo, que som magistrats, ens hem plantejat el dubte de delinqüent-malalt. El Dr. Freixa ha plantejat la seva discussió des del punt de vista exclusivament de malalt. Potser nosaltres el veiem des del punt de vista exclusivament de delinqüent. Nosaltres com a magistrats necessitem tenir una idea clara al respecte.

Prof. Francisco García-Valdecasas

–Potser jo pugui aclarir el concepte que és quelcom més que un malalt. El drogaaddicte, volem dir, és un malalt que pot guarir-se si hi posa la seva voluntat. Però cal oferir-li aquest guariment, amb atenció mèdica i amb secret professional. La presó no és un mitjà de guariment.

Dr. Francesc Freixa

–Parlant amb el llenguatge que parlen vostès, els juristes, jo li diria que un drogaaddicte o un alcohòlic és una persona que quan deixa d'estar intoxicat, si els efectes són negatius per la supressió de la droga, és quan té les seves facultats volitives i intel.lectives anul.lades i, per tant, la responsabilitat o imputabilitat està seriosament disminuïda. Moltes vegades la imputabilitat o responsabili-

tat depèn més aviat de les condicions socials adverses que de la voluntat del subjecte. Per exemple, veiem alguns casos en què un noi o una noia violenten una farmàcia i s'emporten només la droga i no assalten ni la caixa que està plena de diners. Doncs si aquest noi obtingués la substància per prescripció mèdica, no assaltaria ni cometria cap acte delictiu. Em sembla que això és molt alliçonador.

Magistrada Elena Carasol

–Entenc molt bé la seva manera de pensar i la comparteixo.

Prof. Francisco García-Valdecasas

–Una pregunta que em faig moltes vegades és què passaria si en el cas dels fumadors que no solament es fan mal a ells mateixos sinó que el fan a qui els envolta, com ens ha explicat el Dr. Freixa, o en el cas dels alcohòlics, amb els seus maltractaments familiars i els accidents de carretera que provoquen, què passaria, repeteixo, si per evitar aquests mals decidíssim criminalitzar el tabac i l'alcohol i subjectar-los a una política com la que s'aplica a les drogues il.legals. Crec sincerament que el dany seria encara més gran, malgrat que ja és molt greu el que ara produeixen. És a dir, que ningú dubti que les accions de les drogues causen danys, però el remei per corregir-los que s'aplica en l'actualitat, la criminalització, engendra altres danys que, a la meva manera de veure, encara són pitjors. Per això, en el meu plantejament inicial deia que era molt interessant discernir clarament quin era el dany produït per l'ús de la droga i quin era el dany produït per la política de restricció actual.

CONDUCTA SOCIAL DELS DROGAADDICTES. CAUSES DEL COMPORTAMENT DELICTIU. ES RESPECTEN ELS DRETS HUMANS?

María Teresa Salgado

ELS DROGODEPENDENTS... DELINQÜENTS? MALALTS?

La meva aportació al col·loqui organitzat per la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya s'ha de basar en la meva experiència personal al llarg de més de trenta anys de dedicació al món marginat.

Els meus primers contactes amb l'inframón de les grans ciutats van ser durant els meus estudis de Sociologia a la Sorbona. Per això, els meus records directes amb el món de la marginació social es remunten a l'època en què treballava en l'estudi de la prostitució en el Pigalle nocturn. La droga era ja un factor important en aquell dolorós comerç humà. Feien pena aquelles pobres adolescents –algunes menors d'edat i no poques espanyoles entre elles– sotmeses per una màfia despiatada a un tracte d'explotació com si fossin un bestiar de fira, al qual s'havia de treure el major profit econòmic possible. Els explotadors utilitzaven sàviament tota classe de drogues, ja fos per asserenar-les, ja fos per excitar-les o per dormir-les... però al mateix temps, tenien cura de conservar els seus cossos joves, plens de vida, atractius. Trista experiència la de qui contempla impotent sense poder fer res per solucionar una situació tan deplorable!

Puc afirmar, malgrat tot, que aquestes pobres noies, cuidades per metges i ben controlades en la dosificació de les drogues que rebien, estaven infinitament millor que aquelles altres que feien el carrer, per exemple, en Rue Amsterdam. Per aquell carrer jo havia de passar diàriament. Eren noies també joves, però envellides en l'ofici, depauperades, d'aspecte molt diferent d'aquelles altres ateses de les nits de Pigalle.

Per què porto a col·lació aquest record? Perquè aquest exemple manifesta que les drogues, quan s'administren per persones competents –encara que sigui amb finalitats tan perverses com és el cas a què m'he referit– no maten ni deterioren per elles mateixes a les persones, almenys no tant com el consum indiscriminat de les drogues adulterades del mercat negre del carrer, adquirides de necessitat per la manca de mitjans econòmics per aconseguir-les amb la puresa adient.

Després dels meus estudis a París, em van encarregar la direcció d'una guarderia de beneficència en un barri bastant marginat, encara que no excèntric de Madrid. La població infantil sobrepassava les dues centenes i, en ocasions, fins i tot arribava a dues-centes cinquanta. Gairebé tots provenien de famílies de nivell econòmic molt baix i situacions extremes: mares prostitutes, pares i també mares delinqüents habituals, moltes vegades a la presó, unions sense cap legalitat, explotació del nen en la mendicitat, etc. En aquesta guarderia vaig treballar durant uns vint anys (fins l'any 1987).

Des de 1988 fins ara, la meva tasca

s'ha dedicat únicament i exclusiva a l'atenció dels drogodependents en un barri pobre i extrem de la mateixa ciutat de Madrid. És un barri molt castigat per la venda de droga. D'aquest contacte amb els drogaaddictes n'he tret una impressió i una reflexió de les quals m'atreveixo a exposar-los un breu resum.

He de dir també que treballo en una Associació reconeguda d'Utilitat Pública i federada amb altres dues Associacions. Malgrat això no tenim cap subvenció oficial i els nostres recursos es limiten a donatius de particulars. Per tant són mínims i molt insuficients.

Per facilitar l'exposició faré els següents apartats:

a) **Causes que van motivar el consum de drogues**

Al meu entendre, varien molt segons el nivell cultural i econòmic. En el barri on jo he estudiat el problema puc assegurar que el total dels nostres drogodependents (ells i elles) van començar a drogar-se perquè tenien una vida que no els agradava acceptar. Els matisos podrien ser molt diferents i personalitzats. Enumerarem alguns casos que serveixin d'exemples més generals: Haver nascut en barraques on van transcórrer els primers anys de la seva vida, sols i sense defensa; no haver conegut ni el seu pare ni, algunes vegades, la seva mare. Tenir pares alcohòlics que els maltractaven, a ells i a la seva mare. Els fills de mares prostitutes han vist ja als seus tres anys, tot el d'escabrós que més tard els oferirà la vida. Fam, misèria, incultura, abandonament. Tot això són situacions extremes que generen grans desviacions afectives.

