

HEROÍNA LEGAL: SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL. ESTUDIO DE CASO EN UNA REGIÓN ESPAÑOLA

José Ángel Martínez Casares

PEPSA (Programa Experimental de Prescripción de Estupefacientes de Andalucía)
FADA (Fundación Andaluza de Atención al Drogodependiente)

Ester Massó Guijarro

IDAES (Instituto Darién de Estudios Socioculturales)
Universidad de Granada

Resumen.- Según la intercultural y holista definición de la OMS del año 1947, la salud abarca no sólo el plano físico de las personas, sino también su bienestar mental y social como un todo relacionado: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia” (http://www.zuhaizpe.com/articulos/salud_oms.htm). Esta pluralidad, sin embargo, lamentablemente no se refleja en muchos campos de realidad. Nos disponemos a tratar en este trabajo una cuestión donde ello se manifiesta de modo palmario, y donde podremos establecer un debate que involucre claramente no sólo la esfera sanitaria sino también la social, la moral y la política, como habría de comprender cualquier cuestión que atañe a las personas. Así, abordaremos aquí desde una experiencia real las relaciones entre el consumo de determinada sustancia adictiva –la heroína- y el perfil de exclusión social que tradicionalmente se ha aplicado a las personas drogodependientes. Se ha de aclarar, por tanto, que entendemos aquí la exclusión social como una particular noción más amplia que el concepto de pobreza o marginación, al que tradicionalmente se había asimilado.

1. Introducción: salud plural y exclusión social

“Aquí, junto a los demás, un hombre puede llegar a ser él mismo.
Ni el gigante de sus sueños, ni el enano de sus temores, sino tal como es,
formando parte de un todo y participando del proyecto común.
En este lugar cada uno de nosotros podemos encontrar nuestras raíces y florecer,
podemos poner término a la soledad mortal para vivir por fin.
Llegar a ser un hombre entre otros”
(Fragmento de una carta de J.F.S.N., paciente de PEPSA)

De entre los tres paradigmas más utilizados para referirse a la exclusión social –solidaridad, especialización y monopolio (García Roca, en Bermejo 1998) -, hemos preferido asumir aquel postulado que hacen referencia a la misma como una *propiedad de las sociedades*, idea presente en los tres paradigmas mencionados:

“En este sentido la exclusión social no se concentra en las personas sino en las instituciones, las reglas, formales e informales, explícitas y tácitas, que permiten y limitan la interacción humana. La exclusión social es una propiedad de la sociedad si están presentes formas de discriminación racial, sexual y de otra índole; si están segmentados los mercados mediante los cuales las personas pueden ganarse la vida; o si los bienes públicos, que en teoría deberían estar al alcance de todos, sólo son semi-públicos” (Carpio, Klein & Novacovsky 2000: 192).

Esta opción, la de *propiedad de las sociedades*, es la que se ajusta más verazmente a la realidad de los heroinómanos en las sociedades europeas en general y de las personas que participaron en el ensayo clínico, al que se hará referencia más tarde, en particular.

La exclusión social, pues, no debe ser tratada en términos de opción (racional) personal ni mucho menos en términos de culpabilidad, ese fondo moral que no ha sido ajeno en ningún caso a la definición histórica de fenómenos como la pobreza, la marginalidad o la adicción a determinadas sustancias. De hecho, la caridad cristiana, que durante siglos trató torpe y parcialmente de paliar problemas de este tipo, opera con iguales esquemas moralistas, bajo un fondo dialéctico en los términos de “culpa-pecado-castigo-absolución”.

Consideramos, pues, de gran importancia suscitar el debate sobre esta cuestión dejando a un lado el personalismo de las explicaciones “micro” y desde una perspectiva más amplia de la

meramente médica o enfermera. Aquel abordaje que comprendía exclusivamente los riesgos del consumo como potencialmente generadores de un desorden social (crimen) y personal (criminales), se halla en un estado definitivamente obsolecente.

