

INFORME PARA UN PLAN DE LUCHA CONTRA LAS FARMACODEPENDENCIAS DE TIPO NO ALCOHOLICO

**SERVICIO DE ALCOHOLISMO Y OTRAS TOXICOMANIAS
DE LA CLINICA MENTAL DE LA EXCMA. DIPUTACION
PROVINCIAL DE BARCELONA**

**Dr. JOSE MANUEL MONEGAL FERRIOL *, Dr. JORDI VILA-ABADAL **,
Dr. JOSE PONS VILLEGAS **, Sr. ANTONIO MORENO JIMENEZ *****

Con la colaboración del Sub-Director de la Clínica y del Equipo de Enfermería

(PRIMERA PARTE)

INTRODUCCION

Los conceptos y conclusiones que exponemos son el fruto de la experiencia adquirida por el Servicio de Alcoholismo y otras Toxicomanías de la Clínica Mental de Santa Coloma de Gramanet de la Excma. Diputación Provincial de Barcelona, tras trece meses de dialogar, desintoxicar y asistir a individuos afectos de toxicomanías no alcohólicas, tanto en régimen de internado como de externado.

Esta experiencia ha sido confirmada y enriquecida gracias a los viajes de estudios realizados, en particular a Francia, por miembros del equipo médico.

El total de casos tratados en régimen de internado (a los que nos referiremos en especial) suma 58 y son clasificados en la forma siguiente:

- 48 varones dependientes de la heroína
- 6 mujeres dependientes de la heroína
- 2 varones dependientes de la morfina
- 1 varón dependiente de la pentazocina
- 1 mujer dependiente de la pentazocina

* Jefe del Servicio.

** Jefes Clínicos.

*** Auxillar psiquiátrico.

Todos estos casos se administraban las drogas por vía endovenosa, pudiendo ser considerados en su totalidad politoxicómanos. (Consumieron antes, al unísono o sustituyendo a los opiáceos descritos, otros del mismo grupo, del tipo de los barbitúricos, alcohol, anfetaminas, cocaína, cannabis y/o alucinógenos.)

Por su interés de cara a las conclusiones y la experiencia aportada, se sobreañaden al presente estudio heroínómanos vistos en consulta externa por uno de los autores, bien en el Dispensario del Servicio como fuera del mismo. Con algunos simplemente se dialogó (36 casos). En otros 6 se efectuó la desintoxicación a domicilio (con éxito en 5 casos). También se cuenta con 7 desintoxicaciones realizadas en centros psiquiátricos privados sin servicios especializados (en amalgama con diversos enfermos psíquicos).

Los principales centros franceses visitados han sido:

- Marmottan (Dr. Charles Nicolas. Servicio del Prof. Olievenstein).
- Hospital de "Sainte Anne" de París (Dr. Cuche, Servicio del Prof. Deniker).
- Instituto "Marcel Rivière" (Director Dr. Chanoit).
- Centro de Acogida, Orientación y Prevención "DIDRO" (Señor Lefèvre).
- Centro "CEDAT" de Versailles (Dr. Brulé).
- Comunidad Terapéutica de "La Boère" (Sr. Engelmajer).
- Comunidad Terapéutica de "La Mothe" (Sr. Bruno).
- Comunidad Terapéutica de "Les Campets" (Sr. Gilles).
- Hospital Psiquiátrico de Rozès (Dres. Maurel y Pujol).

En estos lugares, además de inspeccionarlos detenidamente y hablar con sus responsables, se ha tenido ocasión de dialogar con asistentes sociales, "éducateurs", psicólogos y toxicómanos.

ANTECEDENTES Y ALGUNOS DATOS SOBRE EL SERVICIO DE ALCOHOLISMO Y OTRAS TOXICOMANIAS

En el verano de 1977 ingresaban, por orden judicial, los dos primeros heroínómanos. Recordamos el revuelo y la expectación que con su presencia despertaron, dado lo novedoso del suceso.