Però hi ha una altra causa complementària. En aquests ambients, hi ha gent que es dedica a la venda de drogues de vida còmoda i benestant. Aquests camells fan el seu agost amb aquests joves sense projecte de futur. Els indueixen, els enganyen i encara els regalen la droga fins que els veuen ja enganxats. Llavors sí que se la cobren a punta de navalla o amenaça de pistola. Aquí comença la seva delinqüència, el camí a la presó i a la destrucció de la seva personalitat.

Estic informada que en altres ambients, per exemple, universitaris o de classe alta, el començament de l'addicció té altres característiques, però jo ofereixo la meva experiència personal. Ara bé, he de manifestar que les condicions que descric de pobresa extrema, han anat millorant en els recents anys: aquestes mateixes famílies ja tenen casa on allotjar-se i externament s'han normalitzat una mica. Però la situació interior continua essent la mateixa, perquè el mal ja està fet i, fonamentalment, perquè els camells continuen actuant.

b) **Edat mitjana dels enganxats**

En el nostre barri és d'uns 25 anys (la majoria entre 22 i 30). La mortalitat és més freqüent del que reflecteix la premsa. Hem tingut setmanes en què es van registrar quatre morts. Les causes: SIDA, sobredosi i fins i tot suïcidi tirant-se per una finestra. I nosaltres que vivim aquests casos no veiem la notícia en cap diari.

c) **Posició dels familiars**

Les mares acostumen a reaccionar violentament quan la policia detenen els seus fills. Els motius concrets són indubtables, en general el furt o el robatori. Però elles no comprenen per què no detenen la gent que comercia amb la droga. Elles mateixes l'assenyalen, ja

que tot el món la coneix...però no serveix de res. Això les desespera.

d) **Conducta dels qui poden comprar-se droga**

Fins i tot en un barri tan pobre, també hi ha qui no té problemes per aconseguir-la. Per a nosaltres és una sorpresa quasi diària. Per exemple: el germà que recrimina el drogodependent molt jove i, arribat el moment, s'esbrina que també ell ho és, però, com que té feina i se la pot pagar, passa desapercebut. En general les víctimes són les mares, però el seu exagerat sofriment les porta a unes condicions de depressió i histèria que complica la possibilitat d'ajuda.

e) **Extensió de la drogodependència**

Em refereixo exclusivament al barri on treballo. En aquest barri és, sens dubte, molt extensa, quasi tota afecta a joves sense feina, gairebé sempre petits delinqüents que roben diàriament les mil o dues mil pessetes que necessiten.

Però quan llegeixo les grans quantitats que se'n decomissen, sempre em faig la mateixa pregunta: Tota questa droga serà per als barris extrems com el del meu estudi? Els milions de milions de pessetes que mou la droga procedeixen només dels barris marginats? No hi ha estadístiques, però sembla impossible.

f) **Tracte social que es dóna als droga-addictes**

És la presó el lloc adequat per curar la dependència? De tothom és sabut que no. Què es persegueix, doncs, tancant-los a la presó? Se'ls aparta de la societat. La pròpia societat respon també aïllant-los, fins i tot canviant de vorera en passar, cosa que als drogaaddictes els molesta i els humilia. Se'ls considera irrehabilitables i això no és cert. Per contra, a la presó es corrompeixen encara més en aspectes que ara no vaig a considerar.

És més freqüent del que es publica, casos de nois rehabilitats i reintegrats a la vida normal, que tornen a la presó per culpes menors (en comparació amb la gran corrupció en què vivim) comeses sis o vuit anys abans. Als qui treballem amb tant esforç per rehabilitar-los aquests casos ens fan molt mal.

g) **Què passaria en l'ambient del barri si la droga es despatxés en farmàcia sota secret mèdic a cost legal, que sabem que és molt baix?**

Reconec que és una pregunta molt difícil de respondre per a una sociòloga-religiosa sense coneixements mèdics. Però crec que he d'exposar la meva pròpia experiència viscuda.

Cal viure de prop el problema d'una família on tan sols hi ha un drogodependent: no es pot viure a la casa ni de dia ni de nit, no poden tenir per al seu ús ni el més necessari, com pot ser gas, el sabó o coses de menjar. Tot desapareix per a la compra-venda d'allò que per a ells és més imprescindible: la droga. He vist cases sense aixetes, sense vidres, sense tassa de wàter, sense rajoles... Les mares són moltes vegades d'admirar per la seva fortalesa i resignació. Els pares acostumen a donar-se a l'alcohol i al joc. Amb només un drogaaddicte la casa és un infern. Quan en són més, l'ambient és inenarrable.

El drogaaddicte es deteriora més i més: SIDA, hepatitis, anèmia, tuberculosi i depauperació. Sols s'aconsegueix millorar-los donant-los la droga que necessiten o el tractament amb metadona. Però aconseguir legalment aquest tractament requereix molts papers, una

persona que es responsabilitzi de la seva administració, un carnet per recollir-la, etc. Amb el tractament milloren, però, naturalment, no guareixen. Un dels nostres malalts, quan semblava que anava una mica millor i no demostrava ansietat per la droga, un dia es va injectar no se sap què i l'endemà va morir.

Jo encara estic convençuda que allò que els drogaaddictes necessiten és un metge; un metge en qui puguin confiar. Quan a un jove (no importa el sexe) se li dóna allò que va necessitant, poc a poc millora i, fins i tot, pot arribar a treballar. Però cal tenir en compte que el negoci de la droga és negre i d'ell no se'n lliuren i els camells continuen treballant lliurament.

h) **Com es comporten els drogodependents sota els efectes de la droga?**

Com sempre, em referiré a la meva experiència en el barri on treballo. Ja he dit que quan els drogaaddictes aconsegueixen la droga, el seu comportament es normalitza, milloren i fins i tot tornen a treballar. Però això es refereix a les drogues que fins ara eren les de major ús, la morfina, la metadona o l'heroïna. Però ara, amb el temor de la SIDA, ja tenen por d'injectar-se i recorren a la cocaïna. L'efecte que els produeix és completament diferent. Pel que jo he observat, es tornen més violents, tenen al·lucinacions. He vist a noies jovenetes que agafen un ganivet i amenacen als qui l'envolten, fins i tot als seus pares. Arriba a ser perillós per als familiars agafar la son durant la nit.

i) **Efectes de la rehabilitació**

En tenim més de trenta en fase de rehabilitació. Els resultats són meravellosos. És preciós veure com milloren en un o dos mesos. Alguns estan ja en franca rehabilitació i la seva conducta sembla normal, malgrat que sempre tenim alguna defecció. El que és lamentable és que hi ha pocs centres de rehabilitació. Encara que sigui pagant, no es troba lloc. En el nostre barri sols han aconseguit anar-hi un 20% dels qui ho intenten.

Per estar en rehabilitació necessiten un seguiment les 24 hores del dia. Algunes famílies no poden o no volen fer el seguiment i hi ha addictes que queden sense rehabilitar-se per no tenir qui els faci el seguiment.

j) **Els drets de la dignitat de la persona**

Si s'accepta que els drogaaddictes són malalts (de la qual cosa n'estic convençuda) caldria reconèixer els drets humans que els correspon, principalment l'assistència mèdica amb el secret professional. Però encara que se'ls negui que són malalts, el respecte a la dignitat de la persona mai no se'ls pot negar. I hi són molt sensibles. Citaré el cas del nostre Centre: es van ofendre molt perquè un dia es van presentar uns periodistes amb televisió per fer-los un reportatge. S'hi van negar en rodó, dient que si allò servís per perseguir als camells que ho farien, però que estaven segurs que no serviria de res. I allà estava fins una mare amb quatre fills drogodependents. Per apropar-se a ells cal fer-ho amb esperit d'ajuda.

