

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 droga¹.

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 impossible². 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 riscos d'una sobredosi en una situació controlada clínicament³.

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-

nement, 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 alcohòliques⁶.

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 dona 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, tatrahidrocannabinol (THC) o tabac, fins i tot si s'ha criat en captivi-

tat, 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'algun 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 dosis 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 científic-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 precisos. Per als membres d'una societat industrialitzada i més per a aque-

lles 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, la 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 immigrants 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, recordis 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'alcohol¹⁸, l'opí^{19,20} i la coca²¹ 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 Dionisiac-Bàcquic²², també present en la cervesa²³), l'essència activa dels fàrmacs; però, malgrat la Il·lustració, al principi actiu de l'opí 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 Sud²⁶⁻²⁹.

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 socio-patològiques del seu ús³⁰ 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 individual³³. 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 individual³⁴.

Aquesta conceptualització pressuposa la hipòtesi ideològica del delictesense víctima, ja que en últim terme se suposa que l'ús individual és assumit com 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 de 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/usuari³⁵.

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 riscos que l'ús del tabac comporta. Les malalties pulmonars obstructives cròniques, les neoplàsies pulmonars i la causalitat en tots els processos coronaris, és evident. Per altra part, tots aquests processos patològics han de ser evitat, almenys en els països de l'Europa Comunitària, en sistemes de salut o d'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 sanitari³⁶ 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 absolut³⁷.

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 alcohòlic 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 post-traumàtiques (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 riscos 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 són 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 polítoxicòmans (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 fills⁴³ 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 sociopatologia intrafamiliar, que a voltes, per motivacions socio-culturals, quedarà enclaustrada durant llarg temps, dintre de l'estricta àmbit familiar amb tots els sofriments humans que això significa⁴⁴. A més la sociocultura⁴⁵ farà que la família i el malalt ocultin el seu sofriment, donant-se així la paradoxa que la drogodependència amb més incidència-prevalença epidemiològica³⁵ 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 Clairmonte⁴⁶ demostra l'evidència del poder econòmic, i per tant polític, de les empreses alcoholereres 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

* Advertència

1. D'acord amb las directrius del *Surgeons General*, las donas embarassadas no deurían consumir las 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 ús⁴⁷.

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 severos, el model sociopatològic 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 morfíisme, 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 1872⁴⁸. Mira explica àmpliament el morfíisme i evidencia que la facilitat per a l'autoadministració aprofundeix més ràpidament en la necessitat posterior de reeducació⁴⁹. Arzonan⁵⁰, 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 evidència, en 1905, per Sollier qui avia senyalat un risc addictiu més elevat que la morfina⁴⁸.

Molt abans, el 1883, Ely⁵¹ tractava, en l'*Académie Impériale de Médecine*

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 diversos, 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, Pichon⁵², en el seu llibre *Le Morphínisme*, 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 morfíomania 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 1893⁴⁸.

Els llibres "La Droga fatal" de Oliiva⁵³, 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 socio-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 empenen, 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. Wolf⁵⁴, 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 eventuais 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 co-

caïna 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 1979⁵⁵. 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 Lieber⁵⁶ 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 Intelligence 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 hono-

nable 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 perseguïdors, 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 Michaels⁵⁹.

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 socio-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 socio-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. Droque 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 Catalana 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. Psiquiatria. Vol 2. Buenos Aires: Ateneo, 1954; 212.
50. Arzonan X. Manual de terapèutica. 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: Pòrtic, 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 el 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 drogaaddicte 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'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 responsabilitat

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 allisonador.

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 meua 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.