

Programas de reducción de daños en las adicciones, un dilema ético

Harm Reduction Programs in Addictions, an Ethical Dilemma

Dannis Velázquez Benítez¹, Natalia Friman Rodríguez², Mayra González García³

1. Especialista de Primer Grado en Psiquiatría. Asistente. Comunidad Terapéutica Internacional Villa Cocal – Quinqué. Holguín. Cuba.
2. Especialista de Segundo Grado en Psiquiatría. Asistente. Comunidad Terapéutica Internacional Villa Cocal – Quinqué. Holguín. Cuba.
3. Especialista de Primer Grado en Psiquiatría. Asistente. Comunidad Terapéutica Internacional Villa Cocal – Quinqué. Holguín. Cuba.

A lo largo de la historia, la manera de conceptualizar el uso de sustancias ha cambiado. Lo que en un primer momento se considera un problema moral y lleva a la puesta en marcha de políticas centradas en la penalización del consumo y en la "*guerra contra las drogas*", da paso a la concepción del fenómeno como un problema médico-sanitario y conlleva a los primeros tratamientos que se desarrollan hasta los años 80 del siglo XX basados fundamentalmente en el cese del consumo y la rehabilitación, dando gran importancia a la prevención. Ambas conceptualizaciones están de acuerdo en que el objetivo final es reducir y eliminar el consumo de drogas, insisten en la abstinencia total como único resultado aceptable y diseñan estrategias comunicativas y comportamentales destinadas a conseguir su objetivo.

El concepto "*reducción de daños*" como programa de intervención ante los problemas derivados del abuso de drogas no comienza a usarse hasta finales de los años 80 como respuesta a la importancia que adquieren los problemas asociados al consumo, especialmente la epidemia del Sida entre los usuarios de drogas inyectadas (UDIs), marcando una clara diferencia en la incidencia y prevalencia de la infección por VIH entre aquellos países y regiones que comienzan

con programas de reducción de daños y aquellos cuyos objetivos están orientados a la abstinencia y la comprobación de que las iniciativas puestas en marcha sobre la base de los modelos anteriores, no logran uno de sus objetivos fundamentales: mantener a los UDIs en tratamiento y conseguir que abandonen el consumo.

Así, el objetivo deja de ser únicamente la abstinencia en el uso de sustancias (que ya no se plantea como condición, sino como opción) y pasa a ser también, disminuir los riesgos y los daños asociados al consumo. Sin embargo, este modelo no sólo implica un cambio en los objetivos planteados y por tanto, en las estrategias a poner en marcha, sino que, implica también un cambio en la filosofía que subyace a estas estrategias, es decir, exige un cambio en las creencias, las actitudes, los pensamientos y los discursos en relación con los programas de reducción de daños (PRD)¹.

Los PRD más que como un objetivo de un tratamiento pueden ser vistos como un acercamiento ético y pragmático a la problemática social de las drogas, que hace hincapié en reducir las consecuencias negativas del uso de sustancias más que en promover la abstinencia. En ambos casos, uno de los puntos clave es que el consumo de drogas en cada persona concreta es aceptado como un hecho que surge de su decisión particular. El objetivo será que dicho consumo tenga los mínimos efectos negativos posibles para las personas y para la sociedad².

Las premisas básicas de estos programas pueden resumirse así (Riley y O' Hare, 2000)¹:

- La persona tiene derecho a consumir drogas. A los profesionales y a las autoridades les compete disponer las condiciones que reduzcan los daños físicos, psicológicos y sociales que a la persona le puede reportar su consumo, así como, reducir la incidencia negativa sobre el resto de los individuos.
- El consumo de drogas en la sociedad en general es inevitable, a pesar de todos los esfuerzos que se realizan para evitarlo. El consumo resulta gratificante para la persona y la sociedad no tiene derecho a reprimirlo.
- El daño es lo importante, no el consumo en sí mismo.
- El ejercicio de las actividades terapéuticas es más fácil y menos costoso, pues se interviene para reducir el daño y no para dar tratamiento que modifique el comportamiento, el carácter o las actitudes de la persona.

- No se rechaza la abstinencia, como meta para el paciente que la desee.

Distintos autores plantean objetivos primordiales de estos programas¹:

- Eliminación o reducción del consumo de drogas inyectables.
- Reducción del riesgo de sufrir sobredosis o de adquirir o transmitir enfermedades tales como VIH, hepatitis B o C, infecciones bacterianas, endocarditis, infecciones de los tejidos blandos, tromboflebitis, tuberculosis e ITS.
- Disminuir la morbilidad y mortalidad.
- Posible reducción de las conductas sexuales de riesgo.
- Menor participación en actividades delictivas.
- Mayor estabilidad familiar y posibilidad de obtener y conservar un empleo.

