

CONTEXTOS, SUJETOS Y DROGAS:

Un manual sobre drogodependencias.

ÍNDICE

AUTORES	1
CONSEJO DE REDACCIÓN	9
NOTA DE LOS COORDINADORES DE LA OBRA.....	11
PRESENTACIÓN.....	13
PROLOGO.....	17
BLOQUE I: EL CONTEXTO SOCIOCULTURAL	23
CAPÍTULO 1	27
EL ESTUDIO DE LAS DROGAS EN DISTINTAS SOCIEDADES: PROBLEMAS METODOLÓGICOS	27
AURELIO DÍAZ.....	27
<i>Introducción</i>	27
<i>Algunas generalidades</i>	28
<i>Revisión y discusión de los métodos y técnicas</i>	30
<i>Bibliografía</i>	36
CAPÍTULO 2	39
CONDICIONANTES POLÍTICOS Y ECONÓMICOS. ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DE ESTOS FACTORES EN LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL “PROBLEMA DE LA DROGA”	39
OLIVIER RALET.....	39
<i>Drogas y representaciones sociales</i>	39
<i>Historia de dos modelos de intervención</i>	40
<i>Hoy y mañana</i>	44
<i>Bibliografía</i>	47
CAPÍTULO 3	49
LOS “TERRITORIOS URBANOS” DE LAS DROGAS: UN CONCEPTO OPERATIVO	49
LUIS FERNÁNDES.....	49
<i>El espacio psicosocial y el territorio.....</i>	49
<i>Trabajo etnográfico en territorios urbanos</i>	51
<i>Los territorios psicotrópicos</i>	52
<i>Bibliografía</i>	55
CAPÍTULO 4	57
EL FENÓMENO DE LA DEPENDENCIA, SU CARÁCTER POLIÉDRICO Y SU INSERCIÓN EN LA DIALÉCTICA BIOLOGÍA/CULTURA	57
ORIOL MARTÍ	57
<i>Introducción</i>	57
<i>Aproximación a las bases evolutivas, filogenéticas y biológicas, que configuran a la especie</i> <i>Homo sapiens como precaria y radicalmente dependiente.....</i>	58
<i>La dependencia como fenómeno biológico</i>	60
<i>La dependencia como fenómeno psicológico</i>	61
<i>La dependencia como fenómeno social.....</i>	63
<i>A modo de conclusión</i>	65
<i>Bibliografía</i>	67
BLOQUE II: LO HUMANO. LA CONSTRUCCIÓN DEL SUJETO.....	69
CAPÍTULO 5	71
LA DIMENSIÓN ANTROPOLÓGICA	71
EDUARDO L. MENÉNDEZ.....	71
<i>La polarización sujeto/estructura</i>	71
<i>La estructura como determinante de la subjetividad</i>	73
<i>Hacia la construcción de una subjetividad provisional</i>	76
<i>La recuperación de la intencionalidad: resultados paradójicos.....</i>	78

<i>Sujeto y cotidianidad: la realidad como riesgo</i>	<i>81</i>
<i>Simulaciones, interioridades y la subjetividad sin prácticas.....</i>	<i>83</i>
<i>Hacia la recuperación articulada del sujeto</i>	<i>85</i>
<i>Bibliografía.....</i>	<i>88</i>
CAPÍTULO 6.....	89
LA DIMENSIÓN BIOLÓGICA.....	89
ENRIC BUFILL.....	89
<i>Mente y cerebro</i>	<i>89</i>
<i>El cerebro humano.....</i>	<i>90</i>
<i>Evolución del cerebro humano</i>	<i>92</i>
<i>Factores que pudieron influir en la evolución del cerebro.....</i>	<i>93</i>
<i>Bases biológicas de la conducta humana</i>	<i>95</i>
<i>Cerebro y drogas</i>	<i>97</i>
<i>Bibliografía.....</i>	<i>100</i>
CAPÍTULO 7.....	103
DIMENSIÓN RELACIONAL	103
TRE BORRAS, XAVIER COLLE Y NURIA MAGRÍ.....	103
<i>Introducción histórica.....</i>	<i>103</i>
<i>El modelo relacional-sistémico y las drogodependencias</i>	<i>103</i>
<i>El modelo relacional y las drogodependencias</i>	<i>104</i>
<i>Prácticas sistémicas, del individuo a su red social.....</i>	<i>107</i>
<i>Bibliografía.....</i>	<i>109</i>
CAPÍTULO 8.....	111
LA DIMENSIÓN PSÍQUICA	111
VÍCTOR KORMAN.....	111
<i>Introducción</i>	<i>111</i>
<i>La estructuración del sujeto.....</i>	<i>113</i>
<i>La identificación</i>	<i>114</i>
<i>Consecuencias del proceso estructurante.....</i>	<i>117</i>
<i>Bibliografía.....</i>	<i>125</i>
CAPÍTULO 9.....	131
DROGAS Y ADOLESCENCIA: DOS INICIACIONES SIMULTANEAS.....	131
JAUME FUNES.....	131
<i>Los adolescentes y las drogas. una relación a tres bandas en la que intervienen los adultos.....</i>	<i>131</i>
<i>Las drogas, los jóvenes y los adolescentes en la cercanía del 2000.....</i>	<i>134</i>
<i>Una preocupación sin alarmas.....</i>	<i>136</i>
<i>De qué dependen sus dependencias.....</i>	<i>136</i>
<i>Sentidos y significados.....</i>	<i>139</i>
<i>Drogas y dificultades para vivir</i>	<i>141</i>
<i>Bibliografía.....</i>	<i>143</i>
BLOQUE III: LAS SUSTANCIAS. FARMACOLOGÍA.....	145
CAPÍTULO 10.....	147
LAS SUSTANCIAS: FARMACOLOGÍA.....	147
JORDI CAMÍ.....	147
<i>Introducción: conceptos básicos.....</i>	<i>147</i>
<i>Drogas depresoras del sistema nervioso central</i>	<i>150</i>
<i>Drogas psicoestimulantes</i>	<i>159</i>
<i>Drogas alucinógenas</i>	<i>164</i>
<i>Tabaco y nicotina.....</i>	<i>167</i>
<i>Bibliografía.....</i>	<i>169</i>
BLOQUE IV: MARCO LEGAL.....	171
CAPÍTULO 11	173
ASPECTOS LEGISLATIVOS	173
CARLOS GONZÁLEZ.....	173
<i>El cómo y el porqué de la legislación en materia de drogas</i>	<i>173</i>
<i>La evolución de la legislación internacional. las convenciones de las naciones unidas en la materia.....</i>	<i>176</i>

<i>El reflejo de la legislación internacional en las leyes penales nacionales. la política legislativa en los países de la unión europea</i>	<i>179</i>
<i>La evolución de la legislación penal española en los últimos años</i>	<i>188</i>
<i>Principales características de la legislación penal española de 1995.....</i>	<i>198</i>
<i>Otras medidas legislativas españolas en materia de drogas.....</i>	<i>210</i>
<i>Bibliografía</i>	<i>215</i>
BLOQUE V: PREVENCIÓN	217
CAPÍTULO 12.....	219
MARCOS TEÓRICOS Y SU DESARROLLO EN EL ÁMBITO PREVENTIVO	219
TERESA SALVADOR LLIVINA E ISABEL Mª MARTÍNEZ HIGUERAS.	219
<i>Una perspectiva histórica del concepto de prevención en drogodependencias.....</i>	<i>219</i>
<i>Una definición operacional de los objetivos de la prevención en el ámbito de las drogodependencias.....</i>	<i>223</i>
<i>Marcos teóricos y modelos conceptuales en prevención más consistentes actualmente.....</i>	<i>224</i>
<i>Elementos para consolidar una tradición teórica en prevención de drogodependencias.....</i>	<i>230</i>
<i>Bibliografía</i>	<i>234</i>
CAPÍTULO 13	237
NIVELES, ÁMBITOS Y MODALIDADES PARA LA PREVENCIÓN DEL USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS	237
DOMINGO COMAS ARNAU Y JAVIER ARZA PORRAS	237
<i>Un aviso importante</i>	<i>237</i>
<i>La prevención del uso problemático de drogas.....</i>	<i>237</i>
<i>Modalidades en la prevención del uso problemático de drogas</i>	<i>239</i>
<i>Niveles en la prevención del uso problemático de drogas</i>	<i>242</i>
<i>Los ámbitos en la prevención del uso problemático de drogas.....</i>	<i>243</i>
<i>Bibliografía</i>	<i>255</i>
CAPÍTULO 14	257
ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DIRIGIDAS HACIA GRUPOS ÉTNICOS DE USUARIOS DE DROGAS EN UN BARRIO DE PARÍS.	257
LIA CAVALCANTI.....	257
<i>Introducción.....</i>	<i>257</i>
<i>La Asociación EGO.....</i>	<i>257</i>
<i>Arquitectura del fenómeno drogas.....</i>	<i>259</i>
<i>De la arquitectura a la etnicidad</i>	<i>259</i>
<i>Conclusión.....</i>	<i>261</i>
<i>Bibliografía</i>	<i>263</i>
CAPÍTULO 15.....	265
LA PREVENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE RIESGOS. ALGUNAS EXPERIENCIAS.....	265
CAS BARENDREGT.	265
<i>“Peer-suport” Los grupos de auto-ayuda. El trabajo de calle.</i>	<i>265</i>
<i>Reducción de riesgos y prevención</i>	<i>266</i>
<i>Apoyo y educación entre pares</i>	<i>271</i>
<i>Bibliografía</i>	<i>284</i>
CAPÍTULO 16	285
PUBLICACIONES SOBRE REDUCCIÓN DE RIESGOS PARA USUARIOS DE DROGAS EN MANCHESTER.	285
MICHAEL LINNELL.....	285
<i>Filosofía de Lifeline</i>	<i>285</i>
<i>Uso de drogas en Gran Bretaña.....</i>	<i>285</i>
<i>Campañas de información para usuarios de drogas.....</i>	<i>287</i>
<i>¿Cuál es el fin de la información sobre drogas?.....</i>	<i>287</i>
<i>Trasfondo teórico de las publicaciones.....</i>	<i>288</i>
<i>Medios de comunicación de masas</i>	<i>288</i>
<i>Estilo y credibilidad</i>	<i>288</i>
<i>Proceso de producción.....</i>	<i>289</i>
<i>¿De dónde obtienen la información los usuarios de drogas?</i>	<i>289</i>
<i>¿Qué efecto tiene la información?</i>	<i>290</i>
<i>Bibliografía</i>	<i>292</i>

CAPÍTULO 17	295
LA AUTOORGANIZACIÓN DE USUARIOS DE DROGAS.....	295
PIETER DE GROOT Y PETER BOUMANS.....	295
<i>El MDHG de Amsterdam: cuidando los intereses de los usuarios</i>	295
<i>Perspectiva histórica: ámbito de intervención</i>	296
<i>Publicidad: una vez te conocen, estás en su punto de mira</i>	298
<i>Cooperación: formando coaliciones</i>	299
<i>Estructura de la organización</i>	299
BLOQUE VI: TRATAMIENTOS	301
CAPÍTULO 18	305
EVOLUCIÓN DE LAS POLÍTICAS ASISTENCIALES EN DROGODEPENDENCIAS.....	305
ANNIE MINO.....	305
<i>Introducción</i>	305
EVOLUCIÓN DE LAS POLÍTICAS ASISTENCIALES EN DROGODEPENDENCIAS.....	306
LAS DIFERENTES ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS: LOS PROGRAMAS ORIENTADOS A LA ABSTINENCIA Y	
LOS PROGRAMAS SUSTITUTIVOS.....	310
<i>Introducción:</i>	310
<i>Destinatarios de los tratamientos.</i>	310
<i>Evaluación y puesta en marcha de los tratamientos.</i>	311
<i>Estrategias terapéuticas</i>	312
<i>Tratamientos farmacológicos.</i>	312
<i>Tratamientos psicosociales y sustancias</i>	320
<i>Los contextos terapéuticos: hospitalario, residencial, ambulatorio</i>	325
<i>Anexo.</i>	328
LA CIUDAD DE GINEBRA Y SU POLITICA ASISTENCIAL.....	329
<i>Bibliografía</i>	334
CAPÍTULO 19	341
ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES	341
EUSEBIO MEGÍAS.....	341
<i>Sobre el “modelo de enfermedad” y los objetivos terapéuticos</i>	341
<i>La fantasía del recurso omnipotente</i>	343
<i>El mandato de trabajar en red</i>	344
<i>La red interna: el equipo interdisciplinar</i>	346
<i>La derivación terapéutica</i>	348
CAPÍTULO 20	353
CONSUMO DE DROGAS Y PRISIÓN	353
MARCO A. Y BOGUÑA J.	353
<i>El binomio drogodependencia-prisión</i>	353
<i>Prevalencia de consumidores</i>	353
<i>Rehabilitación de presos drogodependientes</i>	354
<i>Oferta asistencial</i>	354
<i>Corolario</i>	355
<i>Bibliografía</i>	357
BLOQUE VII: LA EVALUACIÓN.....	359
CAPÍTULO 21	363
LA EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN.....	363
ALBERTO TINARELLI, CRISTINA SORIO Y MAURO BATTAGLIA.....	363
<i>Objetividad y subjetividad de la evaluación de la prevención</i>	364
<i>Un modelo multicriterio</i>	365
<i>Factores directamente ligados a la especificidad de la intervención preventiva</i>	365
<i>Factores de naturaleza organizativa</i>	365
<i>Factores metodológicos</i>	366
<i>Conclusiones</i>	370
<i>Bibliografía</i>	371
CAPÍTULO 22	373
LA EVALUACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS	373
MAURIZIO COLLETTI.....	373
<i>Consideraciones previas</i>	373

<i>Distintas perspectivas de la evaluación.</i>	373
<i>Criterios básicos para la evaluación de los tratamientos.</i>	376
<i>Bibliografía</i>	379
BLOQUE VIII: PERSPECTIVA INTERNACIONAL	381
CAPÍTULO 23	383
LAS DROGAS EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL	383
SANTIAGO DE TORRES.	383
<i>El fenómeno de las drogas en el contexto internacional.</i>	383
<i>Relaciones norte-sur en el ámbito de las drogas.</i>	383
<i>Función de los organismos internacionales competentes en la materia.</i>	385
<i>Perspectivas de futuro de las políticas supranacionales.</i>	385
<i>Organismos internacionales.</i>	386
<i>Organismos Europeos No Comunitarios.</i>	390
<i>Unión Europea U.E.</i>	391
<i>Consejo Europeo.</i>	393
<i>Parlamento Europeo.</i>	395
<i>Comisión Europea.</i>	395
<i>Otros organismos.</i>	397
<i>Programas comunitarios de cooperación.</i>	397
CAPÍTULO 24	401
EL FENÓMENO DE LAS DROGAS DESDE LA PERSPECTIVA NORTE SUR	401
CONCERTACIONES	401
<i>Introducción</i>	401
<i>Nuevo concepto de país productor, país consumidor.</i>	404
<i>Cooperación al desarrollo versus la cooperación a la erradicación.</i>	404
<i>El rol de las ONGs en el ámbito de la cooperación.</i>	406
<i>Por una política de drogas justa y eficaz.</i>	408
<i>Bibliografía</i>	411
ANEXO	413
DIRECTORIOS. CENTROS DE DOCUMENTACIÓN Y DIRECCIONES DE INTERNET	413
<i>Bases de datos</i>	413
<i>Internet</i>	414
<i>Correo electrónico</i>	414
<i>Listas de distribución</i>	414
<i>Grupos de Noticias</i>	415
<i>World Wide Web.</i>	415
<i>Páginas web de interés.</i>	417
<i>Directorio de centros de documentación</i>	424

AUTORES

Javier Arza Porras

Diplomado Universitario en Trabajo Social. Coordinador del Área de programas de intervención del Grupo Interdisciplinar sobre Drogas (GID). Coordinador, desde el GID, de diversos programas de prevención comunitaria, escolar y familiar. Autor del libro: “*Materiales de formación en prevención de drogodependencias. Módulo familias*”, editado por el PPD en el año 1996. Ha participado en la elaboración colectiva de otras 7 publicaciones relacionadas con la prevención del uso problemático de drogas.

Cas Barendregt

Educador de calle con experiencia en diferentes escenarios de uso de drogas en las ciudades de Amsterdam y Rotterdam. Ha sido coordinador del proyecto europeo de Apoyo entre compañeros (1993-1996) con el NIAD. Actualmente trabaja como educador en IVO (Rotterdam).

Mauro Battaglia

Pedagogo. Ha dirigido durante diversos años el servicio de prevención de drogodependencias, actualmente dirige el servicio de marketing y comunicación del municipio de Modena (Italia). Autor de diversas publicaciones sobre estrategias de prevención de drogodependencias y marketing social.

Gemma Baulenas

Psicóloga y terapeuta sistémica, supervisora docente de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar; ejerce como tal en la Escola de Teràpia Familiar de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. Cuenta con amplia experiencia como psicoterapeuta, tanto en ámbitos públicos como privados, y desarrolla una actividad puntera en el campo de la promoción de la salud. Miembro de Grup Igia.

Jordi Boguñá

Subdirector médico del Centro Penitenciario de Hombres de Barcelona (CPHB). Técnico superior en Salud Pública de la Generalitat de Catalunya. Master en

drogodependencias. Responsable de los programas de intervención en drogodependencias en el CPHB.

Tre Borrás

Médico Terapeuta Sistémico. Coordinadora del Servicio de Drogodependencias del Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Docente de la Escola de Terapia Familiar del Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Máster de Mediació Familiar (U.A.B.) Miembro de la Junta Directiva de Grup Igia.

Enric Bufill

Neurólogo adjunto Hospital General de Vic. Máster en Neurociencias por la Universitat Autònoma de Barcelona. Miembro de los Grupos de Trabajo de Neurología de la Conducta y Demencia y de Enfermedades Desmielinizantes de la Sociedad Española de Neurología. Profesor del Curso de Antropología. Máster de Medicina Tropical, Universidad Autònoma de Barcelona.

Jordi Camí Morell

Doctor en Medicina (1977), especialista en Farmacología Clínica (1982) y Catedrático de Farmacología de la Universidad Pompeu Fabra. Actualmente es el decano en funciones de la Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida. Desde 1984 es Director del Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM) de Barcelona.

Lia Cavalcanti

Psicosocióloga. Co-fundadora y responsable de la Asociación EGO en París, ciudad donde reside y trabaja actualmente, después de su paso durante algunos años en Santiago de Chile y Río de Janeiro. Asimismo es Consultora en Políticas Sociales.

Maurizio Coletti

Psicoterapeuta sistémico, es fundador y presidente del “Istituto Europeo di Formazione e Consulenza Sistemica” (I.E.F.Co.S.). Se ocupa fundamentalmente en la investigación y la formación en los campos de las drogodependencias y de la familia multiproblemática, desarrollando su actividad en Italia y otros países europeos como España, Francia y Luxemburgo. Es vicepresidente de Itaca, Asociación Europea de los Operadores Profesionales de las Toxicodependencias. Ha escrito libros sobre la prevención del abuso de drogas y, en general, sobre la intervención sistémica, el último de los cuales es *Evaluation of Drug Abuse Intervention*. Es codirector de la revista “Itaca”.

Domingo Comas Arnau

Doctor en Ciencias Políticas y Sociología por la Universidad Complutense de Madrid, Presidente del Grupo Interdisciplinar sobre Drogas (GID), Secretario de la Sociedad Europea de Profesionales con Intervención en Drogodependencias (ITACA), ha sido director del “Boletín sobre Drogodependencias” y ha desempeñado diversas funciones en los Planes de Drogas, en el ámbito estatal, autonómico y local en España, en el Ministerio de Educación y en el Instituto de la Juventud, así como en algunos programas internacionales. Autor, en otros, de *“El uso de drogas en la juventud”* (1984), *“Las Comunidades terapéuticas y el tratamiento de las drogodependencias”* (1987), *“La metodología de los estudios de seguimiento”* (1988), *“El síndrome de Haddock: alcohol y drogas en enseñanzas medias”* (1991), *“Los jóvenes y el uso de drogas en la España de los noventa”* (1994), *“Las trayectorias temporales de los jóvenes españoles”* (1997).

Miguel de Andrés

Psiquiatra. Doctor en Medicina por la Universidad de Ginebra. Especialista en Terapia Sistémica por la Universidad de Lausanne. Coordinador del SAPS (Servei d'Atenció i Prevenció Sociosanitària) de la Cruz Roja de Barcelona. Miembro de la Junta Directiva de Grup Igia.

Santiago de Torres

Médico. Farmacólogo Clínico. Ha sido Jefe de la Unidad de Toxicomanías del Hospital del Mar, Director General del Plan Nacional sobre Drogas, Subsecretario de los Ministerios de Cultura y Asuntos Sociales. Colabora con el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías y con la Unidad de Drogas de la Comisión Europea. Coordinador de la colección de Guías de Salud Aguilar. Es Consejero Delegado de la empresa IFIGENIA PLUS. Miembro de la Junta de Médicos del Mundo. Miembro de Grup Igia.

Miguel del Río Meyer

Psiquiatra. Doctor en Medicina por la Universidad de Ginebra. Médico Adjunto de la Universidad de Toxicomanías del Hospital Mutua de Terrassa. Miembro de la Junta Directiva de Grup Igia.

Aurelio Díaz

Doctor en Antropología Cultural y Profesor Titular de Antropología Social de la U.A.B. Dedicado profesionalmente a la investigación aplicada desde 1985; como responsable de investigación por encargo de los distintos niveles de la Administración, en áreas del ámbito de bienestar social, de la intervención socio-urbanística y desde 1990, especialmente en drogas. En ésta área destaca como co-responsable de una investigación internacional sobre el consumo de cocaína en tres

ciudades europeas (Barcelona, Rotterdam y Turín; 1990-1992); Investigador principal del proyecto internacional Historia Natural de la Iniciativa sobre Cocaína OMS/ UNICRI. 1993-1995. Y entre sus publicaciones: “*The lines of succes?*”; “*Hoja, pasta, polvo y roca. El consumo de los derivados de la coca*”, Bellatera, Publicaciones U.A.B. Miembro de Grup Igia.

Miguel Díaz

Psiquiatra y psicoanalista, miembro de la Junta Directiva del Grup Igia y del equipo consultor de Ipsi. Forma parte del comité de redacción de la revista *Tres al Cuarto*. Ha publicado diversos artículos sobre drogodependencias. Participa en tareas de cooperación y docencia en países de Latinoamérica, dentro de distintos proyectos de formación en drogodependencias promovidos por la Unión Europea. Co-Autor del libro “*Y antes de la droga, ¿qué?*” (Grup Igia, 1996).

Luís Fernandes

Profesor de la Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universidad de Porto. Miembro del “Centro de Ciências do Comportamento Denviante” de la misma Universidad. Miembro del Consejo de Gestión del Observatorio Permanente de Seguridad de Porto. Autor de “*O sítio das drogas*”, Ed. Noticias, Lisboa 1998. Ha desarrollado investigación etnográfica sobre las dimensiones eco-sociales del fenómeno drogas y sobre la percepción de la inseguridad en las periferias urbanas.

Jaume Funes

Licenciado en psicología y titulado en periodismo. Ha sido psicólogo en un equipo psicopedagógico durante 9 años; Jefe de Servicio de Asesoramiento Técnico y de Inspección de la D.G. de Protección y Tutela de Menores durante 3 años. Jefe del area de investigación del Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada. Asesor para asuntos de juventud en el Gabinete de Presidencia de la Diputación de Barcelona y en el estudio de los problemas derivados del consumo de drogas para la Secretaria de la Comisión Interministerial. Colaborador en la definición, implantación y seguimiento de políticas globales de juventud para diversos Ayuntamientos. Docente en cursos de masters y postgrado. Autor de diversas publicaciones: libros, estudios, artículos y ponencias. Participante en delegaciones oficiales de la U.E. y el Consejo de Europa sobre problemas juveniles y sobre drogodependencias. Miembro de Grup Igia.

Carlos González Zorrilla

Magistrado. Profesor asociado de Derecho Penal y Criminología en las Universidades Autónoma y Central de Barcelona. Es autor entre otros de los siguientes trabajos: “*Drogas y cuestión penal*”. Bergalli, R. [et al.], en El pensamiento criminológico II: Estado y Control. Ed. Península. Barcelona, 1983; *Repensar las drogas*. González, C. [et al.]. Grup IGIA. Barcelona, 1989.; “*Drogas y*

cuestión penal en España: Entre el castigo y el “tratamiento”. Fernando Velásquez, V. [et al.], en Drogas. Problemática actual en España y América. Editorial Temis. Bogotá, 1989.; “*Sobre l'objecte i les funcions de la criminologia*”. VV.AA., en Justícia i Societat. De les causes del delict a la producció del control. El debat actual de la criminologia. Núm. 7. Barcelona. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada, diciembre 1992; “*Suspensión de la pena y “probation”* en Larrauri, Elena y Cid, José (edit.). Penas alternativas a la prisión. Ed. Bosch, 1997. Miembro de Grup Igia

Piet de Groot

Sociólogo por la Universidad de Amsterdam. Ha trabajado desde 1972 en servicios ambulatorios de drogodependencias de Amsterdam y más específicamente en proyectos dirigidos a jóvenes turistas. Desde 1977 trabaja en la Fundación Streetcornerwork como coordinador de los proyectos de drogas. Es miembro de la junta directiva de la MDHG.

Víctor Korman

Psiquiatra y psicoanalista, fundador del *Espacio Abierto de Trabajo en psicoanálisis y Miembro del Comité Asesor de Ipsi (Centre d'Atenció, Docència i Investigació en Salut Mental)*, de la ciudad de Barcelona; forma parte del Consejo Editorial de la Revista *Tres al Cuarto*. Ha publicado *Teoría de la Identificación y psicosis* (Nueva Visión, 1977), *El oficio de analista* (Paidós, 1966), “*Y antes de la droga ¿qué?*” (Grup Igia, 1996) y varios artículos y ponencias sobre el tema de las drogadicciones.

Michael Linnell

Posee una formación en artes gráficas y es un magnífico caricaturista. Ha realizado un master en Educación para la salud. En 1984 empezó a colaborar en algunos proyectos con Lifeline en la ciudad de Manchester produciendo materiales de reducción de daños en colaboración con diferentes grupos de usuarios de drogas. Actualmente es el responsable de publicaciones de Lifeline.

Núria Magrí

Médico Terapeuta Sistémico. Directora del Centro de Atención y Seguimiento de las Drogodependencias de Nou Barris y de la Unidad Móvil de Dispensación de Metadona del Ayuntamiento de Barcelona. Coordinadora del Área de Drogodependencias de Institut Genus. Miembro de la Junta Directiva de Grup Igia.

Oriol Martí

Médico. Profesor de Medicina Social y Salud Pública en la Escuela Universitaria de Trabajo Social del ICESB (Universidad Ramón Llull / Barcelona). Miembro del

CAPS (Centre d'Anàlisis i Programes Sanitaris). Miembro del Grup Igia. Dedicado al estudio del tema de las drogodependencias desde hace más de 20 años, con muchas publicaciones sobre ello. Miembro de Grup Igia.

Víctor Martí Carrasco

Psicólogo. Coordinador del Servicio de Drogodependencias del Centre d'Orientació Sanitària "Ferran Salses i Roig" de Rubí. Es Miembro de la Junta Directiva de Grup Igia y de ITACA. Sociedad Europea de Profesionales con Intervención en Drogodependencias.

Isabel M. Martínez Higuera

Psicólogo clínico. Master Universitario en Antropología. Ha sido Coordinadora de Drogodependencias y posteriormente directora del Centro Provincial de Drogodependencias (CPD) en la Diputación Provincial de Granada, además de coordinadora del Equipo de Drogodependencias del Ayuntamiento de Alcorcón (Madrid) y subdirectora del equipo multiprofesional del Centro de Atención a las Drogodependencias, (Plan Municipal sobre Drogas del Ayuntamiento de Madrid). Es miembro fundador de la asociación APID (Asociación para la Prevención y la Investigación en Dependencias). Ha sido profesora asociada en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. Desde 1995 colabora con la entidad CEPS (Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud, Madrid).

Eusebio Megías

Psiquiatra. Director Técnico de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Ex-Director General del Plan Nacional Sobre Drogas. Desde 1971 trabaja en clínica, planificación y gestión de recursos, docencia e investigación. Ha sido Coordinador Asistencial del Plan Regional de Drogas, de la Comunidad de Madrid y Jefe del Programa de Drogodependencias de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Experto en materia de drogas en tareas para la Comisión Europea, Naciones Unidas y otros Organismos Internacionales.

Eduardo L. Menéndez

Uno de los representantes más destacados de la Antropología de la Medicina a nivel internacional. Investigador del CIESAS (Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social) Ha dirigido y participado en numerosas investigaciones, especializándose principalmente en el tema del alcohol, procesos de alcoholización y alcoholismo, así como en el estudio de modelos médicos. Entre sus múltiples publicaciones señalamos: *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, México, CIESAS, 1990. *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*, México, Alianza Ed. Mexicana, 1990. *De algunos alcoholismos y algunos saberes*. México, CIESAS, 1996.

Annie Mino

Psiquiatra, jefe de la división de abuso de drogas del departamento de psiquiatría en los Hospitales Universitarios de Ginebra. Desde 1981 dirige la unidad de toxicomanías que actualmente se denomina División de Abuso de Substancias y que incluye una unidad de alcoholología y una unidad de drogodependencias. Experta ante “l'Office Fédéral de la Santé Publique”. Docente en Suiza, Francia, España y América Latina.

Olivier Ralet

Licenciado en filosofía Trabaja en los ámbitos de prevención del abuso de drogas a través de la educación; la reducción de riesgos sociosanitarios vinculados al uso de drogas y la autoorganización de usuarios. Coautor, con Isabelle Stenger del libro *Drogues, le défi hollandais*, Collection “Les empêcheurs de Penser en Rond” éditions Synthélabo, Paris, 1991. Co-fundador del grupo belga de apoyo mutuo de usuarios de drogas “no arrepentidos” *Citoyens comme les autres-CCLA*. Ex funcionario internacional en la UNESCO, encargado de la implementación del proyecto conjunto con la Comisión Europea PEDDRO (red de información en el ámbito de la prevención del abuso de drogas a través de la educación).

Oriol Romani

Antropólogo, profesor de la Universidad “Rovira i Virgili” (Tarragona, España), donde codirige el Master de Antropología de la Medicina, Miembro de la Junta Directiva de Grup Igia, así como de la ARSEC (Asociación Ramón Santos de Estudios del Cannabis). Entre sus publicaciones destacamos: *A tumba abierta. Autobiografía de un grifota*, Barcelona, Anagrama, 1986 (2ª edición); *Etnografía y drogas. Discursos y prácticas*, Nueva Antropología, 52:39-66, Mexico, 1997; *Las drogas. Sueños y razones*, Barcelona, Ed. Ariel, 1999.

Teresa Salvador Llivina

Psicóloga. Fue miembro del equipo de prevención de drogodependencias del *Area de Juventud* (Ayuntamiento de Barcelona), y del *Grupo de Trabajo sobre Drogodependencias* (Servicio de Promoción de la Salud de la Generalitat de Cataluña), así como consultora de la *Unidad de Educación para la Salud* (Organización Mundial de la Salud). Puso en marcha y dirigió la *Unidad de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo* (Instituto Catalán de la Salud. Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña). Desde 1989 es directora del *Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud (CEPS)*, entidad que desarrolló y gestiona el *Sistema de Información Técnica sobre Prevención del Abuso de Drogas, IDEA-Prevención*. CEPS trabaja además en el desarrollo de diversos proyectos para instituciones públicas de carácter autonómico, estatal y europeo.

Cristina Sorio

Socióloga. Coordina el “Observatorio Epidemiologico Provinciale sulle Dipendenze Patologiche dell'Azienda USL di Ferrara”. Responsable de investigación social en los ámbitos del malestar juvenil y de la evaluación de la calidad en las estructuras sanitarias públicas. Colabora con el grupo italiano COST A6 en el ámbito de un proyecto de evaluación de las intervenciones de prevención. Ha participado en la elaboración del manual *Principi per la valutazione degli interventi preventivi contro la tossicodependenza* dirigido por el Observatorio Europeo sobre Drogas y Toxicomanías.

Alberto Tinarelli

Sociólogo. Dirige el servicio publico para las drogodependencias de la Unidad Sanitaria Local de Ferrara (Italia). Responsable de formación de los educadores profesionales. En el campo de la prevención, ha puesto en marcha el *Centro di promozione della comunicazione “PROMEKO”* especializado en intervenciones en el ámbito escolar. Desde el pasado año lleva acabo un proyecto con adolescentes de la Provincia de Ferrara. Forma parte del grupo italiano de COST A6 que trabaja entorno a la evaluación de las intervenciones de prevención.

CONSEJO DE REDACCIÓN

Gemma Baulenas
Tre Borrás
Miguel de Andrés
Miguel del Río
Miguel Díaz
Núri Magrí
Víctor Martí
Oriol Romaní

COORDINADORES DE LA OBRA

Miguel Díaz y Oriol Romaní

TRADUCCIÓN

Las traducciones de los capítulos redactados
en otras lenguas han sido realizadas por:

Víctor Alcazar
Miguel de Andrés
Miguel del Río
Paco Giner
Gabriella Orefice Bacci
Oriol Romaní
Viviane Vaney

REVISIÓN DEL ORIGINAL

Miguel de Andrés
Jordi Delàs

NOTA DE LOS COORDINADORES DE LA OBRA.

Antes de iniciar este libro, queremos indicar al lector o lectora algunos puntos previos.

1. El libro es fruto del debate y la elaboración de su consejo de redacción que es, por tanto, el responsable último del mismo, de su orientación general, de la selección de los distintos colaboradores, etc.
2. Desde Grup Igia se planteó como criterio básico que los colaboradores de esta obra fueran profesionales con una acreditada trayectoria de trabajo y rigurosidad en los campos y temas sobre los que se les pidió su colaboración; y con el suficiente espíritu crítico (proveniente muchas veces, precisamente, de esa confrontación en el día a día con los problemas asociados a las drogas) como para superar las presiones ideológicas que planean en este campo y plantear experiencias, sugerencias, elaboraciones teóricas, etc. de interés para un público culto. Dentro de estos criterios que dotan de una coherencia global al libro hay, evidentemente, orientaciones diversas, puntos de vista a veces contradictorios, etc., que hemos respetado escrupulosamente pues creemos contribuyen a enriquecerlo. Así, cada autor es responsable de lo que escribe.
3. En cuanto a su estructura, esta dividido en ocho bloques, con sus correspondientes introducciones. Después de las presentaciones pertinentes, los cuatro primeros bloques se dedican a una aproximación general al campo de estudio. Como se podrá observar, y de acuerdo al planteamiento global de la obra, se intenta evitar el caer una vez más en el “fetichismo de la sustancia”, planteando un cierto orden inclusivo: el contexto, el sujeto, la sustancia y el marco legislativo. Siguen después los elementos más ligados a la intervención: prevención, tratamiento, evaluación y programas específicos, que se consideran cada vez más importantes, dada la complejidad del tema. El marco internacional se contempla de manera contrastada a partir de dos puntos de vista: el de las instituciones oficiales que tienen que ver con algún aspecto de la gestión de drogas a este nivel; y el de las relaciones Norte-Sur, difíciles de entender sin una referencia central al papel de las drogas en ellas. Terminamos con un directorio de recursos de información como anexo de utilidad inmediata.
4. Hemos pensado que sería útil, dado el carácter de esta obra, incluir una serie de párrafos en negrita con la intención de que, junto a los cuadros y esquemas pertinentes, todo ello facilite una lectura sintética del libro o de alguna de sus partes, lo que no sustituye en ningún caso la necesidad de una lectura y/o consulta más reposadas.

Miguel Díaz

Oriol Romaní

PRESENTACIÓN

Víctor Martí Carrasco.
Presidente de Grup Igia.
Barcelona

La publicación que en esta ocasión presentamos, es el resultado de un largo, arduo y enriquecedor proceso de trabajo, como ha sido la toma de contacto con una gran variedad de profesionales para la elaboración del libro que finalmente ofrecemos. Es también el resultado y un ejemplo de colaboración y cooperación interinstitucional, algo tan necesario en el tema que nos ocupa y no siempre posible. En este sentido, debemos destacar la colaboración del **Plan Nacional sobre Drogas**, que hizo posible en una primera fase, los primeros trabajos de elaboración y redacción, y posteriormente, la colaboración del *Plà Municipal d'Acció sobre Drogues* del **Ayuntamiento de Barcelona** y de la **Fundación de Ayuda contra la Drogadicción**. FAD, que han hecho posible la revisión final de los textos y su edición. A todos estos organismos nuestro reconocimiento y agradecimiento.