És tal el punt d'honor de les famílies que entre elles mateixes, que es coneixen i saben o imaginen els seus problemes no en parlen ni en comenten res. Totes les seves desgràcies les guarden per a ells, sense desfogar-se amb ningú. Només parlen amb nosaltres, perquè saben que guardarem la seva intimitat. Per tot això el secret professional del metge i del sociòleg és indispensable.

Els qui estem tan en contacte amb aquests malalts desgraciats, fem vots quan hi ha reunions com aquesta per tal que es progressi en el sentit de les mesures eficaces i puguin ser atesos per metges que els subministrin el seu medicament com a qualsevol dels altres malalts que compren la seva medecina amb recepta a la farmàcia. Moltes gràcies.

DISCUSSIÓ DE LA PONÈNCIA DE LA MADRE MARÍA TERESA SALGADO

Prof. Francisco García-Valdecasas

Lamentablement la Madre María Teresa Salgado no ha pogut desplaçar-se a Barcelona. La seva salut és molt delicada, ja que a part de sobrepassar llargament els setanta anys, la vida sacrificada de treball, sempre al costat dels marginats i els desheretats de la fortuna, ha malmès la seva salut. Tanmateix, la lectura de la seva ponència, que he tingut l'honor de fer davant vostès, els il·lustra de la seva manera de pensar i els dóna una idea, si bé es cert que breu, però clara, de la psicologia i sofriment dels drogaaddictes. Així, doncs, malgrat que ja m'ho temia, no per això ho lamento menys, ja que la Madre María Teresa Salgado hagués pogut informar-los millor que cap altra persona sobre la manera de sentir i sofrir dels drogaaddictes. I és que, com deia el Dr. Freixa, la culpabilitat està condicionada per multitud de circumstàncies socials.

Sembla que la societat actual ha traslladat als drogaaddictes el condicionament que en altres temps dispensava als leprosos. Se'ls fa culpables de la seva malaltia i se'ls tracta amb el major menyspreu. Penso que l'acurat escrit que la Madre María Teresa Salgado ha fet ens farà meditar a tots i enfocarem el problema d'una manera més real. Així doncs, lamentant un cop més que la Madre María Teresa Salgado no hagi pogut il·lustrar-nos personalment, passarem a la següent ponència.

EXPERIÈNCIA SOTA L'ADDICCIÓ PER L'ÚS TERAPÈUTIC. ESTÀ JUSTIFICADA LA RESTRICCIÓ DE LA RECEPTA MÈDICA? ESTUDI I RISC DEL FENOMEN DE L'ADDICCIÓ

Moisès Broggi

SOBRE LA PROBLEMÀTICA DELS ESTUPEFAENTS I LA POLÍTICA DE RESTRICCIÓ

Drogues són totes aquelles substàncies que actuen sobre l'organisme, influint sobre les seves funcions i que poden exercir d'aquesta manera accions guaridores, sempre que s'apliquin de forma adequada, però que també poden tenir una acció nociva quan l'aplicació no és correcta. Nosaltres en aquest estudi ens referirem a les denominades psico-actives, que actuen sobre la ment i modifiquen la forma de sentir i de pensar.

Els investigadors que han estudiat els costums dels pobles més antics, ens informan que tots ells han conegut i usat aquestes drogues d'efectes màgics i terapèutics. Actualment es pot observar també, com en aquelles societats primitives, que pel seu aïllament s'han mantingut apartades i portant una vida semblant a la dels nostres avantpassats més remots, totes elles sense excepció posseeixen, juntament amb una creença en poders sobrenaturals, unes drogues psico-actives que tenen la virtut de posar-los en comunicació amb les seves divinitats. Això ens mostra que l'ús de les drogues és tan antic com la mateixa humanitat.

Aquestes drogues d'efecte màgic són quasi totes d'origen vegetal i les seves diferents actuacions depenen de la naturalesa de la flora autòctona. Per regla general, es tracta de vegetals abundants, fàcilment assequibles i que creixen espontàniament. Totes aquestes substàncies que amb tanta prodigalitat ens ofereix la naturalesa i, ara darrerament, la indústria farmacèutica, tenen sobre el psiquisme efectes diversos, però posseeixen una acció comuna, que és la de produir un estat d'eufòria i de separació del món material.

És natural que aquestes substàncies que produeixen plaer tendeixin a ser emprades immoderadament i a defugir els controls. Moltes posseeixen accions terapèutiques notòries, algunes insubstituïbles, però cal considerar també que, com en tots els medicaments, el seu mal ús determina alteracions somàtiques i funcionals segons la forma com s'apliquin. De tots aquests efectes negatius, el més notori i destacat és el de l'addicció o habituació, comú en totes elles, si bé, en diferent grau i que fa que el consumidor habitual es vegi impulsat, cada vegada més imperiosament, a continuar consumint-la, amb una força superior a la pròpia voluntat, quedant finalment esclavitzat per la droga, amb el natural ressentiment de la seva conducta i comportament social. Aquesta tendència a l'addicció no és igual en totes elles ni en tots els individus.

De totes aquestes substàncies, és, sens dubte, l'opi la més coneguda i tradicional en les nostres latituds. En les tauletes d'argila descobertes a Babilònia d'una antiguitat de varis milers d'anys, ja es parla de l'opi repetides vegades. Els antics egipcis també en fan esment com a analgèsic, antiespasmòdic, antiperistàltic i antitusigen. És natural, doncs, que amb tantes virtuts curatives i sedants figurés com un medicament rellevant en el receptari dels metges de totes les èpoques.

Galeno també en parla i diu que en petites quantitats és inofensiu, que calma el dolor i facilita la son. Junt amb Dioscorides, descriu en detall els seus efectes i enuncien les regles per a la seva prescripció; afegeixen que en majors quantitats produeix sopor profund que pot arribar fins a la mort.

L'opi ha subsistit sempre com un medicament essencial, donades les seves grans i diverses aplicacions. Així, per exemple, Sydenham, el cèlebre Hipòcrates anglès, deia que si li retiraven l'opi del receptari, deixaria de fer de metge. S'emprava en gairebé totes les malalties, però també hi havia persones que sense estar malaltes el prenien per afecció, cosa que vol dir que hi havia addictes però ningú en feia cas, molts d'aquests addictes ignoraven la seva autèntica condició. Passava el mateix que ara amb molts fumadors o bevedors de begudes alcohòliques, que no es tenen per addictes fins el moment en què, per la causa que sigui, se'ls intercepta el consum, moment en què es mostra la dependència amb tota la seva cruesa.

