

INVESTIGACIÓN

EL IMPACTO DE LAS POLÍTICAS DE DROGAS EN LOS PAÍSES BAJOS

Investigación sobre el resultado de los tratamientos de drogas

MARTIEN KOOYMAN

Médico psiquiatra y pionero de la implantación de la Comunidad Terapéutica en Europa.

Traducido del inglés por Concepción Fluxà

Martien Kooyman expuso en la XXI Conferencia Mundial de Comunidades Terapéuticas, celebrada en Melbourne, el estado de la cuestión de las políticas seguidas en Holanda en el abordaje de la drogadicción. Expone y discute las consecuencias de una política dirigida a la reducción de daños y al acortamiento de la duración de los programas. El autor defiende los programas dirigidos al abandono del uso de drogas y para ello propone la evaluación de los mismos ya que demuestran ser beneficiosos hasta en términos económicos.

PALABRAS CLAVE: Comunidades Terapéuticas, programas libres de drogas, programas de reducción de daño, evaluación, cannabis, cocaína, heroína.



En el siglo pasado, en 1932, Aldous Huxley escribió su libro: *Un mundo feliz* en el cual el autor describía su visión del futuro. En este nuevo mundo una droga llamada soma era suministrada a sus ciudadanos para hacerlos felices. ¿Nos estamos moviendo en este siglo hacia la dirección que Huxley describió? Podemos estar haciéndolo, aunque en lugar de que un Gran Hermano nos esté viendo, nosotros estamos viendo grandes hermanos en la pantalla de nuestro televisor.

En muchos países el enfoque parece pasar de ayudar a la gente a vivir una vida independiente de las drogas a usar las drogas de un modo menos dañino.

Puedo ilustrar esto con algunos recientes hechos que han ocurrido en mi país: Holanda, un país conocido por sus “coffee shops” donde uno puede fácilmente comprar cánnabis (a pesar de que la venta y uso del cánnabis no han sido legalizados). Unos pocos días antes de que tuviera lugar la conferencia en Melbourne, el ministro holandés de Salud acordó la legalización de la producción de cánnabis a cargo de dos compañías para prescripciones médicas de enfermos crónicos. Unos días antes fue publicado el resultado de la investigación de la distribución de heroína: a 549 heroínómanos les fue suministrada heroína junto a metadona de seis a doce meses y fueron comparados con otro grupo que sólo tomó metadona. Los resultados fueron muy positivos. La condición física y psicológica de los heroínómanos mejoró un 57% comparado con el 30% del grupo que sólo tomaba metadona. El grupo que consumía heroína con metadona cometió delitos para conseguir dinero para droga sólo tres días de cada mes, comparado con el grupo de metadona que lo hizo doce. Del grupo de heroínómanos un 30% se ha desenganchado por varias razones.

Aunque el coste de esta distribución de heroína de por vida se estima entre 15 y 27.000 euros por persona al año, el Ministerio de Salud ha decidido continuar con el pro-

yecto. Hay planes para seleccionar a 5.000 heroínómanos (de un total de 25.000 holandeses adictos a la heroína) que han fracasado en otros programas con anterioridad.

Después del cánnabis, la cocaína es ahora la droga más frecuente en Holanda (aproximadamente 65.000 usuarios). Unos datos publicados recientemente por el Centro de Investigación de Drogas de la Universidad de Amsterdam mostraron que el uso de la cocaína ha aumentado, de un 2,1% de personas que la usaron alguna vez en 1997 a un 2,9% en el 2001. El uso

están en tratamiento. Del número estimado de 350.000 adictos al alcohol el 10% está en tratamiento, 3.000 de los estimados 500.000 de los adictos al cánnabis están en tratamiento, menos del 30% de adictos a la cocaína y un 70% de los adictos a la heroína (Centro Parnassia de Investigación a la Adicción en La Haya).

Las tablas son difíciles de comparar con otros países. La edad media de adictos a la heroína en Holanda se estima en 40 años, muy diferente de la de los países de la Europa del Este.

TABLA 1
USO Y TRATAMIENTO EN HOLANDA
n= 16 millones

SUSTANCIA	CONSUMIDOR HABITUAL	ADICTOS	EN TRATAMIENTO TOTAL	EN TRATAMIENTO %
Alcohol	10.000.000	350.000	30.000	10
Cánnabis	500.000	?	3.000	?
Cocaína	65.000	>20.000	6.000	<30
Heroína	26.000	24.000	17.000	70

reciente de la misma también ha aumentado, de un 0,2 a un 0,4%.