Las múltiples necesidades y demandas que genera el fenómeno de las drogodependencias, requiere en muchas ocasiones, extender su análisis y el diseño de respuestas y programas de actuación desde contextos normalizados y, por tanto, no necesariamente especializados en la intervención sobre los problemas relacionados con las drogas.

Todo ello conlleva la necesidad creciente de ofrecer espacios formativos e instrumentos de apoyo para todas aquellas personas e instituciones que se ven confrontados a dicho fenómeno y que desde su contexto deben articular algún nivel de respuesta, ya sea en el ámbito preventivo o asistencial.

Por este motivo desde **Grup Igia**, hemos pensado y elaborado este material dirigiéndonos fundamentalmente, a personal socio-sanitario, estudiantes universitarios y otros colectivos (profesionales o no) que se interesan o se han incorporado recientemente en el campo del estudio y la intervención ante los problemas relacionados con las drogas.

Esta publicación pues, pretende ofrecer una información básica y globalizadora en torno al fenómeno de las drogas en sus múltiples dimensiones, aunque está centrado en aspectos problemáticos por lo que, lógicamente, presta una especial atención a sus distintas áreas y modalidades de intervención.

Ante la diversidad temática y epistemológica que el tema nos ofrece, desde Grup Igia hemos tenido que hacer algunas elecciones y plantear finalmente los contenidos y puntos de vista que, a partir de las aportaciones de cada uno de los autores, aquí se exponen; queriendo dar en su conjunto una visión lo más global, rigurosa y didáctica posible y aceptando en todo momento las limitaciones, omisiones o reiteraciones que una publicación de estas características pueda tener.

Sin embargo, no queríamos dejar de destacar algunas consideraciones que para Grupo Igia son fundamentales a la hora de analizar, interpretar e intervenir en relación al fenómeno de las drogas:

La influencia del contexto en la configuración del fenómeno y la importancia de las representaciones sociales a la hora de definir las distintas estrategias de intervención.

La importancia de considerar al individuo en su triple dimensión —biológica, psíquica y relacional— para comprender sus problemas relacionados con las drogas y los distintos procesos de dependencia posibles.

Darle a las sustancias y a sus efectos bio-farmacológicos la importancia que les corresponde pero nunca considerándolas como el eje central y exclusivo de nuestra intervención.

La necesidad de analizar y valorar influencia de los distintos enfoques sobre legislación en materia de drogas, así como los riesgos asociados al modelo punitivo-represor.

Plantear la prevención y el tratamiento de los problemas relacionados con las drogas desde el reconocimiento de la complejidad y la necesidad de articular programas de actuación en base a la individualización de los objetivos y a la diversificación de los instrumentos y estrategias de actuación. En este sentido, a los programas de reducción del daño, no les hemos querido dar un tratamiento aislado y específico ya que los consideramos necesariamente integrados dentro de los distintos niveles de intervención posibles, tanto en el ámbito preventivo como asistencial.

Concebir la actuación en el campo de las drogodependencias a partir de la articulación de tres conceptos básicos: interdisciplinar, interinstitucional e intersectorial.

Recuperar el lugar estratégico del trabajo comunitario, a partir de una mayor participación y corresponsabilidad de la comunidad y de los propios afectados en la identificación y resolución de los problemas relacionados con las drogas.

Insistir en la importancia de la evaluación tanto a nivel de proceso como de resultados, como algo indisociable de la práctica de los equipos y de las instituciones, mejorando así la calidad, eficacia y credibilidad de sus acciones.

Finalmente situar el tema que nos ocupa en su dimensión internacional, ya que, más allá de la importancia de las políticas y programas a nivel local, las dinámicas, intereses y repercusiones que existen a nivel internacional, influyen de forma decisiva en las realidades de nuestro entorno más inmediato.

Para tratar de conceptualizar y desarrollar los contenidos, algunos de ellos aquí esbozados, hemos contado con la colaboración de diversos autores de reconocida trayectoria profesional en sus distintas disciplinas y áreas de intervención, algunos de ellos miembros de Grup Igia y otros colaboradores habituales de nuestra asociación, a los cuales manifestamos desde aquí, nuestro más sincero reconocimiento y agradecimiento por la difícil y comprometida tarea que han asumido al aceptar participar en este proyecto.

Con esta publicación no hemos pretendido, en ningún momento, dar respuesta a todos y cada uno de los interrogantes que, en torno al tema, el lector posiblemente se pueda plantear. Somos muy conscientes de la necesidad de encontrar respuestas a nuestros interrogantes, de alcanzar soluciones a nuestros problemas, pero nos engañaríamos si optáramos por el camino de la simplificación. **Posiblemente ante los interrogantes y los problemas relacionados con las drogas, no existe ni una única respuesta, ni una única solución;** si este libro resulta un estímulo y una ayuda para acercarnos a alguna de ellas, desde Grup Igia ya nos daríamos por satisfechos.

Que tengáis una buena lectura y que sepa el posible lector, que cualquier crítica, sugerencia o reflexión que este libro pueda generar, siempre será bienvenida a nuestro consejo redactor y editor.

Barcelona, mayo de 1999.

PROLOGO

Mario Argandoña.

Organización Mundial de la Salud.

Ginebra.

El prólogo de este libro sobre drogodependencias permite conjeturar con cierto optimismo que sus lectores se aproximarán al tema sin las limitaciones que el mercado del trabajo impone al especialista y que, en consecuencia, será posible dialogar sin poses sobre asuntos apasionantes antes de que hayan sido calificados. Asuntos como la relación de la humanidad con las sustancias psicoactivas que a todos atraen y asombran.

El afán de modificar las funciones que la cultura europea encasilla como “mentales” y que otras culturas consideran variaciones en la comunicación de la gente con su entorno material y espiritual, **el interés del hombre en percibir y comprender nuevas vivencias y su ingenio para descubrir y utilizar plantas y preparaciones que le alivien del aburrimiento o el sufrimiento, son comportamientos tan repetidos que parecen inherentes a la condición humana.**

Sirvan de ilustración los siguientes párrafos de Claude Lévi-Strauss sobre las mieles de Sur América:

“Las mieles de meliponas (variedad de abejas sin aguijón), cuyos aromas son muy variados pero siempre de riqueza y complejidad indescriptibles para quien no las haya gustado, ofrecen sabores tan exquisitos que casi acaban por volverse intolerables. Un disfrute más delicioso que cualquiera de los que proporciona de ordinario el gusto y el olfato trastorna los umbrales de la sensibilidad y confunde sus registros. Ya no se sabe si se saborea o se arde de amor. Este matiz erótico no ha pasado inadvertido al pensamiento mítico. Ciertas mieles alcalinas son laxantes y peligrosas, algunas son embriagantes como la de una abeja que por esta razón es denominada feticheira , “hechicera”, en Brasil; otras mieles son decididamente venenosas”.

“En cualquier caso, la miel silvestre ofrece para los indígenas un atractivo no igualado por el de ningún otro alimento y que tiene un carácter verdaderamente pasional. La mayor distracción y el más vivo placer que conoce el indio es recolectar miel. Para obtener una cantidad de miel que cabría en una cuchara, siempre está dispuesto a trabajar en un árbol el día entero, a menudo arriesgando la vida”.

Descripción que coincide muy bonitamente con los criterios para diagnosticar los síndromes de intoxicación aguda y de dependencia, una mielodependencia que en las culturas amazónicas originó un sistema ceremonial que no acarreaba castigo, discriminación ni condena. Estas mismas culturas usan el tabaco desde hace 7 milenios, preparan bebidas fermentadas, conocen plantas que producen visiones y son vecinas de las civilizaciones de la coca, los cactus y los hongos alucinógenos.

¹ Mitológicas ** de la miel a las Cenizas, C. Lévi-Strauss, Fondo de Cultura Económica, Mexico, 1971 (p. 44)

El registro de sustancias psicoactivas en los otros continentes es igualmente antiguo y universal. Sin embargo, tales sustancias y sus sucesoras de la industria química son ahora objeto de extrañeza y enemistad, se ha desencadenado contra ellas una guerra implacable y billonaria. El libre comercio y la fluidez de las comunicaciones han aumentado colosalmente su producción y consumo.

Ahora que se aproxima el nuevo milenio parece oportuno reflexionar sobre una era que llega a su fin, con la ilusión de que la experiencia pasada sea útil para responder las preguntas que el advenimiento del siglo veintiuno plantea a los sistemas de salud y bienestar.

En el agitado campo del uso de las sustancias psicoactivas, el propósito de la OMS podría resumirse en el intento por establecer la imparcialidad en lugar del prejuicio ideológico. Durante las últimas cinco décadas la colaboración de muchos expertos, incluyendo varios autores de este libro, ha impulsado el avance en el cumplimiento de tal propósito en por lo menos tres direcciones: la sistematización de los conocimientos, la evaluación de las prácticas, y el intento de ordenar el caos conceptual. Estos avances se resumirán en las líneas siguientes.

Ha terminado la creencia de que el uso de tabaco es un hábito relativamente benigno, consta que el tabaco es el primer homicida de la familia de las sustancias psicoactivas y que produce adicción con gran facilidad: bastan 2 o 3 semanas de uso diario para que muchas personas adquieran el síndrome de dependencia. El tabaco causa una muerte evitable cada 10 segundos y está muy ligado al uso de alcohol y drogas ilícitas. Las recientes campañas preventivas han reducido los riesgos del tabaco entre las personas de clase media y alta en los países más ricos, pero estos riesgos siguen creciendo entre los pobres y marginalizados de todo el mundo y en las prisiones. El perfil social del fumador empieza a aproximarse al del bebedor consuetudinario y al del drogodependiente penalizado.

Los peligros del alcohol son conocidos desde la prehistoria y han sido motivo de prohibiciones religiosas y legales en muchas ocasiones. Sin embargo, desde 1950 se considera que el uso de esta sustancia es un problema de salud pública y se sostiene que los esfuerzos sanitarios deben ir más allá del tratamiento individual. Las nuevas estrategias incluyen controles de disponibilidad y programas educativos para prevenir la dependencia y la amplia gama de enfermedades y discapacidades físicas, mentales y sociales causadas por el alcohol. El impacto de estas medidas ha reducido el consumo y los riesgos asociados en los países desarrollados, mientras que la producción, promoción y consumo de bebidas alcohólicas aumenta en Africa, Asia y América Latina y en el Este de Europa, con aumento de la morbilidad y la mortalidad asociadas. Aunque el alcohol es también muy adictivo se requieren algunos años de consumo para desarrollar el síndrome de dependencia, esta circunstancia favorece el éxito de intervenciones terapéuticas sencillas, breves y precoces que están al alcance de trabajadores de salud y voluntarios no especialistas.

Los conocimientos adquiridos en relación al alcohol han facilitado los estudios y las acciones preventivas y terapéuticas dirigidos a aquellas sustancias psicoactivas que desde las convenciones de 1961 y 1971 están sometidas a control internacional y que por tal motivo se conocen como “drogas ilícitas”. Aunque tales sustancias no son similares al alcohol y el tabaco, comparten los riesgos de producir el mismo tipo de

trastornos de salud, especialmente síndromes de dependencia, intoxicaciones transitorias, envenenamientos y enfermedades que conducen a la discapacidad y la muerte. Desde 1980 han proliferado los estudios epidemiológicos de estas sustancias y se insiste en la necesidad de tratar los daños debidos a su uso como problemas de salud pública. Antes, las reacciones frente a estas sustancias iban desde una complaciente tolerancia hasta el control exclusivamente penal de los usuarios.

En muchos países la inhalación de solventes volátiles, la combinación de múltiples sustancias y la tendencia a incrementar el efecto psicoactivo variando las vías de auto-administración, particularmente la vía parenteral, han generado daños enormes e imprevistos para los cuales todavía hay demoras en la respuesta adecuada.

Una innovación muy prometedora en el manejo de las consecuencias perjudiciales del uso de sustancias psicoactivas es el énfasis paralelo, primero, en incorporar las técnicas de investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación en el sistema de la atención primaria de salud y segundo, en apoyar a la comunidad para que utilice sus propios recursos, conocimientos y tradiciones a fin de optimizar la efectividad de los servicios comunitarios y de salud existentes. Esta innovación ha confirmado **la ineludible necesidad de respetar los contextos socioculturales en que ocurren los problemas. Sin este respeto, un programa que es efectivo en una cultura puede fracasar en otra.**

Contemplando el pasado, tal vez el mayor logro de las últimas décadas sea la clarificación conceptual. La OMS ha trabajado con colaboradores de muchos países y distintas disciplinas para llegar a un consenso global que permite hacer diagnósticos inequívocos de los trastornos de salud debidos al uso de sustancias. Se han elaborado léxicos e instrumentos de investigación de gran precisión en diferentes culturas. En consecuencia las veleidades políticas y las modas administrativas pueden ahora contrastarse con la evidencia científica.

El campo de batalla de las sustancias psicoactivas está muchas veces a merced de opiniones enconadas, sin embargo es un mérito de la colectividad científica el haber mantenido la cabeza erguida y el haberse equipado para defender la equidad frente a los avatares de la política. Tales logros no son siempre populares, pero al final del siglo han adquirido un enorme respeto contra las utopías de la prohibición y la penalización desproporcionada. La firmeza de esta posición descansa en el apoyo internacional **al objetivo de la OMS: que todas las personas alcancen el nivel máximo posible de salud y bienestar.**

Un repaso del trabajo de la OMS y la comunidad científica en este campo muestra un acuerdo progresivo sobre cinco temas medulares:

Las consecuencias adversas del uso de sustancias psicoactivas son eventos de salud que pueden estudiarse con métodos científicos y manejarse con procedimientos sanitarios.

El incremento de los problemas asociados al uso de sustancias en una sociedad es un problema de salud pública que puede ser entendido, reducido y prevenido con estudios epidemiológicos.

El uso de cualquier sustancia psicoactiva, independientemente de su situación legal o su aceptación social, es potencialmente dañino; las medidas para reducir el daño deben ser respetuosas de la cultura.

El ambiente y las respuestas sociales, incluyendo planes nacionales, leyes y tradiciones, son determinantes en la evolución de los problemas debidos al uso de sustancias.

El conocimiento de los factores que influyen sobre el uso de sustancias y los problemas asociados es incompleto, por lo tanto, las decisiones para enfrentar tales problemas deben ser evaluadas.

¿Cabe preguntar si el no-especialista tiene un rol en tan dramático escenario? La respuesta es que aunque quiera no podrá evitar alguna entrada en escena, y si quiere podrá hacer mucho, puesto que se trata de un drama que por universal le atañe y por asombroso le requiere.

Su intervención podría contribuir a restituir los problemas del uso de sustancias psicoactivas al seno de la comunidad humana, en un ambiente solidario y digno. La construcción y preservación de tal ambiente es la más importante condición para cumplir el objetivo de la Organización Mundial de la Salud: que todos alcancen el nivel máximo posible de salud y bienestar. En realidad un ambiente favorable es inseparable de la buena salud, de la misma manera que un ambiente hostil o desfavorable está asociado con bajos niveles de salud y mala calidad de vida.

En 1991 la Conferencia de Sundsval sobre Ambientes Favorables para la Salud identificó las siguientes dimensiones de tales ambientes: (I) La dimensión social, que incluye las maneras en que las normas, costumbres y procesos sociales afectan la salud. Muchas sociedades están cambiando de modo amenazante para la salud, por ejemplo al aumentar el aislamiento social, al vaciar la vida de sus significados coherentes o al cuestionar los valores tradicionales. (II) La dimensión política, es decir la participación democrática en la toma de decisiones y la descentralización de recursos y responsabilidades, así como el compromiso hacia los derechos humanos y la paz. (III) La dimensión económica para canalizar recursos hacia la Salud para todos. (IV) La necesidad de reconocer y utilizar las habilidades y los conocimientos de las mujeres en todos los sectores.

La Conferencia declaró que **toda acción para crear ambientes favorables debe basarse en dos principios: (I) la equidad como prioridad básica para liberar la energía y creatividad de la sociedad y (II) el reconocimiento de la interdependencia de todos los seres humanos y de todos los seres vivos.**

En la práctica, la rehabilitación de las personas afectadas por desventajas físicas, mentales o sociales, como las producidas por el uso perjudicial de sustancias psicoactivas, implica el compromiso y la participación de todos, incluyendo a los mismos drogodependientes, para que nadie sea discriminado en el acceso a servicios y recursos de la comunidad. Se ha notado que **la creencia actual en que el éxito se basa sólo en la competitividad, puede exacerbar la marginación y empeorar la situación de los más vulnerables**, particularmente los estigmatizados por el uso de

sustancias, si no se refuerza la responsabilidad para promover un desarrollo social que ofrezca a la gente las oportunidades para optimizar sus facultades físicas y mentales y para su plena inserción social.

BLOQUE I: EL CONTEXTO SOCIOCULTURAL

En este bloque, vamos a abordar la configuración global del fenómeno de las drogas, dentro de la cual situaremos posteriormente, sus distintos aspectos específicos.

Partimos de que tanto para conocer y entender el fenómeno de las drogas como, por lo tanto, para poder intervenir sobre él desde bases profesionales, es decir, con cierto rigor y ciertas garantías de cientificidad, **es necesario constatar la intrínseca interdependencia sujeto-contexto-sustancia**; es ésta una constatación sobre la que existe un gran consenso entre los estudiosos y profesionales del tema, y que a veces se repite, casi como un ensalmo ritual, para luego olvidarla y volver a lo de siempre, es decir, a unos planteamientos fragmentarios, en los que se confunde la parte por el todo y que, en definitiva, hasta el momento han mostrado enormes limitaciones.

No querríamos caer otra vez en mas de lo mismo. Nos gustaría ser mínimamente coherentes, tanto desde el punto de vista teórico como metodológico con este planteamiento, la cual cosa significa que intentaremos articular los distintos aspectos específicos del tema en un esquema común que permita dar cuenta, de la manera más homóloga posible, del marco común en el cual se insertan dichos aspectos específicos, es decir, el marco sociocultural que constituyen las sociedades humanas.

Pero para que esto no quede en una mera declaración de intenciones, se requiere, por un lado, que ésta óptica atraviese el tratamiento de los distintos temas finalmente incluidos aquí; y por el otro, dar algunos apuntes teórico-metodológicos básicos para orientar al lector, que es lo que haremos en este bloque.

Primeras definiciones provisionales

Empezaremos, proponiendo unas definiciones provisionales de conceptos básicos, sin que ello sea óbice para que en cada tema concreto se puedan profundizar debidamente.

Se definen **las drogas** como **aquellas sustancias químicas, que se incorporan al organismo humano, con unas características farmacológicas que actúan fundamentalmente a nivel psicotrópico, pero cuyas consecuencias y funciones operan básicamente a partir de las definiciones sociales, culturales y económicas de los grupos sociales que las utilizan.**¹ Así pues, el uso de estas sustancias que ayudan a sedarse, estimularse, atenuar el dolor o a conseguir eso que llamamos “estados

¹ Estas primeras definiciones se complementan con la orientación más farmacológica (3.1), así como los puntos correspondientes en los que se desarrollan , sobre todo los capítulos 1 al 4.

alterados” de conciencia, entre otras muchas cosas, es un fenómeno que, por lo que sabemos, se ha dado en prácticamente todas las sociedades humanas por lo que lo consideramos universal, estructural. En general, el uso de drogas ha constituido además un mecanismo de integración social de los individuos en su sociedad.

Mientras que entenderemos por **drogodependencia**, a falta de un término más preciso, **aquel fenómeno complejo caracterizado por el consumo más o menos compulsivo de una o más drogas por parte de un individuo y la organización del conjunto de su vida cotidiana alrededor de este hecho**. A diferencia del uso de drogas, se trata de un fenómeno social asociado a los procesos de modernización de las sociedades contemporáneas y, por lo tanto, característico de las mismas. En ellas, pues, coexisten usos de drogas y drogodependencias y aunque la problemática sociopolítica se ha relacionado con los dos fenómenos, el distinguirlos permite, además de poder dar cuenta de dos tipos de procesos distintos, referirse a un tipo de padecimiento (“illness”) con una presencia social significativa en nuestras sociedades.

Finalmente, correlacionamos el fenómeno de la **dependencia** con un determinado **“estilo de vida” para señalar que no se trata única y principalmente del efecto farmacológico de una sustancia sobre un individuo, sino de un constructo sociocultural (en el que consideramos relaciones sociales, negociación de rol, expectativas culturales, procesos de identificación, de construcción del yo, estrategias de interacción, etc.) en el que lo farmacológico tiene su papel**. Pero que éste no puede contemplarse como el factor causal de la misma, tal como se ha tendido a hacer de manera simplista desde el modelo biomédico, sino articulado a los demás niveles que configuran este fenómeno que hemos dado en etiquetar de esta manera. El último capítulo de este primer bloque se centra precisamente en esta conducta, tan típicamente humana, para discernirla de aquellas manifestaciones patológicas de la misma.

Una vez propuestas estas definiciones provisionales, presentaré los contenidos de este bloque, cuya intención general es la de dar, como decíamos, conceptos, pistas, lo más operativas posible, para esta óptica de análisis, relacional, global y articulada, de los distintos aspectos del fenómeno. En este bloque se analizan aquellos aspectos que consideramos más relevantes en relación al contexto sociocultural en el que se insertan los usos de drogas y las drogodependencias. En el siguiente bloque, el énfasis se sitúa en el sujeto, mientras que el tercero está centrado en la sustancia.

Se inicia el bloque con el planteamiento de los problemas metodológicos y técnicos que conlleva el estudio de las drogas en distintos contextos socioculturales, no sólo por la necesaria adaptación de los enfoques e instrumentos a cada una de las realidades locales, sino también por las manifestaciones específicas del fenómeno al mismo nivel: las fórmulas generales, por más cómodas que parezcan, pueden ser enormemente engañosas ante una realidad pluriforme, y más cuando de lo que se trata es de intervenir sobre la misma. Así pues, se proponen, a partir de experiencias ya realizadas, algunas vías para solventar estas dificultades.

En el capítulo siguiente, se analizan aquellos condicionantes políticos y económicos que han ido configurando la creación de las representaciones sociales sobre las drogas y, más en concreto, sobre el “problema de la droga”. No se trata aquí de explicar en profundidad dichos procesos, sino de esbozar el cuadro general que permita situarlos en

su papel para entender mejor estas representaciones sociales. Tanto algunos aspectos legislativos, como otros económicos, serán profundizados en los capítulos correspondientes.

A continuación se propone un concepto operativo para articular el nivel individual de percepción del fenómeno, con el nivel social, en aquella zona —física, pero también social— en que las relaciones directas de los individuos entre ellos, y con el medio ambiente que les rodea, van configurando la realidad cotidiana. El análisis de cómo se construye un territorio psicotrópico puede ser muy útil para un conocimiento preciso de las realidades psicosociales sobre las que deberemos intervenir.

Finalmente, se trata de manera precisa el tema de la dependencia, para situarlo en sus justos términos, es decir, como un fenómeno con distintos aspectos —biológico, psicológico, social— que en ocasiones, tendrá manifestaciones patológicas. El planteamiento de este concepto, a parte de su interés intrínseco, sirve también para ir enlazando con los temas del siguiente bloque, pues a la fuerza se tiene que plantear aspectos básicos de la construcción del sujeto, que se desarrollan con más profundidad en él.

Se trata, en resumen, de visualizar, a través de los distintos temas y conceptos desarrollados todo aquel conjunto de elementos que, desde los niveles más micro a los más macrosociales, y desde los aspectos biológicos a los culturales, nos sean útiles para un análisis integrado del fenómeno que aquí empezamos a abordar.

Oriol Romani

CAPÍTULO 1

EL ESTUDIO DE LAS DROGAS EN DISTINTAS SOCIEDADES: PROBLEMAS METODOLÓGICOS

Aurelio Díaz.

Introducción

El estudio de las drogas, los diversos aspectos relacionados con el consumo y sus consecuencias, plantea diferentes tipos de dificultades. Algunas de ellas son comunes al estudio de cualquier fenómeno complejo; otras, son específicas.

Al abordar este fenómeno existe un amplio consenso respecto a la interacción droga-sujeto-contexto (Zinberg, 1984). No obstante, el consenso se debilita al considerar la importancia relativa de cada uno de los tres polos. A veces, y sin necesidad de situarse en posiciones extremas, se considera que la sustancia es lo esencial y por ello el estudio puede centrarse en aspectos estrictamente farmacológicos o que se mantienen en una estricta interacción biológica, neuroquímica, entre individuo y sustancia; en otras orientaciones, el rasgo esencial, más o menos determinante, es la personalidad del sujeto y tanto la sustancia como el contexto son sólo referentes secundarios, a veces irrelevantes. También, desde otras posiciones, el contexto, la realidad objetiva o construida, deviene el marco interpretativo exclusivo y los sujetos sólo son relevantes como seres en interacción y la sustancia puede ser sólo un mediador, algo genérico, intercambiable. Todavía más simplificado y extremo, las drogas y su mundo pueden reducirse a fórmulas químicas, estructuras de personalidad y patologías, simbolizaciones y metáforas.

Enunciado esto, debe añadirse que los problemas metodológicos están estrechamente relacionados con las distintas posiciones teóricas, disciplinarias en algunos casos, y con las distintas concepciones (además de lo ya enunciado, podría ser también, por ejemplo, una cuestión estrictamente penal). En general, en un estudio concreto, cuanto mayor sea la interrelación entre los tres polos considerados, mayores serán los problemas metodológicos. En cualquier caso, la cuestión básica es el tipo de preguntas que nos formulamos y desde qué marco teórico lo hacemos. Esta cuestión y sus implicaciones no pueden ser desarrolladas aquí. A otro nivel, usualmente nos preguntamos sobre la naturaleza del consumo, las características de los consumidores o las consecuencias (¿quiénes?, ¿cómo?, ¿por qué?, ¿para qué?, ¿qué?); o sobre la magnitud del consumo o de sus consecuencias (¿cuántos?, ¿cuántos tienen problemas?). La respuesta a estas preguntas plantea también distintos problemas metodológicos que vamos a desarrollar.

Algunas generalidades

El estatuto jurídico de las sustancias, si son o no sustancias sometidas a fiscalización y control por los Convenios Internacionales y los códigos penales de los Estados, constituye un aspecto clave. Asimismo, lo son el ámbito de la penalización (tráfico y/o consumo), su rigurosidad y el grado en que dichas sustancias, sus consumos y consumidores son aceptados o rechazados en cada contexto sociocultural estén o no penalizados. La importancia de estos aspectos en el tema que nos ocupa es decisiva porque influye directamente —a veces, de forma paradójica— en la accesibilidad y visibilidad de los consumidores y en la validez de sus relatos.

La relación entre los individuos y las drogas no es un acto aislado sino que forma parte de un itinerario compuesto por una serie de actos diferentes y de relaciones estructurales que se modifican, y se redefinen, al tiempo que se desarrolla esta relación. Lo mismo ocurre con las percepciones y valoraciones.

La reconstrucción de esta relación, de los diversos itinerarios, tal como ha sido definida, es una empresa importante para comprender el fenómeno pero muy compleja: supone, entre otras dificultades, situar retrospectivamente en un itinerario concreto, por ejemplo, los distintos patrones del consumo (frecuencias, cantidades, vías y métodos) con sus correspondientes consecuencias. Supone deslindar del relato el impacto del itinerario, y de sus consecuencias, en su contenido, que es actualizado, reeaborado o fijado constantemente; la propia imprecisión relacionada con el paso del tiempo y los déficits de memoria.

Si el contexto es uno de los determinantes, que lo es (véase, Edwards, Arif, 1981; Menéndez, 1991), obliga a tener en cuenta las definiciones profesionales y mediáticas sobre el fenómeno, también su evolución, porque contribuyen a definirlo y a delimitarlo. Lo mismo sucede con las intervenciones desde cualquier ámbito, terapéutico o represivo, la propia dinámica y características de la oferta o las imágenes y respuestas culturales, de los diversos tipos de consumidores y de los abstemios, que se generan en todo este proceso y en las múltiples interrelaciones entre factores. Supone integrar conscientemente en nuestra aproximación la complejidad, el dinamismo y la plasticidad de la realidad: ¿sin límites?; vamos a verlo.

Sabemos que los resultados de la experimentación con animales no son directa ni totalmente extrapolables a los seres humanos (y sólo en un sentido biológico); sin embargo, son útiles para ciertas cosas a pesar del reduccionismo que suponen. Sabemos que la investigación experimental de laboratorio con seres humanos no reproduce lo que ocurre en sociedad ni puede dar cuenta, entre otros aspectos importantes, de los aspectos expresivos. Sus resultados también son útiles. En nuestro caso, defender exigentemente los presupuestos ya citados puede llevar a una situación insostenible: un laboratorio ilimitado y en continua mutación. La propuesta sería mantener la perspectiva, tan abiertamente como sea posible, y aceptar, también conscientemente, que es necesario mantener estables, ¿constantes?, ciertas características y limitar las interacciones entre ellas. Por ejemplo, si analizamos la prevalencia del consumo a partir de series de datos procedentes de encuestas periódicas, ¿podemos desconocer que el contexto ha cambiado a lo largo de la serie, como ha ocurrido muy probablemente, o hemos de interrogarnos sobre los cambios y

tratar de reconstruir su incidencia en los datos? Depende, porque ambas posiciones pueden ser pertinentes.

Una preocupación constante es la de si los resultados de los estudios son generalizables o no. La preocupación es relevante, pero se plantea de diversas maneras y, frecuentemente, se obvia por el camino. **Esta dificultad se utiliza a veces para contraponer la validez de los estudios extensivos basados en encuestas, positivados en este aspecto, respecto a los basados en, genéricamente, aproximaciones etnográficas.** En ambos casos estamos hablando de generalizaciones empíricas. Sólo en el primer caso, y cuando las muestras son probabilísticas y están correctamente diseñadas, se puede realizar una generalización, una inferencia amparada por la estadística (con un margen de error y un nivel de confianza), de los datos obtenidos al conjunto de la población. Más allá de estos límites, cualquier generalización es un abuso que plantea tantas dificultades como cualquier otra. **Nada impide que los resultados de los estudios etnográficos puedan generalizarse, aunque no en términos estadísticos, si cumplen ciertas condiciones:** parten de la mejor muestra posible (una buena sección transversal de la población); son estudios de caso basados en una tipología exhaustiva y bien fundamentada; sus hallazgos son sometidos a prueba y corregidos en otras unidades de análisis o son validados contrastándolos con los de otros estudios... **El problema básico para cualquier aproximación puede ser el mismo: olvido de las cautelas y generalización abusiva. Es tan erróneo, o puede serlo, generalizar al conjunto de la población consumidora de una determinada droga los resultados de una muestra probabilística de sujetos en tratamiento, como los de una monografía etnográfica sobre una subcultura cuyos miembros utilizan dicha droga en rituales de iniciación.**

Otra dificultad surge cuando se quiere comparar a los consumidores que forman parte de un determinado estudio, o por lo menos algunas de sus características sociodemográficas, con la población no consumidora. Aquí debe tenerse en cuenta que no todos los países disponen de los censos ni de los registros apropiados. También es frecuente que si estos existen no estén actualizados, que utilicen categorías clasificatorias muy diversas que dificultan su manejo o que sólo sean accesibles los de ciertas unidades territoriales. En la misma línea, las dificultades son todavía mayores cuando se quiere comparar los resultados obtenidos con los de otros estudios sobre drogas. En este caso, las disparidades en los criterios de inclusión, definición y medición, incluso de aspectos básicos, constituyen una constante. Lamentablemente, esta disparidad se observa a veces incluso entre encuestas que forman parte de la misma serie.

La etnografía es una práctica que resulta indispensable si queremos acceder a un conocimiento de la realidad de primera mano, directo, contrastado y matizado. En la etnografía se utilizan un conjunto de técnicas de investigación: observación directa y participativa, entrevistas abiertas y semidirigidas, historias de vida focalizadas, grupos de discusión, análisis de redes sociales. La elección de unas técnicas o de otras y el grado de articulación entre ellas depende de los objetivos del estudio, de sus límites y de las características del objeto de estudio. Una de las limitaciones de la etnografía, y más en medios urbanos donde la mayoría de problemas de drogas nos exige trabajar, es la propia inabarcabilidad de las unidades de análisis, algo característico de dicho contexto, que dificulta una visión de conjunto de éstas. En

este tipo de estudios etnográficos siempre se accede a realidades parciales, tanto desde el punto de vista del espacio como del tiempo, y, por tanto, la fragmentariedad es una de sus características fundamentales (Díaz, Barruti, Doncel, 1992). Esta fragmentariedad puede ser paliada parcialmente con la combinación de diferentes técnicas (la validez de los resultados aumenta si coinciden los obtenidos utilizando diversos medios; Denzin, 1970), multiplicando los investigadores o prolongando el trabajo de campo.

La cuestión en este punto es que estas dificultades y limitaciones son fácilmente asumibles porque, en ciertos casos, la etnografía es prácticamente la única aproximación posible. En el fenómeno que estamos analizando, y de esto nos ocupamos a continuación, no todo el mundo es accesible ni localizable en su medio con buena parte de los métodos y técnicas habituales de investigación, tanto de muestreo como de recogida de información. Nos referimos a la población que carece de domicilio fijo, que desarrolla la mayor parte de su vida y de sus actividades en la calle, que no quiere ser localizada, que se oculta u oculta su consumo, que no tiene ningún interés en participar en un estudio. En estos casos la etnografía, y métodos específicos relacionados con esta práctica, pueden ser la única vía. Con esto no queremos decir que no haya dificultades, que las hay. De hecho, visto en perspectiva e ilustrativamente, existen “territorios psicotrópicos” realmente peligrosos; zonas productoras en las que residen consumidores de drogas tradicionales que están sometidas a “guerras de baja intensidad”; contextos en los que el consumo es un delito, fuertemente penalizado, y en los cuales el contacto con consumidores puede ser también sancionado o comportar problemas, a veces muy serios, con la policía. En todos estos casos, y en otros menos conflictivos, el desarrollo del trabajo de campo plantea dificultades de todo tipo, metodológicas, éticas y de seguridad para todos los implicados (véase, por ejemplo, Lambert, 1990; Adler, 1993; Bieleman et al., 1993; Ratner, 1993; Bourgois, 1995; Romaní, 1997; Weppner, 1977).

Revisión y discusión de los métodos y técnicas

En primer lugar queremos señalar que la complejidad del fenómeno estudiado aconseja la utilización de métodos múltiples y el diseño de estudios que articulen diversos métodos y técnicas. Esta afirmación, sobre la cual existe también un amplio consenso, se refiere tanto a la complejidad del fenómeno como a las dificultades específicas que plantea su estudio y a las limitaciones de todos los métodos y técnicas utilizados (Comas, 1991; Díaz, Barruti, Doncel, 1992; Hartnoll et al., 1991).

En segundo lugar, una parte del fenómeno (en general, todo lo relativo a drogas ilegales) es marginal (entendido aquí como aquello que se refiere a un número pequeño de los individuos de una población) y oculto; es decir, los propios individuos que forman parte de él tienden a ocultar que comparten dicha característica. El estudio de estas poblaciones marginales y ocultas presenta dos problemas añadidos: localización y cuantificación (magnitud del fenómeno).

Cuando se estudian poblaciones marginales y ocultas, los procedimientos habituales de muestreo que se utilizan para extraer muestras de un tamaño pre-establecido de la población total, las denominadas metodologías descendentes (Spreen, 1992),

proporcionan una cantidad muy pequeña de individuos de estas poblaciones, simplemente por su baja proporción respecto a la población total. Además, a este hecho se añade el problema del sesgo. Las dificultades de localización y la ocultación, ligada a los modelos de secreto (Hughes et al., 1982), suponen que la proporción de individuos en la muestra sea inferior a su proporción en la sociedad y que las estimaciones sean poco precisas y sesgadas. Para mejorar la precisión se requieren muestras muy grandes y, por tanto, de elevado costo (Díaz, Barruti, Doncel, 1992; Bieleman et al., 1993). La alternativa es utilizar otros procedimientos de muestreo, intensivos (metodologías ascendentes), que se basan en diseños de cadenas de referencia (Spreen, 1992). Estos diseños presuponen la existencia de vínculos en la población estudiada y se basan en las conexiones que establecen los participantes en el estudio (citan a otras personas con las que mantienen alguna relación).