2. Exclusión social y drogas: dialéctica rizomática. La abstinencia o la muerte

Frente al consumo de opiáceos presentado, hace aproximadamente un siglo, como una costumbre respetable y *chic* de la alta sociedad en las novelas de Sir Arthur Conan Doyle - recordemos que Sherlock Holmes era un orgulloso morfinómano y cocainómano (Conan Doyle 1983: 98)-, en las últimas décadas se ha propiciado en las sociedades occidentales el ingreso de las personas adictas a la heroína en el “selecto” grupo de excluidos sociales, debido tanto a la ilegalidad de la sustancia como al estigma de inmoralidad que se le ha adjudicado a su consumo. Estas circunstancias no se habían producido previamente a la ilegalización de la heroína, siendo su consumo normalizado, incluso elitista como decimos, equiparable al de otras sustancias adictivas (Escohotado 1995:253).

Sobre la decadencia física y moral que produce la adicción (más el síndrome de abstinencia) a los opiáceos en una sociedad donde la sustancia es ilegal, contamos ya con una brillante expresión literaria en las crudas obras del escritor heroinómano norteamericano William Burroughs (*Junky* y *The naked lunch*, por ejemplo).

No es nuestra intención en este pequeño trabajo aproximativo reavivar el debate respecto a la legalización de sustancias adictivas (drogas) como la heroína. Sin embargo, sí conviene recordar que la situación de ilegalidad de sustancias, con todo lo que acarrea en términos de marginalización y criminalización, así como en torno a construcciones y categorías simbólicas sobre el consumidor, son cuestiones tremendamente cambiantes a lo largo de la historia, lo que debería conducir al analista a replantearse los términos en los que se discute el consumo, su conveniencia social o su (in) salubridad. Hablamos de opciones y realidades altamente discrecionales, para comprobar lo cual sólo es preciso echar un vistazo a la historia y sus versiones tan diferentes sobre lo que son “buenas” y “malas” sustancias.

Sí es nuestra intención llamar la atención respecto a la *responsabilidad de nuestras comunidades en el deterioro físico, psíquico, ético y sobre todo social de las personas heroinómanas*. Estas personas son perfectos referentes de exclusión social, en tanto que responden a las tres dimensiones (estructural-económica, contextual-social y subjetiva-personal) que más habitualmente se plantean en la teoría sobre la misma (Bermejo et al. 1998: 134 -136). La privación económica y el desempleo, la ruptura de lazos familiares, la marginación social, la falta de participación en las actividades políticas, el deterioro de salud, la carencia de poder, la delincuencia o la criminalidad son algunos de los aspectos más relevantes de esta situación social de las personas adictas a la heroína (Faria 1994: 12).

Carece de sentido la pregunta (bastante retórica, por otro lado) de si es la drogadicción la que lleva a la exclusión o viceversa. Consideramos, por el contrario, que ambos se refuerzan mutuamente, como suele suceder en cualquier conjunto de fenómenos sociales (que operan al modo de rizomas retroalimentarios), tornándose no diferenciables cuando ya se ha constatado el hecho de la marginalización y la desafiliación social.

Puede afirmarse, pues, que la drogadicción y la marginalidad constituyen fenómenos que *concomitan* habitualmente cuando la sustancia adictiva no es legal en la sociedad pertinente. Dicho de otro modo, cuando nos hallamos ante el caso de un heroinómano-delincuente, esta segunda condición no ha sido racionalmente escogida por la persona, sino que ha devenido fruto de la situación marginal y *enfermiza* (no olvidemos que hablamos de personas enfermas) a la que la ilegalidad de la sustancia le somete:

“Fue entonces y en esas circunstancias cuando entré en contacto con la droga y me convertí en adicto; fue entonces cuando delinquí de modo consciente, al tener auténtica necesidad de dinero, algo que nunca me había ocurrido antes [...] Nadie se levanta una mañana y decide serlo” (Burroughs 1953: 20).