A finals del segle passat va haver-hi un moment als Estats Units d'Amèrica, en què es va manifestar ostensiblement el poder de l'addicció. Va ser en acabar-se la guerra civil quan gran nombre de veterans que havien estat tractats profusament amb morfina en els hospitals militars i que tothom els veia com corrien adelerats darrera de la droga, que va fer que tothom prengués consciència del fenomen de l'addicció, malgrat que aleshores no es va presentar cap mena de problema, ja que no hi havia cap dificultat per aconseguir el producte, donada la seva abundància i baix preu. Aproximadament per la mateixa època i també als Estats Units es va fer cèlebre el cas del cirurgià Halsted, un dels més famosos fundadors de la cirurgia moderna, que practicant proves amb ell mateix sobre el poder anestèsic de la cocaïna, va va esdevenir addicte a aquesta substància, de la qual va aconseguir alliberar-se fent-se addicte a la morfina, això a l'edat de 34 anys, quan necessitava la dosi increïble de 180 mg diaris, que es va administrar fins els 46 anys, en què va aconseguir rebaixar-la a 90 mg. Amb aquesta dosi va romandre actiu, com a pioner de la cirurgia americana, fins el dia de la seva mort, als 70 anys.

Aquest cas d'addicte als opiacis que mor de mort natural a una edat avançada i després d'haver portat una vida d'activitat, en aquest cas molt superior a la normal, no és gens rar, sempre però, que hom no es vegi obligat a passar angoixes i dificultats per obtenir el producte i que les dosis administrades siguin raonablement regulades.

Malgrat totes les evidències, que demostraven clarament el fenomen de l'addicció, continuava la venda lliure dels opiacis sense que s'imposés cap restricció, això fins ben entrat el segle XX. L'entrada en joc de l'heroïna i de la cocaïna amb un major poder d'addicció i perillositat, varen constituir les causes principals de d'adopció d'una política restrictiva d'abast internacional.

Al principi, les mesures restrictives

no foren molt intenses, n'hi havia prou en omplir un talonari especial per obtenir, sense cap dificultat, les dosis i els productes que el metge estimés necessari. Recordo un cas que se'm va presentar en els meus primers temps d'internat, d'un malalt afectat de gangrena pulmonar que tenia una tos incessant que l'impedia el son i una expectoració fètida amb sang i restes esfacelats de teixit pulmonar. El turment d'aquella persona era indescriptible, no sabíem com tractar-lo i tots els sedants habituals es mostraven infructuosos, fins que a l'últim, ens vàrem decidir per l'heroïna, que vàrem aplicar sense restricció. Amb ella el son li va ser possible i aquell pobre malalt dormia i somniava, i ens deia que se sentia feliç. Aquest efecte espectacular em va impressionar profundament i em va recordar la declaració de Sydenham sobre el paper insubstituïble de les drogues estupefaents en terapèutica. Avui no ens hauria estat possible actuar d'aquesta manera, ja que les dificultats que s'interposen en l'obtenció d'aquests medicaments són cada vegada majors i en molts casos insuperables.

A partir d'aleshores ençà, les mides restrictives han anat augmentant i el nombre de drogaaddictes també, i cada vegada són més els casos de pacients que se'ls deixa morir sense ser degudament tractats en els seus sofriments per la por absurda de crear addiccions.

En nombroses ocasions els metges han estat víctimes d'aquesta política, metges que s'han trobat amb drogaaddictes en fase d'estrès, els han proporcionat narcòtics i se'ls ha acusat de fomentar l'hàbit, ja que segons els legistes es tractava de viciosos, no de malalts. Així ha estat com, amb aquesta interpretació, alguns metges han estat processats i castigats, cosa que ha dissuadit a molts de donar ajut als addictes i, a més, ha fet que la majoria dels metges es tornessin reacis o cautelosos a prescriure narcòtics a malalts que ho necessitaven. Aquests fets persisteixen i s'estan incrementant en el moment actual, interferint ostensiblement la bona pràctica de la medicina. Per aquesta causa i segons un informe de la OMS (1988), set de cada deu malalts de càncer moren sense un correcte apaivagament dels seus sofriments.

Sobre els inconvenients d'aquesta severitat en les prescripcions crec adient citar el cas d'un metge que, després d'haver estat de baixa per defunció, continuaven registrant-se receptes seves de morfina. Oberta una inspecció, es va demostrar que era la vídua que falsificava les receptes. Patia una artrosi molt dolorosa de genoll que la impossibilitava considerablement i aquella medicació li permetia una vida perfectament normal. En una època de menys rigor en les prescripcions hauria trobat molts metges que li haurien proporcionat les receptes convenients i no hauria passat res. Ara, en canvi, es va veure privada de la medicació més eficient i considerada com una vulgar delinqüent i drogaaddicte.

Pel que fa referència al foment de la drogaaddicció, hem de fer notar aquí que, amb l'excepció del cas citat dels veterans de la guerra de secessió que se'ls aplicava la droga amb profusió i sense cap mena de mirament, els casos consecutius a tractament mèdics es veuen rarament, la qual cosa s'explica pel fet que els metges, coneixedors del fenomen de l'addicció, procuren no fer els tractaments perllongats ni amb drogues fortes en aquells casos de malalts crònics no letals, que en són els més propensos. En canvi, són cada vegada més freqüents els casos d'addicció a les drogues de síntesi, que en el món actual estan adquirint grans proporcions.

En la difusió de les drogues hi juguen un gran paper els factors socials i ambientals i allò que en podríem dir la moda. Com exemple tenim que, ja a mitjan del segle passat, va contribuir molt a la difusió i popularitat de les drogues, el fet que persones conegudes del món de les lletres i de l'art confessessin públicament haver experimentat la influència favorable de l'opi i sucedanis sobre la seva producció artística o literària per la inspiració que els proporcionava, la qual cosa va induir a molts a seguir el seu exemple, creant-se nombrosos casos entre la gent burgesa i intel·lectual.

En el nostre món es presenten unes condicions especialment favorables per al desenvolupament de la drogaaddicció. En un primer terme, hi trobem la manca d'espiritualitat, l'existència d'un materialisme que ho domina tot i una competitivitat molt dura en la lluita per la vida. La creixença desmesurada de les grans ciutats. Ciutats i ravals que imposen als seus habitants una existència antinatural, dura i inhumana, generadora de malalties i de trastorns de tota mena, desequilibris mentals i revolta. És natural que hom busqui com sigui la forma de fugir d'una realitat tan repel·lent i s'agafin a les drogues com a una àncora de salvació. Això ha passat sempre i arreu i voler-ho acabar per decret és totalment irrisori, és el mateix que promulgar lleis que se sap que no es poden complir.

Què és el que cal fer, doncs, davant d'aquest problema? Tenint en compte que la producció i oferta de la droga és il·limitada, que la història ens diu clarament que el consum de drogues sempre ha existit i, finalment, el coneixement històric de les desgraciades experiències de l'imperi xinès contra l'opi i dels Estats Units d'Àmerica contra l'alcohol, creiem que tenim prou arguments per fer-nos càrrec que no hi ha prohibició possible que pugui acabar amb el problema del consum.