En esencia, estos métodos forman parte del trabajo de campo etnográfico aunque en éste no necesariamente se desarrollan con el mismo nivel de sistematización. La dificultad básica reside en la localización y selección de los potenciales entrevistados (supone también la definición del rol de los investigadores y su aceptación) y para resolverla de forma óptima —y, además, obtener la mejor muestra posible— es conveniente utilizar diversas estrategias; estrategias que, en general, requieren un buen conocimiento previo del fenómeno estudiado y del terreno.

La localización de “zonas blanco”, lugares de consumo o distribución, constituye un primer nivel, básico, de aproximación. En estas zonas puede iniciarse la observación y establecer los primeros contactos informales. En este proceso, la consolidación de una red de informantes clave puede ser decisiva ya que estos cumplen múltiples funciones que facilitan el desarrollo de la investigación, entre otras: aportan información general, median y facilitan el acceso, favorecen o garantizan el establecimiento de la necesaria confianza mutua entre investigadores y participantes (Griffiths et al., 1993). A veces, los informantes clave pueden ser los únicos participantes en el estudio. En estos casos, la investigación recoge el conocimiento que ellos poseen de terceras personas, de los ambientes de consumo o de distribución o de cualquier aspecto que se esté analizando.

De los diseños que se basan en cadenas de referencia (Spreen, 1992) los más conocidos son los denominados “bola de nieve” (Biernacki, Waldorf, 1981) y “targeted sampling” (Watters, Biernacki, 1989). En la práctica, es frecuente su utilización combinada y la de otros métodos similares (Lambert, 1990).

El método “targeted sampling” parte de una selección de dianas (escenarios de observación) y de la elaboración de mapas etnográficos en los que se sitúa toda la información disponible, procedente de cualquier fuente. A medida que la investigación va avanzando la información obtenida es constantemente analizada y utilizada para ajustar y modificar el marco de muestreo. En este proceso dinámico la detección de nuevos ambientes de consumo o de nuevos perfiles de consumidores obliga a establecer nuevas vías de contacto o nuevas estrategias de muestreo (Watters, Biernacki, 1989; Bieleman et al., 1993).

El método “bola de nieve” (Biernacki, Waldorf, 1981) consiste en seleccionar nuevas personas a entrevistar en las redes sociales de los entrevistados que forman

parte de una muestra inicial. Los investigadores inician la búsqueda de participantes activando sus propias redes sociales, a partir de informantes clave, directamente en “zonas blanco”, mediante anuncios, etc. Cada primer contacto que se establece se considera como nivel 0 de una cadena y a partir de él se aplica el método “bola de nieve”. La persona con la que se ha establecido el contacto, y que normalmente es entrevistada, debe citar, respetando su anonimato, a las personas pertenecientes a su red personal que cumplen los criterios de inclusión. A continuación los investigadores escogen aleatoriamente para ser entrevistados, uno, dos o más de ellos y se pide al entrevistado que facilite el contacto con la persona elegida por sorteo. En caso de fallar el primer contacto, se intenta seguir la cadena con los siguientes seleccionados según el orden del sorteo. Este procedimiento se vuelve a realizar en cada nivel hasta que la cadena se corta. Las sucesivas aleatorizaciones van mejorando la representatividad de la muestra y contribuyen a eliminar los posibles sesgos de la muestra inicial. Esta mejora se consigue también iniciando el mayor número de cadenas posible y procurando que los inicios sean independientes entre sí (Díaz, Barruti, Doncel, 1992; Hartnoll, 1995). Las inferencias al conjunto de la población a partir de este tipo de muestras plantea muchas dificultades; no obstante, se están realizando esfuerzos prometedores para solventarlas construyendo estimadores (Bieleman et al., 1993; Frank, Snijders, 1994).

El método “bola de nieve” y otros similares, utilizan las redes sociales para construir una muestra de individuos que comparten una misma característica. Este objetivo los diferencia del análisis de redes cuya aplicación, en general, pretende analizar de forma intensiva todas las relaciones existentes dentro de universos relativamente delimitados. Si se ha tenido en cuenta en el diseño de los instrumentos de investigación, nada impide que las redes personales o las cadenas obtenidas puedan ser también analizadas, utilizando diversos métodos (Bieleman et al., 1993; Needle, Genser, Trotter, 1995).

Las dificultades aquí, tanto en el muestreo como en la construcción de las redes, dependen en gran medida del contexto. En general, a mayor integración cultural y aceptación social del consumo el seguimiento de las cadenas es más fácil. Los consumidores citan con menos reserva a otros consumidores con los que están relacionados (las barreras de secreto, si existen, son débiles) y las redes son más abiertas e interconectadas, indicando al mismo tiempo un carácter más abierto del consumo (bajo de nivel de ocultación). También puede suceder lo contrario, el consumo se oculta incluso a personas con las que se mantiene un contacto estrecho, las redes de consumidores pueden ser muy cerradas o los consumidores no citan a terceros ni facilitan el contacto, por miedo o desconfianza. En estas situaciones el seguimiento de las cadenas se complica extraordinariamente y, a veces, se torna inviable. Asimismo, debe considerarse que las “zonas blanco” no muestran en todos los contextos el mismo grado de visibilidad ni son homogéneamente accesibles. Un trabajo de campo etnográfico, intensivo y prolongado, puede ser la única solución en estos casos: utilización de los mismos procedimientos pero de una forma menos sistemática, limitando los escenarios de observación, reduciendo el tamaño de la muestra o limitando y concretando la variabilidad de los perfiles de consumo considerados.

Estas propuestas están relacionadas con otros aspectos que deben ser tenidos en consideración. Las dificultades también varían en función de las características del

consumo y de los consumidores, que no son homogéneas ni siquiera en el mismo contexto. Si lo que se pretende es obtener una buena sección transversal de la población consumidora de una determinada droga, el estudio se complica al aumentar la variabilidad; por ejemplo, existencia de un continuo de tipos de consumo muy diversos (recreacionales hasta disfuncionales); múltiples estilos de vida en los que dicha droga tiene una importancia diversa o cumple distintas funciones; múltiples patrones de consumo (niveles, métodos y vías de administración); consumidores que pertenecen a diversas clases sociales, categorías o grupos. Ciertamente, estas dificultades tendrán más o menos importancia según los objetivos del estudio que se quiere realizar. Por ejemplo, en lo que respecta al tamaño de la muestra, se puede realizar un buen estudio etnográfico trabajando a fondo un número pequeño de casos significativos, seleccionados siguiendo criterios tipológicos (Funes, Romaní, 1985; Spotts, Shontz, 1980).

Aunque los procesos habituales de muestreo presentan algunas limitaciones para estudiar el consumo de drogas ilegales, como ya hemos señalado, estos se utilizan habitualmente. De hecho, **la encuesta** es, probablemente, la técnica de investigación social más utilizada en este campo. Su objetivo principal es obtener mediciones cuantitativas de características del fenómeno y opiniones de la población. Por ello, se utilizan procedimientos de interrogación y cuestionarios estandarizados para asegurar que las preguntas son formuladas de la misma manera a todos los entrevistados y, correlativamente, entre otros objetivos, asegurar la comparabilidad de las respuestas. Usualmente, la mayor parte de las preguntas de los cuestionarios utilizados son cerradas, es decir, las respuestas han sido pre-codificadas.

La utilización de encuestas comporta, principalmente, las siguientes ventajas: capacidad para estructurar los datos, elevada eficiencia para obtener información, capacidad para estandarizar los datos. Al orientarse específicamente a la recogida de datos, y ésta es su principal desventaja, se pierden las dimensiones simbólicas y no permiten el análisis en profundidad del discurso de los entrevistados (Comas, 1991). Debe señalarse que existen cuestionarios internacionalmente validados en encuestas epidemiológicas sobre drogas cuya utilización ha sido recomendada por la Organización Mundial de la Salud (Johnston, 1980; Smart et al., 1980). En algunos países suelen realizarse periódicamente diferentes tipos de encuestas sobre el consumo de drogas legales e ilegales —dirigidas a la población general, jóvenes y estudiantes— y de opinión (por ejemplo, véase CIS, 1992; Harrison, 1992; Johnston, O'Malley, Bachman, 1993; PNSD, 1995; EMCDDA, 1996). No obstante, lo más frecuente en el conjunto de los países es que este tipo de encuestas no se realicen por su elevado costo económico o que se realicen irregularmente.

Si el objetivo es recoger amplia y profundamente la perspectiva de los entrevistados la técnica idónea es **la entrevista abierta**. Este tipo de entrevista se utiliza predominantemente en la investigación cualitativa. Aunque su pretensión es esencialmente la misma, recoger el discurso de los entrevistados con la mayor riqueza posible, existen diversos tipos que varían según su grado de complejidad, profundidad y estructuración: historias de vida, abiertas sin estructurar, semi-dirigidas, etc. Aunque aquí no podemos desarrollar las dificultades que implica todo proceso de interacción, y la entrevista lo es, ni las complejas relaciones que se establecen entre entrevistadores y entrevistados (también en las encuestas, aunque de un modo diferente) queremos dejar constancia de su importancia metodológica.

Veamos, de forma sintética, algunas dificultades prácticas que afectan a las entrevistas abiertas y no a las encuestas. Si las respuestas de los entrevistados son grabadas el trabajo posterior es bastante laborioso (transcripción completa o parcial de lo registrado). Al respecto debe tenerse en cuenta que no siempre se puede utilizar una grabadora porque, por ejemplo, el contexto en el que se desarrolla la entrevista o el entrevistado no lo permiten. Si las respuestas se registran a mano durante la entrevista se requiere un buen entrenamiento para evitar errores de anotación o un empobrecimiento del discurso; en estos casos es aconsejable el dominio de algún tipo de escritura rápida. Otra solución es que la entrevista la realicen dos personas: la que entrevista, cuyo papel es plantear las preguntas y mantener la interacción, el flujo de la entrevista y otra, que sólo anota. En general, cuanto más abierto es el cuestionario utilizado mayores son los problemas de recogida y de ordenación posterior de la información. Si en el estudio participan distintos investigadores los problemas se multiplican.

A otro nivel, y desde una perspectiva transcultural, deben considerarse otras dificultades más importantes, tanto en los cuestionarios de entrevista como en los de encuesta, especialmente en estos últimos. La ordenación de los temas y preguntas puede requerir variaciones en contextos socioculturales diferentes. Algunos temas quizá no pueden ser incluidos porque en algún contexto son particularmente delicados, por razones culturales o sociales; en otros, sin embargo, su inclusión no plantea ningún problema. Por razones similares, relacionadas con la variabilidad existente, no todos los temas incluidos en un cuestionario son pertinentes en todos los contextos en los que se estudia el consumo de una misma droga. **Si los problemas de traducción de los cuestionarios de una lengua a otra son ya importantes, todavía lo son más los de traducción cultural: no puede presuponerse que todo el mundo entiende lo mismo ante la misma pregunta.** Si el cuestionario ha sido diseñado para su aplicación en distintos contextos socioculturales es imprescindible verificar su adecuación a todos ellos y realizar los ajustes y modificaciones que sean necesarios para garantizar su pertinencia. Esta dificultad se observa también cuando se utilizan criterios e instrumentos de diagnóstico (véase Room et al., 1996). Otra dificultad, aunque más general y de otro tipo, es presuponer que todas las respuestas significan lo mismo. Este es un problema particularmente relevante de los cuestionarios de encuesta, de las respuestas pre-codificadas.

Haremos una breve referencia a la utilidad de los **Observatorios Etnográficos**, que a partir de diversas técnicas de investigación socioantropológicas (sistematización de la documentación existente, entrevistas abiertas a informantes clave, observación directa de ciertos escenarios...), tienen como finalidad mantener activas dichas prácticas de investigación para aportar información de manera continuada, que se caracterizarían por dar una imagen impresionista y global del fenómeno estudiado para orientar intervenciones, señalar aspectos a investigar sistemáticamente, etc.

Para concluir esta revisión nos referimos brevemente a los indicadores indirectos y sistemas de notificación.

Los indicadores son sucesos asociados al fenómeno estudiado que son más accesibles que los propios consumidores. Estos indicadores, una vez seleccionados y

evaluados, son integrados para configurar sistemas de notificación: basados en los datos suministrados a un organismo central de acuerdo con procedimientos de notificación sistemática (Comas, 1991; Hartnoll et al., 1991; Rootman, Hughes, 1980).

El sistema de notificación más conocido es el DAWN de los EE UU. En España, su equivalente es el SEIT. Estos sistemas recogen la información de la red sociosanitaria: consumidores admitidos a tratamiento, urgencias y fallecidos por causas relacionadas con el consumo (PNSD, 1994; Schoeber, Schade, 1991). La ventaja de estos sistemas es que permiten monitorizar los consumos de drogas más problemáticos y suministran información de manera continua y actualizada. No obstante, no proporcionan una estimación precisa de la prevalencia a pesar de que sí pueden medir tendencias y cambios en los patrones de consumo. Los sistemas de notificación solamente proporcionan datos descriptivos y respecto a una parte de la población consumidora; por tanto, no son representativos a pesar de su exhaustividad (Comas, 1991; Hartnoll et al., 1991). Un problema previo para el funcionamiento de estos sistemas de notificación es que requieren que funcione una red de atención sociosanitaria, algo que frecuentemente no ocurre.

También existen otros indicadores indirectos de interés que provienen de otras fuentes, policiales y judiciales: decomisos, detenciones, condenas y encarcelaciones. Estos indicadores informan, principalmente, sobre la oferta y pueden estar muy influidos por variaciones en la actividad policial o judicial o por cambios legislativos (Comas, 1991).

Bibliografía

Adler PA. (1993, orig. 1985) *Wheeling and dealing: an ethnography of an upper-level drug dealing and smuggling community*. New York, Columbia University.

Bieleman B, et al., coords. (1993) *Lines across Europe. Nature and extent of cocaine use in Barcelona, Rotterdam and Turin*. Amsterdam/Lisse, Swets & Zeitlinger.

Biernacki P, Waldorf D. (1981) Snowball sampling. *Sociological methods and research*, 10, 2, 141-163.

Bourgois P. (1995) *In search of respect. Selling crack in El Barrio*. New York, Cambridge University Press.

Centro de Investigaciones Sociológicas, CIS, ed. (1992) *Actitudes y comportamientos de los españoles ante el consumo de drogas, tabaco y alcohol*. Madrid, CIS.

Comas D., comp. (1991) *La investigación sociológica sobre drogodependencias*. Madrid, Colegio de Ciencias Políticas y Sociología.

Denzin NK. (1970) *The research act*. Chicago, Aldine.

Díaz A, Barruti M, Doncel C. (1992) *Les línies de l'èxit? Naturalesa i extensió del consum de cocaïna a Barcelona*. Barcelona, Ajuntament de Barcelona.

Edwards G, Arif A., eds. (1981) *Los problemas de la droga en el contexto sociocultural. Una base para la formulación de políticas y la planificación de programas*. Ginebra, OMS.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA, ed. (1996) *Annual Report on the State of the Drugs Problems in the European Union*. Lisboa, EMCDDA.

Funes J, Romaní O. (1985) *Dejar la heroína*. Madrid, Cruz Roja Española.

Frank O, Snijders T. (1994) Estimating the Size of Hidden Populations Using Snowball Sampling. *Journal of Official Statistics*, 10, 1, 53-67.

Griffiths P, et al. (1993) Reaching hidden populations of drug users by privileged access interviewers: methodological and practical issues. *Addiction*, 88, 1617-1626.

Harrison LD. (1992) Trends in Illicit Drug Use in the United States: Conflicting Results from National Surveys. *The International Journal of the Addictions*, 27, 7, 817-847.

Hartnoll R, coord. (1995) *Handbook on snowball sampling*. Strasbourg, Council of Europe.

Hartnoll R, et al. (1991, orig. 1985), *Problemas de drogas: valoración de necesidades locales (Drug Indicators Project, 1985)*. Madrid, Plan Nacional Sobre Drogas.

Hughes PH, et al. (1982) Modelos etnográficos y de secreto entre los toxicómanos. *Boletín de Estupefacientes*, XXXIV, 1, 1-13.

Johnston LD. (1980) *Review of General Populations Surveys of Drug Abuse*. Geneva, World Health Organization, WHO Offset Publication 52.

Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG. (1993) *National Survey results on drug use from monitoring the future study, 1975-1992*. Maryland, U.S. Department of Health and Human Services.

Lambert EY., ed. (1990) *The collection and Interpretation of Data from Hidden Populations*. Rockville, NIDA, Research Monograph Series 98.

Menéndez EL., ed. (1991) *Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política (1930-1979)*. México, Ediciones de la Casa Chata.

Needle RH, Genser SG, Trotter RT., eds. (1995) *Social Networks, Drug Abuse, and HIV Transmission*. Rockville, NIDA, Research Monograph Series 151.

Plan Nacional sobre Drogas, PNSD, ed. (1994) *Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (S.E.I.T.). Informe año 1993*. Madrid, Ministerio de Justicia e Interior.

Plan Nacional sobre Drogas, PNSD, ed. (1995) *Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1994*. Madrid, Ministerio de Justicia e Interior.

Romaní, O. (1997). "Etnografía y drogas. Discursos y prácticas ", *Nueva antropología*, Vol. XVI, 52: 39-66, México.

Room R, et al. (1996) WHO cross-cultural applicability research on diagnosis and assessment of substance use disorders: an overview of methods and selected results. *Addiction*, 91, 2, 199-220.

Rootman I, Hughes PH. (1980) *Drug abuse reporting systems*. Geneva, World Health Organization, WHO Offset Publication 55.

Schober SE, Schade CP., eds. (1991) *The Epidemiology of Cocaine Use and Abuse*. Rockville, NIDA, Research Monograph Series 110.

Smart RG, et al. (1980) *A methodology for student drug-use surveys*. Geneva, World Health Organization, WHO Offset Publication 50.

Spotts JV, Shontz FC. (1980) *Cocaine Users. A Representative Case Approach*. New York/London, The Free Press/Collier Macmillan Publishers.

Spreen M. (1992) Rare populations, hidden populations, and link-tracing designs: what and Why? *Bulletin de Methodologie Sociologique*, 36, 34-58.

Watters JK, Biernacki P. (1989) Targeted Sampling: Options for the Study of Hidden Populations. *Social Problems*, 36, 4, 416-430.

Weppner RS, ed. (1977) *Street Ethnography. Selected Studies of Crime and Drug Use in Natural Settings*. Beverly Hills, Sage.

CAPÍTULO 2

CONDICIONANTES POLÍTICOS Y ECONÓMICOS. ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DE ESTOS FACTORES EN LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL “PROBLEMA DE LA DROGA”.

Olivier Ralet.

Drogas y representaciones sociales

La manera de abordar el “problema de la droga” y la propia noción de “droga” varían según los sistemas de representación culturales y la época. Las sustancias psicótropas inscritas en muchas culturas no son consideradas como “drogas”, mientras que en las nuestras sí. En las culturas heleno-cristianas el vino es considerado como el espíritu de Dionisos, la sangre de Cristo, un arte milenario de vida, pero no como una droga. Para un Quechua de las montañas andinas la hoja de coca es un don sagrado de “Pacha Mama”, la “Tierra Madre”, pero en absoluto una droga, en oposición a la cocaína que los “gringos” extraen de esta planta. Lo que llamamos “droga” son los psicótropos extraños procedentes de otras culturas.

El sacerdote que consagra el vino, la curadora mejicana y sus hongos sagrados, el chaman peruano que utiliza la liana alucinógena ayahuasca no son vistos como unos “drogados” ni como unos “camellos”. Tradicionalmente los psicótropos juegan el doble rol de “facilitadores del vínculo social” (ilustrado en los cristianos por el milagro de la transformación del agua en vino en las bodas de Canáa) y de “vehículos hacia lo sagrado” (ilustrado por la transformación del vino en sangre de Cristo). Los consumos ritualizados no se consideran “problemas”. Su uso no se define como abuso y el abuso eventual es considerado como un accidente.

Desde siempre han llegado a Europa sustancias venidas del exterior con su perfume de exotismo. Su integración cultural varía de un producto a otro. La ambivalencia caracterizó la llegada del café y el tabaco, entre entusiasmo y reprobación. Han sido también la marca de distinción de la burguesía durante el siglo XVIII y han servido de punto de encuentro y de identificación a una clase social en auge.

En el siglo XIX aparecen los “exploradores de drogas exóticas”, curiosos por las drogas extranjeras, como el gran psiquiatra Moreau de Tour, que inició al haschisch, traído por el ejército de Napoleón de la campaña en Egipto, a un gran número de personas, entre ellos a Théophile Gauthier y Charles Baudelaire. De práctica religiosa o distracción social el uso de una droga se convierte en una experiencia artística y “psicológica”.

Hasta aquí, los Estados se limitaban a intervenir en la producción de droga, principalmente para tasarla, siendo el consumo objeto de un control social y religioso.

Historia de dos modelos de intervención

El “problema de la droga”, es decir el uso de sustancias psicotropas considerado como un “problema”, resulta de un proceso histórico que se inicia en los últimos años del siglo XIX con la emergencia de una voluntad de los Estados de intervenir en este consumo.

Una primera tentativa tuvo lugar a mediados del siglo XIX. Los ingleses comercializaban activamente en China con opio producido en sus colonias, ocasionando una ola de opiomanía. El Emperador quiso poner fin a esta situación y prohibió su venta en todo el territorio. Indignada por este ataque a la libertad del comercio, la Reina Victoria le declaró dos guerras, las famosas “guerras del opio”.

A finales de siglo, en los EEUU, la inmigración china estaba en concurrencia con el proletariado americano en la construcción de las líneas férreas. Los sindicatos lanzaron entonces una violenta campaña racista bajo el lema: “Chinos=opio=crimen”. El Emperador, conmovido, amenazó a los EEUU. con una prohibición de comercio en China. Para escapar a esta amenaza y “limpiar” su imagen internacional manchada por la campaña racista y, accesoriamente, perjudicar al eterno enemigo inglés, los americanos iniciaron entonces un movimiento internacional, cuya primera aplicación tuvo lugar en Filipinas, a raíz de su control de la isla (1900), después de haber ayudado a expulsar de ella a los españoles. Cambiaron el sistema de control del opio que había mantenido la administración española hasta entonces, de tipo estanco (con permisos para importar ciertas cantidades, condiciones para la apertura de fumaderos, etc.) por la prohibición total. Lo interesante del caso es que las argumentaciones para ello son de tipo político-moral, es decir, claramente etnocéntricas. Más adelante, para legitimar internacionalmente este movimiento de prohibición, pasarán a primer plano otro tipo de argumentos, relacionados con la salud pública y similares. Dicho movimiento todavía perdura hoy, un siglo más tarde. El argumento es que las drogas son peligrosas, es necesario prohibirlas. De una en otra Convención internacional, esta voluntad de prohibición se reforzó durante todo el siglo XX, desarrollando así el primer modelo de intervención del Estado sobre el uso de drogas, según el cual la Ley debe prohibirlo y la medicina debe ayudar a frenarlo. Lo que podemos llamar el modelo de la “abstinencia obligatoria”¹.

De este modelo se deriva una representación del consumidor. Transgrede la Ley para adquirir una sustancia prohibida, por lo que es un delincuente. Se dirige a la medicina para ser ayudado a abandonar su consumo, por lo que es un enfermo. Ya que su voluntad está alienada por su dependencia, se comporta de manera irresponsable.

¹ Los aspectos socio-legales de la cuestión se desarrollan en el capítulo 4.

En 1925 se adoptó la Convención internacional llamada “Opium Act” que limita el comercio de los opiáceos al monopolio médico-farmacéutico. Ahora bien, en Inglaterra vivían muchos militares retornados de la armada india, en la que se habían acostumbrado a consumir opio cotidianamente. El gobierno británico nombró en 1926 una comisión de expertos, el “Rollerstone Committee”, encargado de determinar las condiciones de una prescripción legítima de opiáceos por los médicos. Se establecieron dos condiciones. La primera justifica una prescripción en dosis regresivas y durante un período limitado para facilitar una desintoxicación progresiva. Ello no cuestiona el modelo de la abstinencia obligatoria. Por otro lado, la segunda condición es mucho más revolucionaria, ya que señala que una prescripción es legítima cuando es necesaria para que el paciente lleve una vida normal y socialmente útil. El uso de drogas ya no es considerado como un mal en sí, ya que se trata de reducir las consecuencias negativas de este uso. Ello inaugura un segundo modelo de intervención que recibirá más tarde el nombre de “reducción de riesgos sociosanitarios asociados al uso de drogas” o simplemente “reducción de riesgos”.

El *Rollerstone Committee* estableció las bases de un dispositivo de intervención integrando la prescripción de drogas como la heroína o cocaína, llamado *British System*. En base a ello, los clínicos británicos elaboraron una nueva teoría llamada de “maduración” (*maturing out*), según la cual la toxicomanía es un proceso de maduración individual. Se considera que la problemática del consumidor abusivo o toxicómano madura por sí sola con el tiempo y abandona espontáneamente su consumo sin intervención exterior. Según esta teoría, forzar una salida de la toxicomanía prematuramente, es decir antes que se acabe el proceso de maduración, no es solo inútil, sino a menudo nocivo ya que perturba la maduración. Observamos que el *British System* y la teoría de la maduración tienen un punto común que los distingue de la abstinencia obligatoria: no pretenden un abandono total y rápido del consumo, sino una mejora de la gestión del consumo para reducir los peligros asociados. En esta perspectiva, el consumidor no es ni un delincuente, ya que compra su producto legalmente en una farmacia, ni un enfermo ya que no solicita a la medicina ayuda para abandonar su consumo.

Mientras el *British System* proseguía su camino, los años 50, 60 y 70 veían el modelo de la abstinencia obligatoria transformarse desde los EEUU. Durante este período se construyó la representación social de los usuarios de drogas que se mantiene ampliamente difundida hoy en día y que ha orientado las políticas en vigor en la mayoría de países. A partir de 1950, la CIA y el ejército, experimentaron masivamente el LSD como arma química “incapacitante” y como suero de la verdad. Algunos “cobayas” eran advertidos de estos experimentos y aceptaban tomar LSD bajo vigilancia militar, mientras que otras ignoraban todo de estas investigaciones e ingurjitaban este potente alucinógeno sin saberlo². Al mismo tiempo la CIA y el ejército financiaban y vigilaban las investigaciones de los psiquiatras y psicólogos sobre el potencial terapéutico del LSD. A finales de los años 50, algunos “cobayas” (como Ken Kesey, autor de “Alguien voló sobre el nido del cuco”) se rebelaron y se aliaron con los “psi” que habían acabado comprendiendo que habían sido

² Actualmente continúan aún los procesos contra el Estado por parte de aquellos que descubrieron, cuando los archivos de la CIA se hicieron públicos, que habían sido objeto de estas experiencias y acabaron medio locos; estar bajo los efectos del LSD sin saberlo es extremadamente inquietante.

manipulados (como Timothy Leary, “el Papa de la revolución psicodélica”). “Cobayas rebelados” y “psi manipulados” se unieron para experimentar el LSD por ellos mismos, sin vigilancia militar. Este es el punto de partida del movimiento *hippie*. En 1962 la CIA perdió la esperanza de hacer del LSD un arma de utilidad y abandonó todas las investigaciones en esta dirección. Además, la Agencia se las arregló para que las investigaciones de los psiquiatras y psicólogos fueran también abandonadas y el mismo año el LSD se ilegalizó.

El movimiento hippie se desarrolló, aunque dividido por la cuestión del “guía”. El “guía” ¿va incluido en la píldora?, el LSD por sí solo ¿es suficiente para abrir las puertas de la percepción? o ¿sólo es un instrumento?, ¿es emancipador por sí mismo o es una simple herramienta? Para muchos la potencia de la sustancia era suficiente para servir de “guía” y transformar la humanidad en una humanidad mejor que se reconciliaría con la espiritualidad. Todos los promotores del movimiento no compartían estas ilusiones pero el movimiento estaba inmerso en él. A finales de los años 60 el movimiento hippie se acercó al movimiento yippie, un ala de la nueva izquierda americana opuesta a la guerra del Vietnam, lo que dio lugar al llamado *Flower Power*, el poder de las flores. Se difundió la idea de que el uso de LSD y de cannabis era contestatario. Fumar hierba o tomar un ácido era visto como una manera de transgredir el orden establecido, de poner en duda la cultura dominante, de poner en peligro el *establishment* y de boicotear el *American Way of Life*.

¿No hay en ello una ilusión de ruptura como si fuera posible salir de la sociedad y situarse radicalmente fuera de ella? La expresión “contra-cultura” es portadora de esta ambigüedad: ¿se trata de una “anti-cultura”, de una oposición a toda cultura o de “otra cultura”? En este último caso, ¿dónde planta sus raíces una cultura alternativa? Esta ilusión de ruptura ¿no ocasiona un ideal ilusorio, el de la independencia como ausencia de vínculo?

Al mismo tiempo proseguía la guerra del Vietnam y la CIA instalaba laboratorios de transformación de opio en heroína en el Triángulo de oro, ya que la heroína permitía a los soldados soportar el horror del frente. **A pesar de que hacía la guerra con la ayuda de la heroína, el presidente Nixon cogió al vuelo la imagen contestataria del cannabis y LSD creada por los hippies, para declarar la “guerra a la droga”. Este slogan transformó la imagen del consumidor que ya no es solo delincuente y enfermo: se convierte además en un enemigo interior.** Efectivamente, el miedo frente a la sublevación de la juventud condujo a numerosos países occidentales, traumatizados por los acontecimientos de mayo del 68, a ratificar, tras Nixon, la equivalencia decretada por los hippies entre uso de drogas y transgresión del orden establecido. De esta época datan en Europa las legislaciones sobre drogas muy represivas, acompañadas de penas comparables a las dirigidas a los terroristas.

En Francia, algunos psiquiatras post-68, fascinados por esta juventud rebelde, centraron sus elaboraciones teóricas en la transgresión y tomaron como propio este ideal “autístico” de una autonomía desprendida de todo vínculo social, como un meteorito errante en el espacio infinito, lejos de una libertad humana hecha de interdependencias, de redes y lazos mutuos. Esta ideología de autonomía ocasiona un uso cada vez más amplio, ambiguo y depreciador de la palabra “dependencia” que se convierte en “el mal”.

En realidad, ni este movimiento legislativo que agrava fuertemente la represión ni esta nueva ideología psiquiátrica se corresponden con la evolución del consumo. En pleno *Golden Sixties*, los *alucinógenos* LSD y cannabis estaban en el origen del fenómeno. Pero, desde el inicio de los 70, era la *anestesiante* heroína cuyo consumo aumentaba y se difundía entre la juventud, acompañando la “crisis económica mundial”. Se había perdido la esperanza de transformar el orden establecido, de invertir el *establishment* con los alucinógenos y la heroína permitía soportar la vida con crisis, sin perspectiva de revolución internacional. En la población más madura, los tranquilizantes hacían furor.

A finales de los años 60, los Países Bajos habían seguido el fenómeno y disponían de unas legislaciones represivas. En 1972, el Gobierno holandés encargó a un grupo de expertos, la *Comisión Baan*, un informe sobre la política de drogas. Este informe señalaba, entre otros, que “si la represión aumenta los problemas en vez de reducirlos, es necesario cambiar la dirección de las intervenciones”. El mismo año, el estado holandés hacía de la reducción de riesgos su modelo oficial en salud pública. Los Países Bajos retomaron y desarrollaron este modelo elaborado por los ingleses y exploraron su coherencia. **Tan sólo los usuarios son capaces de reducir los riesgos asociados al consumo. Para incitarlos, los poderes públicos deben tratarlos de “ciudadanos como los otros”, estimular su autoorganización y la emergencia de portavoces, situarlos como iguales con los que negociar las mejores medidas a tomar. Así, los poderes públicos trabajan con los usuarios y no contra ellos; los usuarios, diana de la prevención, pasan a ser actores de ella.** En 1982 el “sindicato de toxicómanos” (*junkiebond*) de Amsterdam inventa el intercambio de jeringas para prevenir la propagación de la hepatitis B.

“La reducción de riesgos es una política de colaboración entre los poderes públicos y los usuarios. Su objetivo es el sustituir la “guerra a la droga” por la “paz entre colaboradores” con responsabilidades recíprocas. Cuanto más la sociedad marginaliza a los toxicómanos, menos se puede esperar que estos actúen de manera responsable; a la inversa, cuanto menos los marginaliza, más los integra en una política preventiva lo que permite que actúen como ciudadanos responsables”³.

A partir de 1985 las relaciones internacionales entre los dos modelos cambian profundamente. En muchos países la propagación del SIDA por compartir jeringas entre usuarios de drogas impone a los responsables de la salud la puesta en marcha de dispositivos de reducción de riesgos y, consecuentemente, tratar a los usuarios de drogas como ciudadanos colaboradores. Sin embargo, los departamentos de “Justicia” e “Interior” prosiguen la antigua lógica y continúan tratando a los usuarios como enemigos interiores, delincuentes y enfermos, según el modelo de la abstinencia obligatoria. En nombre del ideal abstracto de un mundo sin drogas, acusan a los dispositivos de reducción de riesgos de complacencia ante las drogas o de traición en la “guerra a la droga”. En Francia, la libre venta de jeringas fue retrasada de 1985 a 1987 por dichos argumentos. Durante este tiempo, los usuarios, en razón de la escasez de jeringas, las compartían hasta quince o veinte veces, frente a la urgencia del síndrome de abstinencia. Algunas decenas de miles de ellos se contaminaron por el virus del SIDA durante los dos años de debates. Diez años más

³ Documento del grupo belga de autoapoyo “Citoyens Comme Les Autres”.

tarde, muchos países están siendo aún sacudidos por el impacto de estas contradicciones.

En Inglaterra, el *British System*, ampliamente reducido durante los años 70 bajo presión americana (sin ser totalmente abandonado) retomó fuerza durante los “años SIDA”. El Dr. John Marks, prescriptor de heroína en la región de Liverpool, observa una doble representación del usuario y del médico prescriptor. Si una persona solicita ayuda para abandonar su consumo se declara a sí misma “enferma” y se dirige al prescriptor como “médico” que lo trata como “paciente”. Cuando una persona demanda un producto por una razón diferente a abandonar el consumo a corto plazo (por ejemplo para gestionar mejor su consumo, evitar los riesgos y daños elevados de los productos adulterados por el tráfico, escapar a “la calle”) se dirige al prescriptor como “barman” que lo trata como “cliente”. Las competencias necesarias de un “barman” son el saber hacer respetar el orden y la paz en su establecimiento y evitar los abusos. Es un artesano y un pedagogo del arte del consumo. En este caso, el “barman” es aquí médico debido a la restricción de la *Opium Act* de la prescripción de un opiáceo al monopolio médico-farmacéutico.

Hoy y mañana

A principios de los años 90 las exigencias de la reducción de riesgos empiezan a ser conocidas por la mayoría de los especialistas (usuarios, agentes de prevención y de salud). El ideal de un mundo sin droga subyacente a la abstinencia obligatoria ocasiona la exclusión y eliminación de los adictos. Los costes financieros y humanos de una política que fomenta la propagación del SIDA y que criminaliza, marginaliza, “patologiza” e “irresponsabiliza” los usuarios de drogas son demasiado severos.

El análisis económico del mercado de las drogas, tal como ha sido construido por la abstinencia obligatoria, se ve igualmente descompuesto por la perspectiva de la reducción de riesgos. Los mismos actores de la prohibición reconocen su impotencia para reducir significativamente la disponibilidad de drogas en el mercado clandestino (el único efecto concreto de la represión es hacer las drogas más caras y de menos calidad, lo que aumenta los daños). ¿Por qué entonces proseguir ésta política que confiesa no alcanzar los objetivos que pretende? El floreciente mercado de las drogas ilegales representa un movimiento de unos 500 mil millones de dólares por año, en manos del libre comercio del crimen organizado no sometido a ningún control, ya que es clandestino. Es el capitalismo más salvaje que un empresario pueda soñar: sin leyes sociales (y con trabajo de niños), sin control de calidad, el presupuesto “publicidad” es asumido gratuitamente por la policía y los medios de comunicación y con un sistema de “selección del mejor bandido”. La prohibición garantiza el monopolio del crimen organizado sobre éste mercado (podríamos decir que la policía sirve de “perro guardián” de la mafia). Una vez más el objetivo de la erradicación produce el efecto inverso del que se busca o pretende buscar y crea, o agrava, considerablemente los riesgos asociados a las drogas.