He aquí el núcleo del interrogante: ¿es la heroína en sí misma, en tanto que sustancia, la que provoca la marginalidad por su acción farmacológica o, por el contrario, es la prohibición de su consumo la que conduce a lo marginal? ¿Es la sustancia, *como fármaco* que se introduce en el cuerpo, la variable independiente o lo es la ilegalización de la misma, *como decisión gubernamental* del gobierno de una sociedad?

En este trabajo se defiende claramente esta última opción: la heroína y la exclusión social no aparecen intrínseca sino *extrínsecamente concomitantes*, a causa de la marginalidad impuesta por nuestras sociedades hace décadas. La vinculación entre heroína y exclusión social es extrínseca, pues, y este nexo resulta modificable mediante vías diferentes a la renuncia al consumo (renuncia que, en muchos casos, no resulta viable para muchas de las personas enfermas-consumidoras).

Vivimos una extraña esquizofrenia por la que, al tiempo que se considera a la persona adicta a las drogas como una “persona enferma”, se limita social y legalmente su acceso a la sustancia de la que depende su más mínimo bienestar. La única opción legal para estas personas es, hasta la fecha, la rehabilitación; incluso los tratamientos sustitutivos con metadona (otro opiáceo, al fin y al cabo) están encaminados al abandono total del consumo de heroína.

En muy pocos países se realizan planteamientos novedosos donde el objetivo principal no sea tanto la abstinencia total (de la sustancia a la que se es adicto) cuanto la minimización de sus efectos negativos en la persona incapaz de prescindir de ella. Hablamos de los denominados *programas de reducción de daños*.

3. Metadona y abstinencia total versus heroína y reducción de daños: ¿el paraíso irreal para unos pocos o la Tierra para todos?

Los tratamientos sustitutivos con metadona han tenido un resultado decepcionante: su objetivo principal de deshabitación al opiáceo ha sido alcanzado de modo parcial y muy limitado.

No cabe duda de que algunas pistas respecto a las causas de este fracaso se hallan en los efectos biológicos tan distintos que producen estas dos sustancias, su diferente forma de consumo –casi más importante que las propiedades de la misma-, el recuerdo de otros efectos fortalecedores secundarios –el *flash* tras la inyección, las influencias (sub) culturales, las modas, etc.- y los deseos y necesidades que llevaron a la adicción (Seindenber & Honegger 2000: 79-82). La metadona y la heroína *son, de facto, dos sustancias disímiles*, que acarrearán dispares historias y sugieren mundos desemejantes.

Arribamos entonces a la utilización encubierta de la metadona como sustancia paliativa de los síntomas de abstinencia, más allá de su presunto objetivo de rehabilitación total. Tras la asunción de esta (dudosamente ética) realidad, se ha planteado en diversos países europeos la conveniencia de un abordaje honesto, claro y plural sobre la cuestión. En Suiza y Holanda, por ejemplo, tras los ensayos clínicos correspondientes, han sido establecidos programas de prescripción de estupefacientes enmarcados (e inspirados) en políticas de *reducción de daños*. Otros países como Alemania, Reino Unido y España –de la que hablaremos a continuación– han dado ya los primeros pasos en este sentido.

4. Ensayo clínico en España: una experiencia reveladora

En España recientemente ha concluido un ensayo clínico en fase III con el nombre de PEPSA (Programa Experimental de Prescripción de Estupefacientes de Andalucía) cuyo objetivo principal puede resumirse en los siguientes términos:

“Demostrar que la prescripción diversificada, individualizada y protocolizada de agonistas opioides, apoyada en la diacetilmorfina (heroína) por vía intravenosa es más eficaz que la prescripción de metadona oral, ambas con apoyo médico-psico-social, en la mejoría de la salud física y mental y en la integración social de sujetos dependientes a opioides por vía

intravenosa, según criterios de la CIE-10, policonsumidores **con graves problemas médico-sanitarios, psicológicos y con carencias y problemas de exclusión social**, que hayan fracasado anteriormente en al menos dos tratamientos convencionales disponibles” (Marsset et al. 2002: 11) [la negrita es nuestra].