És evident que l'acció més positiva contra la drogaaddicció seria la de combatre les causes que la provoquen i la mantenen, tals són, com hem dit abans, la misèria, l'angoixa, la por a la vida, la falta de perspectives de futur, coses molt inherents a la naturalesa humana, que es poden combatre però que desgraciadament no creiem que es puguin suprimir i per això cal acceptar també que sempre hi haurà gent que necessitarà acollir-se a la droga. Ara bé, això ha de dependre del criteri del metge i del psicòleg, però no del de la policia, i ha d'anar junt a una política educativa fortament orquestrada per tots els mitjans de comunicació, explicant el que són les drogues, l'engany que amaguen i els greus inconvenients i perills que el seu ús incontrolat comporta i que justifiquen que la seva aplicació i administració s'hagi de fer amb un estricte control sanitari.

És ben cert que a primera vista sembla que la prohibició sigui el mètode més fàcil i expeditiu, però tot ens revela el contrari. Per començar, les primeres lleis restrictives ja van posar en evidència greus conseqüències, una de les quals va ser l'encariment del producte i després l'aparició dels narcotraficants, per als quals com més alt és el preu, més gran és el negoci. El drogaaddicte, que necessita la droga, es veu obligat a recórrer al mercat negre, on ha de pagar-la a preus exorbitants, cosa que comporta greus problemes econòmics que amb gran freqüència l'impulsen a cometre actes delictius per satisfer la seva imperiosa necessitat. Freqüentment pot trobar una altra sortida incorporant-se al tràfic clandestí, participant així en els graons més inferiors d'aquest gran negoci, posant tot el seu esforç en

fer proselitisme i fomentar el vici al seu voltant. Així és com, per aquesta via, la prohibició contribueix eficaçment a propagar la drogaaddicció, que intentava suprimir. I, a més de tot això, resulta que la droga adquirida al mercat negre no ofereix cap garantia de puresa i la major part de vegades està adulterada, adulteració que és causa de nombroses intoxicacions i de la majoria de morts atribuïdes a sobredosi.

Segons estadístiques fidedignes, que són del negoci públic, el nombre d'addictes a l'opi i a la cocaïna s'ha incrementat ostensiblement coincidint amb els mètodes de la prohibició.

Considerant l'aspecte econòmic, els preus també s'han disparat proporcionalment, de tal forma que hom calcula que, de continuar així, el negoci que controla tot el conjunt dels traficants serà dintre de poc una de les principals forces de poder econòmic del món.

La situació actual és més o menys la següent: per un costat tenim els desgraciats drogaaddictes, que han caigut en la trampa i que són, naturalment, els grans perseguits i maltractats per tothom i, per un altre, les grans famílies de narcotraficants que fan el negoci més important del segle, moltes vegades en connivència amb els seus propis perseguidors, així com amb personatges de la política i de la banca, tinguts per tothom com a gent summament important i respectable. Entremig trobem els encarregats de mantenir la política de persecució.

A l'any 1936, després dels acords de Ginebra, es varen crear les primeres brigades contra els estupefaents. Aquests cossos, que a l'any 1940 sumaven un total de pocs centenars en tot el món, després de vint anys s'havien convertit en milers de funcionaris defensors d'una ideologia de tipus militar, basada en el càstig dels culpables i l'apoderament de les existències, amb gran esperit de cos i exposats, com és natural, a les majors temptacions. En totes aquelles ocasions en què s'ha vist perillar la política de prohibició, s'ha establert un acord general per conservar les actuals lleis i estratègies amb patètiques declaracions a favor de la guerra a ultrança.

És lògic i natural que davant contradiccions i resultats negatius, s'hagi creat un estat d'opinió contrari a la política actual i que es propugni passar el control i aplicació de les drogues al camp de la sanitat, abandonant una política de càstig que no fa més que augmentar preus, afavorir la delinqüència i el negoci lucratiu dels narcotraficants.

DISCUSSIÓ DE LA PONÈNCIA DEL DR. MOISÈS BROGGI

Magistrat Antonio Viejo

–De la intervenció del Dr. Broggi jo voldria matisar dos aspectes: en primer lloc, en la política restrictiva, prohibicionista, es tipifica el consum de les drogues com un fet constitutiu de delicte i he tingut la sensació que el Dr. Broggi jutja, segons m'ha semblat entendre, que hi ha hagut una restricció o inhibició dels metges a l'hora de prescriure fàrmacs psicotròpics pel fet que existeix aquesta prohibició. Voldria aclarir que a la nostra legislació penal mai no ha estat prohibit el consum lícit de drogues, per tant no hi ha hagut ni ha pogut haver-hi cap metge condemnat per administrar drogues, sempre que aquesta administració s'hagi fet en l'exercici de la seva professió com un acte terapèutic.

En segon lloc, voldria aclarir que davant el tema de la liberalització en el consum de les drogues s'alcen dues barreres. Segons l'exposició del Dr. Broggi, una és un criteri de política legislativa prohibicionista exclusivament d'estat policial. Aquesta és la sensació que m'ha produït la seva exposició i això comporta un perjudici més gran que el que es pretén evitar. Però la política nacional i internacional en la matèria que tendeix a la prohibició de les drogues majoritàriament, si bé hi ha algunes veus minoritàries contràries, es basa sobretot en qüestions de política sanitària, ja que els estudis estadístics que s'han avançat en favor de la liberalització, simples hipòtesis, han estat contestats sanitàriament per entendre que com més gran sigui la llibertat en l'accés a l'autoadministració es produiria un increment més gran de la població addicta amb independència total del fet que existeixi un negoci marginal terrible com a conseqüència de la prohibició que és el del narcotràfic. Però és estrictament un criteri de salut el que regeix la prohibició avui per avui i no un criteri de reprimir una activitat clandestina. O sigui que la repressió, la prohibició i el càstig dels actes de tràfic il·lícits de la droga apareixen com una conseqüència d'una protecció de la salut. Allò que es pot discutir és si cal protegir la salut fins aquest extrem. És, repeteixo, fonamentalment un criteri sanitari el que ha arribat als Estats a la prohibició de les drogues. Voldria que el Dr. Broggi m'aclarís aquests termes.

Dr. Moisès Broggi

–Tal com diu el senyor magistrat, és cert que existeixen mecanismes legals per proporcionar drogues als malalts, però impliquen obstacles a la lliure actuació del metges, ja que cal donar explicacions, emplenar papers, contestar preguntes i tot això comporta molt de temps i és contrari al secret professional. A més, no és excepcional el cas del metge que ha estat processat i castigat per haver proporcionat droga a drogaaddictes en fase de necessitat urgent per carència. De tot això resulta que els metges no prescriuen les drogues amb la freqüència i amb la facilitat necessàries, per la qual cosa són molts els pacients que pateixen sense haver estat tractats correctament pels seus sofriments.

D'acord que la intenció és la de combatre la drogaaddicció. Però a la pràctica resulta que la prohibició és un mètode equivocat perquè crea més inconvenients que els que intenta supri-

mir. Incrementa els preus de la droga, que d'una altra manera serien molt barats, i per tant fomenta la delinqüència, el narcotràfic i tot el gran negoci que es constitueix entorn de la droga. També fomenta l'addicció, ja que els grans propagandistes i propulsors són els traficants que se'n lucren i que desapareixerien amb la liberalització.