A escala macroeconómica reducir los riesgos significa que la comunidad internacional retome el control de este mercado. Dicho control ya existe para los estupefacientes destinados a uso médico (aproximadamente un 3% de las sustancias

en circulación): un órgano de las Naciones Unidas (el Órgano Internacional de Control de Estupefacientes) planifica cada año las necesidades internacionales de estas sustancias. Controlar el mercado de las drogas significa ampliar este sistema al 97% de los estupefacientes que no son destinados a uso médico. Pero la adopción de este tipo de control implica la confrontación de los intereses económicos entre el Norte y el Sur. En efecto, es en el hemisferio Sur dónde viven los productores tradicionales de plantas de las que se extraen drogas (ilegales). Una vez controlados por las Naciones Unidas ¿los productores del Sur conservarán este mercado? o ¿los campesinos del Norte intentarán resolver su propia crisis agrícola con el cultivo de estas plantas? La instauración de un mercado de drogas controlado a escala internacional supone unas negociaciones Norte/Sur que culminarán en unos acuerdos que, seguramente, no serán tan favorables a los países del Sur como a los del GATT...

Se trata, por el contrario, de aprender a vivir con las drogas y los que las utilizan, es decir inscribir o reinscribir las drogas en la cultura. El desarrollo de artes de consumo, que existen, aunque insuficientemente, para una droga legal como el vino, debe ser fomentado y estimulado también para las sustancias actualmente ilegales. Se trata de adaptar a una cultura las normas de uso de drogas venidas de otra parte y crear normas para ellas. Los grupos de autoapoyo de usuarios forman parte del marco en el que dichas artes pueden ser cultivadas.

Claramente más eficaz y menos dañino, el modelo de la reducción de riesgos se presenta para reemplazar el de la abstinencia obligatoria a medio plazo. Lo que parece aún indeterminado es el tipo de reducción de riesgos que será puesto en práctica. Pueden plantearse tres situaciones:

El consumo de drogas se define por sus accidentes y el consumidor es un enfermo en potencia. La guerra a la droga se ha perdido, el ideal de la abstinencia ha fracasado. Ya que un mundo sin drogas es inalcanzable hay que dirigirse a minimizar el mal. El usuario recibirá el veneno que reclama, mientras se comporte adecuadamente. Está destinado a ser un “asistido”.

La libertad de drogarse es reconocida como un asunto privado, un derecho individual. El colectivo de usuarios debe simplemente adoptar las medidas adecuadas para que los riesgos sean limitados. Es la paz por tolerancia. Las drogas son simplemente productos de consumo. La cuestión de las drogas se limita a un asunto de placer privado, sin otro vínculo (negativo) con lo colectivo que el de los riesgos.

La tercera situación toma en consideración que **la cultura confiere al uso de una droga unas significaciones que serán a la vez ingredientes de sus efectos.** El “arte” de las drogas plantea cuestiones al individuo y al colectivo, al cuerpo, al animal, al vegetal, a la Tierra y al Cosmos. Se discuten los riesgos que interesan a los exploradores de un modo de vida arriesgado, ya que su aprendizaje es un saber, y se comparte su experiencia. El Estado toma la responsabilidad de reducirlos, tal como hace para todas las actividades arriesgadas de la sociedad, en colaboración con los que corren riesgos.

Cada una de estas situaciones representa una opción de sociedad. El mañana nos dirá de qué el hoy ha sido capaz.

Bibliografía

Caballero, F. (Dir.) (1991) *Drogues et droits de l'homme*, Paris Collection Les empêcheurs de penser en rond. Editions Synthelabo.

Gamella, J. Y E. Martin (1992) *Las rentas de Anfión. El monopolio español del opio en Filipinas (1844-98) y su rechazo por la administración norteamericana.* , Revista de Indias, Vol. LII, 194: 61-106.

Gonzalez, C. et al. (1989) *Repensar las drogas*. Barcelona. GRUP IGIA.

John Marks, J. (1994) *Le vent du Nord et le soleil* in Guffens, J-M. (Dir). *Toxicomanie, hepatitis, sida..* Collection Les empêcheurs de penser en rond. Editions Synthelabo, Paris.

Lee, M.A. & Bruce Shlain (1993) *LSD et CIA. Quand l'Amérique était sous acide*. Editions du Léopard. Paris.

Stengers, I. (1996) “Représentation sociale et des drogues et intervention”, in *Livre des conférences. Apprendre et changer. Bilan et perspectives d'avenir de l'intervention sur les drogues en Europe*. ITACA, Barcelona.

Stengers, I. et Ralet, O. (1991) *Drogues: le défi hollandais*. Collectios Les empêcheurs de penser en rond. Editions Synthelabo, Paris.

CAPÍTULO 3

LOS “TERRITORIOS URBANOS” DE LAS DROGAS: UN CONCEPTO OPERATIVO

Luis Fernández.

A lo largo de las próximas páginas hablaremos de la dimensión espacial del fenómeno droga. En las últimas décadas, las ciencias humanas han reconocido la importancia de la inscripción espacial de los fenómenos, no solamente como un factor que influencia su desarrollo, sino como una dimensión constitutiva de su expresión.

Un signo visible de esto es la aparición del término **ambiental** o **ecológico** en las disciplinas clásicas; habría, a partir de finales de los años 60, una psicología ecológica y ambiental, una sociología ambiental, una antropología ecológica...

Aquí procuraremos demostrar como el carácter proscrito y estigmatizado de las actividades en torno a los psicoactivos tiene implicaciones en el tipo de espacios “escogidos” por los actores de estas actividades; y como las características físicas y socio-ambientales de estos espacios son determinantes para la eficacia, desde el punto de vista de su sobrevivencia en el mosaico urbano, del llamado “mundo de la droga”.

El espacio psicosocial y el territorio

¿A qué nos referimos, cuando hablamos de espacio? Si vamos a buscar los manuales y artículos científicos que se centran en él podemos dar cuenta de una gran dispersión:

Pasa a enunciarse en plural: aquello que podría parecer una categoría unívoca se problematiza, multiplicándose sus sentidos. Así, aparece un espacio físico, pero también uno social; uno personal, pero también uno transaccional; el espacio se invade, aunque también se defiende de las intromisiones (*defensible space*); hay el espacio habitado, pero también el desocupado; el denso y el vacío (*vacant space*); hay el espacio público, y también el privado (y el semipúblico y el semiprivado); el espacio vivido, pero también el imaginario; el dominante, pero también el intersticial; y hay el comunicacional, el aprehendido, el simbólico, el vital; hay el espacio que engendra poder y el que engendra desviación; aquel que normaliza y aquel que marginaliza — el espacio marginal; aquel que potencia control social informal, y el que potencia asociación diferencial de grupos desviantes.

Serie de conceptos conexos con el de espacio: ambiente; medio; ecosistema; ecológico (matriz ecológica, etc.); contexto; escenario; *setting*; *behavioral*

setting; territorio; medio ambiente construido (los estudios de M.A.C.); mapas (estudios sobre los mapas mentales de los lugares).

Objetos de estudio que se basan en el espacio: la ciudad; la comunidad; el barrio (el barrio social, el gueto, etc.); la zona; la vecindad (el *street block*, variante americana); la esquina (el *street corner*, idem); el urbanita (el individuo, bajo esta designación, pasa a ser concebido de manera indisoluble con su condición de ser, digamos, espacial).

Aquí vamos a situar el fenómeno droga en un espacio particular: el psicosocial. Se trata de una concepción micro del espacio, que pone de relieve el nivel de las interacciones. “... *la realidad social puede ser aprehendida a partir de la lectura de los diversos lugares, en la medida en que todo espacio circunscribe una realidad social determinada como una matriz, en el interior de la cual se ponen de manifiesto las condiciones impuestas a un grupo o a un individuo en su existencia o en sus actividades (...)* El creciente interés suscitado por el estudio sobre el ambiente demuestra la importancia que se atribuye al reconocimiento no sólo de la influencia del marco físico, sino también al valor psicológico y social de un lugar, de un barrio, de un medio de trabajo, etc., aprehendido precisamente a través de la especificidad de la relación mantenida con él.” (Fischer 1994). Instaura un nivel de análisis que Craveiro y Menezes (1993) denominan interaccional-constructivista y que pone de relieve los aspectos “*culturales-normativos resultantes de la interacción cotidiana, observando la sociedad como una entidad proteicamente construida por los individuos y los grupos*”.

La categoría abstracta de espacio se transforma, a través de la lectura psicosocial, en un conjunto de lugares territorializados e investidos por los individuos; la apropiación, la demarcación física y simbólica y la defensa, convierten los espacios más o menos indefinidos en territorios (Altman,1975; Brown,1987; Taylor, 1987, 1992; Eibl-Eibesfeldt,1989; Nasar-Fischer,1993; Fischer,1994;).

En la especie humana, la territorialidad mantiene las funciones que desempeña en el mundo animal; regula, por ejemplo, el encuentro entre intruso y propietario, basada en la defensa, y señala a los extraños, a través de marcadores, ante posibles intrusiones. De todos modos, tiene características que superan las funciones ligadas a la sobrevivencia biológica: la identificación psicológica con los espacios, el valor simbólico de pertenencia (los lugares poseen un estatuto que se transmite a los individuos — habría una dimensión espacial del *self*). Sack (cit. por Brown,1987) define la territorialidad humana como “*la tentativa de ejercer influencia o de controlar acciones o interacciones (de personas, cosas y relaciones) a través del incremento del control sobre una determinada área*”, y Altman (1975) define el comportamiento territorial como “*un mecanismo de regulación de los ligámenes entre lo propio y lo extraño que envuelve personalización y demarcación de un lugar u objeto y la comunicación de su pertenencia a una persona o grupo. Personalización y pertenencia tienen la función de regular la interacción social y ayudar a satisfacer diversas necesidades sociales y físicas. A veces, cuando son violadas las fronteras territoriales, pueden ponerse en acción respuestas defensivas*”. Este autor distingue, además, territorios primarios, secundarios y públicos; desde los primeros a los últimos disminuye la ocupación y la centralidad psicológica para el individuo; los **primarios** acogen, precisamente, grupos primarios —familia y pequeños grupos de relación cara-

a-cara—; los **secundarios** son más accesibles al extraño, que queda sujeto al control que se ejerce ahí, y se asocian frecuentemente a grupos como vecinos, co-trabajadores, miembros de un *gang* de calle. Son más propicios a ser controlados por grupos que no por un individuo. El tipo de identidad manifestada puede ser una identidad de grupo, poniendo así de relieve uno de los papeles del repertorio de sus usuarios; en los **públicos** hay una ocupación abierta a todos, que se determina sobre la base de “primero en llegar, primero en utilizarlo” —cabinas telefónicas, autobuses...— Podemos hablar de territorios interactivos (Brown, 1987) cuando las reivindicaciones territoriales se hacen para proteger una interacción concreta, en lugar del propio espacio; una variedad de señales no verbales, tanto estáticas como dinámicas, protegen los territorios interactivos.

Desde inicios de los años 80, el **topos** de las drogas se ha identificado, en el discurso colectivo, con las áreas urbanas degradadas, la mayoría de las veces situadas en la periferia. El barrio social aparece como una unidad socio-espacial central cuando se trata de atribuir un lugar al mercado de las drogas y a la “concentración de drogados” —algunos de ellos serían los “hipermercados de las drogas” en el rumor instalado en la ciudad. El tema de los barrios *“hizo su irrupción en el corazón de la actualidad o, para ser más exacto, al principio de los telediarios de las ocho.”* (Delarue, 1991).

Aquí surge una primera coincidencia, de carácter simbólico, entre drogas y barrios: ambos producen un corte y revelan un determinismo. En lo psicotrópico se produce un corte con la vida social normativa (se altera la consciencia, se altera la relación con el otro...); en el barrio se crea una región de lo social en corte con la ciudad dominante. Lo psicotrópico supone un determinismo de lo biológico a lo psicológico y de éste a lo social: la toxicodependencia, desorden bioquímico y alteración psicológica, interfiere con el orden social (Agra, 1986), la dirección es del fármaco al toxicodependiente y de éste a la marginalidad; el barrio supone un determinismo de lo social a lo psicológico, y de éste a lo biológico: en ciertos barrios, el clima social y la identidad del lugar facilitarían la autopercepción del individuo como marginal y la toxicomanía sería casi un destino juvenil.

De acuerdo con el discurso colectivo habría, pues, una topografía urbana de las drogas cuyos lugares serían los del margen socio-espacial y cuyas figuras serían el tráfico, la concentración de *junkies*, *dealers* y delincuentes; a lo urbano degradado correspondería inexorablemente lo social desviante.

Indaguemos en esta topografía más allá de las imágenes dominantes, analizándola en tanto que espacio psicosocial.

Trabajo etnográfico en territorios urbanos

El método etnográfico es un instrumento adecuado para el estudio de los territorios psicotrópicos. Permite conocer de modo directo los lugares donde existe una interacción organizada en torno a las drogas —ya sea en su aspecto instrumental, ya sea en el aspecto convivencial— está de acuerdo, por lo tanto, con las exigencias de un abordaje psicosocial del espacio.

La revalorización actual de la etnografía debería bastar ella sola para demostrar que es un método que va más allá de lo descriptivo. Tiene como base la **descripción en profundidad**, cosa que parece a primera vista sólo cuestión de paciencia, pero basa la posibilidad descriptiva en una posición difícil de conseguir: la de la inmersión del investigador en el contexto en estudio. Esta inmersión es todavía más delicada en el caso de las poblaciones ocultas (*hidden populations*) (Adler,1990). Pero, si por un lado es difícil, por el otro constituye la única forma de estudiar pormenorizadamente grupos e individuos alejados de la vida social más accesible, que exhiben comportamientos condenados y criminalizados (Romaní, 1995). Diríamos que en estos contextos no es etnógrafo quien quiere, sino quien puede.

La etnografía no permite, solamente, un tipo muy particular de descripción. Permite, también, generar teoría —la *grounded theory*— (Glaser y Strauss,1967). Investigaciones llevadas a cabo en barrios designados como “hipermercados de drogas” nos permiten llegar a una regularidad abstractiva: el territorio psicotrópico. La descripción de sus **rasgos permanentes** (en lugar de las **leyes universales** de las teorías fundadas en una racionalidad mecanicista) permite percibir de una manera distinta la conducta de *dealers* y *junkies*, caracterizando un mundo social específico sin el recurso a esquemas de lectura impuestos desde fuera, como el del *dealer*-delincuente del esquema jurídico-moral y el *junkie*-enfermo del esquema clínico.

Los territorios psicotrópicos

El “hipermercado de las drogas” define una relación de exterioridad: el “mundo de la droga” está allí, dice el rumor colectivo. Los psicotrópicos y sus actores tienen un sitio. Topologizar una amenaza difusa y circunscribirla, definirle un **topos** y externalizar el mal : he aquí la funcionalidad de la etiqueta de “población de riesgo”.

El territorio psicotrópico instaaura una relación en la que lo transaccional substituye a la exterioridad: la interacción entre los actores es el blanco del análisis; se construye sobre las cosas que pasan cada día (los sucesos cotidianos), y no sobre el acontecimiento excepcional.

¿Qué es, entonces, un territorio psicotrópico? Seguidamente se proponen varias definiciones, en las cuales la siguiente engloba y supera a la anterior. A cada definición se le hace corresponder una función.

Después de haberse evidenciado el carácter territorial de las drogas en la calle —revelado por la constancia de ciertas zonas como puntos de venta, o por la apropiación de ciertas esquinas y rincones por grupos de consumidores— parecería posible definir un territorio psicotrópico como un lugar de concentración espontánea de actores sociales de las drogas; o como un lugar donde hay una alta probabilidad de que ocurra una interacción a propósito de las drogas, aunque ello no forme parte de la intención previa de los sujetos. Estos lugares cumplen la función de potenciar contactos instrumentales eficaces para el *way of life* de las drogas; funcionando como atractor espacial, permiten la interacción entre los actores.

Si profundizamos la observación sobre el tipo de comportamientos y de interacciones que allí ocurren, verificamos que muestran una gran regularidad. Ejemplos de ello serían el tipo de abordaje entre vendedor y cliente potencial, o la serie de comportamientos que tienden a defender estos lugares (vigilancia montada, señalización de forasteros con códigos propios...). Así, el territorio psicotrópico puede definirse como escenario de conducta, en el sentido que le da Barker (citado por Wicker, 1987), que los considera como “*sistemas sociales de pequeña escala cuyos componentes incluyen personas y objetos inanimados*”; y el mismo Wicker, que se centra en los aspectos de la dinámica interna de estos sistemas refiriéndose explícitamente a las características de autoregulación e isomorfismo, estructurantes del programa de actividades denominado de *behavior setting*. Este concepto permite concebir a los individuos como anónimos y equipotenciales. Un escenario de conducta tiene como función importante clarificar los papeles y las expectativas de los actores en presencia, a través del interconocimiento de su repertorio comportamental; y, de hecho, **los lugares de las drogas son escenarios de conducta que se vuelven semejantes entre sí, lo que permite a un *junkie* saber que tiene que hacer, con razonable precisión, incluso en un local que desconoce**. Confirmamos, para los territorios de las drogas, aquello que Nasar y Fischer (1993) ya habían propuesto para los lugares del delito y del miedo al delito, a los que llaman sugestivamente *hot spots*: que tienen configuración de escenarios de conducta. **Esta constatación obliga a contradecir la idea común de que los “mundos marginales” no tienen reglas, el “desorden social” es más un efecto perceptivo del esquema utilizado por la sociedad dominante que no una cualidad del acto.**

La centralidad actual del discurso sobre “los barrios de las drogas”, conjugada con la evitación experiencial que el ciudadano medio hace de estos lugares, permite decir que el territorio psicotrópico es también un territorio simbólico: el lugar de donde emerge y se difunde el rumor cotidiano del “mundo de la droga”. Podemos definirlo, pues, como un espacio simbólico de actualización de las imágenes culturales negativas de las drogas. Aparentemente, lo substancializamos en las figuras del “barrio degradado”, “concentración de marginales”, “hipermercado de las drogas”. Pero, más que de lugares físicos, se trata de lugares discursivos en nuestra narrativas del delito, de la inseguridad, de la desagregación de lo social.

Los “barrios de las drogas” tendrían una función que, históricamente, siempre han tenido los “lugares peligrosos” y las “clases peligrosas” a ellos asociadas (Graham y Clarke, 1996): la reactualización del juego entre el equilibrio y el desorden, entre lo normal y lo desviado, entre cohesión social y anomía, que constituye una fuente de legitimación del control social.

Integremos ahora las varias definiciones propuestas: **un territorio psicotrópico es un *atractor* de individuos que tienen intereses en torno a las drogas; contiene un programa comportamental orientado hacia los aspectos instrumentales ligados a un estilo de vida en las que aquellas tienen un papel importante; tiene como característica comunicacional central la interacción mínima, y se estructura como intersticio espacial; tiene características de territorio secundario, y la movilidad de que es capaz, como respuesta a las amenazas externas que se le dirigen, lo configura a veces como un territorio interactivo o portátil; es el eslabón final de la maquinaria de distribución de las drogas, en todo caso, aquél que le da alguna visibilidad.**

Los territorios psicotrópicos son el conjunto de territorios que materializan esa entidad abstracta del “mundo de la droga”, aportando los elementos de que se compone su estereotipo.

Los territorios humanos son multiformes y variables; su multiplicidad de disposiciones territoriales puede ser interpretada como capacidad de adaptación ecológica (Eibl-Eibesfeldt, 1989). El territorio psicotrópico, buscando para su fijación zonas intersticiales del espacio urbano, revela precisamente la adaptación ecológica al estatuto de transgresión que tienen las drogas en nuestro sistema social. Las partes traseras de la ciudad, los bastidores, en expresión de Goffman, son áreas de poca visibilidad a partir de la ciudad dominante. Estos espacios intersticiales (un intersticio es un espacio en medio de dos espacios, una interrupción, una grieta...) albergan y reproducen una vida social paralela (Cohen, 1985; Fischer, 1994). La adaptación ecológica del fenómeno droga a su carácter proscrito le lleva a dirigirse hacia zonas donde pueda recrear, en pleno espacio público, zonas semiprivadas, donde se desarrollan comportamientos que, en otro lugar, serían inmediatamente objeto de control social. Los territorios psicotrópicos son, en fin, zonas de **potenciación ecológica** de la subcultura *junkie* de la calle.

Bibliografia

- Adler, P. (1990) *Ethnographic research on hidden populations: penetrating the drug world*. National Institute on Drug Abuse Research: Monograph Series.
- Agra, C. Da (1986) *Science, maladie mentale et dispositifs de l'enfant. Du paradigme biologique au paradigme systémique*. Lisboa: INIC
- Altman, I. (1975) *Environment and Social Behaviour*. Monterey, L.A., Books and Cox.
- Brown, B. (1987) "Territoriality". In D. Stokols e I. Altman (Eds.) *Handbook of Environmental Psychology*. E.U.A.: John Willey & Sons.
- Claveiro, J.L., Menezes, M.. (1993) "Ecología social de um bairro degradado de Lisboa: a Quinta da Casquilha nas vésperas da mudança." *Estruturas sociais e desenvolvimento*. Actas do II congresso português de sociologia. Vol.II
- Cohen, S. (1985) *Visiones de control social*. Barcelona: PPU editores.
- Delarue, J.M. (1991) *Banlieues en difficultés: la relégation*. Paris: Syros/ Alternatives.
- Eibl-Eibesfeldt, L. (1989) *Human ethology*. New York: Aldine de Gruyter.
- Fischer, G.M. (1994) *Psicologia social do ambiente*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Glaser, B & Strauss, A.. (1967) *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.
- Graham, P. and Clarke, J. (1996) "Dangerous Places: Crime and the City" in J. Muncie and E. McLaughlin (Eds) *The Problem of Crime*, London, The Open University
- Nasar, J., Fisher, B. (1993) "Hot spots" of fear and crime: a multi-method investigation. *Journal of Environmental Psychology*, 13, 187-206
- Romaní, O. (1995) "Intervención comunitaria y drogodependencias. Etnografía y sentido común", *Toxicodependências*, 2: 33-46, Lisboa.
- Taylor, R. (1992) "The physical environment of street blocks and resident perception of crime and disorder: implications for theory and measurement". *Journal of Environmental Psychology*, 12, 21-34
- Wicker, A. (1987) "Behavior settings reconsidered: temporal stages, resources, internal dynamics, context". In D. Stokols & J. Altman (Eds.) *Handbook of environmental psychology*. E.U.A.: John Willey & Sons.

CAPÍTULO 4

EL FENÓMENO DE LA DEPENDENCIA, SU CARÁCTER POLIÉDRICO Y SU INSERCIÓN EN LA DIALÉCTICA BIOLOGÍA/CULTURA

Oriol Martí

Introducción

En multitud de trabajos anteriores he insistido en que **el ser humano es, parafraseando a Heidegger, más que un ser para la muerte, un ser para la dependencia**. Uno de los objetivos de este trabajo, será justificar la pertinencia de esta afirmación (Martí, O.1994a). **Sin comprender a priori esta aseveración se hace muy difícil comprender los aspectos generales de la dependencia y un tipo particular de ella: la dependencia a las drogas, que no teniendo que ser necesariamente una patología, se ha convertido en un fenómeno que ha tomado dimensiones epidémicas en las últimas décadas** (Ver PNSD, FAD, PMAD, OMS).

El uso que se hace en este apartado de la palabra dependencia, dista del uso peyorativo, negativo, ideologizado, al que por desgracia estamos acostumbrados, a causa del discurso prohibicionista militante, de procedencia norteamericana. (Ver Escohotado, 1986; St. Chorover, 1982; Del Olmo, 1994).

Hablar de dependencia, de la dependencia, no ha de llevar necesariamente a ver en ella una suerte de fallo, error o degeneración en el que caen determinados seres humanos; solo si en primer lugar damos una dimensión antropológica a la dependencia, es decir, como algo propio de la especie, estaremos en condiciones de dar más tarde una dimensión patológica, caso de ser necesario¹. Así pues, ¿qué es la dependencia? Desde un punto de vista complejo, que supere el reduccionismo negativo:

*“**La dependencia** es un fenómeno, en virtud del cual se desencadenan una serie de fuerzas fisiológicas, bioquímicas, psicológicas, sociales y ambientales, que predisponen a los seres humanos a tener una relación con objetos, sustancias, incluso personas de manera continuada. El carácter principal de la dependencia, reside en la peculiaridad de la recompensa que proporciona el objeto, sustancia o persona que la genera, recompensa que se caracteriza, bien por una sensación objetivable de bienestar a nivel biológico, o una sensación de bienestar de naturaleza psicológica, de muy discutible o difícil objetivación” (Hokfelt, 1981).*

Aún a sabiendas de que toda definición es incompleta, esta forma de definir la dependencia, nos ayudará en las páginas que siguen a analizar este fenómeno, que en el

¹ Ver Changeux, J.P. 1985., especialmente los capítulos V: "Los objetos mentales", VII: "Epigenesia" y el VIII: "Antropogenia".

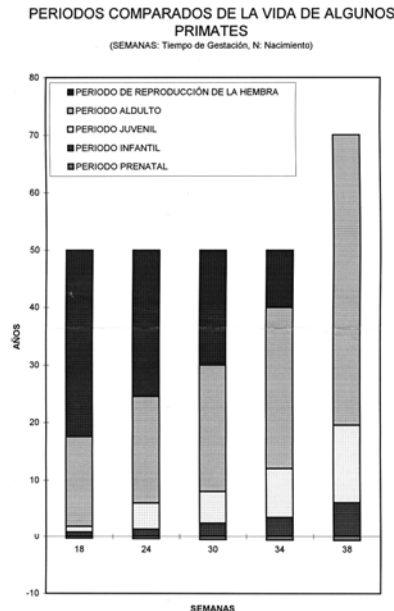
caso de la especie humana, adquiere una dimensión que va mucho más allá de la biología, a pesar de que echa sus raíces en ella.

Nuestra pretensión es la de dar a la dependencia la máxima amplitud conceptual, ver sus múltiples caras, para que el lector pueda posteriormente ver la drogodependencia como una de las caras de un fenómeno biológico, psicológico y social mucho más amplio.

Aproximación a las bases evolutivas, filogenéticas y biológicas, que configuran a la especie *Homo sapiens* como precaria y radicalmente dependiente

Pese a que el patrimonio genético de la especie *homo*, es cuantitativamente muy parecido al de los demás antropomorfos, y las distancias genéticas entre estos y el ser humano son poco relevantes, no ocurre así con el funcionamiento de los genes reguladores de la especie *Homo sapiens*, los cuales dan lugar a un fenómeno, denominado neotenia.

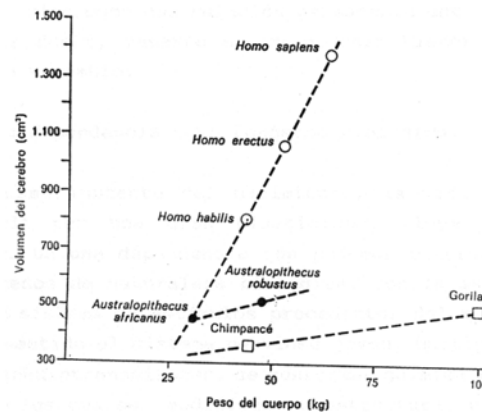
Definimos como **neotenia**, la característica propia del ser humano, gracias a la cual conserva los caracteres infantiles y juveniles durante una época muy larga de su existencia. Por este motivo tiene una infancia tan prolongada, la adolescencia adquiere una dimensión que no tiene en otras especies, y la vida adulta y la senilidad son proporcionalmente muy largas.



(Gráfica según Adolph H.Schultz.- Les Primates - Ed. Bordas.p.193)

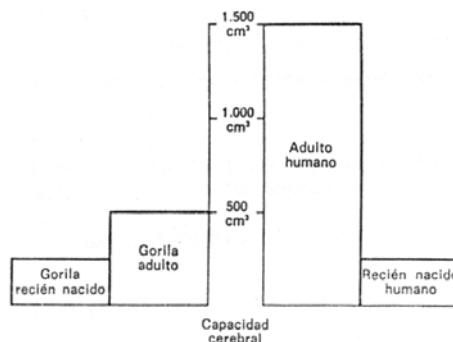
Pero donde el fenómeno neoténico adquiere su máxima importancia, es en el hecho de la inmadurez humana neonatal; los seres de la especie *Homo sapiens* nacen totalmente

inmaduros, no solamente desde el punto de vista anatómico, sino también fisiológico, bioquímico, inmunitario, y de manera muy especial, nervioso. **Nacemos con el cerebro totalmente inmaduro y maduramos en contacto con el ambiente natural y social; de aquí se deriva la primera forma de dependencia humana, producto de esta profunda inmadurez neonatal. El ser humano se encuentra en situación de precariedad, y se coloca así en una posición de dependencia de los demás, desde el momento de su nacimiento hasta el final de la adolescencia.** Este fenómeno no es hallable en ninguna otra especie viva. El cuadro que presentamos a continuación, nos muestra la paradoja: el ser más precario de la evolución es el que presenta el cerebro más grande.



(Roger Lewin.- Gráfica Tamaño del cerebro/peso del cuerpo. Pag.169. *Evolución humana*. Salvat Editores. Barcelona 1988)

Así, pues, los procesos de la maduración física y psíquica del ser humano se producen a nivel extrauterino, y son la base de la vida de la especie, la cual presenta la vida social más compleja de todas las especies vivas. En el cuadro que mostramos a continuación, veremos de forma comparada, la maduración extrauterina del cerebro humano comparado con el del gorila.



(Roger Lewin.- Esquema capacidad cerebral. pag.62. *Evolución Humana*. Salvat Editores. Barcelona 1988)

Los procesos de maduración en el contexto de vida social y cultural, encuentran su substrato en una densa red de procesos dependenciales, que son esenciales para la vida social humana, la construcción de la cultura y la realización de diversas formas de vida cotidiana. Es más, son estas tramas que relacionan intensamente unos seres humanos con otros y con las cosas, la garantía de la continuidad de la especie Homo sapiens a la que pertenecemos.

Estos procesos de maduración son de tal envergadura, que nos obligan a comprender al ser humano, no como algo fijo, estático, biológicamente determinado, sino como una relación permanente entre lo biológico y lo cultural, es decir, inserto en un proceso histórico, en permanente construcción y cambio.

La dependencia como fenómeno biológico

Desde el mismo instante del nacimiento, la vida humana, que viene caracterizada por una gran plasticidad, fluye en el río de la dependencia. De una dependencia que podemos observar en primer lugar en los procesos de naturaleza biológica. Con la maduración cerebral, el complejo sistema de estímulos procedentes del medio social, a los que se ve sometido el sistema nervioso joven, multiplica las sinapsis, produce los neurotransmisores, se conforman químicamente los receptores cerebrales, los cuales modifican su estructura, el tipo, el número, así como su funcionamiento.²

El conocimiento de los neurotransmisores y receptores cerebrales, que hasta entrada la década de los 60 era muy escaso, ha pasado a ser una gama amplísima de sustancias peptídicas y hormonales. Desde 1975, el descubrimiento de las encefalinas y endorfinas, caracterizadas como péptidos que reproducen los efectos de los derivados opiáceos que se combinan con receptores específicos, siguiendo el símil de la cerradura y la llave, es uno de los mejores ejemplos del que nos dota la neurobiología en relación al tema (Hokfelt, 1981).

Para que el lector pueda observar hasta que punto la dependencia es una forma de adaptación biológica, recordaremos la permanente variación de los receptores insulínicos, en función de la dieta, el ejercicio físico y otras condiciones que se relacionan con la ingesta de alimentos. Aún cuando este ejemplo no toca directamente el tema que nos ocupa, nos muestra **como el organismo humano adapta continuamente a las necesidades inmediatas la producción de sustancias, que se combinan con receptores específicos, o bien busca en el medio externo las sustancias necesarias para que se ligen con estos receptores.**³

Este fenómeno es general; y no solamente se da de forma directa (es decir, ligando sustancias específicas a receptores específicos), sino también indirecta, cuando sustancias producidas dentro del organismo, o traídas de fuera de él, modulan la acción de otras sustancias sobre receptores específicos, multiplicando, reduciendo, o incluso inhibiendo estas uniones específicas.

². Changeux, J.P. 1985. Ver especialmente los capítulos V: "Los objetos mentales", VII: "Epigenesia" y el VIII: "Antropogenia".

³. VV.AA. 1995. La lectura atenta de este Dossier, permitirá al lector hacerse una idea cabal de la complejidad del tema de los sistemas de neurotransmisión, sustancias en juego, transformaciones de las membranas neuronales, etc., que se ponen en juego, así como tendrá una excelente "puesta al día" sobre una rama de sustancias que pueden ser objeto productor de dependencia: los psicofármacos.

Relacionado con ello está el complejo fenómeno de la tolerancia, facultad de los organismos para soportar dosis continuadas, crecientes e incluso nocivas de sustancias procedentes del medio exterior (fármacos, drogas, tóxicos) o del medio interno, tales como hormonas y otras sustancias relacionadas con la economía orgánica. La definición que acabamos de dar permite ver que, a causa de la tolerancia, los efectos de las sustancias en los organismos serán menores en la medida en que la sustancia, a la que el organismo se adapta, sea administrada de forma continuada y no en función de las oscilaciones que dan lugar a los procesos de regulación del metabolismo general de los organismos (Laporte i Salas, 1976).

La dependencia como fenómeno psicológico

La dependencia es también un fenómeno de naturaleza psicológica. No hay una dependencia psicológica única y rígida, sino que la referida a la utilización de sustancias psicotrópicas es una de las tipologías de dependencia psicológica, no la única, pero sí la mejor estudiada. Probablemente sea así a causa de la mayor facilidad para establecer su existencia a partir de la ingesta repetida de sustancias psicotrópicas.

Una cosa ha de quedar clara: aún cuando el cerebro humano es el soporte de los procesos psíquicos, éstos pueden ser estudiados de forma independiente, cuestión que toma gran relevancia cuando estudiamos los fenómenos de la dependencia psíquica relacionados con la drogodependencia (Korman, 1996).

Cada ser humano, como sujeto particular, vive en permanente malestar psicológico, inherente a su maduración cerebral extrauterina. Aún cuando se da en un medio social e histórico, este desarrollo es único, con todas las consecuencias que la palabra conlleva. En consecuencia, la dependencia psíquica sólo puede ser estudiada desde la perspectiva de cada ser humano concreto, con sus objetos, formas, sustancias, comportamientos, etc., articulados de una forma —repitámoslo otra vez— única. En su dimensión “normal”, es uno de los elementos que vienen a configurar esto que hemos venido a denominar “el carácter” o “la personalidad” de alguien.⁴

Contrariamente a lo que el discurso dominante afirma, es decir, que es la droga la que crea dependencia en el sujeto, afirmamos que son las condiciones psíquicas previas a la adicción, las que facilitan estructuralmente que un sujeto concreto genere dependencia psíquica a tal o cual cosa, a tal o cual droga. Posteriormente, y a base de repetir el comportamiento de la ingesta, que produce placer inmediato, la naturaleza química concreta de cada droga, abre las puertas a que los mecanismos biológicos de dependencia física, tolerancia y toxicidad, entren en juego.

⁴ El autor recuerda el carácter gelatinoso de estas dos palabras, usadas con tanta frecuencia pero de forma muy poco rigurosa. Para una crítica del concepto de personalidad, ver: Braunstein N., et al. 1984. Para el tema que nos ocupa, la cuestión no es baladí: demasiadas veces, la supuesta “personalidad” es la de ser “adicto a tal o cual droga”: “alcohólico, heroinómano, tabáquico...”. Dicho rápidamente, así se pone en primer lugar a la sustancia química y no al psiquismo de este sujeto humano que devino dependiente de ella.

Una palabra es la piedra angular alrededor de la cual se construye el entramado de la dependencia psíquica cuando deviene patológica, a saber: **la compulsión**, un impulso incontrolable que mueve a un sujeto a realizar actos de una aparente finalidad, de forma repetitiva y a menudo estereotipada que persigue bien la producción, bien la evitación de algún acto o acontecimiento, que a corto plazo procura una reducción más o menos intensa de las tensiones psíquicas, aunque difícilmente consiga llegar a producir sensaciones placenteras de forma estable y duradera.