Fueron aislados en un Pabellón y sometidos a vigilancia de la Policía Armada. Hasta aquella fecha sólo habíamos tratado algún dependiente de la morfina, pentazocina, etc., de origen yatrogénico, así como de anfetaminas, barbitúricos y alucinógenos.

El grueso de ingreso y consultas externas giraba en torno a los alcohólicos. En 1978 atendimos, en régimen de internado, 336 casos,

lo que representa el 37'5 % del conjunto de pacientes ingresados en la Clínica Mental.

Otro índice que puede dar idea del trabajo desarrollado son las 8.566 asistencias a los Grupos de Discusión Terapéutica para enfermos alcohólicos durante el citado período.

El equipo terapéutico se compone, actualmente, de:

- 1 Psiquiatra Jefe del Servicio (a dedicación completa).
- 4 Psiquiatras Jefes Clínicos (3 a dedicación completa).
- 1 Asistente Social (a dedicación completa).
- 1 ATS que cubre dos turnos (mañana y tarde).
- 11 Auxiliares Psiquiátricos repartidos en tres turnos (4-4-3).

Respecto al personal enfermero, destacamos que habitualmente no son sustituidos durante sus bajas, vacaciones, días festivos, etc., por lo que, cotidianamente, quedan reducidos a proporciones como (3-3-2), (3-2 1), (2-2-2), (1-2-2), (2-2-1), etc.

Colaboran, a dedicación parcial, miembros del Departamento de Psicología, Actividades Rehabilitadoras (monitores de cerámica y gimnasia, dibujo y pintura) y el médico internista.

La dotación del equipo era más restringida a la llegada de los "nuevos toxicómanos" y se amplió progresivamente en alguno de sus elementos hasta formar el expuesto que, sin embargo, ha continuado siendo insuficiente y sólo paliado en parte gracias al entusiasmo y esfuerzo desarrollados por la totalidad del personal cuidador.

Capacidad: En mayo del 78 constaba de 40 camas para varones (5 de aislamiento) y 10 para mujeres (3 de aislamiento).

MOTIVACIONES DE NUESTRA LABOR. OBJETIVOS

Aun a sabiendas de que los heroinómanos podían causarnos graves trastornos, los acogimos sin reservas; éramos testigos de una nueva patología que comenzaba a nacer con forma y fuerza inusitadas. Había dos caminos: 1.º, ignorarla e incluso justificar plenamente nuestra inhibición amparándonos en que ya tratábamos alcohólicos y antiguos toxicómanos a tope de nuestras reales posibilidades. 2.º, sumergirnos en ella en la medida de nuestros escasos recursos con la esperanza, quizá, de encontrar respuestas propias y no importadas. Sabíamos que los enfoques han sido en este campo siempre controvertidos cuando no contradictorios.

¿Debíamos psiquiatrizarlos?

Sus trastornos de conducta y personalidad, ¿debían ser corregidos en el Hospital Psiquiátrico?

¿No podría, en cierto modo, la psiquiatría institucional agravar su especial visión del mundo del cual se excluyen o se sienten excluidos, hundiéndolos aún más en su status de toxicómanos?

Disponíamos de un marco teóricamente idóneo para su estudio. Un Servicio de Alcoholismo y Toxicomanías en donde la mayor parte del equipo asistencial pudo escoger voluntariamente el puesto entre otros muchos del Hospital, por lo que se aunaba el carácter vocacional con una sólida experiencia en este campo.

Nos propusimos:

- a) Escuchar. Observar.
- b) Comprender.
- c) Desintoxicar.
- d) Investigar la relación toxicómano-droga.
- e) Establecer diálogo para encontrar conjuntamente soluciones válidas de cara a la reinserción.
- f) Ensayar abordajes psicoterapéuticos individuales y de grupo.
- g) Conocer a los familiares directos.
- h) Controlar en lo posible la evolución, una vez concedida el alta.