Esta experiencia constituye una ocasión excepcional para observar las variaciones en el estado de exclusión social, a la que hacíamos referencia con anterioridad, de las personas que participaron en el ensayo, especialmente incluso por cuanto éste incluye explícitamente en sus objetivos secundarios la mejora del ajuste familiar y de la situación social.

En primer lugar, resulta conveniente llamar la atención sobre el perfil explicitado de los participantes en el ensayo clínico: *con graves problemas médico-sanitarios y psicológicos, y con carencias y problemas de exclusión social*. Aquí hallamos reflejados los tres ámbitos principales, a saber, el físico, el psicológico y el social, que comprende la definición holista de salud de la OMS que se mencionaba al comienzo de este trabajo. En el caso que exponemos, se indica claramente que estos tres campos de la salud de los pacientes de PEPSA estaban gravemente deteriorados al comienzo del ensayo, condición ésta que era precisa para su admisión en el mismo.

El acceso libre, y controlado sanitariamente, a la diacetilmorfina (heroína) teóricamente extinguiría en gran medida muchas de las *alteraciones* sociales que conlleva el consumo de heroína en la calle en general, y el consumo en la circunscripción de la ciudad de Granada para estas personas, en particular.

Algunos de estos previstos efectos positivos o mejoras resultan intuitivos y evidentes:

- ≡ el oneroso gasto económico (para comprar la sustancia) ya no es necesario;
- ≡ sucede el alejamiento de los espacios urbanos (mundos) marginales donde se consume;
- ≡ se practica inyección segura, con todas las medidas habituales de asepsia, que evita infecciones (SIDA, hepatitis, etc.);
- ≡ sucede cambio efectivo de rol de “yonquii” por el de persona con enfermedad crónica, etc.

Sin embargo podemos y debemos ir más allá, para plantearnos efectos que denoten mayor socialización de las personas que participaron en el ensayo: recuperación de lazos familiares, acceso al empleo, participación en actividades sociales y políticas (1), participación en decisiones que afecten a su vida cotidiana, etc. Para medir estos aspectos, los más básicos y los más desarrollados, se utilizaron los siguientes instrumentos:

- ≡ *ajuste familiar*: análisis de las variaciones en la puntuación del cuestionario APGAR FAMILIAR respecto al nivel basal del individuo (Smilkstein 1978: 12-31);
- ≡ *ajuste sociolaboral*: variaciones en la puntuación de la subescala “funcionamiento social” del OTI respecto al nivel basal del individuo y variaciones en la puntuación de la subescala “actividad delictiva” del OTI respecto al nivel basal de cada individuo (Iraurgi Castillo 2002: 309-353).

Los datos que ofrecen estas mediciones se completan con la observación participante llevada a cabo cada día por parte del equipo investigador y con los testimonios recogidos en las valoraciones (igualmente diarias) realizadas a las personas participantes del ensayo.

5. Algunas conclusiones del ensayo respecto a la situación (inserción) social de los pacientes

Aunque los datos definitivos del ensayo respecto a estas transformaciones de la situación social no se han hecho públicos todavía, sí podemos apuntar algunas tendencias notables observadas durante el mismo.

La primera observación relevante es la que atañe al nivel de integración social en los pacientes que concluyeron el ensayo en el grupo que recibía la diacetilmorfina (frente al grupo de control que consumía metadona). De hecho, estos niveles se han visto incrementado enormemente con respecto a las condiciones iniciales de exclusión social: la mayor parte de estas personas elevaron y mejoraron su ajuste familiar, social y laboral, en general.

En algunos casos estas mejoras fueron tan significativas que podría afirmarse que el nivel de exclusión social de estas personas tras el ensayo resulta prácticamente similar o análogo al de enfermos con dolencias crónicas de otra índole. En otros casos la mejoría no aparece de modo tan evidente, pues la larga trayectoria de exclusión de ciertos individuos (2) –algunos llevan viviendo en condiciones marginales más de diez años, por ejemplo- no favorecen ni permiten, en realidad, resultados más notablemente positivos en tan sólo nueve meses de tratamiento.