Ya en sus primeras reflexiones (1897), Freud se planteó el tema de la compulsión y lo relacionó con la dependencia a las drogas. A él debemos también la idea de que las compulsiones circulan también por la vía de las llamadas “adicciones sin droga” como la ludopatía, que nos ponen de manifiesto la intensa participación de los factores psíquicos en las adicciones.⁵

Paralelo al fenómeno tan poliédrico de la dependencia psíquica, encontramos otro fenómeno que no se refiere al sujeto afectado por la adicción, sino al entorno inmediato que le rodea, es decir: los miembros de su núcleo familiar, su pareja, los amigos más próximos e íntimos, los compañeros de trabajo o las personas que participan con el adicto de determinadas aficiones o diversiones: Estamos hablando de la codependencia, de gran importancia psicológica.

La codependencia se refiere al conjunto de vínculos de naturaleza psíquica que el entorno inmediato del adicto genera en función de la adicción de éste. Es más, difícilmente puede entenderse la dependencia psíquica de alguien a algo, sin detenerse a comprender la codependencia del entorno más inmediato. Es por este motivo que, desde el punto de vista terapéutico, no solo se ha de tratar al adicto, ayudándole a deshacer las bases psíquicas de su adicción, sino también poner de manifiesto primero y tratar después, el problema de la codependencia.⁶

En las sociedades industriales contemporáneas, la cantidad y calidad de comportamientos compulsivos, no ligados directamente al uso de drogas, pero si tanto o más peligrosos algunas veces que la drogodependencia, ha obligado a expertos en salud a definir los denominados “síntomas no saludables”, que configuran lo que he denominado en otros trabajos “los vasos comunicantes de la dependencia”, muchos de los cuales, si bien son de naturaleza difusa, pueden transmutarse en drogodependencia e inversamente. Se hace referencia aquí a la adicción al trabajo, a los deportes peligrosos, a las compras en grandes almacenes, al teléfono, sin olvidar la ya citada adicción al juego (Benach, 1995).

⁵ Freud S. 1988. El lector podrá leer en la carta a Fliess num 79 lo que sigue:

"Se me ha abierto la intelección de que la masturbación es el único gran hábito que cabe designar "adicción primordial", y las otras adicciones solo cobran vida como sustitutos o relevos de aquella (el alcoholismo, el morfinismo, el tabaquismo, etc.), el papel de esta adicción es enorme en la histeria y quizá halle aquí, en todo o en parte, el gran obstáculo que todavía me espera. Desde luego, que a raíz de ello, se suscita la duda sobre si esta adicción es curable, o si el análisis y la terapia se detendrán aquí y tendrán que conformarse con mudar histeria en neurastenia".

⁶ Un análisis de la fenomenología de la codependencia de corte divulgativo lo podrá encontrar el lector, en el número extraordinario de la revista ADDICTUS, núm. 6. México DF. Junio-Julio 1995. Ver también Marti, O. 1994b.

Finalmente, “los vasos comunicantes de la dependencia psíquica”, se completan con otras patologías relacionadas con la ingesta de comida, que tiene su plasmación en el círculo mortal: anorexia-bulimia-anorexia.

La dependencia como fenómeno social

Si el ser humano es un ser social es porque es un ser dependiente de los demás seres humanos, al extremo que su vida o es social o no es humana. Desde una perspectiva antropológica estas formas de dependencia social fluyen a través de diversas manifestaciones. Algunas ya han sido explicadas en las partes anteriores de nuestro trabajo.

Dos son los aspectos clave que hemos de considerar para comprender la dimensión social de la dependencia de unos seres humanos con otros; en primer lugar, **la comprensión del ser humano como portador de categorías sociales**, que nos lo muestran como perteneciente a una clase social, portador de categorías de sexo-género, que se mueve en un marco de vida cotidiana, participa de un código moral, de un lenguaje y de unas formas concretas de relación entre tecnología y lenguaje; en palabras de Gramsci, hablamos de un ser humano que es portador de un modelo de civilización y de ciudadano encarnado en su cuerpo y en su mente: lo social ha configurado su cuerpo y éste se inserta en la vida social.

El segundo aspecto clave, es el que gira alrededor de la categoría de relación. **La vida de cada nuevo ser humano, se instala en esta compleja trama de procesos, en los cuales las relaciones se objetivan e institucionalizan en función del lugar que las personas ocuparán en la estructura social.** Es por esto que se ha llamado al ser humano un animal creador de símbolos y funciones simbólicas.

Este proceso se hace, básicamente, por la interposición de la familia, que es el grupo de seres adultos cuya función consiste en introyectar en el nuevo ser humano el modelo de civilización y de ciudadano, y hacerle asumir el conjunto de categorías sociales de las que será portador en su vida adulta. Suele decirse que la familia es la base de la sociedad, pero de acuerdo con lo anterior, resulta más exacto decir: cada sociedad construye su modelo de familia, es decir, la sociedad es la base de la familia, y así garantiza no solo la existencia del individuo, sino también la reproducción social.

Los procesos constructores de dependencia social, a partir de la real precariedad del niño, no solo insertan a éste en un marco de vida cotidiana sino también, dado que **se realizan bañados en afectividad**, ayudan a construir la categoría del “nosotros”, distinta y separada de la categoría de “los otros”. Uno de los aspectos que todo ser humano necesita para sentirse inserto en una sociedad es, precisamente, poseer este sentimiento de pertenencia a determinados agrupamientos humanos, caracterizados por unos usos y costumbres bien determinados, entre los mas importantes de los cuales estarían la nación o la religión (Morin et al. 1983).

Que hablemos de la dependencia social desde esta perspectiva no implica en modo alguno suponer que cada sujeto particular, el niño o el adolescente, son meros receptores pasivos del modelo de civilización y de ciudadano, propio del útero social que les vio nacer; bien al contrario, **existe una intensa tarea de metabolización de las categorías sociales en la mente de cada sujeto, un intenso trabajo psíquico que se articula en el contexto histórico. Cada sujeto particular, a causa de esta labor metabolizadora, bañada en la dialéctica de la afectividad de los que le rodean, interioriza estas categorías a partir de su propia y particularísima experiencia**, por lo cual aún cuando el psiquismo de cada sujeto es histórico-social, siempre se expresa de forma única e irrepetible.

Del conjunto de elementos que configuran la vida cotidiana, uno de ellos, **el trabajo**, tiene un valor muy especial dado que es el elemento que, desde una perspectiva antropológica, da sentido a la existencia de los seres humanos. Este sentido, multidimensional, presenta varias caras: desde el punto de vista más externo al sujeto, le somete a una serie de constreñimientos sociales que le estructuran su tiempo de vida y su inserción en la estructura social; desde el punto de vista de su equilibrio psíquico es la actividad, a través de la cual el sujeto se autoexpresa sintiéndose útil a los demás y recibiendo de los demás el reconocimiento social de las capacidades que le configuran y, finalmente, desde el punto de vista intrapsíquico el trabajo es un factor esencial como mecanismo de carácter sublimatorio de las energías libidinales.

Vivimos en un tiempo histórico en el que multitud de factores de naturaleza social e histórica ponen en crisis la construcción y el desarrollo de la dependencia social tal y como la venimos definiendo. Gran parte de los seres humanos de la segunda mitad del siglo XX, se han ido concentrando en conurbaciones, que han sufrido un rapidísimo crecimiento, convirtiéndose en lugares de dimensiones no antropomórficas. Característica esencial de las mismas es el que son zonas de una severa insalubridad ambiental, al extremo de que muchas de ellas han recibido el título de “zonas psicosociológica y ecológicamente insalubres”.⁷

El crecimiento de las conurbaciones, se debió durante la primera mitad de nuestro siglo, al conjunto de migraciones que desplazaron a millones de personas hacia las ciudades, y en principio fue funcional a los cambios que condujeron al desarrollo de la gran industria transnacional contemporánea; aún cuando este fenómeno se ralentizó en el mundo industrial hace pocas décadas, se ha agravado en las conurbaciones del Tercer Mundo, produciendo gravísimos fenómenos tanto sociales como sanitarios. Probablemente, el caso español sea uno de los más extremos que se ha producido en Europa, sobre todo a causa de la extraordinaria velocidad y violencia en que fue realizado.

Un fenómeno sobre el que muchos sociólogos han alertado en sus estudios del desarrollo de las grandes conurbaciones, es la pérdida de referentes normativos, políticos, y la creciente sensación por parte de sus habitantes de que sus vidas y actividades carecen de todo sentido. Denominamos a este fenómeno **anomía**, que tiene consecuencias muy importantes para la salud psíquica de las personas y nos atañe directamente en el tema que nos ocupa: **una sensación de frustración y angustia interiores, que requieren en palabras de Freud, una cantidad mayor de**

⁷. Fernández Durán, R. 1993; VV.AA. 1982 (Informe al Presidente Carter, preparado por el Consejo de Calidad Ambiental y el Departamento de Estado. Director del Estudio: Gerald Barney).

“quitapenas”. No ha de extrañarnos, pues, que en este complejo proceso histórico la dependencia a las drogas haya dejado de ser una cuestión normalizada, para convertirse en una epidemia.

Para algunos sociólogos, Merton por ejemplo, el concepto de anomía va mucho más allá: remite a la dificultad que tiene un sujeto particular para, con los medios que pone a su alcance la cultura en la que vive, poder conseguir los fines que esta cultura propone. En las sociedades industriales avanzadas se produce una creciente escisión entre las formas de vida, los fines propuestos y los medios que las gentes poseen para llegar a ellos.

El fenómeno que nos ocupa, tiene una especial y negativa repercusión entre los adolescentes y los jóvenes, momento de la vida en el cual la frustración vital que produce la anomía, facilita que el mero deseo de probar cosas, tan propio de los adolescentes, tenga mayores probabilidades de convertirse en patología.

La consolidación de las conurbaciones en el mundo industrial, dado que se ha producido al ritmo de la lógica dominante del beneficio del capital, ha venido de la mano de un factor de consecuencias sociales, psíquicas y sanitarias muy grave, a saber: la aparición del paro de larga duración, aspecto central del fenómeno denominado “Cuarto Mundo”, aquellos lugares de las ciudades industriales en los que se ha dado una regresión de las condiciones de salud, de trabajo y de vida. Probablemente no haya una amenaza tan importante para la salud mental de la población como el creciente número de personas que se encuentran en posesión de sus capacidades intelectuales y vitales y están sometidas al paro. La ruptura de los vínculos laborales anteriores (por duro, alienante y desagradable que el trabajo pudiera ser), ha contribuido a exacerbar la epidemia de drogodependencia.⁸

A modo de conclusión

A lo largo de estas páginas hemos recorrido las diversas facetas (biológica, psíquica y social) de un concepto fundamental para comprender al ser humano como ser histórico, instalado a caballo de la biología y la cultura, a saber, el concepto de dependencia.

El homo sapiens es homo dependens, y como tal ha de ser considerado. La comprensión de que el ser humano es un ser dependiente, que esto es la regla y no la excepción, nos ha permitido ir conociendo los motivos, a través de los cuales algo inherente a la especie puede devenir fuente de patología y de forma particular de una patología contemporánea, epidémica, la drogodependencia.

La drogodependencia pone de relieve el hecho que al sufrimiento psíquico, propio del vivir humano, se le ha venido a sumar en las últimas décadas el malestar generado por formas de vida y trabajo que multiplican este dolor del vivir y generan una gran precariedad.

⁸. El lector podrá encontrar una continuación a lo que se expone en la tercera parte del capítulo VIII del texto citado, en el Informe presentado por Cáritas Diocesana de Barcelona, en la primavera de 1996.

Si los trabajadores de la salud y los servicios sociales quieren intervenir correctamente en la problemática de la drogodependencia, tendrán que recordar permanentemente dos aspectos: el centro del trabajo ha de ser el sujeto y no la droga. El segundo aspecto que no pueden olvidar es que las mejores intervenciones de carácter técnico servirán para poco si las condiciones sociales que generan, en palabras de Freud, tanto “malestar en la cultura”⁹, no cambian en una dirección más deseable para todas las personas; esto comporta pensar la problemática de la drogodependencia, no como un problema estrictamente sanitario, sino como un problema social y político.

⁹Freud, S. 1988: *"Del temido mundo exterior no es posible protegerse excepto extrañándose de él de algún modo, si es que uno quiere solucionar por sí solo esta tarea. Hay por cierto otro camino, un camino mejor: como miembro de la comunidad, y con ayuda de la técnica, guiada por la ciencia, pasar a la ofensiva contra la naturaleza y someterla a la voluntad del hombre. Entonces se trabaja con todos para la dicha de todos. Empero, los métodos más interesantes de precaver el sufrimiento son los que procuran influir sobre el propio organismo. Es que al fin todo sufrimiento es sólo sensación, no subsiste sino mientras lo sentimos, y sólo lo sentimos a consecuencia de ciertos dispositivos de nuestro organismo.*

El método más tosco, pero también el más eficaz, para obtener ese influjo es el químico: la intoxicación. No creo que nadie haya penetrado su mecanismo, pero el hecho es que existen sustancias extrañas al cuerpo cuya presencia en la sangre y los tejidos nos procura sensaciones directamente placenteras, pero a la vez alteran de tal modo las condiciones de nuestra vida sensitiva que nos vuelven incapaces de recibir mociones de displacer. Ambos efectos no sólo son simultáneos; parecen ir estrechamente enlazados entre sí."

Bibliografía

Benach, J. (1995) "Health Concepts and Health Measurement in Establishing Health Priorities" *European Bioethics Conference Allocation of Resources and Choices in Health Care*. Sant Cugat del Vallès. (Barcelona).

Braunstein, N.; Pasternac, M.; Saal F. Y Benedito G. (1984) *La Psicología: Ideología y Ciencia*, et Siglo XXI, México.

Changeu, J.P. (1985) *El hombre neuronal*, Espasa Calpe, Madrid.

Del Olmo, R. (1994) "Drogas: discursos, percepciones y políticas" en Arana y Del Olmo (coords). *Normas y culturas en la construcción de la "Cuestión Droga"* Col. Sociología Jurídica, Oñati.

Escohotado, A. (1986) "La Creación del Problema (1900-1929)" *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (Reis)*, 34. Madrid.

FAD (1986-1993) *Informes de los siete primeros años*, Madrid.

Fernández Duran, R. (1993) *La explosión del desorden. La metrópoli como espacio de la crisis global*. Ed. Fundamentos, Madrid.

Freud, S. (1988) "El malestar en la cultura" Vol. XXI de las *Obras completas* Amorrortu Eds. Buenos Aires.

Höckfelt, Th. (1981) "Los mensajeros químicos del cerebro" *Mundo Científico*, 5. Barcelona.

Korman, V. (1996) *Y antes de la droga, ¿qué?*, Grup Igia, Barcelona.

Laporte i Salas, J. (1976) *Les drogues*, Edicions 62. Barcelona.

Martí, O. (1994a) "Pensar la dependencia y no la droga", en Arana y Del Olmo (coords). *Normas y culturas en la construcción de la "Cuestión Droga"* Col. Sociología Jurídica, Oñati.

Martí, O. (1994b) *El tratamiento de las drogodependencias como actividad curativa inserta en la vida cotidiana. Reflexiones y propuestas de normalización*. Hernani.

Morín, E. y Piateli-Palmarini, M. (1983) "La unidad del hombre como fundamento y aproximación interdisciplinaria", id. *Interdiscipliniedad y Ciencias Humanas*. Ed. Tecnos. Madrid.

OMS (1993) *Annuaire de Statistiques Sanitaires Mondiales*. Genève.

PMAD (1994) *Evolució d'indicadors SIDB (Sistema Informació Drogodependències Barcelona)*. Barcelona.

PNSD (1992-94) *Informes*. Madrid.

St. Chorover (1982) *Del Génesis al Genocidio* Ed. Blume, Barcelona.

VV.AA. (1982) *Informe: el mundo en el año 2000* Ed. Tecnos. Madrid.

VV.AA. (1995) “Dossiers: los medicamentos del espíritu” *Mundo Científico*, 163. Barcelona.

BLOQUE II: LO HUMANO. LA CONSTRUCCIÓN DEL SUJETO

El presente bloque pretende introducir al lector de este libro en una visión particular de lo humano. Aquella que le otorga rango de sujeto, y que habilita desde él la dimensión deseante de sus conductas.

Reconocer esta dimensión en lo humano lleva implícito aceptar el desconocimiento que tienen, tanto el propio sujeto, como las Instituciones y los profesionales que le atienden, sobre él y la problemática que dice padecer.

El campo de las drogodependencias puede ser utilizado como un posible paradigma de la construcción del sujeto, ya que muestra en toda su magnitud la complejidad biológica, psíquica y social que lo constituye. No obstante, no es poco frecuente observar el reduccionismo epistemológico con el que se aspira a conocer y responder la demanda que él plantea.

La pretendida homogeneidad con que muchas veces se intenta describir al toxicómano, se ve cuestionada por las distintas experiencias de nuestras intervenciones sobre el terreno. El análisis de estas echan por tierra cualquier teoría unificadora que describa un “retrato robot”, tanto del sujeto con una conducta drogodependiente, como de su familia o de la comunidad de donde procede o está instalado.

De todos los discursos posibles sobre lo humano, nuestra propuesta toma la construcción del sujeto a partir del estado “natural” del recién nacido. Pensamos que es indispensable el estudio del proceso estructurante que lo llevará a constituirse como sujeto, para tratar de entender qué hay detrás del consumo abusivo de una sustancia por éste, y porqué, en algunos, ese consumo se transforma en una adicción.

El correlato de esta propuesta es la puesta en cuestión de lo que vemos, de lo que esta problemática nos “muestra”, para meternos de lleno en lo que “no se ve” de esta escena que nos atrapa en su dramática representación.

Lo planteado hasta aquí nos lleva a relativizar los conceptos de salud y enfermedad. Esto nos obliga a revisar qué es lo bueno y qué es lo malo para aquellas mujeres u hombres que nos disponemos a atender. Inaugura una ética que cuestiona verdades absolutas. Una ética que se enfrenta a discursos que buscan ser hegemónicos al creer tener “respuestas” para todo, para dejar paso a la pregunta, al respeto de las diferencias, al protagonismo del propio sujeto en el destino de su salud y de su vida.

La contingencia pasa a ser el marco de nuestras acciones en un terreno de intervención resbaladizo, donde siempre habrá un plus de interrogación al que no podremos

acceder. Un resto inaccesible a nuestro “saber”. Así las cosas, nos alejamos de la idea cartesiana del hombre, que tantas respuestas dio a la Fenomenología.

El paciente objeto de nuestra atención, la familia y la comunidad a la que pertenece, se nos debe presentar como incógnitas a desvelar. Los interrogantes más que las respuestas serán los que guíen nuestro hacer, transformando nuestras intervenciones en procesos con una intención debeladora.

Preguntas del tipo: ¿porqué alguien es preso de un impulso irrefrenable que le lleva a no poder tolerar el no consumo de determinada sustancia? O, ¿porqué unas personas llegan a usar una droga sin abusar de ella, mientras que a otras ese uso les lleva a una adicción? O, ¿porqué se es adicto a una droga y no a otra? O, ¿porqué un tipo de respuesta terapéutica en un paciente no tiene el mismo resultado en otro?, permitirán prepararnos a escuchar el caso por caso. Cada paciente es único, como única deberá ser también la estrategia que diseñemos para su atención.

La voluntad de desentrañar esos interrogantes nos lleva a explorar las distintas dimensiones del sujeto y su mundo intersubjetivo. **Desde esta posición los aspectos biológicos, psíquicos y sociales pierden su particular estructura en favor de una singularidad donde, entretejidos en la trama subjetiva superan su identidad teórica parcializadora.**

Nuestra visión particular de lo humano desde la configuración del sujeto nos obliga, por una cuestión didáctica, a recorrer y analizar cada una de las dimensiones antes citadas desde distintas perspectivas disciplinarias, que si bien parcelarán el estudio de éste y sus relaciones intersubjetivas, nos permitirá entender cuando, una vez atrapadas en la red subjetiva, pierdan los límites claros y desaparezcan en aras de la conformación del sujeto que protagoniza la práctica cotidiana de quienes trabajan en el campo de las Drogodependencias.

Como aspecto singular en el proceso de constitución del sujeto, se decidió dedicar un capítulo a la Adolescencia, dada su importancia en dicho proceso y a la particular atención que se le ha de prestar al estudiar la problemática que nos ocupa.

Para conseguir el objetivo señalado a lo largo de esta Introducción, hemos comprometido la participación en este bloque de profesionales que, partiendo de distintas disciplinas y diversos desarrollos prácticos, abordarán conceptualmente cada una de las dimensiones propuestas: Antropológica, Biológica, Psíquica, Relacional y de modo destacado, un momento clave en la resignificación del sujeto: la Adolescencia.

Miguel Díaz

CAPÍTULO 5

LA DIMENSIÓN ANTROPOLÓGICA

Eduardo L. Menéndez.

En este capítulo voy a hacer una enumeración, necesariamente esquemática, de algunas de las principales concepciones referidas al sujeto. Dada la variedad de dimensiones desde las cuales puede ser definido y analizado el sujeto, y cuya inclusión nos llevaría con facilidad a la dispersión, hemos decidido rever dicho concepto a través de una sola dimensión, la que refiere a la relación sujeto/estructura (de ahora en adelante S/E).

Mi propuesta es tratar de enumerar las líneas fuertes y constantes a través de las cuales se maneja la relación S/E, que de ser congruentes con la metodología que utilizamos debería implicar varios niveles de análisis, de los cuales en función del espacio con que contamos sólo nos remitiremos a la revisión de las propuestas teóricas¹. Las líneas serán seleccionadas no sólo por su constancia, sino por seguir teniendo vigencia actual.

Si bien reconocemos que han existido coetáneamente varias interpretaciones sobre la relación S/E, de las cuales algunas aparecen como hegemónicas, asumimos la existencia permanente de corrientes teóricas que expresan concepciones no sólo diferentes sino antagónicas. Para nosotros esta situación domina hasta la actualidad, aun cuando algunos autores señalan que desde mediados de los 70 se han aminorado los antagonismos entre escuelas, dominando una tendencia a buscar la articulación S/E, más que a proponer la dominancia de una de las dimensiones (ver Alexander 1988).

La mayoría de las propuestas sobre la relación S/E pueden ser referidas a dos posiciones teóricas polares, una centrada en el sujeto y otra en la estructura. Enumeraremos las principales características de cada una de estas dos posiciones, para luego revisar algunas de las variantes a que las mismas han dado lugar.

La polarización sujeto/estructura

La concepción que coloca el eje en la estructura, se denomine esta justamente estructura social, o dimensión económico/política, o concepción del mundo u orden simbólico propone que es la estructura la que crea, construye, impulsa, establece o

¹ Para ser congruente con dicha metodología, la relación E/S debería ser analizada a través de los siguientes productos: a) las propuestas teóricas; b) las investigaciones empíricas que explícita o implícitamente refieren a a); c) las intervenciones aplicadas incluidas las denominadas de investigación/acción que expresan a a); y d) las propuestas e intervenciones políticas que refieren o utilizan a a). Así como observar cuales dominan a nivel del discurso y cuales a nivel de las prácticas.

determina el sistema de representaciones y de prácticas que manejan los sujetos. Es en la estructura donde aparece realmente el sentido no sólo de la estructura, sino de los saberes y acciones de los sujetos. Más aún, la estructura se expresaría a través de los sujetos sin que éstos se den cuenta o tengan *conciencia* de ello.

El sujeto vive la realidad en un nivel manifiesto que desconoce las determinaciones reales de su comportamiento. Más allá de la intencionalidad o no intencionalidad de sus acciones, el sentido *real* de las mismas no está en ese comportamiento, sino en la estructura. El sujeto no produce la estructura, sino que la reproduce.

El sujeto en tanto que *yo*, existe fantasmáticamente; donde realmente existe es en el *Otro* estructural(cultural). El sujeto expresa en su conciencia *yoica* sus intereses, objetivos, deseos, etc. conscientes que ocultan, opacan, niegan, etc. la realidad de su *si mismo*. La vida social (estructura), no puede ser explicada por las representaciones de los sujetos, sino por la estructura.

Los comportamientos manifiestos, conscientes e intencionales del sujeto expresan los contenidos *reales, correctos, adaptados, alienados o anómicos* del orden cultural dentro del cual vive el sujeto. Es la estructura la que establece los márgenes dentro de los cuales el sujeto piensa, elige, etc.; en consecuencia el sujeto no es *libre*, ni el sujeto realmente elige. Puede seleccionar pero no elegir. El sujeto puede o no tener intencionalidad, pero esto es secundario respecto de la relación E/S.

El sentido que el sujeto da a la acción es un efecto de superficie; las acciones y decisiones que toma el sujeto se rigen por motivaciones, códigos, discursos o saberes que él no controla, ni respecto de las cuales tiene total conciencia.

Existen diferencias a nivel de los sujetos, pero estas son secundarias respecto de la estructuración que opera en los diferentes niveles que pueden referir a la cultura, la clase social, el grupo étnico, el género, la identidad religiosa, etc.

La mayoría de las tendencias teóricas que podrían incluirse dentro de esta concepción, no se preocuparon por encontrar las articulaciones entre E/S. Las propuestas, cuando existen, se refieren a procesos de hegemonía, de micropoder/poder, de reproducción, de apelación, etc. pero sin describir y analizar no sólo las articulaciones, sino sobre todo los mecanismos específicos de esta relación.

Casi todas estas tendencias tienden a establecer una concepción de la estructura en términos de institucionalización, más allá de la invocación a los procesos de cambio, modificación y hasta revolución.

Por su parte **las concepciones que centran su interpretación en el sujeto**, proponen que éste en sus acciones o inclusive en sus reacciones, modifica, recrea o directamente crea lo que se está estructurando. De tal manera que la vida cotidiana (proceso de estructuración) consiste en lo que los sujetos hacen. El sujeto, por lo menos en parte, actúa intencionalmente, con proyectos o no, estructurando la realidad en el desarrollo de sus prácticas. El sujeto es no sólo intencional, sino responsable y libre.

La estructura social, el orden simbólico, etc. existen, pero lo decisivo de la “vida social” no está en dicha estructura sino en las (re)presentaciones y prácticas que ejercen los

sujetos. La estructura no explica las características de las prácticas, de las acciones, de las modificaciones de la propia estructura; esto, que es lo decisivo en la vida social “ordinaria” y “extraordinaria”, debe ser encontrado en las actividades de los sujetos.

La mayoría de las tendencias que pueden incluirse dentro de esta concepción tampoco pensaron los mecanismos de articulación S/E, o cuando lo hicieron frecuentemente los encontraron en las características psicológicas de los sujetos o en procesos microsociales y psicológicos.

Los procesos, y por supuesto los conceptos, de reproducción, institucionalización, endoculturación, etc. tienden a secundarizar o directamente eliminar el papel del sujeto en la constitución/reconstitución de la realidad. Por otra parte los conceptos de clase social, de cultura o subcultura también generan esta subordinación o eliminación. Pero debe subrayarse que conceptos como los de etnicidad, género o identidad, que actualmente suelen aparecer ligados a la recuperación de la subjetividad, son usados de tal manera que también tienden a la negación del sujeto. O mejor dicho tienden a recuperar un sujeto social, donde el eje está en lo *social* (eticidad, religiosidad, identidad, etc.) y no en la *subjetividad*.

La estructura como determinante de la subjetividad

Dentro de estas tendencias polares, se han generado propuestas que según sus objetivos, tienden a impulsar diferentes tipos de articulaciones en la relación S/E. Al respecto deben subrayarse tres hechos: primero que estas propuestas dieron lugar a la producción de conceptos articuladores que, aún teniendo el mismo nombre, refieren a concepciones diferenciales del sujeto; segundo a que el análisis de las diferentes propuestas pone en evidencia la notable continuidad de las concepciones que niegan al sujeto aún cuando en el nivel manifiesto propongan rescatar el papel del mismo, y tercero a la persistencia de las recaídas en el psicologismo, empirismo e individualismo de las propuestas que más explícitamente recuperan dicho papel.

En función de lo señalado, vamos a revisar algunos conceptos desarrollados para articular la relación S/E, seleccionando aquellos que tienen continuidad hasta la actualidad. El primero de esos conceptos es el de **rol**, el cual se expresa a través de tres propuestas diferentes que se gestaron y desarrollaron durante las décadas de 1920/1930. **Una que sostiene que toda estructura necesita producir comportamientos normatizados para el desempeño y reproducción del orden estructural (estructural/funcionalismo); una segunda que trata de recuperar el papel del sujeto, aún reconociendo la prioridad de la estructura, y que plantea las relaciones en términos de cultura (estructura) y personalidad (sujeto) (culturalismo antropológico norteamericano) y una tercera que propone una noción de sujeto activo que se autoconstituye al constituir la realidad con los otros (G.H.Mead).** Es decir que el concepto de rol define el papel del sujeto de diferentes maneras, desde considerar al sujeto un mero reproductor de la estructura (diversos tipos de estructuralismo, incluido el marxismo althusseriano), pasando por el expreso reconocimiento de la significación del individuo, la persona o la personalidad en la constitución de la realidad (interaccionismo simbólico).

La significación e importancia de este concepto radica además en que el mismo plantea la realidad en términos relacionales. Es decir la articulación E/S opera siempre en términos de relaciones sociales. Nada más que dicha relacionalidad en determinadas corrientes anula al sujeto, mientras que en otras lo recupera.

La propuesta que expresa mayor continuidad es la que parte del supuesto de que **toda estructura/cultura produce una serie de papeles que necesitan cumplirse de una determinada manera, y que supone en consecuencia que cada rol se caracteriza por determinados atributos específicos**. El concepto de rol implica la existencia de una división del trabajo social y cultural en toda sociedad. Si bien este concepto no supone necesariamente una concepción fija, estática, conservadora, etc. de los comportamientos, sino que lo que supone es la necesidad de que existan determinados roles a cumplir, recurrentemente el peso se coloca en la determinación del rol sobre el comportamiento del sujeto. En última instancia la propuesta dominante es la de que toda sociedad necesita asegurar el cumplimiento de determinadas actividades y funciones, más allá de las características del sujeto que las realiza. La mayoría de la investigación antropológica asumió, explícitamente o no, esta concepción, más allá de que unos utilicen el concepto de cultura y otros el de estructura.

Considero que como escuela, y más allá de posiciones individuales, fue una parte del culturalismo norteamericano la única tendencia antropológica que realmente reconoció inicialmente algún papel al sujeto. Quisiera subrayar que ésta posición está planteada muy tempranamente; así por ejemplo Linton (1936), si bien enfatiza la importancia de los patrones culturales, recuerda que los miembros de la *sociedades* “...siguen siendo individuos con capacidad para reacciones independientes e inesperadas... .En todas las relaciones sociales hay un elemento irreductible de variación que se debe a las diferencias que existen entre los individuos implicados en los diferentes casos. Para que los patrones ideales de estas relaciones encontraran expresión completa y repetida, se necesitaría cortar exactamente con la misma medida las personalidades de los individuos que participan en ellas. Y esto es imposible... . Como los patrones ideales se basan en un supuesto de condiciones constantes en las relaciones a que se refieren, mientras las condiciones reales son casi infinitamente variables, la oportunidad para que un patrón alcance completa expresión es muy reducida” (Linton 1985:110-111).

Esta no es una posición personal de Linton, sino que es dominante en especial en la línea organizada a partir de Sapir y de los autores que generaron una aproximación entre cultura y psicoanálisis. Pero, y esto debe ser subrayado, estos autores aún utilizando el concepto de inconsciente colocaron el eje de sus interpretaciones no sólo en el reconocimiento del rol del sujeto, sino en una concepción de la persona pensada como “integrada” y conciente. La personalidad y la cultura se caracterizan para éstos antropólogos por ser totalidades integradas en niveles distintos, pero articulables. Y justamente la articulación puede darse porque existen correspondencias entre dichas “totalidades integradas”. Subrayemos desde ahora, que este énfasis en la conciencia y en la intencionalidad debe ser referido a los objetivos aplicados de una parte muy sustantiva de la obra de estos autores. Al trabajar en antropología aplicada se vieron en parte *obligados* a trabajar con dicha idea de sujeto. Pero, y lo subrayo, esto podemos observarlo en la actualidad inclusive en las tendencias que critican a estas escuelas. Pensar un sujeto activo y participativo en términos de intervención, conduciría casi inevitablemente a proponer un sujeto caracterizado por la intencionalidad y la conciencia.

Ahora bien, este reconocimiento del papel de la persona, tomó diferentes opciones, desde reconocer su existencia y papel pero colocando el eje del comportamiento en el rol y no en el sujeto, hasta trabajar con la concepción de que los rasgos más importantes de la personalidad influyen en la concepción y desempeño de rol. La articulación de posiciones culturalistas, e inclusive estructural/funcionalistas, con propuestas del interaccionismo simbólico condujo más adelante (décadas de los 50 y 60) a algunos autores a recuperar los deseos y las características del sujeto como parte del desempeño del rol.

El desarrollo de este concepto supuso la temprana emergencia de toda una serie de problemáticas, que se irían resolviendo a través de este y de otros conceptos en las sucesivas redefiniciones de las relaciones entre S/E. Así más tempranamente de lo que se suele proponer, no sólo se ponderó el papel del sujeto, sino que se planteó **la diferencia entre concepción/imagen de rol y comportamiento de rol**, según la cual algunos optaron por asumir una correspondencia casi perfecta o colocar el peso de las interpretaciones en las representaciones de rol, mientras que posiciones minoritarias asumieron la frecuente diferencia y hasta discrepancia entre representación y práctica, según la cual las diferencias en las prácticas debían referirse tanto a las condiciones estructurales que operan situacionalmente como a la personalidad.

Un segundo reconocimiento refiere a **las diferencias y hasta discrepancias que pueden generarse en el cumplimiento de los diferentes roles** que cada sujeto debe desarrollar. La línea dominante proponía una integración de roles, dado que el conflicto o la incompatibilidad de roles en función de la concepción de sujeto dominante podía llevar a generar problemas en el sujeto que inclusive se expresaran en términos de neurosis. Desde la antropología, el referente empírico era un tipo de sociedad etnográfica pensada con un escaso número de roles fuertemente articulados y que en consecuencia no daba lugar a conflictos profundos. Pero inclusive en sociedades más “complejas”, con mayor diversidad y conflictos de roles, la estructura a través de diferentes mediaciones “soldaba” real o imaginariamente los diferentes roles, secundarizando las consecuencias en la organización social, y en segundo lugar en el sujeto.

Como vemos la diferencia y discrepancia podían operar en dos dimensiones, el de las representaciones y las practicas de rol, y el de las relaciones entre los diferentes roles cumplidos por un sujeto. Es en función de estas dos dimensiones que van a configurarse problemas en la intepretación de la relación E/S, que conducirán *en la práctica* a desarrollar determinadas definiciones del sujeto (dividido, descentrado, fragmentado), que algunos autores consideran sin embargo relativamente recientes y procedentes exclusivamente de tendencias filosóficas más o menos a la moda. El empirismo y bajo desarrollo teórico de una parte —aunque no de todas— de estas propuestas, opacó o directamente limitó la visualización de la idea de sujeto que estaban manejando.

Los autores que acentúan la existencia de conflicto y/o la incompatibilidad de roles, comienzan a proponer que se está constituyendo un sujeto disociado que sin embargo asegura la reproducción de la estructura. Para que el conflicto no se traduzca en incumplimiento de actividades o en neurosis conflictivas, la estructura *funcionalmente* impulsa el desarrollo de este tipo de subjetividad. El nuevo sujeto puede desarrollar neurosis funcionales, que no son definidas necesariamente como neurosis, y

se van generando tipos de problemas y actores sociales respecto de los cuales, comenzarán a ser recuperados los conceptos de anomía y más tarde de alienación, así como el de desviación social que tratarán de dar cuenta de estos procesos.

El incremento del número de roles y los potenciales conflictos entre los mismos en las dos dimensiones señaladas, conduce a proponer que **el sujeto necesita desarrollar un constante trabajo, un continuo esfuerzo de articulación y opacamiento del conflicto a través del manejo de su subjetividad**. Dado los espacios y procesos sociales donde el sujeto debe desempeñarse, por ejemplo en una economía determinada por un mercado de trabajo y de valores que se expande continuamente incluyendo cada vez más sujetos, cada uno de éstos necesita desarrollar no sólo capacidad para articular los roles, sino un continuo trabajo de convencimiento “a los otros” de lo que él es como sujeto, en función del rol o roles que está cumpliendo. Dados además los vaivenes del mercado, que suponen la desaparición y/o la creación de nuevos roles, **el sujeto va aprendiendo a constituir una concepción provisional de su subjetividad en función de las posibilidades del mercado**. Comienza a construirse una concepción de sujeto donde su subjetividad es provisional e intercambiable.