BREVE HISTORIA SOBRE EL DESARROLLO DE LOS ACONTECIMIENTOS

Con un servicio hospitalario de alcoholismo y otras toxicomanías orientado a una asistencia fundamentalmente de enfermos alcohólicos y en el que la atención a otros toxicómanos representaba un capítulo estadísticamente poco importante, nos encontramos con la nueva demanda de asistencia y, en particular, de los dependientes de los opiáceos.

A primeros de mayo del 78 son detenidos en Barcelona 20 jóvenes heroinómanos en una redada policíaca y de una sola vez. Ingresados en la cárcel Modelo la mayoría presentaba síndrome de abstinencia. Los servicios de alcoholismo y toxicomanías de Barcelona son llamados a consulta por el director de la prisión, siendo repartidos en varios centros psiquiátricos. A nuestro hospital llegaron 5 hombres y una mujer.

Nos hicimos cargo de los varones, mientras que la mujer, instalada en distinta estancia, se fugaría poco después.

En un principio se creyó conveniente acondicionar la parte del pabellón que utilizarían. Colocamos cerradura en un amplio dormitorio de 6 camas, lo que permitió mantenerlos aislados a conveniencia. En pocos días cede el síndrome de supresión por lo que se

les facultó para salir de la habitación durante cierto tiempo al día, y siempre que el personal sanitario pudiese estar plenamente pendiente de sus movimientos, a la sala de TV, a paseo, al taller de pintura, etc.

Si bien se mostraban desconfiados y recelosos, después su actitud varía; comprenden que nuestra intención es ayudarles y que, de todas maneras, ahora se encuentran en un hotel de lujo si lo comparan con su alojamiento precedente.

Las normas impuestas desde el primer día van perdiendo rigidez al comprobar su buen comportamiento, relajándose paulatinamente y se intenta participen en las tareas comunes del pabellón.

De esta manera su contacto con los alcohólicos se acrecienta y es aparente un mutuo rechazo. El alcohólico los capta como seres estrafalarios y los considera unos señoritos, mientras que los heroinómanos los menosprecian y subestiman.

Con los únicos que mantuvieron diálogo fue con otros toxicómanos a los que explotan como recaderos para mantener un puente con el exterior. En octubre consiguieron introducir heroína en el Servicio y empiezan a inyectarse. Objetivamos somnolencia, irritabilidad, desmejoramiento físico, etc., reflejándose incluso en sus dibujos, donde se observan cambios notorios. Intervenida la droga, el personal de enfermería, que había llegado a simpatizar y confiar en sus deseos de abandonar las drogas, se ve defraudado y unánimemente exige dictemos normas estrictas. Pues si ya son frecuentes entre los cuidadores reacciones emocionales diversas, dudas y actitudes ambivalentes ante las continuas y variadas demandas, presiones y manipulaciones de los drogodependientes, igualmente cierto es que, al sentirse engañados, progresa el desánimo más manifiesto. A cuatro meses de ingresar los primeros judiciales y cuando aún permanecían dos de ellos ingresados, empiezan a sucederse en tromba solicitudes de voluntarios.

Al principio se consideró que éstos no debían estar mezclados ni ser sometidos a idénticas medidas de control. Sin embargo, comprobamos casi de inmediato que no por ser voluntarios actuaran diferente, llegando al convencimiento de que, si bien el "contrato" requiere igual rigidez en cuanto a normativa, la mixtura les perjudica, pues sus débiles y mutables propósitos son destrozados gracias a las "comidas de coco" efectuadas por los forzados.

Este problema se va agravando paulatinamente. Cada día es más pronunciada la presión de heroinómanos provenientes de los Juzgados de Primera Instancia y Peligrosidad Social.

En enero del presente y consecuentemente a la continua demanda de asistencia, creímos oportuno habilitar una de las cuatro alas del Servicio (de unos 300 m²) entonces no utilizada, exclusivamente para

ellos. Aunque las puertas y cerraduras no son de seguridad es más fácil el control.

Aptitud de la Unidad: 5 camas. Dispone de las comodidades que puedan encontrarse en un apartamento bien pertrechado.