A pesar de ello, la observación participante por parte del personal encargado de la recogida de datos muestra sin lugar a dudas una mayor preocupación de estos individuos, por la inserción laboral, la recuperación familiar, la preocupación por su entorno y comunidad, etc., incluso en aquellas personas más desestructuradas socialmente y que padecen niveles mayores de exclusión social, aún ahora.

Resulta asimismo muy significativo el hecho de que muchos de ellos se hayan constituido en los últimos meses como Asociación de Usuarios de DAM (diacetilmorfina), acción que demuestra sin lugar a dudas una mayor preocupación y participación en lo que afecta a su vida cotidiana y a la del grupo. La implicación en el entorno comunitario y la presencia de inquietudes altruistas, más allá de la mera implicación individual, suelen concommitar con una clara mejoría en la salud (física, psíquica y social) del individuo:

“La cooperación, el trabajo en equipo, son la expresión más brillante de la afirmación de uno mismo en convergencia con los demás. En la cooperación confluyen intereses de distintas personas que aúnan energías con inteligencia, a favor de un objetivo que, individualmente, no podrían alcanzar [...] En definitiva, las transacciones que realizamos nos otorgan significación y también nos dan orientación y sentido” (Massó Cantarero 2001: 138-9).

“De hecho, cuanto más integrados estamos en una comunidad que nos importa, más tenemos la sensación de tener un papel, un sitio, que cuenta para los demás –para algunos demás-, más fácil nos resulta salir de nuestra sensación de ansiedad, de desesperación, de falta de sentido” (Servan-Schreiber 2005: 229).

6. Reflexiones y vindicaciones finales

Como diversos estudios demuestran (Servan-Schreiber 2005: 231, 232), la implicación comunitaria y el gozo de las relaciones estables son factores indispensables para alcanzar una vida satisfecha y feliz. La interacción con los demás y la cooperación otorgan a las personas una significación vital y orientación (Massó Cantarero 2001: 138-139); facilitan asimismo la reducción de la ansiedad, del sentimiento de la desesperación y de la ausencia de nos resulta más fácil salir de nuestra sensación de ansiedad, de desesperación o de falta de sentido (Servan-Schreiber 2005: 229):

“En los estudios sobre las personas que son más felices en su vida que los demás, se aprecian sistemáticamente dos factores: gozan de relaciones estables con seres próximos y están implicados en su comunidad [...] El placer de la relación con los demás, el sentimiento de estar implicado en el grupo social, es un remedio notable para el cerebro emocional, y por ello para todo el cuerpo” (Servan-Schreiber 2005: 231-232).

Dicho de otro modo, la interacción social y la implicación comunitaria pueden operar como vías de restablecimiento emocional, como modos de curación, a fin de cuentas. Cuando las personas adictas a la heroína se hallan imbuidas en las condiciones de exclusión social y marginalidad generadas por la prohibición, no son capaces, por razones obvias, de acceder a estas herramientas de curación emocional. Sin embargo, las observaciones en el ensayo que se presenta han mostrado nitidamente que, cuando estas personas pueden acceder

reguladamente a la droga y en condiciones no marginales ni ilegales, emerge cierto tipo de implicación social y familiar (incluso más alto que el de personas no drogadictas con un nivel de inserción regular), pudiendo desarrollarse entonces más fácilmente las estrategias propias de esa vía de curación emocional.

El hecho de que las condiciones de ilegalidad generen criminalidad no es nuevo; se refleja en muchos procesos sociales e históricos, incluso en ámbitos bien diferentes. Salvando las distancias, pensemos en las palabras de Oliver Tambo cuando denunciaba, en el año 1964, que:

“la criminalidad crece siempre en la sociedad del *apartheid* [porque] No tener empleo es un delito [...]. No tener tierra puede ser un delito [...]. Contestar a un blanco puede ser un delito [...]. Las leyes sudafricanas del *apartheid* convierten en criminales a innumerables inocentes” (Tambo, en Mandela 1965: 12).