Magistrat Antonio Viejo

–Això és una hipòtesi sobre la qual s'especula com a merament possible i que té grans inconvenients, potser grandíssims. El primer, i el principal, és de salut pública, ja que augmentaria el nombre de persones que poguessin accedir al consum i s'estendria el seu ús, ja que la naturalesa humana tendeix a autocomplaure's. Així, la possibilitat de consumir drogues i en grans quantitats, tal com pot consumir-se alcohol o tabac, seria un risc greu.

Dr. Moisès Broggi

–Aquí existeix una qüestió de propaganda que és molt important. Així, per exemple, quan estava de moda fumar i va ser l'auge dels fumadors, a totes les pel·lícules sortia sempre el protagonista amb el cigarret a la boca. Avui, en canvi, que es fa propaganda contrària amb l'exposició dels perills del tabac, han disminuït sensiblement els fumadors.

Contràriament, no s'ha seguit el mateix camí amb l'alcohol. Amb la prohibició es va crear la màfia i el consum incontrolat de begudes d'alta graduació alcohòlica summament perillosa, però després l'alliberació no va ser acompanyada amb la deguda propaganda que assenyalés els perills de l'alcohol i avui veiem a totes les pel·lícules el protagonista amb una ampolla i un got a la mà i s'anuncien lliurement totes les marques. Si no se seguís aquesta política propagandística s'aconseguiria molt.

Amb l'alliberació controlada dels mòrfics caldria fer el mateix: exposar al públic amb tots els mitjans disponibles el perill que comporta el seu ús, la qual cosa aniria acompanyada també de la desaparició d'aquells que ofereixen i indueixen a l'ús per manca d'al.licients crematístics.

Magistrat Antonio Viejo

–El Dr. Freixa, que ha realitzat un estudi sociològic, potser ens podria dir que no hi ha drogaaddicte o polidrogaaddicte que no conegui els perills reals que pot produir l'addicció. Que no n'hi ha cap. Ara mateix no hi ha fumador que no conegui el risc de generar una neoplàsia. I tot i així es fuma.

Potser el que es podria fer en el cas de l'alcohol i del tabac és controlar per mitjà de la publicitat i del màrqueting la difusió del seu ús. En el cas de les altres drogues, els opiacis o la cocaïna, per l'efecte que tenen sobre el sistema nerviós central, és molt diferent que es permeti la possibilitat d'accés. Això ho hem de diferenciar clarament. Entre l'addicció que genera l'ús del tabac o el consum de l'alcohol i el de determinades drogues que apareixen com a prohibides a les normes internacionals hi ha una gran diferència. Aquestes tenen la capacitat de generar una addicció immediata, la qual cosa, segons sembla, no té ni el tabac ni l'alcohol.

Dr. Moisès Broggi

–Hi ha moltes medecines que produeixen addicció i que, malgrat això, es recepten i s'utilitzen en grans quantitats sense que ningú s'alarmi ni protesti. Per exemple, tots els sedants i hipnòtics.

Magistrat Antonio Viejo

–Els hipnòtics no s'expedeixen sense recepta.

Dr. Moisès Broggi

–Justament la nostra proposta és que s'apliqui el mateix procediment a les drogues que avui dia estan subjectes al règim de restricció d'estupefaents que el que s'aplica als hipnòtics, és a dir, que les drogues que avui es prohibeixen es despatxin a les farmàcies, naturalment sempre amb recepta mèdica, però sense els requisits de la restricció.

Magistrat Antonio Viejo

–Ah, però això queda subjecte al criteri d'un professional de la sanitat. Vet ací la responsabilitat d'aquest professional que recepta més o menys.

Dr. Moisès Broggi

–Evidentment, el metge té els seus deures i les seves responsabilitats i, per això, no se li han de posar impediments ni obstacles al seu lliure exercici professional, amb tots els seus drets i, entre aquests, el del secret professional. Obligar a escriure a la recepta el diagnòstic és contrari a aquest dret. No admetre una recepta perquè el diagnòstic és de drogaaddicte és absurd. En canvi, actualment per vies que no respeten el secret professional, s'admet proporcionar metadona (un opiaci) als drogaaddictes, la qual cosa és una contradicció: prohibir, d'una banda, i recomanar administrar, d'una altra. És evident que són els mateixos fonaments de la prohibició els qui no se sostenen.

Dr. Jordi Obiols, Psiquiatre

–Voldria aportar quelcom en el debat en relació a allò que el magistrat Sr. Viejo ha dit sobre el fantasma de l'augment desaforat del consum de droga en el cas de la liberalització. Crec que en aquest cas és important matisar entre liberalització, és a dir despenalitzar, i una altra cosa que és comercialitzar. Això és d'una importància cabdal. Crec que les persones que aquí han defensat la liberalització, i aquesta és la meva interpretació i també la meva opinió personal, pensen que cal acabar amb la prohibició perquè està clar que comporta mals, augmenta la morbilitat i augmenta la mortalitat.

També és un fet que la comercialització de productes produeix un augment del consum; vivim en una societat de consum i sabem que hi ha uns mecanismes per fer un producte més apetible. És obvi que el negoci que hi ha darrera el comerç de la droga, sigui legal o il·legal, és un factor important i bàsic. En el tema dels estupefaents és evident que la prohibició produeix mals i la legalització resoldria moltes coses. Sembla raonable defensar una posició d'obertura sense comercialització. Això és molt important, al meu entendre, tot i que haig de confessar que no sabria com fer-ho. Però és cert que el fet que hi hagi negoci (i molt important) darrera les drogues legals i il·legals és el factor més decisiu per a la seva difusió i, naturalment, condiciona les xifres de consum.

En el moment en què el negoci sigui zero es reduirà a un mínim llevat de la petita taxa d'addictes per les seves disfuncions cerebrals, que en realitat són malalts que realment necessiten el producte. El suposat consum exponencial que algunes vegades s'utilitza com a argument té a veure només amb el negoci de la droga.

EXIGÈNCIA DE LA NORMALITZACIÓ DE LA PERCEPCIÓ DELS PROBLEMES DE LAS DROGUES I DE LES SEVES SOLUCIONS

Eusebio Megías

El Dr. Megías va exposar de manera brillant la seva ponència sobre Exigència de la normalització de la percepció dels problemes de les drogues i de les seves solucions. Malauradament, els problemes sobrevinguts a causa de la feina excessiva a què ha hagut de fer front posteriorment en el seu bufet li han impedit posar a punt l'original de la Ponència. Així ens ho ha comunicat, tot excusant-se cortesament i fent-nos saber que no li serà possible de tenir-lo a punt en un futur pròxim.

Afortunadament l'opinió del Dr. Megías va quedar, malgrat això, reflectida en el torn de preguntes gravades pels serveis tècnics. La pregunta oportuna del Dr. Obiols va fer possible que el Dr. Megías expliqués el fonament de les seves opinions. Consultat directament va donar el seu consentiment a la transcripció que figura a continuació.