Ahí conviven salvo a la hora del paseo, gimnasia o entrevistas con psiquiatras y psicólogos (1). De esta forma, los alcohólicos recuperan su terreno y finaliza el proselitismo. Pero rápidamente su capacidad es desbordada por la afluencia masiva de judiciales, llegando a un índice de ocupación que, en ocasiones, superó en más del 50 % de la capacidad absoluta del 100 %.

En un informe dirigido a la Dirección Médica recomendamos la creación con carácter urgente, de dispositivos asistenciales adecuados instalados fuera del Hospital y, mientras se llevaba a término, mientras siguiésemos atendiendo a los judiciales, proveyesen a la Unidad de personal motivado y a dedicación exclusiva.

Sin embargo, sólo se reforzó mínimamente la dotación de enfermeros ante la imposibilidad manifestada por el Gabinete de Personal de la Diputación.

Fuimos testigos, sin poder remediarlo, de un paulatino desencanto, agotamiento e impotencia del equipo terapéutico sobrecargado de trabajo al deber convertir también su misión en custodial.

En mayo, una noche, violentan y asaltan el botiquín, sorprendiéndose a uno de los voluntarios en el acto de escamotear metadona.

El 25 de junio descubrimos que, durante la madrugada, se descolgaban por una ventana (tercer piso) al exterior; así habían logrado inyectarse de nuevo. En esta ocasión, el equipo asistencial entra en grave crisis, pues a lo relatado, se sumaron continuas amenazas por parte de los judiciales. "In extremis" serán trasladados a un Pabellón incomunicado, guardado por la Policía Nacional. Se rechaza, por el momento, la admisión de voluntarios.

¿POR QUIENES Y DONDE DEBEN SER RESCATADOS?

¿PORQUE?

Es muy delicado el acoplamiento entre el equipo encargado y los toxicómanos. La armonía difícilmente puede imperar entre personas que giran en órbitas no coincidentes. Inevitablemente surge la com-

(1) La monitora de dibujo acude diariamente a su habitat y al no ser identificada como perteneciente al equipo terapéutico le participan sus pensamientos. La mayoría opina que la Clínica psiquiátrica no es el lugar idóneo para romper su dependencia psíquica.

paración con el alcohólico. De acuerdo; todos son farmacodependientes; pero:

Aquellos siguen pautas de conducta similares a las nuestras, aunque distorsionadas en sus etapas de bebedores. Al lograr la abstinencia es posible establecer vínculos afectivos. Sus sentimientos encuentran rápida resonancia y correspondencia. Somos capaces de intuir su tragedia y ayudarlos. El agradecimiento suele ser casi instantáneo.

Mas, ¿qué ocurre con los "nuevos toxicómanos"? Todo lo contrario. Proviene de mundos distintos, en posesión de una subcultura casi desconocida para los que nos hallamos inmersos en la cultura del alcohol. Toda ayuda les parece poca a estos seres eminentemente frágiles y atemorizados. Dotados de un egoísmo extremo, producto de la anestesia moral causada por la droga, no toleran que diferamos sus demandas perentorias. Parecería como si la súbita vuelta a la realidad les irritase y desconcertara. Se ha roto la barrera que les separa artificialmente, mediante la droga, del resto. La cutícula de su burbuja protectora se ha licuado. Pierden el estado de falsa inmunidad. De la "indiferencia placentera" pasan a la percepción de la agresión interior o exterior generadora de angustia. Sus peticiones son interpretadas como provenientes de personas eminentemente egoístas y desconsideradas. Indudablemente así es en esta etapa de desintoxicación. Maniobras incontroladas mediante las que buscan gratificaciones que compensan la mengua brusca de la "indiferencia placentera" donde pasivamente todo está bien tal como está y es como debe ser. La cruda realidad aparece en su auténtica dimensión. Aun fuera de ella, pero ya intentando penetrarla, quieren lograrlo sin herirse. Hace tiempo que ensayan compulsivamente sortear el dolor, frustración, ansiedad... Imposible ayudar sin comprender en profundidad. ¿Alguien, quizá, que haya sentido y vivido la pesadilla autopropetuada? Sin duda, si recuperó el equilibrio y la entrega es auténtica.