Así, igual que sucedía con esa criminalización de meros actos cotidianos que llevaba a cabo el *apartheid*, se puede considerar que las mismas leyes prohibicionistas hacen crecer “criminales” donde antes (o ahora incluso, con respecto de otras sustancias) había meros consumidores legales, más o menos equivocados en su consumo, dependiendo de la escala de valores de cada cuál, pero *dentro de la legalidad* y la legitimidad, incluso.

La condición de “ser criminal”, que anida por lo general en la situación de marginalidad e ilegalidad de las personas, no puede estar auspiciada por consideraciones como la moda, a la hora de elaborar una legislación. Y el hecho de que hoy la heroína sea ilegal constituye, en realidad, una *moda*, como antes (hace no tanto tiempo) lo fue consumir opio y cocaína entre las clases altas (por supuesto, sin que por ello fueran perseguidas o denostadas).

Sobre la conveniencia o no del consumo en sí mismo, el debate sería demasiado amplio y probablemente no pertinente aquí. Sin embargo, sí deberíamos recordar que la salud no es una cuestión meramente física (como no lo son las sustancias adictivas que cada sociedad o época histórica han consumido), ni la marginación de los heroinómanos adviene como *intrínseca* a la sustancia. La marginación, la exclusión, el aislamiento, no son “cuestiones de sustancias” sino de valores, de momentos, e indudablemente de mercado. Así, no parece moralmente aceptable que la vida de tantas personas dependa de aspectos tan discrecionales e históricamente arbitrarios como que una sociedad sí acepte el vino a diario en las mesas de todos los hogares (siendo el alcohol y también el tabaco, en tanto que sustancias, más perjudiciales que la heroína pura), mientras que condene a la exclusión y aboque a la criminalidad y la marginalidad a un conjunto de individuos que, por razones múltiples, en lugar de beber vino se inyecta heroína.

Abogamos abiertamente por una extensión en España (y, por ende, en el resto de países afectados) de la prescripción legal y controlada de diacetilmorfina (heroína), a *todos y cada uno de los heroinómanos* de larga duración y en situación grave de exclusión social que soliciten el acogimiento al programa.

Abogamos por la extensión de esta medida desde la consideración de las personas adictas a la heroína como un cierto tipo de enfermos crónicos, no como criminales ni como parias ni como ciudadanos de segunda.

Y abogamos por ello desde su consideración como una cuestión ineludible de *salud pública* y de *responsabilidad moral* de los gobiernos y de las sociedades.

7. Bibliografía

- a) (1988) ARIF, A, *Consecuencias adversas para la salud del uso indebido de la cocaína*, OMS, Ginebra.
- b) (1996) ASTORGA, Luis, *El siglo de las drogas*, Espasa Calpe, México.
- c) (1998) BERMEJO, José Carlos, *Humanizar la salud. Humanización y relación de ayuda en enfermería*, San Pablo, Madrid.