Pero además, dadas las necesidades de la estructura, ésta sólo incorpora los aspectos del sujeto favorables a su reproducción; es decir que, el comportamiento de rol excluye partes de la subjetividad por lo menos durante un lapso, en determinadas situaciones o en la globalidad del comportamiento de rol. Más aún, según varios autores, la estructura, para algunos en determinadas contextos y para otros en los contextos decisivos, necesita construir un sujeto que se haga responsable de la situación, pero en la medida que refiera dicha responsabilidad a la estructura de la cual es parte.

Hacia la construcción de una subjetividad provisional

Estas y otras interpretaciones van ir constituyendo, desde la década de los cuarenta, concepciones que incluyen al sujeto, pero colocando el peso en la estructura, a partir de asumir explícitamente o no que la misma producía un sujeto inauténtico por comparación con el sujeto integrado, globalizador etc., de las culturas tradicionales; **asumen que se está constituyendo un sujeto dependiente, irresponsable en los términos señalados y caracterizado por un yo cada vez más dividido, que maneja dos o más fachadas a través de las cuales se expresan los roles que desempeña**.

Debe subrayarse que el desarrollo de estas interpretaciones de la relación E/S se montaba sobre dos factores básicos que a nivel manifiesto operaron independientemente. Por una parte el incremento de nuevas formas de sociabilidad y la emergencia de procesos históricos que radicalizaron algunas de esas formas. Y por otra el surgimiento de investigaciones que trataban de dar cuenta de la constitución de la sociabilidad a través de aspectos hasta entonces no tomados en cuenta. La teoría antropológica en general, y sobre todo algunas corrientes, habían subrayado lo que se denominaba “la plasticidad del sujeto”, que refería no sólo a la concepción de un sujeto que se modifica histórica y culturalmente, sino a la capacidad de la cultura/estructura de constituir, modelar, organizar la *personalidad* a nivel no sólo cultural, sino psicológico y hasta corporal.

Esta concepción de la plasticidad de los sujetos, se vio notable y paradójicamente apoyada por el desarrollo del nazismo, que se propuso, sobre todo en Alemania, la modificación rápida y profunda de los sujetos, a través de un trabajo ideológico/cultural determinado desde el poder. La idea, expresada sobre todo a través de la antropología aplicada, de que dados determinados medios y situaciones podían generarse modificaciones en los comportamientos culturales, se expresó en la experiencia alemana a nivel de política de estado.

Esta paradójica convergencia, es la que condujo a una parte de los antropólogos durante la segunda guerra mundial y sobre todo a fines de la misma, a interrogarse sobre como se podrían constituir tipos de personalidad que no se tradujeran en el desarrollo de culturas agresivas y destructivas. Pero la experiencia nazi, debe recordarse, no sólo fue un referente empírico de la concepción de la plasticidad de los sujetos,² sino que reforzó la teoría de los roles al colocar el eje de la constitución del sujeto en la determinación de la estructura. La *facilidad* con que se generó la modificación de los sujetos en el interior de la sociedad alemana evidenció dicha convergencia “teórica”.

En pocos años el asesinato y la tortura masiva aparecieron no sólo legitimados, sino organizados burocráticamente, ya que una parte de los homicidios y el uso de técnicas de degradación humanas, aparecieron asumidos en unos casos como *trabajo* y en otros como expresión necesaria de la reproducción ideológico/cultural del nuevo estado alemán.

La referencia de estas actividades a la responsabilidad colocada, no en el sujeto sino en la estructura, que en este caso se denominaba partido nazi o Estado alemán, son expresiones históricas de la constitución de relaciones E/S que reforzaban determinadas concepciones de la subjetividad, que se iban organizando parcelarmente a través de muy diferentes aproximaciones teóricas. La experiencia nazi llevó a un aparente extremo los procesos de constitución de un tipo de subjetividad y de un tipo de relación E/S, que las propuestas teóricas estaban simultáneamente proponiendo, aunque la mayoría de ellas con otra direccionalidad ideológico/técnica.

Constituía uno de los referentes, frecuentemente no consciente, para por una parte avalar teóricamente las concepciones de una relación E/S pensada integradamente y determinada por la estructura, y por otra parte, para pensar la constitución de un sujeto disociado, que no puede ser explicado sólo a través de su yo, dado que el mismo refiere a una constituividad que está en el Otro. **El sujeto no puede ser considerado una unidad autónoma, independiente, integrada, sino una constitución simultáneamente aparente y real. Aparente porque reproduce un orden estructural donde su papel es secundario, y real porque dicha apariencia es su propia realidad.**

Estos dos referentes teóricos, condujeron sin embargo a la recuperación de un sujeto caracterizado por la intencionalidad y la conciencia; es decir un sujeto responsable de sus actos que en este caso refería explícitamente a la responsabilidad de los sujetos que dirigieron la experiencia nazi en Alemania. No puede realmente entenderse la recuperación del sujeto radicado en estas dimensiones, por las feonomenologías, una

² No debe confundirse la ideología racista manejada por los nazis, con que el fundamento ideológico/teórico de la misma fuera de tipo biológico. El sostén teórico/ideológico refería a una concepción historicista del sujeto y la cultura, donde el uso del poder era determinante.

parte de los existencialismos y de los marxismos, sino se los vincula a dicha experiencia colectiva.

Debe subrayarse que la mayoría de las propuestas que hasta ahora hemos sintetizado, se caracterizan por afirmar el peso de la impronta social, sociocultural (estructura), sobre los sujetos, pero con escasa elaboración teórica de esta articulación. Si bien se inaugura el uso de conceptos como mediación, no se avanza demasiado en describir y analizar los procesos y mecanismos de mediación S/E. Esto no supone desconocer que el interaccionismo simbólico y la escuela de cultura y personalidad desarrollaron interpretaciones que, más allá de sus limitaciones, intentaban pensar articuladamente la relación E/S.

La recuperación de la intencionalidad: resultados paradójicos

Como es fácil observar hemos iniciado nuestra revisión de la relación S/E a través de una línea diversificada, que se organiza en torno al concepto de rol u otros similares. A continuación trataré de enumerar las características de otra línea que coloca **la recuperación del sujeto en la intencionalidad y en la vida cotidiana**. Más allá de reconocer, o no, la existencia de un orden estructurado, una serie de corrientes proponen que el sujeto —que algunos denominan actor social—, se caracteriza por vivir la vida a través de la búsqueda de significaciones y de sentido en sus acciones. En la mayoría de estas tendencias, más allá de que se incluya o no lo estructural, lo sustantivo es que reconoce la importancia protagónica de la dimensión subjetiva.

Para una de las líneas que ha tenido más influencia a partir de los 60', me refiero a la de Schutz, dichos procesos se verifican sobre todo en la vida cotidiana, dado que es en el espacio donde viven los sujetos, donde puede realmente observarse la estructuración, es decir la acción estructurándose. Es en esta cotidianidad donde podemos observar las categorías sociales que realmente maneja el sujeto, sin necesidad de referir a otras instancias más genéricas y estructuradas. El sujeto es “el sentido común” ejercido en las prácticas, siendo aquí donde podemos encontrar los procesos de dominación, de subordinación, de autonomía, etc. que refieren al Otro: **lo estructural construido fuera de la vida cotidiana, lo podemos encontrar en ésta**.

El concepto de vida cotidiana conduce a afirmar que todo sujeto actúa dando sentido y otorgando/recibiendo significación a sus acciones; pero además supone que dada la situacionalidad de dichas acciones, el sujeto desarrollará una especial conciencia situacional de su cuerpo, de su enfermedad, de su trabajo, etc. Este sujeto, para vivir la vida cotidiana, necesita colocar entre paréntesis la duda sobre la realidad; es decir, necesita afirmar lo que vive. Respecto de la realidad este sujeto es activo, “espontáneamente activo”. Y es en este conjunto de características que el sujeto se experiencia como sujeto *común, ordinario, perteneciente*, etc. **Es en la práctica intrínseca, local, cotidiana, etc. que los sujetos producen o reproducen situacionalmente la estructura. Sólo en estas prácticas entienden realmente la realidad social, en la medida que es su realidad**.

Las diferentes tendencias que conforman esta orientación, aún presentando fuertes diferencias, coinciden en sostener que es en la cotidianidad de la vida, en la

experiencia de esa vida que el sujeto aprende/comprende los objetos, relaciones, conocimientos. Lo que se expresa en otros niveles como la ciencia, el arte, el poder, la enfermedad son significados, resignificados y aprendidos en la vida cotidiana. Y es este proceso el que expresa realmente su relación/acción con dichas dimensiones. La ciencia, la actividad biomédica, la psicoterapia, es para la vida cotidiana lo que esta hace con ellas.

Lo sustantivo no está en la estructura abstracta sino en lo que los sujetos hacen/representan en su acción. Pero esta acción tiene una racionalidad, que es fundamentalmente práctica. **El orden social no puede ser realmente comprendido al margen de las prácticas de la vida cotidiana.** Situación, experiencia, vida cotidiana, racionalidad de las prácticas, refieren a una noción de sujeto caracterizado por la intencionalidad, conciencia y acción. Proponer que el sujeto da sentido a sus actos, supone para varios autores pensar en un sujeto no sólo activo, sino en un sujeto que busca/necesita solucionar el problema que emerge en su vida cotidiana. Supone un proceso de búsqueda activa por parte de su subjetividad.

Recordemos que la casi totalidad de lo señalado ya estaba propuesto y desarrollado en las décadas de los 30 y 40, y que sería retomado en los 60 y sobre todo en los 70. Pero tanto antes como después, estas propuestas legitimaban y recuperaban no sólo determinadas concepciones de la subjetividad, sino que en su mayoría validaban el papel activo del sujeto.

Debe recuperarse que, también antes como ahora, estas concepciones en la práctica de su teoría, redujeron sus investigaciones/reflexiones al microgrupo, a experiencias individuales, a lo local, a la conciencia del sujeto, etc., a partir de las cuales frecuentemente se esfumaba o no aparecían incluidos los procesos generales, no locales, etc., que sin embargo operaban/eran parte de las experiencias locales. Es decir lo local se redujo a lo local sin incluir, o incluyendo superficialmente, los procesos culturales o económico/políticos estructurales y macrosociales, que no podemos observar en su significado global a través de las descripciones etnográficas de las experiencias de los sujetos, pero que además suelen ser tratados como secundarios o irrelevantes por estas corrientes. En la practica se cayó, y se sigue cayendo, en el *psicologismo*, individualismo o *microgrupismo*.

Pero además estos trabajos al proponer la suspensión de la duda respecto de la realidad, así como la afirmación de la vida cotidiana “en sí”, conducen no sólo a reconocer este proceso que efectivamente puede ocurrir, sino que conducen también a legitimarlo en sí.

Las propuestas de un sujeto caracterizado por su oposición intencional o funcional a la estructura, se desarrollan antes y durante la emergencia de las tendencias ya señaladas. Dichas propuestas operan a través de dos dimensiones: a) la búsqueda de un sujeto social específico a través del cual se generaría la modificación, la ruptura, el enfrentamiento a lo estructural; y b) la experiencia de sujetos individuales y/o microgrupales, que cuestionan la estructura a partir de diferenciarse, marginarse, oponerse a la misma.

El marxismo expresa en su desarrollo esta doble posibilidad; la búsqueda de un sujeto social de la transformación, y la propuesta del papel especial que ciertos sujetos

organizados pueden desarrollar respecto de la estructura, como representantes del real sujeto social de la transformación. En ambos casos las tendencias dominantes dentro del marxismo eliminaron la subjetividad de estos dos tipos de sujetos, pese a los sucesivos intentos de recuperación de la subjetividad dados especialmente en los años 1920-30 y 1960-70. Esta recuperación de la subjetividad se dio asumiendo algunas propuestas del marxismo encontradas en trabajos “marginales” de Marx, así como en la inclusión de perspectivas fenomenológicas y existencialistas.

Pero la recuperación del papel del sujeto se dio básicamente a través de determinadas propuestas sociológicas (Simmel, Benjamin) y “artísticas” pensadas en este último caso en términos de “vanguardias”. Así los planteos desde Baudelaire hasta el surrealismo afirman sobre todo la experiencia subjetiva como ruptura, **subrayando el papel determinante de la experiencia en términos de sentir la vida, pero también de la posibilidad de modificar simultáneamente la vida y al sujeto**. Los imaginarios literarios, marxistas y anarquistas convergerán en varias ocasiones, para producir una concepción de sujeto autónomo, aventurero, modificador, expresado básicamente en su experiencia.

En consecuencia, una parte significativa de estas corrientes van a colocar en la experiencia que se vive el eje de la subjetividad. El sujeto que intencionalmente busca experiencias, que es responsable de sus actos, ese sería el “verdadero sujeto”. La cuestión no radicaría tanto, como concluía Sartre, en lo que la estructura ha hecho con nosotros, sino en lo que nosotros mismos hacemos con nosotros. En la relación E/S, en la situacionalidad-circunstancia/ /sujeto-existencia el peso está colocado en el sujeto, más allá de que asuma o no el papel condicionante o determinante de las estructuras.

La articulación marxismo/fenomenología condujo a pensar un sujeto cuyas referencias básicas están en las prácticas desarrolladas en la vida cotidiana, en lo que realmente hace, en el estilo de vida que vive, en lo que realiza para modificar lo estructural o estructurante. Pero uno de los rasgos que me interesa señalar es que en unos paradójicamente, en otros intencionalmente, el sujeto que surge es un *sujeto heróico*, es decir un sujeto que se opone, que lucha, inclusive que “aguanta” conscientemente la estructura. Esta concepción del sujeto, frecuentemente larvada en toda una serie de concepciones, sigue vigente hasta la actualidad.

En toda una serie de propuestas esto está explícitamente desarrollado. Dada la capacidad, inclusive insidiosa de la estructura para reproducirse, el peso de los factores inconscientes de todo tipo, la reproducción de la estructura a través de los microgrupos y sujetos que inclusive la cuestionan, la constitución de un carácter o personalidad alienada, adaptada, etc., es necesario buscar o construir un sujeto activo de oposición y modificación en lo personal y en lo estructural. Esto se expresó en tendencias que propusieron que la situación de marginalidad respecto de la estructura posibilitaba el desarrollo de características subjetivas y sociales de enfrentamiento, y esto incluía desde los locos, los adictos y/o los lumpenes a los *desviados*. Dados los procesos transaccionales que tienden a producir relaciones de negociación, sólo la marginalidad posibilitaría la producción de un sujeto de oposición a la estructura.

Mientras que una parte de las propuestas explicitaron estas concepciones del sujeto; en otras tendencias la concepción del sujeto *heróico* constituye una propuesta paradójica

no explicitada, que frecuentemente niega en la dimensión teórico/ideológica lo que suele aplicar en su práctica.³

Sujeto y cotidianeidad: la realidad como riesgo

Mientras que dentro de estas tendencias se daba una recuperación del sujeto *heroico* ya sea a nivel individual o de sujeto social, dentro de otras corrientes teóricas y a partir también de los años 30 se dará una persistente **recuperación del sujeto a través de las actividades que realiza dentro de marcos sociales institucionalizados**. Si bien estas concepciones suponen también la inclusión de concepciones marxistas y fenomenológicas, articuladas o no con otras tendencias, **se caracterizan porque realmente investigan y no sólo reflexionan sobre procesos de la vida cotidiana**.

Ya señalamos que una parte del culturalismo antropológico recuperaba el papel de la “persona” a nivel inclusive de los grupos étnicos, donde esa categoría estaba frecuentemente negada (Leenhardt 1947). No sólo Linton, sino Radin u Opler recuperaron el papel del sujeto, al mismo tiempo que cuestionaron tempranamente el dominio de una concepción homogeneizante de la cultura (estructura). Reiteradamente dan cuenta del carácter fragmentario y autónomo y de la débil vinculación entre las partes de la cultura que observan en los grupos étnicos estudiados. Si bien reconocen la fuerte organización en torno a valores, ello no niega la existencia de procesos abiertos donde el sujeto puede incluir su particularidad⁴.

La recuperación del papel del sujeto operará en el ámbito etnográfico, pero también en el ámbito laboral de las sociedades industriales donde la escuela del “factor humano” por una parte, e investigadores de la experiencia obrera como Roy, demostraron insistentemente el peso de lo subjetivo dentro del ámbito laboral. Dentro de situaciones estructuradas institucionalmente el microgrupo y el mismo sujeto, incluyen sus propios objetivos, necesidades e inclusive deseos en el proceso productivo fabril (ver en especial los trabajos de Roy 1952, 1955, 1959-60).

Estas líneas que recuperan desde diferentes perspectivas al sujeto, no son por supuesto las dominantes, ya que éstas siguen colocando el eje explicativo en la determinación o cuasi-determinación de la estructura o de la cultura; en los valores o en las reglas en el caso de la mayoría de las escuelas, y en lo económico/político en el caso del marxismo hegemónico. Pero toda una serie de autores y de tendencias no sólo recuperan al sujeto, sino que correlativamente cuestionan la concepción de un orden estructurado y homogéneo. **Así, la recuperación de los conceptos de anomía, alienación o desviación social** desde la década de los cincuenta por autores como Lemert, **se hará con el objetivo de analizar la relación E/S a partir de subrayar la importancia de lo coyuntural y de la elección, como características de la actividad de los sujetos,**

³ Esta problemática, de notoria importancia para el cabal entendimiento de la relación E/S, debería también ser analizada a través de la relación Ideología/Cultura como verdad, pero dado el espacio estipulado no podemos hacerlo.

⁴ En la década de 1920 Radin (1957(1927)) produjo un trabajo notable que rescataba el papel del sujeto a nivel de los grupos étnicos.

que dentro de las normas y estructuraciones donde operan, no las reproducen, sino que actúan a partir de ambigüedades y de riesgos conductuales. Para Lemert es en la interacción, en la práctica de los comportamientos donde los sujetos deciden lo que están haciendo, incluyendo no sólo las coacciones de la estructura sino su acción diferencial como sujetos, su evaluación de lo que le puede ocurrir. Coloca el eje en los procesos y no en la estructura (Lemert 1972 (1967)).

Lemert, como otros autores, propone detectar las mediaciones, las interrelaciones que operan entre E/S; expresamente reconoce la carencia de explicaciones socioantropológicas en términos de mediaciones, aunque toda una serie de tendencias coinciden en referir dicha relación S/E a la “vida cotidiana” de los sujetos. Para unos — los etnometodólogos— focalizar la vida cotidiana les permite observar que la realidad no es la estructura sino la realización continua de actividades que operan interrelacionadamente. Puede existir una estructura (reglas, valores, roles), pero lo significativo son las actividades que realizan los sujetos, es decir las reglas y valores que ellos producen. Para los etnometodólogos todos los sujetos son teórico/prácticos, dado que necesitan de esta racionalidad unificada para operar en la vida cotidiana. La estructura que observamos no procede de la estructura, sino de los *arreglos* — frecuentemente implícitos— que, se dan en las relaciones establecidas entre los sujetos.

La concepción que surge de varias de estas tendencias es la de un sujeto que actúa intencionalmente, que es autónomo en relación con los otros sujetos con los que se relaciona, que es activo y no un mero reproductor pasivo de reglas y valores. **Se piensa en un sujeto caracterizado por la conciencia y la necesidad de dar sentido y significado a sus actos. La capacidad distintiva del ser humano es la de ir más allá de su circunstancia, de modificarla.** Puede o no generar dichas modificaciones, pero es siempre una posibilidad de su existencia. Varios de estos autores, al cuestionar el peso de lo institucional, subrayan que la apropiación de la estructura en la experiencia es más importante que la apropiación a través de las normas. Lo que se vive es realmente lo que se profundiza.

Estas tendencias, y en particular el interaccionismo simbólico, desarrollaron varias concepciones de la relación S/E que permiten observar con bastante claridad cual es la idea de sujeto que van constituyendo a partir de la década de los 50. De estas sólo retomaremos dos:

- 1) La realidad como “un orden negociado” entre los diferentes actores, que supone un proceso constante de desestructuración y reestructuración. Estas tendencias subrayan que las organizaciones no están tan institucionalizadas ni tan normadas como se supone, y que las normas de las mismas se negocian en las actividades concretas.

Estas propuestas posibilitan cuestionar concepciones que no solo colocan el énfasis en la estructura, sino que niegan el papel del sujeto. Pero ¿cual es el orden negociado que describen y analizan estas escuelas?. La mayoría refiere a un sujeto que “negocia” básicamente significados que refieren al sistema de representaciones. Más aún, **si bien cuestionan el peso de lo instituido, la mayoría de los autores excluyen de las relaciones de los sujetos y de las organizaciones las dimensiones del poder, de lo económico e incluso de lo ideológico.** Proponen un sujeto activo, pero dentro de una

realidad donde lo que se está estructurando, refiere a determinadas dimensiones y no a otras. Es decir, refiere a determinada concepción de la subjetividad.

Debemos reconocer, que si bien inicialmente esta fue la línea dominante, autores como Lemert desde la década de los cincuenta y sobre todo de los sesenta, incluyen protagónicamente la significación del poder en las acciones y negociaciones de los sujetos. Y que si bien nunca fue dominante, se reconoció cada vez más la necesidad de incluir las dimensiones enumeradas. Sin embargo, operaría permanentemente una dificultad de integrar estas dimensiones en el nivel donde se constituye y funciona el sujeto.

2) Todo sujeto se constituye como tal dentro de un sistema de relaciones; en consecuencia dicha subjetividad es en gran medida reactiva, pero además en este proceso interactivo los sujetos no tienden a internalizar profundamente los valores y reglas dentro de las cuales se van constituyendo. **Esta doble posibilidad —reactividad y débil internalización— da lugar al desarrollo de la concepción de una subjetividad “provisional”, de un sujeto que puede modificar rápidamente sus normas y valores.**

Desde mi perspectiva considero que del juego de estas y de otras concepciones, surgen varias ideas de subjetividad y de sujeto. Así, el énfasis en la intencionalidad y en la conciencia se traducen en propuestas como las de Sartre, Lemert, E. Thompson, Becker o Matza que recuperan el concepto de experiencia en forma diferencial. Pero además, en autores como Goffman, la recuperación del actor da lugar a una concepción de sujeto, que rescata el trabajo del actor, pero como estrategia de simulación de la estructura.

Simulaciones, interioridades y la subjetividad sin prácticas.

Es en Goffman donde aparece más claramente desarrollada una concepción que va imponiéndose también en otras propuestas; la de que el desempeño de rol del sujeto tiene por objetivo básico construir una impresión de si mismo sobre el otro de que cumple las normas, independientemente no sólo a que las cumpla sino también de que realmente “crea” en ellas. Si bien en esa actuación/representación el sujeto reactiva la estructura, la “rejuvenece” a través de un proceso que conjuga espontaneidad/intencionalidad; dicha intencionalidad y conciencia se expresan a través de un *trabajo* de autocontrol.

La relación espontaneidad/intencionalidad está al servicio de construir una impresión de que el sujeto expresa realmente el rol esperado. El trabajo de representación e impresión respecto de los otros sujetos, puede ser radicalmente diferente según los distintos roles que el mismo actor cumple; **es este trabajo, este esfuerzo continuo el que posibilita que el sujeto no se adhiera al rol ni a los valores, sino que construya la apariencia de ello, manteniendo al mismo tiempo una distancia entre su yo y el rol.**

Esta concepción condujo a proponer un sujeto preocupado básicamente por la representación más que por el hacer; un sujeto para quien lo que hace no es lo

sustantivo sino lo que representa ser. Es un sujeto caracterizado por desarrollar estrategias de “simulación”, y donde la relación valores/prácticas se caracteriza por una débil adhesión. Esta falta de adhesión conduce a proponer un sujeto fácilmente “modificable”, que no desarrolla rasgos duraderos y que se redefine en cada situación. Un sujeto donde su actividad y responsabilidad consciente e intencional refiere a la institución, a la norma, a la automanipulación de su subjetividad respecto de estas.

Otra de las líneas que se desarrolla a través de las concepciones previamente enumeradas, es la que afirmará **no sólo la importancia de la experiencia del sujeto, sino sobre todo su experiencia personal y microgrupal**. Esta experiencia supone la búsqueda intencional de la propia subjetividad para tratar de eliminar la anomía, la alienación o la inautenticidad a nivel del sujeto. Es en la interioridad de la experiencia del sujeto donde puede darse esa transformación. Esto conducirá a subrayar la importancia de la experiencia “interior” a través del trabajo del sujeto y/o del microgrupo, como el mecanismo decisivo de oposición a la estructura, no para modificarla, sino para resolver su relación con ésta a partir de la experiencia del sujeto.

Asumiendo lo que gran parte de las tendencias analizadas proponen, es decir, que el sujeto enmascara su subjetividad a través del rol, van a crear mecanismos que posibiliten el acceso a la verdadera subjetividad. Dado que la alienación de rol se expresa en la conducta de rol, ello debe ser cuestionado más que en la estructura en la propia subjetividad. Respecto de las diversas propuestas que oscilan entre sostener que el rol *es* el sujeto (estructuralismo) y que el rol es la construcción de rol de un sujeto, varios autores asumen la existencia de una subjetividad que debe ser recuperada más allá de la estructura, y que supone un trabajo de profundización de dicha subjetividad. Estas tendencias pueden negar o secundarizar la estructura, pero todas coinciden en colocar el eje en el sujeto. La experiencia subjetiva, el relato de la experiencia es lo sustantivo. Asumiendo que en las propias conductas radica la interpretación, no sólo no suelen incluir otras dimensiones más allá de la experiencia, sino que la experiencia de significación la refieren a ciertos aspectos de la subjetividad, negando la importancia de otros aspectos como el poder, lo económico, la pobreza, el trabajo, etc. inclusive dentro de la propia subjetividad.

Las líneas que colocan el eje en la estructura siguen siendo las dominantes a nivel teórico, mientras que las que recuperan el papel del sujeto se desarrollaron paralelamente con menor significación teórica, pero con un peso creciente en las intervenciones prácticas. Si bien como veremos se generaron intentos de articulación E/S, es importante constatar el dominio de posiciones unilaterales, cuya expresión más interesante fue la de Foucault, ya que propuso la necesidad de analizar la construcción de la estructura a través de lo específico e intrínseco, recuperando la dimensión del poder y de las prácticas como constitutivas de la subjetividad.

Pero Foucault, pese a estas recuperaciones niega al sujeto, al referirlo a un sistema de reglas del cual es parte sin tener conciencia de ello. Si bien asume que la particularidad se constituye en lo intrínseco de la misma, dicha particularidad tiende no obstante a reproducir particularizadamente la estructura. Al igual que la mayoría de los autores que colocan el peso en la estructura cuestiona la concepción de que el sujeto a través de su experiencia, de su voluntad, pueda explicar las reglas del sistema que lo constituye. El sentido del discurso (estructura) no está en el sujeto; el sujeto dice, puede decir lo que la estructura establece, y desde esta perspectiva Foucault produce un concepto de sujeto

que refiere a los códigos donde funciona y no a las prácticas que realiza. A pesar de la inclusión del poder, es el poder de los códigos y no el de las prácticas el que determina a los sujetos. La propuesta foucaultiana es interesante, porque para muchos de sus intérpretes aparece como una propuesta recuperadora de las prácticas cuando realmente niega la significación de las mismas a través de los comportamientos del sujeto. La concepción foucaultiana refiere a un sujeto subordinado casi totalmente a la estructura; un sujeto que no lucha, que no modifica, que no elige. Y esto puede ser o no correcto, pero lo interesante es que para él es una hipótesis de trabajo que remite no a las prácticas sino a los códigos. Más aún, sólo remite a la consulta y lectura bibliográfica de los mismos.

Hacia la recuperación articulada del sujeto

Desde la década de los 20/30, pero sobre todo desde los 50/60 tenemos el desarrollo de propuestas que tratan de articular la relación E/S, cuyas expresiones más visibles durante los 80 fueron las *reflexiones* de Touraine y Giddens. Sus propuestas trataron de superar las polarizaciones dominantes, y su significación comparativa reside en gran medida en que la mayoría de las otras propuestas teóricas de articulación E/S siguieron colocando el énfasis en una de las dos dimensiones. Subrayo lo de reflexiones teóricas, porque autores como Roy, Lemert, Lindesmith o Gusfield desarrollaron articulaciones no maniqueas a partir de investigaciones teórico/empíricas y no sólo de reflexiones, pero sus trabajos permanecieron marginales cuando no ignorados por lo menos entre nosotros.

Así, junto a las propuestas de Giddens o de Touraine siguen vigentes las interpretaciones polarizadas de la relación S/E. Una de las más populares retoma la concepción de sujeto dividido, descentrado y propone la noción de **sujeto fragmentado. Un sujeto no sólo sin autonomía, sin “centro” sino un sujeto que se va constituyendo en la provisionalidad del mercado**; un sujeto que incluye la provisionalidad goffmaniana junto con la descentración y discrepancias surgidas de la teoría de los roles para volver a reencontrar la estructuración en la estructura. Se constituye una noción de sujeto como rompecabezas, que todo los días se constituye en la actividad y que sería pura actividad, que al fin de cuentas quiere decir básicamente consumo. Sería la estructura social la que da sentido a los sujetos más allá de ellos mismos. Esta estructura se puede denominar neoliberalismo, sociedad del espectáculo, sociedad del simulacro o globalización, pero lo central está en volver a encontrar en la estructura el determinante de la subjetividad.

Esta concepción del sujeto, más allá de su certeza, reitera la hegemonía de la estructura respecto del sujeto, lo cual intenta ser superado por los dos autores señalados. Estos tratan de autoncontrar la tendencia a polarizar la relación E/S, por lo que pese a reconocer las notorias diferencias que existen entre estos dos autores, enumeraré aquellas propuestas que van en la dirección señalada (ver Cohen 1990, Giddens 1985, 1990, 1991, Touraine 1995).

Para ambos **si bien el sentido de la acción de los sujetos (actores) no puede ser reducida a la conciencia, ello no supone dejarla de lado. Por otra parte la estructura existe, y existe previamente respecto de los sujetos, pero la estructura**

social debe ser entendida como una negociación inestable, débilmente coherente, como un proceso transaccional en el cual operan arreglos de diferente tipo.

El sujeto es simultáneamente sí mismo (intencionalidad de la estructura) y “yo” (intencionalidad del *sujeto*); y es en la acción, que el “yo” puede diferenciarse del sí mismo, al proponer no la reproducción de la estructura, sino modificaciones a la misma. El distanciamiento del yo respecto del sí mismo crea esa posibilidad en la medida que opere con intencionalidad.

La realidad (estructura) no es solo estructura sino orden transaccionado entre sujetos, y la cuestión es determinar cuál es la capacidad de los sujetos para negociar dicho “orden” independientemente de lo que ellos piensen/representen. La intencionalidad y el cuestionamiento de la reducción del sujeto al yo, son partes de este sistema de transacciones. Este sistema opera dentro de una vida cotidiana caracterizada por el dominio de conductas rutinarias, reiteradas, similares, etc.. Esta realidad rutinaria es sin embargo emergencia del sistema de transacciones, ya que es en la práctica de las reglas que se expresa el tipo de normas que los sujetos en relación realmente manejan. Es en esta relación que los sujetos construyen su afirmación en el orden que viven y lo consideran como su *cultura* (verdad). Esta confianza es básica para la constitución de un sistema de seguridad en el sujeto y en su estructura.

En la vida cotidiana lo dominante no es la intencionalidad consciente permanente, sino la prácticas sociales; y es en esta práctica que se expresa la afirmación de lo real más que en un saber reflexivo e intencional. La intencionalidad supone posibilidad de selección, pero la misma refiere a las potencialidades que el sujeto tiene, sobre todo respecto de las condiciones que escapan a su control. **Emerge en consecuencia un sujeto pensado como activo, simultáneamente productor/ reproductor, que afirma la realidad al realizarla, que incluye las coacciones ideológicas y materiales como parte de su propia intencionalidad, redefinida continuamente en sus prácticas.**

Enumeradas algunas de las características de dos de las principales propuestas que intentan desarrollar una relación E/S no polarizada, podemos concluir que de la revisión del conjunto de las tendencias analizadas surge un hecho obvio, que necesitamos rescatar. La significación, frecuentemente unilateral, que el sujeto o la estructura tienen para las diferentes tendencias, obedece por lo menos en parte a que dicha significación refiere a objetivos específicos diferentes no siempre explicitados. Los autores buscan evidenciar sobre todo determinados aspectos y no otros de la realidad, en virtud de que buscan responder a interrogantes teórico/prácticos diferentes.

Dichos objetivos implican en consecuencia niveles de análisis y/o de intervención diferentes, aunque articulables, y que en función de los objetivos se centran en el sujeto o a la estructura. Es decir, más allá de las definiciones del sujeto como intencional, coherente, integrado, etc., o como descentrado, fragmentado, distanciado, etc.; más allá de colocar el peso —o determinados énfasis— en la estructura o en el sujeto, lo que me importa subrayar es que las propuestas frecuentemente dicotómicas de la relación E/S lo son, porque están buscando interpretar determinadas partes de la realidad. Desde esta perspectiva, el trabajo con el sujeto debe explicitar de entrada qué busca hacer con él como concepto y como *realidad*.

Gran parte —por lo menos los más lúcidos— de los autores que han afirmado la prioridad de la estructura o del sujeto, no es porque ignoraran el papel de una o de otro, sino porque querían observar e interpretar determinadas parcelas, funcionamientos, procesos de la realidad social. Y es justamente esto lo que debemos recuperar respecto de las definiciones de sujeto y de la articulación E/S que utilicemos en nuestros trabajos. ¿Qué queremos encontrar, interpretar, modificar, aguantar...? No es lo mismo pensar en un sujeto de la transformación social que en un sujeto del *aguante*, como no es lo mismo buscar la subjetividad en términos de interioridad que una subjetividad que exprese identidades sociales. Las definiciones del sujeto deben en consecuencia proponer de entrada el problema que quiere interpretar, a que niveles de análisis implica, a que tipo de articulación sujeto/estructura refiere.

Bibliografía

Alexander, F. (1988) “El nuevo movimiento teórico” en *Estudios Sociológicos* vol.VI (17): 259-307 México.

Cohen, I.. (1990) *Teoría de la estructuración y Praxis social* en Giddens et al 1990:351-97.

Giddens, A. (1985) *The Constitution of Society*. McMillan, Londres.

Giddens, A. (1990) *El estructuralismo, el post-estructuralismo y la producción de la cultura* en Giddens et al 1990: 254-89.

Giddens, A. (1991) *Modernity and Self-identity: Self and society in the late modern age*. Cambridge, Polity Press.

Giddens, A. et al. (1990) *La teoría social hoy*. Alianza Edit./FONCA, México.

Leenhardt, M. (1947) *Do Kamo*. Gallimard, Paris

Lemert, E. (1972) (1967). *Human deviance, social problems and social control*. Prentice Hall, New Jersey

Linton, R. (1985 (1936). *El estudio del hombre*. Fondo de Cultura Económica, México.

Radin, P. (1957) (1927). *Primitive man as philosopher*. Dover Public., New York. Edición en español: *El hombre primitivo como filósofo*. EUDEBA, Buenos Aires 1960).

Roy, D. (1952) “Quota restriction and poldbricking in a machine shop” *En American Journ. Sociology* 57(4):427-39.

Roy, D. (1955) “Efficiency and 'the fix': informal intergroup relations in a piecework machine shop” en *American Journ. Sociology* 60(2):255-66.

Roy, D. (1959-60) “Banana time” en *Human Organization* 18(4):158-68.

Touraine, A. (1995) *Crítica de la modernidad*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.

CAPÍTULO 6

LA DIMENSIÓN BIOLÓGICA.

Enric Bufill.

Mente y cerebro

El conocimiento de la mente humana ha despertado siempre profundo interés y fascinación. Inicialmente, tema de estudio de la filosofía, nuestro autoconocimiento se vio ampliado considerablemente por las aportaciones de las ciencias empíricas, especialmente de la psicología en sus distintas modalidades (cognitiva, dinámica, conductual).