Los porcentajes de Amsterdam también difieren ampliamente de los del conjunto de Holanda considerada como un todo: el porcentaje de los que lo usaron alguna vez fue de un 10% en el 2001 y el de un uso reciente 1,2%. Los porcentajes de Estados Unidos son más bajos que los de Amsterdam. Sólo uno de cada diez usuarios de cocaína es un usuario habitual. Uno puede esperar que las personas que acudirán al tratamiento serán sólo del grupo de usuarios habituales. Son los usuarios que pierden el control durante su uso.

En la tabla nº1 los números estimados muestran a los usuarios corrientes que son adictos y el porcentaje de adictos que provienen de un tratamiento en Holanda (población: 16 millones).

No todos los usuarios consumen de forma regular y no todos los que lo hacen de forma regular son adictos. Sólo un número relativamente pequeño de adictos

Sin embargo es importante establecer una diferencia entre el uso y la adicción. Las personas en tratamiento tienden a ignorar el hecho de que las drogas pueden ser usadas por personas sin que éstas causen daño a los demás y a sí mismas (del mismo modo en que algunas personas pueden beber sólo durante los fines de semana).

Las personas a favor de una reducción de las penas o de su legalización, por otro lado tienden a negar los efectos devastadores de la adicción a las drogas y que esta adicción sea normalmente un síntoma de un problema subyacente.

En mi opinión puede ser un ajuste a circunstancias excepcionales como un comportamiento adaptativo a una situación que se ha hecho incontrolable. La adicción puede surgir cuando el control sobre este comportamiento se pierde. La adicción es como la fiebre respecto a la enfermedad, aunque alguien adicto pueda considerarse enfermo. No es sólo un problema mé-

dico, aunque los adictos puedan ser vistos como enfermos y con necesidad de un tratamiento médico.

La definición de adicción que deriva de esto: Adicción es el proceso continuo de hacerse daño a uno mismo como consecuencia de la pérdida de control sobre el comportamiento adaptativo, el cual en sí mismo se convierte en un problema (Kooyman 1993, pág. 46).

No todos los adictos buscan tratamiento. Qué es lo que hace que los adictos entren en tratamiento y qué hace que este paso sea difícil.

do (Kooyman, 1986, 1993). La motivación para elegir tratamiento es normalmente el resultado de la presión externa (los padres ya no pagan las deudas, la amenaza de ser arrestado, una mala salud, el suministrador es arrestado y muchos otros más). La elección es un dilema entre las desagradables consecuencias de dejar de usar drogas y las consecuencias desagradables de continuar con su uso. La elección es siempre ambivalente. Solo después de algunos meses en tratamiento la motivación externa (negativa) se cambia en interna (positiva). Cuan-

rio y de la sociedad son promovidos por los políticos. La abstinencia ya no es el objetivo. El uso de la droga se considera como un comportamiento normal, como fumar tabaco. La adicción no se ve como un síntoma de problemas serios.

Los programas de tratamiento libres de drogas, como las comunidades terapéuticas, tienen dificultades para sobrevivir debido a la disminución de fondos. Las comunidades terapéuticas tienen que ser tenidas en cuenta, tienen que probar que están basadas en la evidencia y que son parte de la solución. La investigación que muestra su eficacia es necesaria.

Desafortunadamente muchos trabajadores de las comunidades terapéuticas desconfían de la investigación científica. Las comunidades terapéuticas funcionan. Sienten que no tienen necesidad de probarlo. No pueden aceptar que el programa no funciona para todos los residentes. No aceptando la posibilidad de fallos y sugiriendo que el 100% de éxito es un objetivo realista, uno se presenta para ser juzgado por una lógica absolutamente desbocada. Existe a menudo el miedo a admitir que el éxito es considerablemente inferior al 100%. Expectaciones no realistas pueden llevar a la decepción cuando los resultados son publicados.

Veamos cuál es el resultado de las comunidades terapéuticas y cómo influyen en los políticos. Hace treinta años que empecé el seguimiento de la comunidad terapéutica de Emiliehoeve en la Haya. El criterio para el éxito fue bastante estricto (después de dejar el programa: ningún uso de drogas duras, sólo ocasionalmente el uso de cannabis o drogas prescritas como píldoras para dormir o tranquilizantes, nada de abuso del alcohol, ningún tratamiento para la adicción, ningún arresto relacionado con la adicción y ninguna admisión en instituciones psiquiátricas). Al segundo año siguiendo a las primeras 172 admisiones el éxito de estos ex residentes fue del 32% comparado con el 4,5% de cualquier grupo de desintoxicación. Se vio que algunos ex residentes habían usado drogas



UNA CARACTERÍSTICA COMÚN A TODOS LOS ADICTOS ES UNA BAJA AUTOESTIMA, LA CUAL ESTÁ RELACIONADA CON EL MIEDO AL RECHAZO. ÉSTE NORMALMENTE YA EXISTE ANTES DE QUE LA PRIMERA DOSIS HAYA SIDO USADA Y ES REFORZADO POR ESTE USO.