- d) (1995) BRAILOWSKY, Simón, *Las sustancias de los sueños: Neuropsicofarmacología*, FCE-CONACYT, México.
- e) (1973) BRAU, Jean Luis, *Historia de las drogas*, Bruguera, España, Bruguera.
- f) (1990) BRENNAN, Barbara Ann, *Manos que curan*, Martínez Roca, Barcelona.
- g) (1994) BRENNAN, Barbara Ann, *Hágase la luz*, Martínez Roca, Barcelona.
- h) (2001) [1953] BURROUGHS, William, *Yonqui*, Anagrama, Barcelona.
- i) (2000) CARPIO, J., KLEIN, E. Y NOVACOVSKY, I. (eds), *Informalidad y exclusión social*, OIT/Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- j) (1983) CONAN DOYLE, Arthur, *El signo de los cuatro*, Orbis, Madrid.
- k) (1973) COPPEL, Robert, *Los narcóticos*, Bruguera, España.
- l) (1986) CUNNINGHAM, Danna y RAMER, Andrew, *The Spiritual dimensions of healing addictions*, Cassandra Press, CA, USA.
- m) (1991) DORNBIERER, Manú, *La guerra de las drogas*, Grijalbo, México.
- n) (1990) ESCOHOTADO, Antonio, *Guía de drogas*, Omnibus Mondadori, Barcelona.
- o) (1995) ESCOHOTADO, Antonio, *Historia General de las drogas* (Tomo II), Alianza, Madrid.
- p) (1994) FARIA, Vilmar, *Social exclusion in Latin America: An annotated bibliography*, Discussion Papers Series No. DP/70/1994, Geneva International Institute for Labour Studies, Italy.
- q) (1980) FREUD, Sigmund, *Escritos sobre la cocaína*, Anagrama, Madrid.
- r) (1991) GOODMAN, Alfred (ed), *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. Editorial Panamericana, Argentina.
- s) (1993) INCARDI, James A., *La guerra contra las drogas*, Grupo Editor Latinoamericano, Argentina.
- t) (2002) IRAURGI CASTILLO, Ignacio y GONZÁLEZ SÁIZ, Francisco, *Instrumentos de Evaluación en Drogodependencias*, Aula Médica, Madrid.
- u) (1988) KRUPP, Marcus (ed), *Diagnóstico clínico y tratamiento*, Manual Moderno, México.
- v) (2005) [1965] MANDELA, Nelson Rolihlahla, *Un camino nada fácil hacia la libertad*, Zanzíbar, Barcelona.
- w) (2001) MARSET FERNÁNDEZ, Miguel (eds), *Protocolo PEPSA 2001*, Escuela Andaluza de Salud Pública, EASP, Granada.
- x) (2001) MASSÓ CANTARERO, Francisco, *¡Ponte a vivir! Valores y autoestima*. Eneida, Asociación de Educación para la Salud, Madrid.
- y) (1990) SCHROEDER, Richard, *El mundo de las drogas*, Edamex.
- z) (2000) SEIDENBERG A. y HONEGGER U., *Metadona, heroína y otros opioides [Manual para un tratamiento ambulatorio de mantenimiento con opioides]*, Díaz de Santos, Madrid.
- aa) (2005) SERVAN-SCHREIBER, David, *Curación emocional [Acabar con el estrés, la ansiedad y la depresión sin fármacos ni psicoanálisis]*, Kairós, Barcelona.
- bb) (1999) SHULGUIN, Alexander, "La legalización de ciertas drogas debería de ir acompañada de educación", *Muy Interesante*, Año XVI, nº 2.
- cc) (1978) SMILKSTEIN, Gabriel, *The family APGAR: A proposal for a family function test and its used by physicians*, J Fam Pract.
- [Noticias en periódicos]
- ≡ "Financiado por la CIA, el tráfico de cocaína hacia Estados Unidos proveyó armas y financiamiento a la 'Contra' nicaragüense", *Proceso*, No. 1038, 22-sep-96.
- [Páginas web]
- ≡ http://www.zuhaizpe.com/articulos/salud_oms.htm

8. Notas

(1) "Comprendí que no existía compromiso posible entre el grupo, los otros, y yo, y llevé una vida muy solitaria" (Burroughs 1953: 17).

(2) La cuestión de una larga historia personal de exclusión no es baladí, en ningún caso. Se ha de tener en cuenta que muchos de los pacientes de PEPSA, y heroinómanos en general, han vivido largas temporadas (de numerosos años, incluso) en la cárcel, mientras que la mayoría de mujeres adictas se ha visto obligada a recurrir a la prostitución, no como una opción libre del trabajo sexual sino acuciadas por la misma necesidad patológica que eventualmente conduce también, de modo extrínseco como decíamos, al crimen. La situación psicológica y física de estas personas, de exclusión, de marginación, con una altísima incidencia de VIH-SIDA, dificulta enormemente su completo restablecimiento y/o inserción social o, al menos, haciendo que no pueda pretenderse mucha rapidez en la misma.