El poder de adaptación o readaptación es lento: casi nulo. Su inestabilidad, manifiesta. Los malos hábitos, muchos. El desorden, extremo. Han perdido la noción temporoespacial; no pretendamos que la recuperen bruscamente. Se dañarían con facilidad; de inmediato.

He aquí por qué la deshabitación es ardua en el ambiente hospitalario. En dicho caldo, tiempo y espacio se aprovechan al máximo. Necesitan espacios abiertos donde el contacto con lo ineluctable sea menos enervante, donde sus niveles de ansiedad puedan descargar sin provocar cortocircuitos (al contrario de lo que ocurre entre las agobiantes paredes del recinto psiquiátrico). Se debe trabajar relajado y con tiempo por delante; no sometidos al horario inflexible de la jornada laboral. Un ente, al que la droga ha transformado en egoísmo sumo sólo podrá ser liberado por la fuerza opuesta: altruismo y entrega total.

La certeza sobre la importancia de la especialización y vocacionalidad necesarias en el cuidado del alcohólico toma un cariz superlativo al referirnos a los drogodependientes del tipo de los opiáceos.

DESCRIPCION DE ALGUNOS DATOS DE LA MUESTRA (58 casos)

Estado civil:

Solteros	45 casos
Separados	8 "
Casados	5 "

Edad:

Entre 16 y 18 años	3 casos
" 18 y 20 "	16 "
" 20 y 22 "	6 "
" 22 y 24 "	10 "
" 24 y 26 "	12 "
Mayores de 26 años	11 "

Residentes en:

Cataluña	55 casos
Resto de España	3 "
Medio urbano	53 "
Medio rural	5 "

Nacionalidad:

Española	55 casos
Argentina	3 "

Antecedentes familiares psicopatológicos:

Alcoholismo padres	4 casos
Otras toxicomanías padres	2 "
Otras enfermedades mentales padres	7 "
Suicidio padres	2 "
Sin interés	43 "

Situación familiar (padres):

Familia unida	28 casos
Desajuste familiar	12 "
Separación conyugal	9 "
Huérfano de padre	6 "
Huérfano de padre y madre	2 "
Se ignora	1 "

Mecanismo del ingreso:

Voluntarios	/ Aceptable grado de motivación ...	4 casos	\	50 %
	— Empujado por la familia	17 "		
	\ Otras causas (1)	8 "		
Por Juzgados de Primera Instancia ...	14 casos			
Por Juzgados de Peligrosidad Social ...	15 casos			

Nivel socio-económico:

Bajo	30 casos
Medio	19 "
Alto	9 "

Actividad laboral a su llegada:

Nula	57 casos
-------------	----------

Otras actividades:

Traficantes señalados	14 casos
---------------------------------	----------

Profesión:

Estudiantes	19 casos
Diversas	39 casos

Droga inicial:

Cannabis y derivados	35 casos
Idem y otras	17 "
Otras	6 "

Edad referente ítem anterior:

Menores de 13 años	3 casos
A los 13 años	2 "
A los 14 años	5 "
A los 15 años	8 "
A los 16 años	11 "
A los 17 años	10 "
A los 18 años	10 "
A los 19 años	2 "
A los 20 años	3 "
Mayores de 20 años	4 "

Edad inicio "picos" con opiáceos:

Menores de 17 años	3 casos
---------------------------	---------

(1) Miedo al Síndrome de Abstinencia. Complicaciones somáticas o psiquiátricas. Intento de recomenzar a dosis bajas.