Una característica común a todos los adictos es una baja autoestima, la cual está relacionada con el miedo al rechazo. Éste normalmente ya existe antes de que la primera dosis haya sido usada y es reforzado por este uso. El problema de la adicción es negado. Hay una incapacidad a pedir ayuda conectada con el viejo temor a ser rechaza-

do el uso de drogas se hace más fácil al disminuir las condiciones negativas, por ejemplo con las medidas de reducción de daño, escoger el abandono de su uso y entrar en un programa libre de drogas es más difícil de hacer. La decisión será generalmente pospuesta.

En muchos países los programas para reducir el daño del usua-

sólo por un corto periodo de tiempo después de su salida. Cuando consideramos la última mitad del año de las personas en la investigación los resultados muestran que casi la mitad de los ex residentes no recayeron. Ya no mostraron un comportamiento adictivo (Kooyman, 1993).

Además quedó claro que cuanto más tiempo habían permanecido los residentes tanto mejores eran los resultados.

Residencia de menos de un mes, éxito cero; de un año, 70% de éxito; residencia completa (graduados), 80%. Esta investigación se repitió 10 años más tarde con los mismos resultados.

La participación de los padres en grupos de padres incrementó el éxito considerablemente. Los clientes cuyos padres asistieron por lo menos a dos reuniones tenían dos veces mejores resultados (Kooyman, 1992). Estos datos también fueron encontrados por Gori en Italia en su investigación de la comunidad terapéutica en Milán, Cascina Verde.

Los datos estadísticos del Emiliehoeve muestran que esto fue un efecto indirecto: la participación de los padres llevaba a una permanencia más larga en el programa y esto llevaba a un mejor resultado del tratamiento.

Resultados similares fueron encontrados en Suiza y Noruega. La salida temprana es un problema común en todas las comunidades terapéuticas. Es importante reducir esto. Cuando los primeros resultados del Emiliehoeve fueron publicados los políticos no quedaron satisfechos. Pensaron que el programa era demasiado largo. Frecuentemente me preguntaban qué había hecho con aquellos adictos que no entraban en la comunidad terapéutica.

Recientemente más resultados esperanzadores se encontraron en programas nuevos derivados de la original comunidad terapéutica en la Haya, como Triple-ex y Proyecto 4.

EL programa Triple-ex es una comunidad terapéutica para ex convictos, ex adictos y ex desemplea-

dos, con especial hincapié en el entrenamiento de habilidades y educación. Los clientes pueden escoger ir a este programa en vez de a prisión o pueden pasar la mitad del tiempo de la sentencia en este programa.

De los clientes (92% hombres) con una edad media de 33 años, el 28% estuvieron más de 10 años en un programa de metadona, el 31% tenía un padre no nacido en un país occidental, un promedio de cuatro

tudiante a tiempo completo: 7%. También quedó claro que cuanto más tiempo pasado en el programa mejores eran los resultados.

A pesar de estos resultados y de aquellos encontrados en otras comunidades terapéuticas las políticas en Holanda están acortando los programas por lo que hay menos personas en lista de espera para su admisión. El número de camas se está reduciendo a favor de un tra-



LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS TIENEN QUE SER TENIDAS EN CUENTA, TIENEN QUE PROBAR QUE ESTÁN BASADAS EN LA EVIDENCIA Y QUE SON PARTE DE LA SOLUCIÓN. LA INVESTIGACIÓN QUE MUESTRA SU EFICACIA ES NECESARIA.

o más años pasados en prisión. La principal droga del 69% era la heroína con una adicción media de 11 años, para el 19% la droga principal fue la cocaína con una duración media de uso de 8 años.

Nueve meses después el 50% todavía estaba en el programa (el tiempo medio del programa: 218 días). El estudio de seguimiento un año después de haber dejado el programa mostró los siguientes resultados: no ha vuelto a usar drogas duras: 41%; no ha usado heroína un mes antes de la entrevista: 74%; contratado en un trabajo: 47%; es-

tamiento ambulatorio (programas de reducción de daño).

El programa de la comunidad terapéutica de Essenlaan, por ejemplo, fue reducido a 4 meses. La plantilla ex adicta fue sustituida por profesionales que pararon los contactos con los padres ya que a los clientes no les gustaban estos contactos. El programa de Essenlaan es parte de un modelo médico clínico como fue hace 30 años. La adicción es vista como una enfermedad crónica por los empleados. Por supuesto que hay un mayor número de recaídas si el tiempo de

tratamiento es insuficiente para cambiarle a uno la vida.