DISCUSSIÓ DE LA PONÈNCIA DEL DR. EUSEBIO MEGÍAS

Dr. Jordi Obiols, Psiquiatra

–Voldria fer una pregunta al Dr. Megías. Vostè diu que el drogaaddicte és un malalt i més que un malalt. Jo pregunto si el fet de ser més que un malalt depèn de la seva condició de malalt, són apèndixos de la seva condició de malalt. En aquest cas, cal tractar primer la seva condició de malalt i, si és un malalt, com se'l tracta? Aquesta és la meva pregunta. Entenc que la seva resposta és implícita, però voldria saber la seva opinió.

Dr. Eusebio Megías

–Quan dic que és més que un malalt vull dir que és una persona que alhora, si fem una altra lectura, pot ser un inadaptat social, pot ser un delinquent, també pot ser un viciós, pot ser moltes coses. Perquè jo no crec que la categoria de malalt hagi de ser una categoria. És una circumstància que no implica obligatòriament la substitució de totes les dimensions de l'expressió de la responsabilitat personal per, senzillament, la condició de malaltia. A mi em sem-

bla que això no només no és exacte, sinó que és terriblement contraproduent, potser tant des del punt de vista terapèutic com fins i tot de procediment legal. Fixi's que ha produït una situació confusa: el malalt és imputable o no és imputable. Doncs depèn, jo crec que hi ha malalts drogaaddictes que són absolutament imputables i d'altres que no ho són. Segons com condicioni aquesta malaltia la circumstància que determini o no la imputabilitat. Aleshores, com tractem aquest malalt? Només em ve al cap una ximpleria: doncs amb les tècniques terapèutiques que tinguem al nostre abast. Però no crec que totes les situacions existencials del drogodependent depenguin estrictament, en una relació causa-efecte, de la condició de malalt. Em sembla que la dimensió personal suposa diferents línies de desenvolupament, algunes de les quals, òbviament, estan condicionades per la malaltia; de vegades, en algunas circumstàncies, molt severament condicionades i d'una manera monolítica, monopolística, però no sempre. M'hauran de perdonar l'expressió potser ratllant la grolleria: hi ha malalts que poden ser sants i malalts que poden ser uns poca-vergonya. No crec que aquestes siguin categories incompatibles.

Prof. Francisco García-Valdecasas

–Voldria dir que estic bastant d'acord amb el Dr. Megías, en el sentit que és importantíssim considerar no només el fet de la droga en si i la situació de malaltia o no malaltia del drogaaddicte sinó l'acceptació o no acceptació social. No és el mateix i ningú no ho entendria, dictar una llei de criminalització de l'alcohol perquè forma part de la nostra cultura i encara més que de la nostra cultura. Així el problema és el d'emprendre una actuació, o de comentar-la si més no, com deia el Dr. Obiols i jo subscric gairebé totes les seves consideracions, com és la liberalització de la droga, sense saber el que això significa. Seria raonable deixar la responsabilitat als metges, en les condicions que tenen d'altres capítols terapèutics, com són els hipnòtics, els psicoactius, etc.

Doncs bé, tot i que aquesta opinió sembli molt raonable per a la immensa majoria dels metges, no gosaria en els moments actuals i tenint en compte l'opinió internacional, ni tan sols proposar-ho ateses les repercussions socials a què donaria lloc. Però sí que gosaria dir una cosa que em sembla clara i és que la política de criminalització que existeix actualment no aconsegueix els fins que pretén. Si el problema és fonamentalment, com deia el senyor magistrat Antonio Viejo sanitari, és a dir per protegir la salut, només hauria de ser prerrogativa dels metges.

Però avui dia és impossible que això succeeixi. La gent, torno a repetir, no ho entendria. En la seva intervenció anterior el Dr. Obiols ha parlat de fantasmes. Efectivament, la droga és avui dia un fantasma que molts creuen haver vist. Tant en l'ambient nacional com internacional. Una nació no pot procedir amb independència de les altres. Això fóra prudent i jo subscric tot el que deia el Dr. Megías, qui utilitzava la paraula desbanalització. No es pot banalitzar el problema de la droga. Cal recomanar anar a poc a poc, però amb passes segures, perquè avui dia, i això ho ha dit el Dr. Obiols i també el Dr. Megías, dues persones que aparentment opinen de manera tan diferent, la droga és un fantasma, un veritable fantasma. I aquest fantasma existeix. Els fantasmes existeixen avui a la imaginació de les persones tal com existien a l'Edat Mitjana.

Se sobreentén que un addicte a les

drogues prohibides és un degenerat, un immoral, un marginat social. Contràriament, es considera acceptable un addicte a les drogues legals. Per què aquesta diferència? Les drogues legals ¿són, doncs, menys perilloses, causen menys dany personal i social? Sens dubte l'opinió pública universal contestaria afirmativament. Tampoc no hi ha dubte que l'opinió mèdica competent contestaria en sentit contrari. El que sí és segur és que els danys produïts per l'alcohol i pel tabac són indiscutiblement molt elevats.

Què cal fer, doncs? Criminalitzar aquestes drogues legals? L'experiència de la Llei Seca als Estats Units demostra que el remei és pitjor que la malaltia.

RESUM

Francisco García-Valdecasas

L'hora tan avançada ens impedeix de continuar aquesta interessantíssima discussió. Intentaré resumir en poques paraules l'essència del que hem anat discutint. En general, l'opinió dels professionals mèdics que han intervingut coincideixen a considerar que la política antidroga actual produeix uns danys addicionals, tant socials com personals, que superen fins i tot els que es produirien amb una política més liberal, per exemple, si s'equiparessin en disposicions legals les drogues anomenades estupefaents amb els altres psicofàrmacs.

L'opinió dels dignes magistrats que ens han honorat amb la seva presència i intervenció és summament interessant i alliçonadora. Es podria concloure que han dit dues coses que són fonamentals des del punt de vista jurídic:

1) ¿Consideren vostès, els metges, que el drogaddicte és responsable dels seus actes? En aquest punt l'estament mèdic ha respost així:
   a) En el cas de l'alcoholisme ja és sabut de fa temps, ens ha dit el Dr. Freixa, que l'alcohol produeix *alienació mental transitòria*.
   b) En el cas dels estupefaents no és l'efecte, sinó l'absència de l'efecte, allò que produeix la síndrome d'abstinència. Durant la síndrome d'abstinència l'addicte no és responsable dels seus actes. Està en *estat de necessitat*.
   c) En el cas del tabac, en no estar prohibit, no sabem si la seva síndrome d'abstinència duria en aquests extrems. L'experiència dels metges que prohibeixen el tabac als malalts per motius de salut els fa sospitar que sí.
2) La segona qüestió que han plantejat els senyors magistrats ha estat la següent. La legislació actual no està orientada a impedir l'ús mèdic de les drogues. Aquest ús mèdic és lícit. El que pretén és evitar l'ús considerat il·lícit, justament per les accions tòxiques que la medicina veu en l'abús de les drogues. És l'opinió mèdica la que fonamenta les lleis.