Entre 17 y 20 años	18 casos
Entre 20 y 23 años	17 "
Mayores de 23 años	20 "

Inicio de la dependencia (opiáceos):

Hace menos de 6 meses	8 casos
Entre 6 meses y 1 año	11 "
Entre 1 año y 1½ años	14 "
Entre 1½ y 2 años	2 "
Entre 2 años y 2½ años	10 "
Entre 2½ y 3 años	4 "
Hace más de 3 años	9 "

Tratamientos anteriores:

Sí	21 casos
No	37 "

Síndrome de abstinencia al ingreso:

Grave	1 caso
Medio	25 "
Leve	24 "
No presentaron	8 "

Enfermedades detectadas durante internamiento:

Hepatitis	37 casos
Lues	4 "

Seguimiento tras su alta:

Sin noticias	26 casos
Se pica actualmente	16 "
Hace más de 12 meses que no se pica	1 "
Hace más de 9 meses que no se pica	1 "
Hace más de 6 meses que no se pica	4 "
Hace más de 3 meses que no se pica	3 "
Hace más de 1 mes que no se pica	4 "
Hace más de 15 días que no se pica	3 "

Datos difíciles de valorar:

Madre dominante:

Sí	19 casos
No	10 "
No calibrado	29 "

Trastornos mentales previos a la dependencia:

Sí	8 casos
Dudosos	12 "
No	38 "

OTRAS CONCLUSIONES

Durante los últimos tres años se producen en España, al lado de la entrada masiva de drogas del tipo de los opiáceos y derivados de la cannabis sativa (esencialmente), de un descontrol en la dispensa de drogas y fármacos psicoactivos capaces de generar dependencia en el mercado interno y de diversos factores sociológicos, una rápida escalada en el número de individuos afectados. Son los nuevos toxicómanos. Especialmente niños, preadolescentes y adolescentes.

— No hay una respuesta única y precisa al problema de las drogas desde el punto de vista médico-social. Dicha problemática es preocupante en todos los países occidentales.

— Se puede conseguir su contención, la tranquilización de la sociedad, la recuperación de muchos toxicómanos y evitar la aparición de nuevos, si se toman en cuenta las siguientes consideraciones:

- A) Tomar urgentes medidas de Prevención primaria (profilaxis en todas sus vertientes, no dejando pasar el brote epidémico a un estado endémico. Y no olvidando tabaco y alcohol).
- B) Distinguir tres fases en el tratamiento propiamente dicho del toxicómano.

— Acogida y escucha atenta. Elaboración conjunta del plan de actuación para conseguir que presente motivaciones suficientes.

— Desintoxicación o supresión de la dependencia física.

— Supresión de la dependencia psíquica y disolución de las características que han ido configurando la "personalidad o conducta toxicomanígena" y consecuente reinserción social.

— Las motivaciones, espontáneas o inducidas, que llevan al farmacodependiente a iniciar el proceso curativo serán el punto neurálgico de partida en busca del éxito terapéutico.

En la fase meramente de desintoxicación, el utillaje y las atenciones médicas que se requieren no presentan mayor obstáculo (según la experiencia confirmada por nosotros), desde el punto de vista técnico, de forma que se puede practicar en cualquier hospital general o psiquiátrico, enfermería, en la propia casa del paciente o, incluso, en las mismas comunidades terapéuticas. Pero sí es vital contar con el personal idóneo. Sólo si aparecen graves complicaciones somáticas será preciso el traslado a instalaciones adecuadas.

Los síndromes de abstinencia han remitido con psicofármacos de uso corriente.

Crear una Unidad de Desintoxicación, tanto en el interior como

en el exterior del Hospital Psiquiátrico, es un lujo que exclusivamente podría consentirse en un contexto que tuviera resueltas las fases que preceden y siguen. Su cometido sería eminentemente investigador. Extraordinariamente más barato y sencillo: dispersar a los farmacodependientes en vías de desintoxicación, dirigiéndolos hacia diversos hospitales y clínicas de preferencia no psiquiátricos. Recordemos, una vez más, el proselitismo ejercido con los enfermos mentales, presas codiciadas merced a sus perturbaciones psíquicas.

— La dificultad del tratamiento está entre otras variables, en proporción directa con el tiempo de dependencia, especialmente si la administración de la droga se realiza por vía endovenosa.