En Holanda el año pasado un tratamiento de dos años fue introducido en el sistema penitenciario. Un sistema similar en Alemania no mostró ninguna diferencia tres años después de tratar con personas mantenidas en prisión sin tratamiento.

Parece ser que mostrar un resultado positivo no es suficiente

dades terapéuticas es importante demostrar que éstas son rentables.

Los tratamientos sin drogas no sólo cuestan dinero sino que también lo generan.

El coste de los programas sin drogas rehabilitando adictos es menor que los beneficios ya que el gasto público en estos clientes se reducirá con el tiempo.

Todo tratamiento que sólo reduce el daño del adicto y que no

tos: policía, justicia, prisión para un individuo sin tratamiento es 200, para una persona en programas de reducción de daño 210, para una persona en un programa de mantenimiento de metadona (metadona como sustituto de la heroína) 150, y 150 también para una persona en comunidad terapéutica. Los beneficios son respectivamente: 0, -10, 50 y 50. El coste de la distribución de la heroína no se incluye en la tabla. El coste diario para el programa en el cual una persona es ayudada a reducir el daño de su adicción es mayor que el coste de tratamiento por día en una comunidad terapéutica. Después de tres días los beneficios para los individuos que entraron en una comunidad terapéutica (asumiendo que el 50% de los ex residentes ya no son adictos) están lejos comparado con aquellos en programas donde la mayoría todavía son adictos a la heroína y/o metadona y dependen de donaciones de la sociedad. La mayoría de los ex residentes tratados con éxito de las comunidades terapéuticas no perciben asistencia social, tienen trabajo y pagan impuestos.

Como conclusión se puede decir que la investigación que demuestre su eficacia es necesaria para que las comunidades terapéuticas sobrevivan. Además no sólo es importante mostrar su éxito y por qué funcionan sino también que el tratamiento libre de drogas es rentable. Es necesario prever situaciones como las de Holanda donde hay programas de reducción de daño y de tratamiento involuntario para aquellas personas que no quieren dejar de usarlas mientras que las personas que quieren dejar de usarlas son puestas en listas ya que no hay suficientes plazas.

Los programas de tratamiento libres de drogas no pueden resolver el problema de nuestra sociedad —muchas personas que entran en los programas han sido un problema para la sociedad durante muchos años—; sin embargo el tratamiento libre de drogas es exitoso y relativamente barato y puede ser parte de la solución.

TABLA 2
COSTE DIARIO/BENEFICIO

	SIN TRATAMIENTO	REDUCCIÓN DE DAÑOS	MANTENIMIENTO METADONA	COMUNIDAD TERAPÉUTICA
Social	50	50	50	10
Tratamiento médico	0	10	40	140
Delitos	150	150	60	0
Coste	200	210	150	150
Beneficio	0	-10	50	50

para tener el soporte de los políticos. Antes de que una persona elija ir a una comunidad terapéutica él o ella ha sido una carga para los demás durante muchos años.

Los programas de distribución de grandes cantidades de metadona se establecieron en Holanda con la esperanza de que reducirían los delitos. La metadona puede ser recogida de un autobús, ninguna muestra de orina es tomada. Una investigación del Instituto de Investigación Científica del Ministerio de Justicia mostró que los clientes del programa de distribución de metadona en autobuses en Amsterdam estaban más implicados en delitos que los heroinómanos que no usaban metadona. El menor número de delinquentes se encontraba en aquellos clientes de un programa con metadona que ofrecía un soporte médico y social (tabla 2, Leuw, 1998).

Sin embargo este programa fue cerrado años después sustituido por programas de reducción de daño para adictos con múltiples problemas.

Para convencer a los políticos que vale la pena invertir en las comuni-

tenga el objetivo de alcanzar la abstinencia significa la continuación del gasto en estas personas.

La mitad de los ex residentes de las comunidades terapéuticas alcanzan una vida sin drogas. La mayoría de éstos encuentran trabajo y pagan sus impuestos. Aquellos que no lo consiguen están menos tiempo en programas y usan menos dinero para tratamientos. Berg en Noruega estimó que el ROI del tratamiento de drogadictos se situaba por encima del 200% (Berg, 1992).

También en Holanda donde todos los adictos obtienen permisos mensuales del Estado cuando no son pacientes internados en un hospital y toda la asistencia médica es pagada, los beneficios del tratamiento son considerables.

Como aparece en la tabla 3 mantener a una persona dentro de una comunidad terapéutica es más barato que ningún tratamiento o programas de reducción de daño. Esta tabla no es el resultado de una investigación es una estimación de diferentes costes.

El coste total diario, social, médico y costes relacionados con deli-