

**HACAN  
JUEGO**

**LA ANTIDROGA LEVANTA  
SUSPICACIAS**

**«Una cosa es resolver el síndrome fisiológico de abstinencia y otra muy distinta abordar el síndrome mental y psicológico» (Doctor Fábregas)**

El descubrimiento del doctor Pozuelo, del que ya di cumplida información en esta misma sección, acerca de la alfa-metil-para-tirosina y del ácido fusárico ha levantado una cierta polvareda en el mundo médico local. Hemos visto recientemente en los papeles afirmaciones, comunicados y alusiones, que hacen pensar en una cierta incredulidad por parte de algunos sectores de la profesión. Y como estas cosas se resuelven dejando a un lado las alusiones y hablando claro de una vez, acabo de entrevistarme con el doctor Josep Lluís Fábregas, psiquiatra, uno de los que han «movido» el escepticismo en torno al doctor Pozuelo.

—Doctor Fábregas, hableme de los médicos que forman este grupo que por el momento muestra reservas ante el fenómeno de la antidroga.

—Quisiera sobre todo que se me interpretara bien, y que no tergiversen las intenciones. Los doctores Francisco Freixa Sanfeliu y Lluís Bach Bach, directores del departamento de alcoholismo y toxicomanía de la Jefatura Regional de Sanidad, el doctor José Yuguero, del centro de toxicomanía de la Cruz Roja de Granollers, y yo, hemos creído que la espectacular presentación de los avances médicos del doctor Pozuelo, asegurando que en quince días de tratamiento se acaba con el problema de la droga, nos parece cuando menos desmesurado e irreal. En este sentido también el doctor Corominas Busquetas, jefe de la sección de Psicología Clínica del departamento de psiquiatría de la Facultad ha elevado la preocupación de forma oficial al Colegio de Médicos.

—Veamos, ¿conocían ya ustedes el trabajo del doctor Pozuelo, antes de presentar oficialmente la antidroga?

—Sí, hace unos cuatro años participamos juntos en un congreso, en Sevilla, reunión a la que él concurrió presentando sus investigaciones sobre la alfa-metil-para-tirosina y su acción sobre monos.

—¿Qué impresión tuvieron ustedes?

—Buena, y ahora también sigue siendo buena, en algunos aspectos.

—¿Qué aspectos son esos otros que ya no les parecen tan buenos?

—El enfoque publicitario que se ha dado al asunto, creando una falsa imagen del problema. El tomar droga o dejarla de tomar es algo más profundo e importante de lo que pueda parecer, y no se cura con una pastillita durante quince días. El estilo de vida de un toxicómano es la droga. Hay personas que se encuentran con problemas de ubicación y de marginación de nuestra sociedad, ésta es una de las causas del porqué decidieron comenzar a drogarse. Estas personas pueden llevar años tomando su dosis de droga, evadiéndose así ficticiamente del medio que les rodea. Si de repente, con una serie de pastillitas les devolvemos a la normalidad la pregunta es obvia, ¿estará preparado su cerebro para borrar diez años de hábitos marginales, de escapismo y lucha contra el medio ambiente?, ¿podrá su personalidad borrar diez años en diez días? Este es el punto que conviene meditar. El doctor Pozuelo ha logrado solucionar el síndrome de abstinencia fisiológico, pero lo que ya no está nada claro es cuánto tiempo se deberá tratar al paciente para que el síndrome de abstinencia mental y psicológico desaparezca.

—Probablemente si el doctor Pozuelo estuviera aquí les respondería que él hizo su trabajo: deshabituó a un organismo viciado. El otro campo les concierne a ustedes, los psiquiatras y psicólogos.

—Naturalmente que sí, y si la presentación del descubrimiento se hubiera planteado de esta forma nuestra acción no tendría lugar. Pero lamentablemente la publicidad y la forma de llevarlo hacen pensar al hombre de la calle que todo se reduce a una simple cuestión de pastillas, y no es así. Además debemos pensar que sociológicamente la droga está más arraigada de lo que puede parecer. Por ejemplo, aquí no damos importancia al alcohol —incluso la televisión bombardea a diario

los hogares españoles con publicidad al respecto— y no obstante el alcohol es tan droga como otra cualquiera. En Afganistán, por contrapartida, no hay problema con la marihuana y el haschís, en cambio el alcohol lo consideran tan dañino como aquí nosotros a los derivados de la «cannabis». ¿Qué quiere esto decir? Sencillamente, que todo país tiene una droga que le es consustancial y que le ayuda a evadirse de la realidad. Los países mediterráneos tienen el alcohol, China el opio, Afganistán e India los derivados de la «cannabis» —marihuana y haschís principalmente—, Méjico la «mescalina». Existe una iglesia, la Native American Church, mezcla de ritos indígenas y ritos cristianos, que toman «mescalina» en los oficios religiosos. ¿Qué quiere esto decir? sencillamente que toda cultura sacraliza su propia droga y la incorpora, minimizando sus características tóxicas.

—No me estará defendiendo usted, ahora, el consumo de drogas, ¿Verdad?

—Lo que intento decir es que el toxicómano vive una ficción: cree que sus conflictos los puede resolver tomando la droga. Entonces la terapéutica adecuada no es solamente suprimirle la droga, sino suprimirle el motivo por el cual ha necesitado de ella. Y este motivo está en su cerebro. Bromeando un poco sobre ello —aunque sin disparatar lo más mínimo— cabe pensar que los traficantes de drogas acabarán vendiendo, junto a la droga, la pastillita antidroga. Así cada hijo de vecino podrá vivir un fin de semana alucinante, y cuando llegue el lunes se tomará la antidroga, y tan campantes. Por desgracia la mayoría de adictos a las drogas lo hacen por razones mucho más complejas, que hay que buscar en su mente.

Y para eso están ustedes los psiquiatras. Entendido. — Ferran MO-NEGAL.



**JOSEP FÀBREGAS**  
Presidente de la Asociación Catalana de Instituciones Concertadas de Asistencia Pública en Salud Mental

**La Generalitat ha de assumir el plan**

A finales de 1981 se inició en Barcelona el Plan de Reforma de la Asistencia Psiquiátrica promovido por Agustí de Semir. Éste organizó y apoyó las propuestas de una serie de equipamientos e instituciones de salud mental, según un modelo de psiquiatría comunitaria, sectorial e integral. Algunos de estos centros venían atendiendo a la población de una manera voluntarista o con mínimas subvenciones municipales. Este modelo, impulsado desde los hospitales psiquiátricos de las órdenes religiosas, se ha consolidado según el esquema de *círculo asistencial* (CAP, hospitales de día, unidades de internamiento) en el que diferentes centros trabajan en equipo en la atención y seguimiento de los casos.

En estos cinco años, y a pesar de la precariedad de los presupuestos destinados por la diputación, se completó en

1983 la asistencia primaria en las comarcas, habiendo descendido notablemente el número de ingresos y de camas psiquiátricas de larga estancia. Esto ha sido posible gracias al esfuerzo coordinado de los profesionales e instituciones implicados. Una necesidad en este aspecto del circuito asistencial son los equipamientos terciarios (clubs, talleres, pisos protegidos, centros de día) que constituyen el último eslabón de una tarea centrada en la rehabilitación y reinserción social. Algunos de éstos funcionan a pleno rendimiento en Barcelona y comarcas, sin el apoyo necesario de la Administración.

Los centros miembros de la Asociación Catalana de Instituciones Concertadas de Asistencia Pública en Salud Mental manifiestan desde aquí la necesidad de que la Generalitat asuma el plan de reforma psiquiátrica en su totalidad.