El Dr. Broggi ha contestat aquest punt, segons es pot veure a la discussió de la seva ponència, que essent exacte el que diuen els senyors magistrats, la realitat és que a la pràctica mèdica els opiacis estan infrautilitzats per por a represàlies injustificades i a la necessitat d'incomplir el secret professional. D'altra banda, avui l'opinió mèdica no pensa ja com a l'inici de la lluita antidroga, l'any 1912. L'experiència d'aquests vuitanta i dos anys semblen suggerir que els danys derivats de la seva prohibició (creació de la màfia del comerç il·lícit, difusió de malalties infeccioses i augment de la delinqüència) són més grans que els que es volen evitar.

Un altre punt de gran interès ha estat plantejat pel magistrat senyor Viejo. La liberalització de la droga, encara que sigui feta en les condicions que proposa el Dr. Broggi, produiria un augment enorme del consum de droga i comportaria un increment dels danys personals i socials.

En la discussió d'aquest punt han intervingut el Dr. Broggi i el Dr. Obiols.

Ha fet veure el primer que el consum depenia en gran mesura del negoci que la droga produís. La prohibició, en augmentar el preu de la droga i el guany, produïa un estímul considerable per a l'exercici de la màfia. Amb els preus baixíssims que la droga tindria a la farmàcia no hi hauria estímul per al comerç il·legítim.

El Dr. Obiols ha exposat el mateix punt amb paraules més convincents. La difusió depèn fonamentalment de la comercialització. Una cosa és liberalitzar amb el control mèdic i una altra molt diferent comercialitzar. Les tècniques modernes permeten fer atractiu qualsevol producte. El que compta és el guany. El que importa és que la venda de la droga no sigui comercial, ha volgut dir.

També cal destacar el trist retrat que ens ha descrit la Madre María Teresa Salgado de la vida del drogaaddicte marginat i dels patiments de les seves pobres famílies. Dues coses ens ha fet veure amb claredat: 1) La impunitat amb què es mouen en els barris marginats els camells que venen droga i indueixen a joves sense projecte de futur. 2) L'atenció mèdica insuficient. D'altra banda, ha causat impressió que una persona amb tanta experiència directa amb drogaaddictes també s'inclini en favor de la liberalització de la droga.

Per últim, s'ha discutit sobre la condició de malalt del drogaaddicte. Tots han estat d'acord en el fet que el drogaaddicte és realment un malalt, però de condició especial, cosa que el Dr. Megías assenyalava amb l'expressió que és més que un malalt, pels motius següents:

1) Ha de prendre voluntàriament droga per adquirir la seva malaltia. És a dir, la seva malaltia és voluntària i per això no mereix la condició de malalt en el sentit propi de la paraula. Això ha estat discutit per l'estament mèdic qui ha dit que la voluntarietat no excloïa el dret al tractament, ja que en aquest cas no s'haurien de tractar les malalties venèries o, encara una comparació més idònia, l'anorèxia nerviosa produïda voluntàriament per desig d'aprimar-se tot seguint les tendències actuals de la moda.
2) El mal més gran produït per la droga és la delinqüència que fomenta. Primer, furts a la pròpia llar, després degradació moral (prostitució) i, per últim, abocament total en el món del delicte. L'argumentació del Dr. Broggi de gran pes, acceptada per l'audiència en general, és que aquestes conseqüències greus no depenen de la droga sinó de l'*estat de necessitat* en què es troba el drogaaddicte pel cost elevadíssim de la droga i per no poder ser tractat com a malalt pel seu metge.

Aquestes consideracions que he resumit en paraules tan concises m'indueixen a proposar-los unes conclusions que penso que tothom hi estarà d'acord:

1) La política actual contra la difusió de la droga no resulta eficaç. La demostració d'aquesta asserció la trobem cada dia a les notícies dels diaris, que parlen de quantitats cada vegada més grans de drogues capturades, sense que això es vegi reflectit en un augment del preu de la droga al carrer, el que fa pensar que no en manca, a part del fet que la difusió i l'ús de la droga arriba fins als centres penitenciaris. Si fins i tot arriba allà, als centres mateixos de la Llei, ¿com no hem de creure que la llei prohibitiva actual no aconsegueix els fins que es proposa?

2) Aleshores, si els fets són aquests, sembla necessari davant un fracàs tan gran i, insistint en els mals que la droga produeix, arribar a un acord internacional per tal de millorar la Llei. Millora que hauria de tenir en compte, d'una banda, els danys reals, jutjats sanitàriament per experts competents i, d'una altra, els danys que són conseqüència exclusiva de la política actual. La meva segona proposició seria, doncs, la d'aconseguir un nou acord internacional de política anti-droga.
3) La tercera proposició en la qual, segons sembla, tothom està d'acord és que la creació de màfies, el gran negoci de la droga i també la difusió de les malalties infeccioses (principalment SIDA) és conseqüència exclusivament de la política prohibicionista actual.

Si no hi ha objeccions fonamentals en aquestes proposicions, entendrem que s'accepten. No s'emet cap objecció ni a la Taula ni entre el públic selecte assistent, per la qual cosa el Prof. García-Valdecasas, Moderador del Col·loqui, dóna per conclòs l'acte.

CONCLUSIONS

Francisco García-Valdecasas

1) La política actual contra la difusió de l'abús de la droga no resulta eficaç.

2) Sembla necessari un nou acord internacional per tal de millorar la política antidroga.

3) La creació de màfies, el gran negoci de la droga, i la difusió de les malalties infeccioses per l'ús de la droga és conseqüència de la política prohibicionista actual.

INDEX

INTRODUCCIÓ I PLANTEJAMENT DEL PROBLEMA.
F. García-Valdecasas 3

ACCIÓ DELS OPIACIS EN LA TERAPÈUTICA DEL
DOLOR CRÒNIC. ALTERACIONS DE LA CONDUCTA
SOTA ELS EFECTES DELS OPIACIS. C. de Barutell 7

DROGUES LEGALS I IL·LEGALS. ALTERACIONS DE
LA CONDUCTA SOTA ELS EFECTES DE L'ALCOHOL.
ALTERACIONS DE LA CONDUCTA SOTA ELS OPIACIS.
F. Freixa 13

CONDUCTA SOCIAL DELS DROGAADDICTES.
CAUSES DEL COMPORTAMENT DELICTIU.
ES RESPECTEN ELS DRETS HUMANS?
M.T. Salgado 29

EXPERIÈNCIA SOTA L'ADDICCIÓ PER L'ÚS TERAPÈUTIC.
ESTÀ JUSTIFICADA LA RESTRICCIÓ DE LA RECEPTA MÈDICA?
ESTUDI I RISC DEL FENOMEN DE L'ADDICCIÓ.
M. Broggi 35

EXIGÈNCIA DE LA NORMALITZACIÓ DE LA PERCEPCIÓ DELS
PROBLEMES DE LES DROGUES I DE LES SEVES SOLUCIONS.
E. Megías 43

RESUM. F. García-Valdecasas 46

CONCLUSIONS. F. García-Valdecasas 49

ALFREDO-PUBLICIDAD GRAFICA Tordera (Barcelona) D.L.: B-3338-86

ISSN 1133-3286 Rev.R.Acad Med Catalunya