— Únicamente un 20 % o menos de los toxicómanos presenta otras anomalías psíquicas y necesita tratamiento psiquiátrico post-desintoxicación. En estos casos puede estar indicado un internamiento prolongado en centro psiquiátrico. El resto requiere tan sólo, además de la desintoxicación, un tratamiento psico-social que les ayude a encajar de nuevo, a enfrentarse positivamente con la sociedad o a vivir alejada de la misma, pero autofinanciándose y sin recurrir a las drogas.

— Es deseable, por no decir imprescindible, que el personal tratante esté motivado por factores vocacionales: a) porque el toxicómano capta veloz sus móviles y puede identificarlos con los de la sociedad que los rechaza. Por esto serán muy a tener en cuenta los antiguos toxicómanos que se brindan a dar a sus compañeros la ayuda que ellos han recibido y les ha permitido salir de su condición anterior. b) porque incluso si el personal encargado es equilibrado, motivado vocacionalmente y experimentado, es fácil cunda el desánimo ante la complejidad de la personalidad toxicomanígena.

— Para atender a los pacientes en las fases de tratamiento de post-desintoxicación hay diversos métodos y tienen que ser variados para responder a las distintas necesidades psico sociales de los afectados: centros de acogida, comunidades terapéuticas fuera de la ciudad, familias receptoras, pisos terapéuticos, clubs. etc.

Si carecemos de un mínimo mecanismo que garantice ofrecer estas alternativas, el fracaso es casi obligado y la desintoxicación representará una simple pausa para el drogadicto, cuando no la certidumbre de que todo es inútil y la recaída, normativa.

— Es de capital importancia la existencia de un "centro de atracción, acogida y orientación" que pueda recibir, motivar y orientar a los toxicómanos relacionándoles con los lugares y personas aptas, tanto para la cura de desintoxicación como para las fases posteriores del tratamiento, y ofrecerles alguno de los servicios de las mismas. También es esencial ofrecer a los padres, educadores y adolescentes que lo soliciten, la información adecuada. Esta labor de

prevención es importante y urgente y la consideramos pieza clave en la lucha contra las toxicomanías.

— Respecto a los judiciales hay que puntualizar que está contraindicada la desintoxicación en un centro psiquiátrico, por las siguientes razones:

Porque perjudica enormemente a su recuperación la posibilidad de que identifique la ayuda médica con la acción represiva jurídico-policia. Porque la base del tratamiento debe ser a voluntad y nunca la imposición.

Porque el carácter de peligrosidad que presentan algunos de estos toxicómanos los hace inadecuados para ser tratados en un centro psiquiátrico, a causa de la gran perturbación que su presencia provoca en la dinámica del mismo y el marcado afán proselitista con intentos continuados de introducción y tráfico de drogas.

Porque no existe verdadera intención de abandonar la droga y la recaída se produce tan pronto tienen la oportunidad de procurársela. Porque, con su presencia, impide se pueda atender convenientemente a los posibles voluntarios, vulnerables en alto grado ante cualquier influencia de carácter negativo.

Porque la desintoxicación se puede realizar perfectamente en la enfermería de la prisión, si ésta reúne un mínimo de condiciones. De todo esto deducimos que la solución al problema que plantea la desintoxicación de toxicómanos judiciales sería, a grandes rasgos, seguir el sistema utilizado habitualmente en Francia: el juez, una vez se ha realizado la desintoxicación dentro del sistema penitenciario y consecuente estudio del caso concreto, ofrece al sujeto la alternativa de seguir el tratamiento en un centro de post-desintoxicación no penitenciario, o continuar en prisión. Si el drogadicto elige la primera propuesta, se deja bien claro que no hay ninguna alianza previa entre el lugar y las personas que lo atenderán y la justicia que lo envía. Antes sería necesario que el poder judicial llegase a un criterio unificado sobre lo que considera simple consumición de drogas y lo que entiende como tráfico, requisito para que el drogodependiente judicial pueda beneficiarse del sistema expuesto.