En años más recientes, otras disciplinas como las neurociencias o estudio de la función cerebral y su relación con la cognición y conducta, la etología o conducta animal, sobre todo de los primates, el conocimiento de la evolución biológica, especialmente la del ser humano, y la inteligencia artificial, han realizado también importantes aportaciones (Churchland-1992).

La contribución de las ciencias biológicas al estudio de la mente humana es lo que se revisa en este capítulo.

No cabe duda de la relación entre la conciencia, entendida como la capacidad de experimentar experiencias subjetivas, y el funcionamiento cerebral en los seres vivos.

La experiencia subjetiva incluye sensación, percepción, emociones y pensamiento. En el caso de la visión, por ejemplo, los fotones inciden en la retina, desencadenando una serie de impulsos nerviosos que activarán las redes neuronales de la corteza visual del cerebro. **Se conocen relativamente bien los procesos fisiológicos implicados en la percepción visual pero la manera en que estos procesos se traducen en experiencia subjetiva nos es totalmente desconocida.** ¿Cómo dan lugar a la conciencia los procesos físicos del cerebro?

Existen diversas teorías sobre la conciencia. La teoría de la identidad la considera un mero subproducto de la actividad cerebral. La actividad de los centros cerebrales y los procesos mentales serían una misma cosa y el conocimiento detallado del funcionamiento neuronal sería suficiente para explicar la conciencia y la mente.

Los materialistas emergentistas consideran la conciencia como una propiedad emergente del sistema nervioso. La mente sería un proceso, producto de la actividad global del sistema altamente complejo que es el cerebro, y podría interactuar con éste

modificando su función. El conocimiento de la función neuronal sería necesario pero no suficiente para explicar la mente.

Por último, los interaccionistas dualistas sostienen que mente y cerebro son entidades diferentes aunque relacionadas e interactuantes. El cerebro sería una máquina animada por una mente inmaterial. El dualismo sostiene la existencia de distintos niveles de calidad.

Todas las hipótesis pertenecen aún al ámbito de la filosofía. Sin embargo, aunque nuestros conocimientos actuales no nos permiten saber cómo se produce la percepción consciente, sí se conocen cada vez mejor los correlatos neurales de la conducta y cognición. Una comprensión básica del funcionamiento cerebral es imprescindible para entender la mente.

El cerebro humano

El cerebro humano, el objeto más complejo del universo conocido, pesa de promedio 1.350 gramos. Está constituido por cien millones de células nerviosas o neuronas, rodeadas por células gliales que ejercen, entre otras, funciones de sostén y alimento.

Del cuerpo neuronal parten dos tipos de prolongaciones: el axón, encargado de transmitir a otras células los impulsos nerviosos y las dendritas, que establecen conexiones o sinapsis con otras neuronas. El número promedio de sinapsis en el ser humano es del orden de 100 billones.

Cuanto mayor sea el número de sinapsis en un sistema nervioso, mayor será su capacidad de procesar información, aspecto en el que el cerebro humano supera ampliamente al de los demás animales. Durante la vida embrionaria las neuronas se establecen bajo control genético. Sin embargo, **durante el desarrollo posterior la selección y formación de sinapsis depende, en parte, de los impulsos nerviosos desencadenados por estímulos externos e internos.** La actividad neuronal altera el número y localización de las sinapsis. Aquellas que no se utilizan se atrofian. Por el contrario, en los circuitos cerebrales más utilizados se refuerzan las sinapsis ya existentes y la formación de otras nuevas. El aprendizaje modifica parcialmente la anatomía cerebral.

La comunicación entre neuronas se establece mediante los neurotransmisores, de los que se conocen más de cincuenta. Algunos como el GABA, inhiben el disparo neuronal. Las benzodiazepinas potencian la acción del GABA induciendo efectos sedantes y relajantes. Otros como el glutamato, son excitadores.

Ateniéndose al punto de vista evolutivo, Mac Lean divide el cerebro en reptiliano, paleomamífero y neomamífero.

El cerebro reptiliano, constituido por tronco, hipotálamo, tálamo y ganglios basales, alberga los mecanismos básicos de reproducción y autoconservación. A ellos podríamos añadir la médula espinal que, a través de los nervios periféricos, recibe

información sensorial y controla la contracción muscular. Filogenéticamente muy antiguo, lo compartimos con reptiles, anfibios y peces.

El hipotálamo está constituido por diversos núcleos que controlan el hambre, saciedad, sueño, impulso sexual y regulación de la temperatura corporal, así como algunos aspectos de la conducta emocional. El tálamo modula la actividad del neocórtex. La función principal de los ganglios basales es motora, regulando las secuencias de movimientos complejos. Intervienen también en la formación de hábitos, un tipo primario de aprendizaje no basado en el conocimiento ni en recuerdos conscientes.

El cerebro paleomamífero, que todos los mamíferos comparten, comprende el sistema límbico y la corteza olfatoria. El sistema límbico, muy desarrollado en los mamíferos, aparece ya en anfibios y reptiles en forma de corteza de tres capas alrededor del extremo superior del tronco encefálico. La mayor parte de este sistema se relaciona con las emociones y las respuestas automáticas a ellas asociadas e influye y es influido por el córtex prefrontal.

El cerebro neomamífero o neocórtex, filogenéticamente reciente y poco desarrollado en los mamíferos más arcaicos, alcanza su mayor desarrollo en algunos cetáceos (delfines), en los primates y, sobre todo, en el ser humano. **Sus circuitos no están totalmente codificados por el genoma y dependen en parte de influencias del medio.** Su actividad, influida por los estratos más antiguos, es responsable de la producción de imágenes mentales mediante percepción o memorización y, en el hombre, del nivel simbólico, base del pensamiento conceptual.

Consta de seis capas de neuronas, denominadas sustancia gris. Por debajo de ésta se encuentra la sustancia blanca, formada por axones, que constituyen las vías de asociación entre distintas áreas cerebrales.

La corteza se encuentra plegada formando surcos y circunvoluciones. Constituye el 80 % del cerebro humano y, desplegada, ocuparía una superficie de 4.000 cm², equivalente a la de cuatro folios. La del chimpancé, nuestro pariente más cercano, ocuparía un folio, la del mono una tarjeta postal, mientras que la de una rata equivaldría a un sello de correos.

El córtex está constituido por dos hemisferios, izquierdo y derecho, subdividido cada uno de ellos en cuatro lóbulos: frontal, parietal, temporal y occipital. Dichos lóbulos se subdividen en diversas áreas relacionadas con distintas funciones, las cuales están interconectadas, influyéndose mutuamente.

Las denominadas áreas primarias, como la visual, la auditiva y la motora, reciben y envían impulsos. Las áreas secundarias o de proyección-asociación procesan e integran la información proveniente de las áreas primarias. Las áreas terciarias están relacionadas con formas complejas de la actividad mental. Entre éstas últimas, destaca, en el ser humano parte del córtex parietal que interviene en la vigilancia para formular planes e intenciones, en controlar la conducta, basándose en la combinación de la conciencia del mundo actual con la recuperación inmediata de la memoria almacenada, y en verificar sus resultados.

Una característica distintiva del cerebro humano es la asimetría funcional entre ambos hemisferios. Las capacidades lingüísticas, por ejemplo, están localizadas en el izquierdo. Dado también que la mayoría de nosotros somos más hábiles con la mano derecha que él controla, se le ha denominado hemisferio dominante. Sin embargo, el hemisferio derecho presenta una amplia serie de especializaciones, tales como la percepción de melodías y dibujos en perspectiva y habilidad espacial. El córtex cerebral derecho interviene en la expresión de las emociones y en el reconocimiento de éstas en los demás. Pacientes con lesiones en el hemisferio derecho pueden comprender el significado de una frase, pero no reconocer si ésta se dice con ironía o enfado.

Estudios efectuados por Sperry, Bogen, Gazzaniga y otros (1995), sugieren que cada hemisferio procesa la información de una manera distinta. El izquierdo parece operar en forma lógica y analítica. El derecho, por el contrario, es un sintetizador, que elabora un conjunto a partir de sus partes.

El cerebro es el producto de centenares de millones de años de evolución siguiendo las leyes de la herencia y la selección natural y su función básica es la supervivencia del individuo y su reproducción. Conocer cómo se produjo dicha evolución y a qué circunstancias tuvo que adaptarse puede contribuir a una mejor comprensión de la mente humana.

Evolución del cerebro humano

El ser humano pertenece al orden de los primates y a la clase de los mamíferos. Estos evolucionaron a partir de reptiles ancestrales hace 150 millones de años. Además de la homeotermia, la lactancia y el cuidado de las crías, los mamíferos se caracterizan por tener un cerebro entre 10 y 100 veces más pesado que el de un reptil de tamaño equivalente.

Los primates aparecieron hace 50 millones de años, descendientes de insectívoros que se adaptaron a una alimentación omnívora, que incluía la depredación de insectos, y a la vida en los árboles, lo que requería una precisa coordinación mano-ojo y un incremento de la capacidad visual y auditiva, que condujo a un incremento del tamaño y complejidad cerebral. Su dieta supuso también un aporte energético que a su vez permitió el incremento del tamaño cerebral (Martín, 1994).

El aumento del tamaño cerebral en los primates depende también de su rica vida social (Humphrey). La relación del neocórtex con el resto del cuerpo (neocórtex-ratio) tiene relación con el tamaño del grupo y la capacidad de manipulación social (Byrne, 1995).

Los primeros homínidos fueron los *Australopithecus*, de los que se conocen cinco especies: *A. anamensis*, *A. afarensis*, *A. africanus*, *A. robustus* y *A. boisei*. De altura comprendida entre 1 y 1,5 metros y capacidad craneal parecida a la de los actuales antropoides (entre 380 y 500cc.), caminaban erguidos, eran vegetarianos y no existen evidencias claras de fabricación de útiles. Vivieron en las sabanas y bosques del Este

y Sur de Africa, en el periodo comprendido entre más de 4 millones y 1 millón de años antes del presente.

El *Homo habilis* fue el primer miembro de nuestro género. Probablemente descendiente de poblaciones de *A. afarensis* o *A. africanus*, vivió en el Este y Sur de Africa hace entre 2,6 y 1,6 millones de años. Su capacidad craneal oscilaba entre 650 y 800 cc. y fue el primer fabricante de instrumentos líticos, todavía muy sencillos.

Los ejemplares más antiguos han sido encontrados en el Este de Africa y tienen una antigüedad de 1,8 millones de años. Hace más de un billón de años emigraron a Asia, donde persistieron hasta hace 250.000 años. De altura parecida a la del hombre moderno, su capacidad craneal oscilaba entre 775 y 1.225 cc. Comenzaron ya a desarrollar técnicas de caza e iniciaron la utilización del fuego.

Posiblemente descendientes del *H. Erectus*, los *Homo sapiens* arcaicos aparecen en Europa, Asia y Africa hace entre 300.000 y 250.000 años, con una capacidad cerebral similar a la nuestra. Fueron capaces de sobrevivir a los duros climas glaciares de Euroasia y mejoraron las técnicas de caza enfrentándose a grandes animales como bóvidos y cérvidos. El más conocido de ellos es el hombre Neandertal, que sobrevivió en el Sur de Europa hasta hace 30.000 años.

El *Homo sapiens* moderno evolucionó probablemente en Africa hace más de 100.000 años. Colonizó parte de Asia hace 60.000 años y se estableció en Europa hace 40.000. Su capacidad craneal oscila entre 1.000 y 2.000 cc., siendo en promedio de 1.350 cc. Vivió como cazador-recolector durante la mayor parte de su historia, iniciando el arte en forma de esculturas, pinturas y adornos personales hace entre 60.000 y 40.000 años. La transición a la agricultura tiene lugar hace entre 10.000 y 5.000 años.

En la evolución humana se observan dos aumentos no alométricos del tamaño cerebral, es decir, no relacionados con el incremento del tamaño del cuerpo: el primero en *Homo habilis* y el segundo en *Homo sapiens*.

Factores que pudieron influir en la evolución del cerebro

Una serie de factores, todavía no bien conocidos, pudieron haber influido en el espectacular aumento de tamaño y capacidad cerebral acaecido en el ser humano. Dichos factores actuaron probablemente como el proceso de “*feedback*” positivo en el que cada cambio de una variable o componente de un sistema lleva a cambios positivos en otros componentes, los cuales a su vez refuerzan a los primeros, que al mejorar llevan a una mejora de los segundos y así sucesivamente. (Wilson, 1985).

La selección para la adaptación a nuevos desafíos ecológicos y sociales llevaría a la aparición de nuevas estructuras mentales. Éstas pueden favorecer la supervivencia de su poseedor e incrementar su descendencia. Al cabo de varias generaciones dichas estructuras se habrán extendido por toda la población, constituyendo rasgos típicos de la especie (Cosmides y Tooby).

¿Cuáles fueron, pues, las presiones selectivas que contribuyeron a un aumento de tamaño y complejidad cerebral en los homínidos? Las sociedades antropoides y las sociedades humanas más simples (cazadores-recolectores) presentan las siguientes diferencias: Contrariamente a los antropoides, *Homo* es bípedo, se comunica mediante el lenguaje a través del cual intercambia información y regula las relaciones sociales dispone de campamentos base o lugares de reunión temporales o permanentes, los alimentos no se consumen “in situ” sino que se transportan al lugar de residencia, existe una división del trabajo (machos, carroñeros y caza; hembras, recolección), se utilizan útiles para la obtención de alimentos y éstos son compartidos e intercambiados (el reparto de carne se da también ocasionalmente en los chimpancés).

Hace más de dos millones de años, se produjo una importante sequía en las regiones ecuatoriales de África que propició la extensión de las sabanas, con disminución de recursos vegetales y proliferación de grandes herbívoros, lo que indujo probablemente un aumento del consumo de carne en los homínidos. La obtención de carne depende en gran parte de la suerte y de la cooperación con otros individuos. Compartirla es beneficioso: altruismo recíproco. Los homínidos no estaban físicamente adaptados como depredadores, careciendo de atributos como fuerza y velocidad y de armas naturales, como colmillos y garras, lo que debió estimular la necesidad de cooperación para obtener recursos, propiciando a su vez un aumento de la comunicación: cualquier avance en el intercambio de aceptación que se produjera en un grupo, representaría una ventaja selectiva crítica frente a otros grupos.

La cooperación, el intercambio de alimentos y la división del trabajo, al promover mejoras en la comunicación, propiciaron una mayor complejidad en las relaciones sociales con respecto a las existentes en cualquier sociedad primate. La existencia de campamentos base permitió también la recuperación de enfermos y heridos, imposible en una sociedad totalmente nómada. Todo ello condujo a un aumento de la supervivencia, y por tanto de la población, y propició la emigración a zonas templadas y frías (*Homo erectus*), donde fueron necesarias la utilización del fuego y de pieles como abrigo, y la adaptación a modos de vida altamente variables, promoviendo una mayor flexibilidad de la conducta.

Otros factores pudieron contribuir, probablemente, al incremento del tamaño y complejidad cerebral en el ser humano. Por el momento, y en base a las pruebas proporcionadas por la paleoantropología, la arqueología y la etología, puede afirmarse con seguridad, que en los últimos dos millones y medio de años, y **coincidiendo con el aumento del consumo de carne, la división del trabajo, la fabricación de útiles líticos y el reparto de alimentos, se produjeron intensas presiones selectivas que favorecieron mejoras en la capacidad de comunicación y transmisión de información y culminaron con el desarrollo del lenguaje.**

El lenguaje fue el factor más importante en la evolución cerebral humana. Ignoramos cómo apareció, aunque probablemente fue desarrollándose gradualmente hasta llegar a su estado actual.

La planificación cerebral de movimientos balísticos, como arrojar y golpear, pudo contribuir a la promoción del lenguaje, la habilidad musical y la danza (Calvin, 1994), constituyendo lo que Darwin denominaba “cambio funcional de continuidad

anatómica”. El córtex izquierdo especializado en secuenciar es superponible al córtex relacionado con la comprensión y expresión del lenguaje. La progresiva fabricación, manipulación y utilización de útiles, puede estar por lo tanto relacionada con la capacidad lingüística.

El lenguaje consiste en el reemplazo de “un fonema igual a un significado”, por un sistema combinatorio secuencial de fonemas. El ser humano utiliza 50 fonemas, 100.000 palabras y una cantidad infinita de frases.

Diversas pruebas anatómicas y arqueológicas favorecen la hipótesis de que el lenguaje complejo solo apareció en el *Homo sapiens*.

Aparte de su utilidad en la comunicación el lenguaje constituye, según Jerison (1976), una nueva contribución neural a la construcción del mundo interno. La capacidad creciente de lenguaje, según este autor, es la principal responsable de la triplicación del volumen cerebral en el ser humano.

Bases biológicas de la conducta humana

La interacción de gran número de agentes capaces de pensamiento simbólico incrementó exponencialmente el intercambio de información, llegándose con mucha mayor rapidez a la adquisición de nuevos conocimientos. Ello dio lugar a una nueva propiedad emergente: la cultura o mente social.

El cerebro humano es un producto de evolución genética, pero dicha evolución tuvo lugar en un ambiente cultural durante los últimos dos millones de años. **La conducta social humana se transmite mediante la cultura, producto a su vez de la interacción de la información externa con la actividad cerebral.** Es posible que ciertas predisposiciones cerebrales influyan y encaucen la evolución cultural, entre ellas la percepción sensorial, formación de fonemas y predisposición a aprender ciertas cosas y no otras (Wilson, 1985). Los cambios culturales afectan a su vez las propiedades cerebrales. La mente humana es producto de la interacción genética y cultural.

Diferentes individuos con diferentes genotipos tienen distintas posibilidades de sobrevivir y reproducirse, según su grado de adaptación a determinadas condiciones ambientales. La selección natural no condiciona la supervivencia de los “más aptos”, sino de los mejor adaptados a un ambiente concreto. Las características biológicas que confieren dicha adaptación podrían resultar perjudiciales en un ambiente distinto.

El ser humano depende casi totalmente de la cultura. Ésta, objeto de la antropología social, propone significado, valores, reglas y comportamientos y ayuda a interpretar el mundo social y cósmico. La cultura transmitida por aprendizaje sería imposible sin la capacidad comunicativa y simbolizadora del ser humano. A diferencia de la lenta evolución biológica, dependiente de la mutación y selección, la evolución cultural es lamarckiana, es decir, existe una transmisión de “caracteres adquiridos” o innovaciones culturales no sólo a la descendencia, sino a toda la sociedad. Las innovaciones que dan lugar a una mejor adaptación son seleccionadas

a la larga. La evolución cultural es pues incomparablemente más rápida que la biológica.

Dado que las creaciones culturales como la tecnología, la higiene, la medicina y la ética, permiten la supervivencia y reproducción de todos aquellos individuos que no están gravemente discapacitados, muchos de los cuales no hubieran resistido las duras condiciones de nuestros antepasados, la cultura nos hace a casi todos iguales en cuanto a la capacidad de transmitir nuestros genes. Debido a ello, la evolución biológica del *H. sapiens* se va a producir en el futuro a un ritmo mucho más lento.

A pesar de la gran importancia del hecho cultural en nuestra especie, no conviene despreciar la influencia de los factores genéticos en la conducta. Los psicólogos han demostrado una heredabilidad elevada en factores tales como extroversión-introversión, tempo personal, actividades psicomotrices y deportivas y tendencia a la dominancia. Parece existir un control genético parcial para muchos de nuestros impulsos, necesidades, propensiones y capacidad de aprender.

Los genes predisponen a determinadas conductas pero no las determinan. La compleja conducta del ser humano es el resultado de la interacción entre la dotación genética y la experiencia. La herencia no determina conductas fijas sino que influye en los procesos de desarrollo (Dobzhansky, 1978).

Durante el 99% de nuestra historia hemos vivido como cazadores-recolectores (90% si nos atenemos al Homo sapiens moderno). Aunque sin duda se han producido algunas modificaciones genéticas en el ser humano desde el inicio de la agricultura hace 10.000 años, dicho espacio de tiempo es muy breve en términos evolutivos, por lo que éstas deben ser mínimas.

Como dice el psiquiatra David Hamburg, *“la mejor reliquia que tenemos del hombre prehistórico es el hombre moderno”*. El ser humano, aunque increíblemente adaptable, fue básicamente diseñado por la selección natural para adaptarse a un tipo de vida cazador-recolector.

Varios de nuestros impulsos, necesidades y propensiones tomaron forma en esta etapa de la formación de la humanidad. Destacan sobre ellos la territorialidad, el tribalismo o tendencia a pensar en nuestro propio grupo como distinto, las reacciones agresivas, los impulsos sexuales, el cuidado de los hijos, las necesidades de pertenencia a un grupo y de consolidación de lazos interindividuales, los impulsos estéticos y las tendencias a la cooperación, amistad, afecto y empatía. Estas tendencias resultan ventajosas para la supervivencia y reproducción y muchas son agradables. Son fáciles de aprender, difíciles de olvidar y si se impiden se produce tensión, ira, actividades sustitutivas y a la larga trastornos emocionales y afectivos (Hamburg). Existen evidencias de que éstos están aumentando en el mundo industrializado y aparecen cada vez a una edad más temprana.

Estudios llevados a cabo en sociedades preliterarias de Nueva Guinea no lograron, al parecer, encontrar casos de depresión o ansiedad crónicas, aunque sí constataron la existencia de casos agudos y de psicosis. Los niveles de cortisol, cuyo aumento se asocia con la depresión o el estrés continuado, son significativamente más bajos entre

los habitantes de Samoa que entre los de sociedades tecnológicamente avanzadas (Wright, 1984).

Nuestra adaptabilidad es enorme pero no infinita. El entorno que rodeó nuestra evolución implicaba baja densidad de población, ejercicio físico intenso, alimentación pobre en grasas, estrés ocasional (depredadores, lucha), cambios sociales y tecnológicos lentos y vida en grupos, de cuyos miembros se recibía apoyo material y emocional. Dichas condiciones distaban, sin embargo, de ser paradisíacas, existiendo periodos de hambre ocasional y frecuentes infecciones y traumatismos. Pocos de nuestros antepasados lograban llegar a los 50 años.

Actualmente, el estrés sostenido, especialmente en las grandes ciudades, también puede estar actuando negativamente. Ante una amenaza, el sistema límbico inicia una reacción de “lucha o huida”, preparándose el organismo para la acción: se produce una descarga adrenérgica, se liberan grasas y azúcares en sangre y aumenta la tensión arterial. El ser humano actual se prepara para la acción pero, a diferencia de lo que le ocurría a sus antepasados enfrentados a un enemigo depredador, ésta no se produce. Las grasas liberadas, no metabolizadas mediante ejercicio físico, se depositan en las paredes arteriales, favoreciendo la aparición de enfermedades cardiovasculares. El estrés sostenido, mediante el aumento de liberación de cortisol, favorece también la degeneración de las neuronas del hipocampo, relacionadas con la memoria.

Todo ello nos hace pensar si el ser humano no estará fuera de lugar en la sociedad tecnológica que ha creado (Dubos, 1975), aunque no cabe duda de que obtiene de ella innumerables ventajas.

El conocimiento del entorno ecológico y social en que evolucionaron nuestros antepasados, y al que sus organismos tuvieron que adaptarse moldeando su genoma y cerebro puede ayudarnos a comprender mejor nuestros requerimientos físicos y necesidades, impulsos y propensiones mentales. Del mismo modo que diversas enfermedades cardiovasculares pueden ser prevenidas mediante ejercicio y dieta correctos, para lo que fueron seleccionados nuestros organismos, algunos trastornos mentales podrían tal vez ser prevenidos mediante estilos de vida más adecuados.

El estudio de la evolución humana no sólo es tema para naturalistas y eruditos, sino que puede tener aplicaciones prácticas en medicina y psiquiatría preventivas, ayudando a crear condiciones que tiendan a satisfacer las necesidades humanas básicas, sin renunciar a los indudables beneficios que nuestra cultura nos ha aportado.

Cerebro y drogas

Prácticamente todas las sociedades conocidas, utilizan sustancias químicas capaces de alterar la función del sistema nervioso e influir en el estado de ánimo, emociones y conciencia.

Una de las más antiguas, y tal vez la más generalizada, es el alcohol, mencionado ya en tablillas de 5.000 años de antigüedad encontradas en Mesopotamia. El opio se utilizó también en Mesopotamia y en el antiguo Egipto para tratar el dolor, mientras que el cannabis se usaba hace más de 3.000 años en rituales religiosos hindúes.

Las drogas psicodélicas son utilizadas por los chamanes de diversas sociedades tradicionales (indios americanos, bosquimanos, etc.) sin ninguna relación entre sí, por lo que es probable que su uso se remonte a miles de años. El arqueólogo Lewis-Williams cree que gran parte de las pinturas rupestres de bosquimanos y otros pueblos cazadores-recolectores, podrían tratarse de imágenes entópticas, producto del sistema nervioso humano en estado alterado de conciencia, lo que indicaría el uso de drogas psicodélicas hace más de 20.000 años. Algunas drogas tienen interés terapéutico y se utilizan como medicamentos en el tratamiento del dolor, psicosis y trastornos emocionales. Otras se usan como medio de evadirse de la realidad, alterando la percepción de las sensaciones propias y del entorno.

Las drogas que actúan sobre el sistema nervioso central han contribuido a la comprensión del funcionamiento cerebral. Por ejemplo, las benzodiacepinas a dosis bajas, disminuyen la ansiedad sin producir somnolencia, lo que sugiere que el sistema cerebral de alerta difiere del sistema relacionado con la ansiedad.

Las drogas influyen en la neurotrasmisión de varias maneras: liberando el neurotransmisor de las vesículas donde está almacenado, bloqueando la liberación de éste, inhibiendo las enzimas que lo sintetizan, inhibiendo su recaptación, bloqueando las enzimas que lo degradan, uniéndose a los receptores postsinápticos e imitando y bloqueando su efecto, y facilitando u obstaculizando la actividad de los segundos mensajeros en la neurona postsináptica. (Snyder).

Las benzodiacepinas potencian la acción del GABA induciendo efectos sedantes y relajantes. Las endorfinas y encefalinas son neuromoduladores parecidos a los opiáceos exógenos. Se unen a los receptores neuronales para opiáceos inhibiendo la transmisión del dolor, proceso en el que también interviene otro neurotransmisor, la serotonina. Inducen también sensaciones placenteras. Los opiáceos exógenos producen efectos similares pero de intensidad mucho mayor.

Las drogas psicodélicas poseen estructuras parecidas a las de ciertos neurotransmisores como la serotonina, la noradrenalina y la dopamina y afectan a su transmisión. El LSD puede bloquear los receptores de serotonina. Otras afectan a la función de las neuronas noradrenergéticas, que regulan nuestro comportamiento ante los estímulos, proporcionando colorido emocional a los datos sensoriales, influyendo en el nivel de conciencia. Las drogas psicodélicas producen distorsiones perceptuales y también, la pérdida del sentido de la propia personalidad o disolución del ego. Uno de sus efectos es la sinestesia o transmutación de las sensaciones: el sonido puede experimentarse como visión y el tacto como sonido, por ejemplo.

Se han encontrado receptores para la nicotina, los cannabinoides (marihuana) y las benzodiacepinas en el sistema nervioso central. La cocaína potencia la acción del neurotransmisor dopamina inhibiendo su recaptación, y también aumenta la actividad de noradrenalina y serotonina. La hipertensión arterial y el aumento de la vigilancia

que produce la droga se deben a la acción de la noradrenalina, mientras que la dopamina parece intervenir en la producción de sensaciones placenteras.

La dopamina podría ser un neurotransmisor responsable de los efectos agradables de muchas drogas, entre ellas anfetaminas, alcohol, opiáceos y nicotina. Diversas drogas adictivas es probable que induzcan la liberación de dopamina, que actúa sobre los sistemas de recompensa situados en el sistema límbico y el córtex prefrontal. Tras el uso continuado de una droga, puede disminuir el número de receptores de aquellos neurotransmisores cuya liberación aumenta ésta. Cuando el número de receptores dopaminérgicos es bajo, aparecen somnolencia y anhedonia o incapacidad para experimentar placer.

Un alto porcentaje de drogodependientes presentan trastornos emocionales previos al uso de la droga, existiendo la posibilidad de que éstas, por su capacidad para modificar los niveles de neurotransmisores, fueran utilizadas por algunos de ellos como “automedicación” para corregir estados de displacer.

Bibliografía

Especialmente recomendados:

- Calvin V.H. (1994) *Aparición de la inteligencia*. Investigación y Ciencia.
- Campbell B. (1992) *Humankind emerging*. 6ª De. Harper-Collins.
- Changeux J.P. y Chavaillon J. (1996) *Origins of the human brain*. Oxford University Press.
- Damasio A. (1996) *El error de Descartes*. Crítica.
- Falk D. (1992) *Braindance*. Henry Holt and Co.
- Fisbach G.D. y otros (1993) *Mente y cerebro*. Libros de Investigación y Ciencia, Prensa Científica SA.
- Leakey R. y Lewin R. (1994) *Nuestros orígenes*. Crítica.
- Lewin R. (1993) *The origin of modern humans*. Scientific American Library.
- Sagan C. (1979) *Los dragones del Edén*. Grijalbo.

Otras lecturas de interés:

- Barkow, Cosmides y Tooby (1992) *The adapted mind*. Oxford University Press.
- Barraquer Bordas LL. (1995) *El sistema nervioso como un todo*. Paidós.
- Bertranpetit J. (Selección de) (1993) *Orígenes del hombre moderno*. Libros de Investigación y Ciencia, Prensa Científica SA.
- Bunge M. (1985) *El problema mente-cerebro*. Tecnos.
- Byrne R. (1995) *The thinking ape*. Oxford University Press.
- Churchand P.M. (1992) *Materia y conciencia*. Gedisa.
- Dobzhansky T. (1978) *Diversidad genética e igualdad humana*. Labor.
- Dubos R. (1975) *El hombre en adaptación*. Fondo de Cultura Económica.
- Gazzaniga M.S. (Ed.) (1995) *The cognitive neurosciences*. The MIT Press.
- Gazzaniga M.S. (1993) *El cerebro social*. Alianza.
- Humphrey N. (1993) *La mirada interior*. Alianza.
- Jerinson H.J. (1976) *Paleoneurology and the evolution of mind*. Scientific American.

- Kold B. y Whishaw I.Q. (1986) *Fundamentos de neuropsicología humana*. Labor.
- Lorenz K. (1993) *La ciencia natural del hombre*. Tusquets.
- Martin R.D. (1994) *Capacidad cerebral y evolución humana*. Investigación y Ciencia.
- Nesse R. y Willians G.C. (1994) *Why we get sick*. Random House Inc.
- Pinker S. (1994) *The language instinct*. William Morrow and Co.
- Tobias P.V. (1980) *L'évolution du cerveau humain*. La Recherche.
- Wilson E.O. y Lumsden C.J.(1985) *El fuego de Prometeo: reflexiones sobre el origen de la mente*. Fondo de Cultura Económica.
- Wright R. (1994) *The moral animal*. Randon House Inc.

CAPÍTULO 7

DIMENSIÓN RELACIONAL

Tre Borrás, Xavier Colle y Nuria Magrí

Introducción histórica

La Teoría Sistémica, a la que nos referiremos para tratar desde la dimensión relacional el fenómeno del uso de sustancias por los individuos y más concretamente, sus usos vinculados a situaciones de malestar, tanto de los usuarios como de su red social, tiene como principales referentes teóricos disciplinas, entendidas como ciencias terapéuticas, que en ocasiones pueden parecer lejanas a la psicología y a la medicina. Entre ellas destacaremos como fundamentales, la Teoría General de los Sistemas de Ludwig von Bertalanffy (1976), y las Teoría, de la Comunicación y la Cibernética, de N. Wiener y C. Shannon (1948). Éstas fueron catalizadas por la Escuela de Palo Alto y por otros investigadores, con el objetivo de proponer una primera teoría sistémica de la familia y su implicación en las alteraciones psicopatológicas de sus miembros (Salem, 1990). Como pasos imprescindibles en la dirección de la Cibernética de segundo orden, no podemos descuidar el papel fundamental de Bateson (1972), de Jakson, y de Watzlawick (1985) y la publicación de la Teoría de la Comunicación Humana. Los modelos posmodernos construccionistas darán lugar a las metodologías terapéuticas centradas en las narrativas (Sluzki 1996).

El modelo relacional-sistémico y las drogodependencias

En este modelo se entiende al individuo en constante interacción con su entorno, ello conlleva un intercambio complejo en el doble sentido de internalización y externalización, instrumentado a través del lenguaje y los sentidos. Es a través de estos flujos que se producen los procesos de identificación y construcción de las narrativas que dan identidad al individuo, debido al intercambio continuado con sus sistemas de pertenencia. En el sistema familiar nos encontramos con una historia evolutiva que se va construyendo a través de las diferentes fases del ciclo de vida familiar, en el cual también inciden la estructura y dinámica de las familias de origen, y la influencia del entorno, tanto del más inmediato, como del social más amplio (Stanton, 1985). Todos estos procesos se rigen por normas, reglas y mitos propios del sistema familiar, y los que definen las Representaciones Sociales del medio sociocultural en el que tiene lugar, que en ocasiones no coinciden con las de referencia de origen.

Dichas relaciones de interacción las podemos leer o descodificar en términos verbales, para atender a las reglas y retroacciones que producirán situaciones homeostáticas y de

crisis, que serán el objeto de interés y atención para el observador-coparticipante (terapeuta). Éste tendrá como objetivo la concreación de nuevas relaciones o narrativas, facilitadoras de cambio en los individuos, sistema familiar o redes sociales implicadas.

El modelo relacional y las drogodependencias

Una referencia obligada en este tema, es la investigación realizada por Stanton, Todd y colaboradores en la Philadelphia Child Guidance Clínic (1974-1981), proyecto que surgió tras **la observación y cuantificación de datos en relación a pautas interaccionales de los usuarios de drogas con sus familias de origen**. Para llevar a cabo el trabajo se tomaron datos de otros autores como Vaillant o Perzel y Lamon. Destacan, entre otros, el alto índice de contacto habitual entre los adictos, aparentemente independientes, con sus progenitores o núcleo familiar, y determinan, a su vez, una serie de parámetros que aparecen de forma reiterativa, como: **la primacía de la familia de origen sobre la familia de procreación; la seudoindividuación; la funcionalidad del síntoma en el equilibrio homeostático frente a una situación de conflicto en la relación conyugal en la pareja parental; o el rol de figura puente del adicto en el fenómeno de aculturación y disparidad cultural padres-hijos, que se presenta en situaciones de inmigración** (Stanton, 1985).

Paralelamente, en Europa, L. Cancrini focaliza la atención en la variedad de razones personales subyacentes al consumo repetido de drogas y también en la reacción de sus familias. Sistematizó datos relacionados con el historial del caso del adicto con sus características a propósito de su interacción con su familia, las drogas y los servicios terapéuticos. Todo ello se lleva a cabo a partir de un contacto directo en las escenas de consumo, y la búsqueda de relaciones significativas que inciden en el mantenimiento de dicha adicción, con el propósito de poder definir repuestas desde marcos y niveles diferentes de intervención, que se adecuan en función de las características relacionales del síntoma, a nivel individual, familiar y/o social.

A partir de esta aproximación, sus hipótesis se plantean desde los siguientes puntos de vista:

- a) El de aquél que observa y describe la organización y los modelos comunicativos de la familia del toxicodependiente.
- b) El de aquél que observa y describe la organización psicológica del toxicómano, los mecanismos de defensa y los rasgos de carácter que definen su modo de comportarse y su personalidad; además de las formas de la emergencia subjetiva sobre las que la droga tiene efectos “terapéuticos”.
- c) El de aquél que observa y describe las características de los comportamientos del toxicómano que se habitúa a la droga (selectividad en el uso de fármacos, riesgo de sobredosis, niveles de atención/desatención hacia las consecuencias físicas y/o interpersonales de la habituación; tendencia a la dramatización o a la minimización de los datos referentes a la toxicomanía; capacidad para reconocer, sopesar y “disfrutar” los efectos de los fármacos, etcétera).

d) El de aquél que observa y describe las modalidades de la relación que el toxicómano y/o sus familiares, tienden a establecer con los asistentes y/o con los servicios que se ocupan de ellos (selección formal e informal, recíproca, de los casos entre terapeutas y pacientes, trampas en las que caen más a menudo los terapeutas, etc.).

El de aquél que, analizando el proceso, sopesa la utilidad real de unos métodos terapéuticos distintos.