Las intervenciones propuestas para reducción de daños incluyen la puesta en marcha de acciones diversas, tales como las siguientes³:

- Programas basados en el suministro de metadona y otros opiáceos sintéticos a las personas adictas a heroína con la finalidad de evitar el consumo adulterado de esta droga cuando se obtiene en el mercado negro y reducir la incidencia del riesgo de contagio viral.
- Programas basados en la provisión de jeringuillas y agujas estériles a quienes consumen drogas por vía parenteral.
- Disposición de “*áreas de tolerancia*”, lugares específicamente habilitados para que los consumidores puedan obtener instrumental de inyección limpio, preservativos, información y atención médica.
- Programas educativos basados en la reducción de daños. Se trata de materiales y estrategias que informan a los jóvenes acerca de cómo reducir los riesgos asociados al uso recreativo de drogas. Se incide en el conocimiento exhaustivo de las características y los efectos de las drogas de uso más común.

- Trabajo de campo dirigido a contactar con jóvenes consumidores para informarles acerca de las características de los productos que consumen. Se analizan químicamente las sustancias y se distribuye material informativo.
- Demanda de la legalidad controlada de ciertas sustancias institucionalizadas, especialmente, cannábicos con la finalidad de eliminar los problemas de criminalidad asociados tanto a la demanda como a la oferta.

Del mismo modo se han señalado algunas reflexiones críticas al respecto:

- El suministro de metadona y otras sustancias sustitutivas es una manera de intercambiar la adicción a heroína adulterada por otra adicción médicamente controlada.
- Las drogas no pierden su capacidad tóxica por el hecho de que su consumo reciba la calificación social de "responsable". Se ha señalado el hecho comprobado de que la información objetiva es una variable carente de poder suficiente para reducir la probabilidad de consumo abusivo.
- También se ha mencionado que las drogas institucionalizadas, pese a su estatus legal, son causa de morbilidad y mortalidad en mayor medida que las sustancias ilegales, pues el factor de disponibilidad social incrementa la probabilidad de consumo.

En la actualidad el tratamiento con PRD por períodos prolongados se transforma en un dilema ético al carecer de marco legal y políticas públicas que autoricen este tipo de intervenciones y por tratarse de métodos no aceptados en forma unánime sino, por el contrario, ser muy controvertidos, señalándose las siguientes limitantes³:

- Existe escasos estudios, una dispersión y heterogeneidad de los componentes y pilares del tratamiento.
- Los tratamientos de mantenimientos de opiáceos: los pacientes tienen mayor riesgo de morir durante el primer mes de tratamiento que antes de haber empezado el mismo.
- La desintoxicación prolongada o los tratamientos de mantenimiento con opiáceos provocará un síndrome de abstinencia menos intenso pero más prolongado que el de la heroína.
- Sustitución de una adicción por otra.

- Muertes por sobre dosis.
- La falta de una intervención integral a las necesidades individuales de los pacientes.
- Problema ético.

Los programas de reducción de daños, son tema de controversia para tratar las adicciones. Los expertos citan la no existencia de programas estandarizados para los criterios y procedimiento y para la medición de sus resultados^{4, 5}.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Insúa P, Grijalvo J. Programas de reducción de riesgos en atención a las drogodependencias. Pap Psicol. 2000[citado nov 2000]; 77. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=844>
2. de Oliveira Pinto L, de Oliveira DJ, Duarte Ribeiro FM. Grupo Informativo: Estrategia de redução de danos para pessoas apreendidas por consumo/porte de drogas ilícitas. Interface (Botucatu).2015 [citado 12 abr 2016]; 19 (Supl 1): 965-973. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500965&lng=en
3. Grover A. Derechos Humanos y Política de Drogas Reducción de daños. Reporte informativo.2015 [citado 11 jul 2016]; 1.Disponible en: http://www.ihra.net/files/2011/06/14/IHRA_BriefingSpanish_1.pdf
4. Red Chilena. Reducción de daños y drogas, declaraciones y orientaciones. Chile: División de Organizaciones Sociales; 2010 [citado 22 ene 2011]. Disponible en: <http://docplayer.es/8310711-Reduccion-de-danos-y-drogas.html>
5. García González Y, Rivero Vázquez I, Álvarez Delgado M, Torriente Valle M, Tamayo Rodríguez M. Parámetros bioéticos en el manejo del paciente drogodependiente. Rev Hosp Psiquia Habana. 2012 [citado 25 may 2015]; 9(1). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/rev1-2012/hphREV2-12.html>

Recibido: 19 de abril de 2016

Aprobado: 8 de junio de 2016

Dra. *Dannis Velázquez Benítez*. Comunidad Terapéutica Internacional Villa Cocal – Quinqué.
Holguín. Cuba.

Correo electrónico: danni@crystal.hlg.sld.cu