Las principales categorías que se establecen de acuerdo con estos criterios son:

- A. Toxicomanías Traumáticas**
- B. Toxicomanías a partir de Neurosis Actual**
- C. Toxicomanías de Transición.**
- D. Toxicomanías Sociopáticas**

A) Toxicomanías traumáticas

Corresponden a este cuadro aquellas situaciones en las que el uso de droga cubre una forma de malestar perteneciente al área de las reacciones. **El uso de drogas acontece súbitamente tras un suceso luctuoso, como la pérdida de una persona querida o también, en cierto número de casos, cuando se pierde la fe en una idea o en una persona o grupo de personas.**

Se trata de personas con una gran dificultad para verbalizar la experiencia vivida, dentro de una relación interpersonal percibida como fiable o segura. **Puede que en la familia exista un patrón de evitación de proceso de elaboración del duelo.** En otras ocasiones se trata de un hijo ejemplar con rol parental, que está más ocupado en resolver los problemas del resto de la familia que en buscar ayuda o soporte para él mismo. Puede tratarse de un joven adolescente o adulto que se enfrenta con el evento traumático, en el momento más crítico de la individuación y el vínculo, no puede volver atrás y aún no ha creado relaciones afectivas significativas con las que compartir la experiencia del dolor y del duelo.

La toxicomanía llega a ser en estos casos, rápidamente, un problema importante. Cambia el estilo de vida de una persona que anteriormente había presentado buenos niveles de integración escolar, laboral y relacional. Utiliza la droga de una forma compulsiva y autodestructiva para no pensar, para olvidar el dolor de la pérdida.

B) Toxicomanías de neurosis actuales

Este tipo de toxicomanías encubre un trastorno que corresponde al área de las neurosis (neurosis fóbica, histeria, neurosis obsesiva y carácter neurótico).

En estos toxicómanos encontramos una cierta inestabilidad en el comportamiento anterior al uso de la droga, pero sobre todo una implicación extrema en conflictos relacionados con la familia, con tonos emotivos depresivos.

El malestar al que se responde con la droga es mas bien específico: síntomas somáticos diversos, falta de participación activa en las vicisitudes de la propia vida, tendencia al aburrimiento, a la insatisfacción y al nerviosismo.

A nivel de estructura familiar se evidencia un triángulo perverso con una fuerte implicación de uno de los padres (generalmente el de sexo opuesto) y un rol periférico del otro progenitor. Hay debilidad de los límites entre los subsistemas que definen la jerarquía familiar.

Existe la figura del hijo/a toxicómano “malo” en relación a otro hijo/a “bueno”, y el modelo comunicativo se caracteriza por los mensajes contradictorios (no paradójicos), y por la rapidez y violencia en el desarrollo de los conflictos.

C) Toxicomanías de transición

Esta forma de toxicomanía encubre problemáticas pertenecientes al área de los trastornos graves de la personalidad y del carácter. Corresponden a una situación intermedia entre neurosis y psicosis. Desde el punto de vista de la organización familiar se han señalado notables similitudes con las familias en las que está presente una paciente anoréxica.

Se trata de familias en las que las dificultades para desvincularse son importantes, en la medida en que todos están implicados en “juegos familiares”, iniciados ya en el momento del nacimiento de la pareja.

Estas familias se esfuerzan en no definir las relaciones, utilizando frecuentemente mensajes paradójicos o incongruentes. Pueden utilizar la enfermedad para resolver el problema de liderazgo, moviéndose en términos de autosacrificio.

La relación de los progenitores está caracterizada por el apoltronamiento de pareja típica de las familias psicóticas. Ambos padres están implicados en la toxicodependencia del hijo. Existe una polaridad entre el hermano/a toxicómano-fracasado y el exitoso que a menudo es el derivante prestigioso. **En términos de ciclo vital, la toxicomanía es la forma sintomática en que se manifiesta la evitación y el fracaso en el intento de desvinculación del paciente designado de la familia.**

La implicación en la toxicomanía está difícilmente ligada a eventos específicos en la vida de la persona. Lo que se observa es el uso de drogas en el control de la angustia vivida por el toxicómano, con serio riesgo de suicidio cuando se efectúan bruscas interrupciones. Las drogas se utilizan de un modo compulsivo y muy autodestructivo.

D) Toxicomanías sociopáticas

Corresponden al área de los trastornos sociopáticos de personalidad. Son personas con tendencia a expresar el conflicto psíquico mediante el *acting out*. En general existen comportamientos antisociales que preceden al inicio de la toxicomanía, en particular adolescentes y jóvenes adultos que viven en condiciones de desventaja

social y cultural. Aparece una rápida y natural asimilación de la toxicomanía dentro de un estilo de vida que se adapta bien a ella. El toxicómano tiene una actitud de desafío, comportándose con frialdad y provocación frente un ambiente que percibe como frío y hostil. Hay una subvaloración de los efectos de la droga y de los daños que pueden causar.

Los modelos comunicativos y de organización familiar de este tipo de toxicómano tienen que ver con una profunda y dramática desorganización . En el presente son familias desligadas y en el pasado hubo una inadecuación de las funciones parentales respecto al paciente: intervención de instituciones, madres solas en desventaja socio-económica, abuelas ausentes, progenitores infantiles o con problemas psicopatológicos, padres ausentes obligados a confiar el hijo a otros, etc.

Prácticas sistémicas, del individuo a su red social

La epistemología relacional plantea un enfoque coherente con la definición holística de salud. Lo biológico, lo psicológico y lo social constituyen tres apartados interrelacionados entre sí de manera recursiva, generándose readaptaciones continuas entre ellos.

Si tenemos en cuenta la dificultad que supone integrar los diferentes niveles de la expresión sintomática en toda su amplitud (consumo de sustancias, nivel individual, familiar y social), y le añadimos la participación del observador (profesional) en lo observado, o lo que es lo mismo, en la construcción de esa realidad observada, se subraya la importancia de la relación dialéctica que se establece a lo largo de un proceso terapéutico, y la coparticipación en la construcción de una nueva narrativa.

Complejidad, que a su vez es isomórfica con el entramado relacional que se ha ido configurando en torno al síntoma desde etapas muy tempranas del ciclo vital del individuo, hasta la aparición del mismo y la respuesta que este genera en el sistema familiar.

Se establecen por tanto diferentes patrones comunicacionales, de estructura y organización del grupo familiar de los drogodependientes, correlacionando los procesos de socialización y desarrollo de los hijos con los procesos comunicativos interpersonales, que han puesto en evidencia la presencia reiterada de una serie de características individuales e interpersonales (Albeldo, 1992):

- a) Un alto grado de conflictividad en las relaciones interpersonales.
- b) Las madres de los toxicodependientes masculinos han sido descritas como mujeres hiperprotectoras e indulgentes.
- c) Los padres han sido descritos como individuos débiles y pasivos, o fríos y hostiles, con dificultades de contacto y comunicación con sus hijos.
- d) Los toxicodependientes han sido descritos como sujetos que han fracasado en la superación de la crisis de la adolescencia.
- e) También cobran relevancia, en numerosas investigaciones, los hábitos de los padres en el abuso de alcohol, o en la utilización de fármacos (en particular psicofármacos) en situaciones de estrés.

Estas características que señalaron los primeros autores sistémicos, aprovechando todas aquellas aportaciones del campo relacional que otros autores de diferentes

marcos epistemológicos aportaron, y que L. Cancrini recopila y amplía (a través de su tipología ya descrita, de gran importancia a nivel clínico), no integraban suficientemente la sustancia y sus efectos, ni la relación estrecha creada con el individuo, ni su repercusión en el entorno familiar y social. Quizás el cuestionamiento de la consecución de la abstinencia absoluta, como único y gran objetivo, haya sido determinante para reconocer el valor de la prescripción farmacológica y su utilización en el campo relacional, no tanto como un mecanismo de control del paciente por el profesional si no como un instrumento facilitador para el acoplamiento estructural y la adherencia al tratamiento.

Otro aspecto que aparece como consecuencia de dicho cuestionamiento es que el tratamiento de una farmacodependencia es un largo proceso en el tiempo, durante el cual habrá que ir definiendo objetivos a corto plazo, más pertinentes y adaptados a las posibilidades reales del adicto, y las expectativas familiares y/o de los profesionales que intervengan en cada caso en particular.

Sin profundizar en la intervención sistémica dado que este no es el objetivo de este capítulo, sí creemos interesante plantear, a título de ejemplo, la propuesta de J. L. Linares de intervención con familias multiproblemáticas. Este autor plantea:

“El trabajo a nivel familiar deberá tener en cuenta los espacios emocional, cognitivo y pragmático, respectivamente: a) será muy útil trabajar para ampliar el espacio en el que se comparten emociones, de manera que en él converjan los más variados afectos; b) sin confrontar directamente los valores y creencias familiares, convendrá apuntar a su relativización para que tengan cabida otros nuevos; c) se procurará el desarrollo de ritos familiares que reúnan a los distintos miembros en actuaciones conjuntas.

Con todo ello se estará propiciando una transformación de la familia en la que, probablemente, la organización se hará menos caótica y la mitología crecerá, rica y variada, en beneficio del común patrimonio relacional” (1996: 43).

La epistemología sistémica permite una visión macroscópica sin olvidar lo particular, y facilita la intervención individual sin olvidar la globalidad. Es posible desarrollar una intervención sistémica sin la necesidad de la presencia física de la familia, trabajar con el individuo sin descuidar a la madre que le acompaña, marcando límites entre ambas realidades, o a la hermana prestigiosa que debe ser resituada sin sentirse descalificada, para facilitar la individuación del usuario sin poner en peligro la continuidad del tratamiento, por ejemplo.

Desde dicha epistemología también es posible integrar fácilmente los denominados Programas de Disminución de Riesgo, que resitúan la relación del individuo con la sustancia, otorgando al adicto la corresponsabilidad en la definición de los objetivos de cambio que quiere alcanzar, ya que en terapia sistémica siempre se codefinen los objetivos. La formación desde la perspectiva relacional ayuda a contactar elementos dispersos, a conectar diferentes servicios que participan en un caso particular; facilita el acompañamiento en los distintos momentos del proceso de intervención; permite el lento trabajo de resignificar los relatos del individuo, de la familia y de los profesionales implicados, para obtener un soporte narrativo en el que basar la estrategia de intervención; posibilita la lectura de retroacciones que reorienten los objetivos mínimos a perseguir, y el sostenimiento paciente del proceso pese a los altibajos (Linares, 1996:144).

Bibliografía

Albeldo, M.V. (1992) “Sentimientos relativos a la muerte en familias con pacientes toxicómanos” *XIII Jornadas nacionales de terapia familiar FEATF* .Cáceres.

Alegret, J. y Baulenas, G. (1997) “La intervención” en *La intervención sistémica los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Paidós Terapia, Barcelona

Bateson, G. (1972) *Pasos hacia una metodología de la mente*. Editorial Carlos Lohle, Buenos Aires.

Bertalanffy, L. Von (1976) *Teoría General de los Sistemas*. Fondo Cultura Económica, Madrid.

Cancrini, L. (1991) (Orig. 1982) *Los temerarios en las máquinas voladoras. Estudio sobre las terapias de los toxicómanos*. Nueva Visión, Buenos Aires.

Cancrini, L. (1996) *La psicopatología de la drogadicción: una revisión* . Ed. Itaca, Madrid.

Cancrini, L. y Manzoni, S. (1991) “Famiglia e droga: dall'autoterapia alla richiesta di aiuto” en *Dall'individuo al sistema. Manuale di psicopatologia relazionale*. B. Boringhieri. Bolonia.

Colle, F.X. (1996) *Toxicomanies, Systemes et familles ou les drogues rencontrent les émotions*. Érès-relations, París.

Linares J.L. (1996) *Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Paidós T. Familiar, Barcelona.

Salem, G. (1990) *Abordaje terapéutico de la familia*. Masson, SA.

Sluzki, C. (1996) *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. Gedisa, Madrid

Stanton, M.D. (1985) *Terapia familiar, del abuso y adicción a las drogas*. Gedisa, Madrid.

Watzlawick, P. y otros (1985) *Teoría de la comunicación humana*. Herder, Barcelona.

CAPÍTULO 8

LA DIMENSIÓN PSÍQUICA

Víctor Korman.

Introducción ¹

Como punto de partida precisaré las acepciones con que utilizo los vocablos de *sujeto psíquico*, ya que el mismo ha sido empleado por distintas disciplinas, con significados muy diferentes. Esto ha dado pie a confusiones que conviene deshacer, ya que usando los mismos términos lingüísticos, las ideas implícitas suelen ser dispares. Expondré la perspectiva psicoanalítica, que fundamenta a dicho sujeto sobre dos conceptos claves: inconsciente y pulsión. Cabrá preguntarse, entonces, cuál es el sujeto que concuerda o que mejor se acopla con estos articuladores teóricos y cuál es la noción de objeto que se deriva, subsidiariamente, de las precisiones anteriores.

Para subrayar desde el comienzo una diferencia clave con las concepciones filosóficas y gnoseológicas clásicas, **diremos que el psicoanálisis no opone el sujeto al objeto; más bien teoriza los modos de interrelación e interacción entre ambos.** Pensar esta problemática desde Freud supone también romper con una noción bastante extendida de sujeto como sinónimo de organismo humano viviente, individuo o persona; y de objeto, como entidad material concreta, enfrentada al primero. Esta visión es la propia de un enfoque empírico-positivista de la cuestión que suele ser alentada por los efectos “enceguecedores” que tienen las apariencias. Freud no desconoce ese plano de la realidad, el único patente para el empirismo; al contrario, lo da por supuesto, considerándolo condición de posibilidad para la existencia de los tipos peculiares de sujetos y objetos que él funda, y que configuran otra realidad: la psíquica. A partir de este enfoque el objeto ya no es sólo un “objeto-objetivo”, real; se tratará siempre de un objeto “subjetivado”; es decir, recubierto, inmerso, empapado por el psiquismo de cada uno. Esta afirmación, válida para toda relación sujeto-objeto, es de fundamental

¹ Las consideraciones que conforman este capítulo se refieren a la zona de intersección de dos ámbitos: el psíquico y el de las drogodependencias. Pondré de relieve los mecanismos de la mente mediante los cuales se captura un elemento mundano -la droga, por ejemplo- para hacerla ingresar en el espacio subjetivo. Esta subjetivación de las sustancias es un fenómeno siempre presente en las toxicomanías. Para el estudio de la misma, una pregunta clave es la siguiente: ¿qué ha sucedido en esas personas *antes* de que iniciaran el consumo abusivo? Este interrogante ha sido el hilo conductor de mi libro *“Y antes de la droga, ¿qué?”*, Ediciones del Grup IGIA, Barcelona, 1996, que contó con la colaboración de Miguel Díaz en la sección clínica. Responder a la pregunta antes enunciada implicará pensar los factores que influyen en la estructuración de la psique; es decir, en todos los determinantes de la transformación del recién nacido en un sujeto psíquico y social: la crianza familiar, los conflictos entre padres e hijos, las modalidades de relación entre ellos, la escuela, el barrio, las diversas instituciones y agrupamientos de la que forman parte los adolescentes, las condiciones laborales. En fin, y resumiendo: el contexto familiar, socio-cultural y económico.

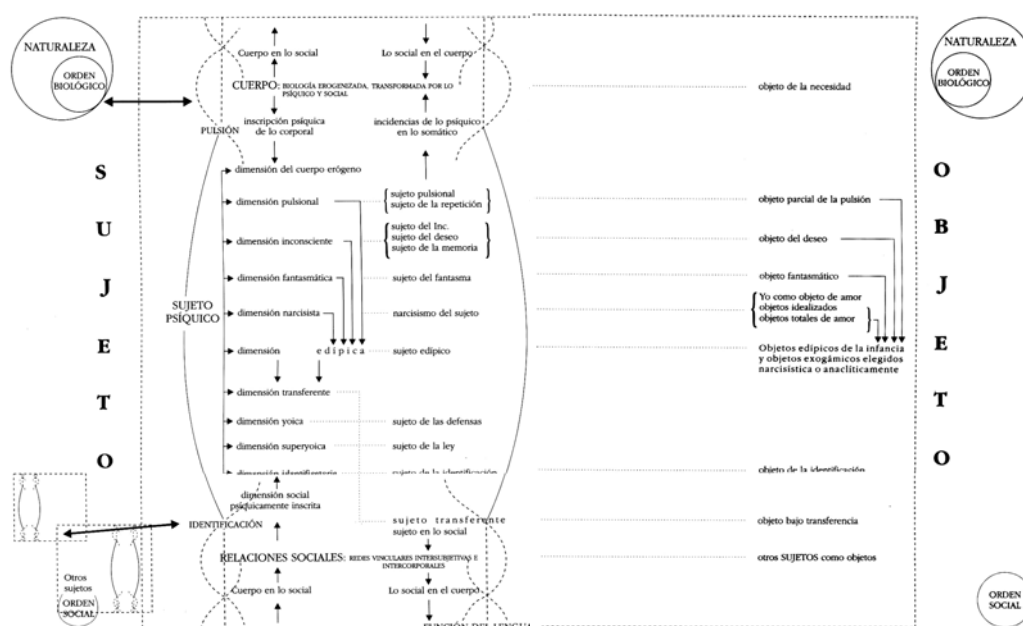
importancia para entender la relación íntima que el toxicómano establece con la droga. **La sustancia que consume no es exactamente la misma que aquella que sale de los laboratorios donde se la produce.** La materia inerte, polvillo, pastilla, material resinoso o líquido, cuando penetra en el espacio subjetivo de alguien sufre una transmutación que le hace perder su pretendida “pureza” química. Queda a partir de entonces imbricada con la dinámica psíquica y relacional del sujeto. Cualquiera sean las drogas utilizadas (tabaco, alcohol, hachís, cocaína, heroína, alucinógenos, psicofármacos), éstas son siempre impregnadas por las constantes subjetivas de quién las consume. La relación es, pues, a doble vía: la droga “absorbe” subjetividad y el sujeto absorbe la droga investida por sus propias transferencias sobre la misma. Es, justamente, esta relación tan íntima entre el sujeto y la sustancia la que habrá que desanudar en nuestro trabajo clínico con los adictos. Este empapamiento de la sustancia con la subjetividad propia del adicto hace a la “fabricación” de la droga —la completa, podríamos decir— y es corresponsable, junto al principio químicamente activo, de los efectos que genera en el sujeto.

El sujeto comienza a estructurarse desde el nacimiento y, a partir de entonces, está en devenir permanente. No es una estatua sino algo vivo, en movimiento. Está dividido por la presencia de lo inconsciente que, como fuerza desconocida, determina buena parte de sus actos. Es habitado por el deseo, la sexualidad, el amor, la muerte; lleva inscrita su historia mediante huellas mnémicas, ha hecho suyo el código de permisiones y prohibiciones propias de la cultura en la que vive. Se trata de un sujeto que puede interpelarse sobre las fuerzas que motivaron de su estar en este mundo sin que mediara su consentimiento..., que puede cuestionarse —de tanto en tanto— el sentido de la vida..., de su vida. En fin, un sujeto atravesado por el lenguaje y deshabitado de armonía; en conflicto perpetuo.

En el gráfico siguiente podrá verse como el sujeto psíquico hunde sus raíces en lo biológico y lo social a la vez que despliega su existencia en esos mismos campos; nunca se presenta solitario, aislado, recortado.² Lo descubrimos en un ser humano de carne y hueso que está entramado en una red social determinada históricamente; habla una lengua precisa, tiene (o no) profesión, un estado civil, ideas, síntomas, orientaciones, desorientaciones y un sin fin de etcéteras más. En resumidas cuentas, estamos ante una **realidad humana compleja** e indisociable: psique-soma-social.

En este conglomerado —diverso y compacto al mismo tiempo— aparece el sujeto psíquico, con sus dimensiones: inconsciente, pulsional, deseante, fantasmática, narcisista, edípica, yoica, superyoica, transferente. Aproximarnos al mismo implica no sólo trazar fronteras diferenciadoras entre lo psíquico, lo somático y lo social, sino, y a la vez, pensar las formas en que estas tres vertientes se articulan íntimamente. En ese estudio se impone evitar tanto los reduccionismos —psicologistas, biologists, sociológicos— como las diluciones de la especificidad propias cada una de estas vertientes del sujeto. Estas exigencias se plantean al rojo vivo en la drogadicción.

² Véase en el diagrama de la página siguiente como el sujeto psíquico penetra en los dominios del cuerpo y de las relaciones sociales -trazo recto de líneas discontinuas- y, a la vez, estos últimos inciden sobre el psiquismo (líneas curvas). También se representa la interpenetración entre lo social y el cuerpo (partes superior e inferior del esquema).

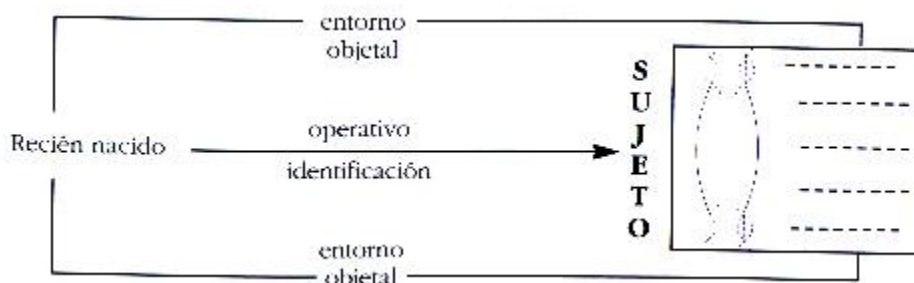


La estructuración del sujeto

Antes de analizar las diversas dimensiones que conforman al sujeto, haremos un bosquejo de la constitución del mismo. Partiremos de las modificaciones psico-biológicas que acompañan al embarazo. En la mayoría de los casos observamos que las investiduras de la madre se concentran de forma progresiva sobre el bebé en gestación. Se produce un movimiento centrípeto de cargas libidinales que convergen —primero— sobre la criatura que está en el vientre y, luego, sobre el hijo/a que fue dado a luz. En el postparto inmediato y tardío, la madre establece una relación narcisista “con su majestad el bebé”. Sabemos lo que acontece allí cuando predomina Eros: el deseo y el amor de la madre —también del padre— dejan aquellas improntas indelebles que impulsan a cada hijo a desear y amar intensamente y a franquearse paso en la vida pese a los infortunios cotidianos. Pero también el odio, la indiferencia o el deseo mortífero se acercan a la cuna, para transmitir esa terrible marca tanática que lleva a constituirse vacilantemente como sujeto. **Amor, deseo, odio y muerte se presentan siempre fusionados —aunque en distintas proporciones, según los casos y las cosas— acudiendo juntos a esos escenarios tan extraordinariamente nuevos como insoportablemente antiguos: la llegada de un bebé y su posterior transformación en sujeto psíquico y social.**

De manera inmediata surgen algunos interrogantes: ¿este hijo/a es una tabla rasa en la cual se inscriben los rasgos psíquicos de los padres, las leyendas y tradiciones familiares y la cultura, en general? ¿O le corresponde algún papel a los vástagos, en tanto metabolizadores de las inscripciones provenientes de estas relaciones con los padres? Más ampliamente: ¿cómo se estructura la subjetividad en las primeras etapas de la vida? Esbozar algunas respuestas a estos interrogantes implicará referirnos a cómo el cachorro humano internaliza el contexto familiar y social que le es propio. Atendiendo a su calidad de estructurante de lo psíquico, la identificación es un concepto de gran utilidad para pensar la constitución del sujeto en el seno de las relaciones con los que le

rodean, proceso que se inicia desde el momento mismo del nacimiento.³ Represento de un modo esquemático tal movimiento, por medio del siguiente gráfico, que indica el pasaje de un organismo viviente —recién nacido— a la categoría de sujeto —con todas las vertientes que le atribuimos— gracias al “operativo identificación”.



La parte derecha de esta figura representa —aún más esquemáticamente— el diagrama anteriormente descrito.

Como resultado de tal proceso y aproximadamente a los cinco o seis años —con la declinación del complejo de Edipo y el inicio del período de latencia— tendremos configurada la estructura psíquica de base, que predispondrá a la neurosis, psicosis o perversión. Cabrá tomar especialmente en consideración la metamorfosis que acontece en la pubertad y la adolescencia, que contribuyen de manera importante a la remodelación de esta estructura psíquica surgida en los primeros años de la vida.

La identificación⁴

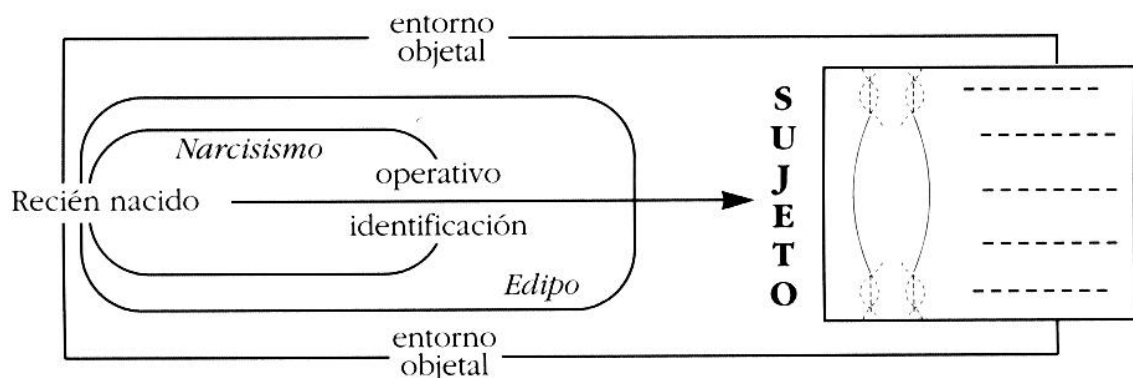
Si lo psíquico surge de lo psíquico del entorno familiar, las identificaciones nos revelarán tanto el narcisismo parental constituyente como el sistema reticular deseante del cual se surge como sujeto psíquico, tras las “bendiciones” y “catástrofes” que le han ocurrido a cada uno. **Los progenitores (pretendo subrayar con este término los aspectos estrictamente biológicos que hacen al traer un hijo al mundo) devendrán padres si consuman tal labor subjetivante.**⁵

³ El estudio de la conformación del sujeto permitirá visualizar la existencia de un larguísimo período de vida previo al comienzo del consumo de drogas, cosa que a su vez, facilitará entender por qué la modalidad y calidad del encuentro del sujeto con las sustancias vienen determinadas por lo acontecido durante el proceso de estructuración psíquica.

⁴ Este concepto atraviesa toda la obra freudiana y alcanza su momento culminante a partir de 1920 con la llamada teoría estructural de la misma. Aquéllos que estén interesados en la evolución de este concepto en los textos de Freud como así también en los desarrollos que ha adquirido en el pensamiento kleiniano y lacaniano pueden acceder a una visión sintética de tales movimientos en el capítulo denominado “Las identificaciones en las teorías psicoanalíticas”, de 1996a.

⁵ En la especie humana no se trata sólo de la reproducción de la carne; si fuera únicamente procreación biológica no se trataría de otra cosa que de vida animal. La maternidad y paternidad humanas implican el engendramiento de un nuevo *sujeto* después del nacimiento; es decir, la transformación del ensamble anatómico que es el recién nacido en sujeto psíquico y social.

Los padres —*sujetos ya constituidos*— funcionan para el recién nacido en calidad de objetos primarios. Actúan sobre el neonato desde un aparato psíquico vertebrado y operando a pleno rendimiento. Desde todas y cada una de las dimensiones psíquicas que les son propias, los progenitores abordarán al organismo viviente que acaba de llegar al mundo y consumarán —mejor o peor— la tarea de psiquización. El hijo será, entonces, objeto para los sujetos “padres” y el recién nacido —candidato a sujeto, definámoslo por ahora así— los tiene a ellos por objetos. **Diremos entonces, de manera esquemática, que el recién nacido deviene sujeto por medio de un operativo que llamaremos identificación, realizado en el seno de las relaciones con los objetos que conforman su entorno.** Desde una perspectiva freudiana podemos decir que el proceso identificatorio realiza su labor en dos grandes momentos: el narcisista y el edípico.



Caben algunos comentario sobre los componentes del diagrama precedente.

Recién nacido: su soma supone la etapa culminante de una larga evolución embriológica y el inicio de otras peripecias que implicarán nuevas transformaciones. Su capacidad de erogeneizarse se hará rápidamente patente al entrar en el campo erotizado conformado por sus progenitores y por el medio que le rodea. Inmerso en las redes psíquicas y corporales de sus padres será allí presa fácil de una lengua que se encarnará en su cuerpo y en su habla. Ese ensamble biológico es rápidamente capturado y violentado. La excusa es perfecta; además, verdadera: inermidad del recién nacido, estado de desamparo, dependencia absoluta. **La ganancia de las dimensiones psíquica y social a partir de ese sustrato biológico es tan evidente, como oscuras siguen siendo las intimidades de los mecanismos que producen tales avatares.**

Movido inicialmente por sus instintos de autoconservación, el bebé hará una llamada a sus objetos primarios para solventar su subsistencia. En ese encuentro con el cuerpo y las producciones psíquicas de los adultos que le rodean, el cachorro humano se irá psiquizando. Entre lo instintivo del infans —cuyas fuentes son corporales— y los objetos primarios —constituyentes del entorno— se labrará un lugar para la psique del nuevo sujeto. Se formarán en él las diversas dimensiones del psiquismo que, una vez establecidas, intervendrán en las siguientes identificaciones.

Operativo identificación. Lleva a cabo una triple tarea:

- 1ª) trasmuta el organismo viviente del recién nacido en biología humana, en un soma atravesado por lo psíquico y social;

- 2ª) estructura al sujeto psíquico en todas sus dimensiones;
- 3ª) instituye simultáneamente al sujeto social.

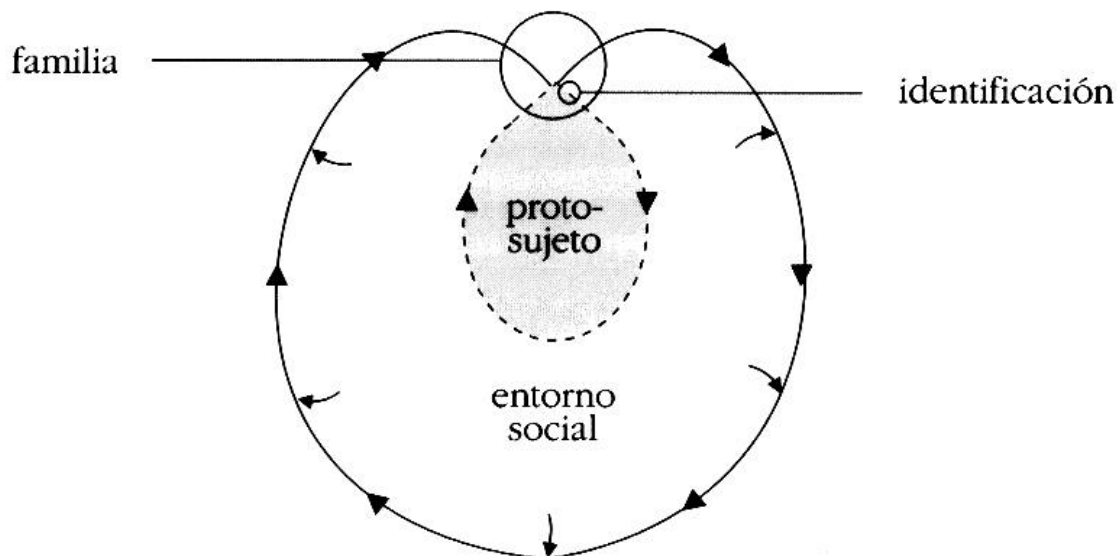
Hay una causalidad recursiva en juego: los efectos de las identificaciones más precoces sientan las bases para las posteriores, en una especie de movimiento en espiral, que se va complejizando gradualmente. Esto supone que el psiquismo del infante va adquiriendo mayor consistencia y, por ende, las relaciones entre el niño y sus padres también se enriquecen de manera creciente. Frente a la pregunta: ¿cómo surge un nuevo sujeto a partir de un recién nacido?, la respuesta posible sería: por identificación. Para pensar esta estructuración, conviene tener presente el ***tremendo desamparo del cachorro humano al nacer y su enorme dependencia respecto de sus objetos primarios***⁶.

Sujeto: una vez conformado, podremos discriminar en él todas las vertientes y dimensiones que aparecen en el esquema anterior. El mismo movimiento que constituye al sujeto psíquico, provoca la emergencia de los objetos propios de cada una de dichas dimensiones (objeto parcial de la pulsión, objeto del fantasma, objeto del deseo, objetos de amor, etc.). El final del proceso supone, habitualmente, la constitución de un sujeto que puede discriminarse de sus objetos de identificación⁷.

Entorno objetal: en el espacio de interacciones múltiples propio del contexto familiar, se configuran efectos en base al potencial identificador de los objetos primarios y a una sed identificatoria del proto-sujeto. La conjunción de ambos permite a la identificación realizar su tarea estructurante. **De manera inconsciente los diversos miembros de la familia ofrecen al infans sus rasgos psíquicos, sus modos de ser. Ellos refractan, a su vez, las características de la sociedad en que viven.**

⁶ Este desvalimiento del recién nacido es un factor que empuja a **todos** los sujetos a reeditar -de diferentes formas- esta dependencia originaria, sea con drogas, con objetos e, inclusive, con otras personas. Los toxicómanos nos muestran de una manera amplificada esta condición de la humanidad. No es un exceso, entonces, hablar del humano como "*ser para la dependencia*".

⁷ En algunas toxicomanías esto sucede de un modo precario; el otro, como alguien bien diferenciado de sí mismo, no se constituye: la problemática se despliega más en el plano narcisista (fusional) que en el edípico (mayor discriminación).



Consecuencias del proceso estructurante

El pasaje por el narcisismo y por el complejo de Edipo supone la constitución de un aparato psíquico funcionando a pleno rendimiento; es decir, con las instancias del inconsciente, preconscious y consciente ya estructuradas y en interacción. Si caracterizamos a ese mismo aparato desde la segunda tópica cabe afirmar la copresencia del yo, superyó y el ello. Si el mecanismo fundante de dicha estructura ha sido la represión, estaríamos en presencia de una neurosis; si ha operado la renegación, la estructura resultante sería la perversa. Por último, y como tercer alternativa, tendríamos la psicosis, en cuya formación ha actuado el repudio (*verwerfung*) o forclusión.⁸

Si observamos el primer esquema presentado, puede verse las articulaciones que imbrican entre sí a las tres vertientes: biológica, psíquica y social. Se aprecia también la apertura del sujeto al orden social y al de la naturaleza. El gráfico en su conjunto representa la estructura subjetiva, tal como ella emerge de los procesos constituyentes de la primera infancia. Aunque es muy difícil exponer de forma sintética la red enmarañada de relaciones que conforman al sujeto, intentaré, no obstante, subrayar los aspectos más sobresalientes. Lo haré mediante un barrido vertical del esquema.

1) El cuerpo

El esquema lo dice taxativamente: **cuerpo es el soma cuya biología ha sido humanizada, transformada por lo psíquico y social**. El primigenio organismo viviente ha sufrido una mutación profunda, por la incidencia del psiquismo en la intimidad tisular. Este pasaje: *biología inicial*----> **CUERPO (libidinizado)** es un aspecto importante del proceso de subjetivación. A partir de entonces y por el resto de

⁸ Para el lector no familiarizado con esta terminología puede ser de utilidad -como primera aproximación- la lectura de Laplanche y Pontalis, (1979). Puede verse ahí las entradas dedicadas a los términos neurosis, psicosis, perversión, represión, renegación, repudio. En esa misma obra se cita la bibliografía pertinente para un estudio más profundo de estos conceptos.

la vida, este soma —psiquizado, socializado— será, para gracia y desgracia, la caja de resonancia del sujeto psíquico y de todo aquello que acontezca en los vínculos sociales.⁹ Vemos dibujarse así un cuerpo único y múltiple a la vez: una biología libidinizada, un soma entramado socialmente y un cuerpo inscripto en la psique (cuerpo erógeno).

El entrelazamiento sujeto psíquico-cuerpo

Entre el cuerpo y el sujeto psíquico puede verse, en el gráfico la siguiente leyenda: *inscripción psíquica de lo corporal*; en el sentido inverso: *incidencias de lo psíquico en lo somático*. Estas relaciones mutuas entre el soma y lo psíquico —que quedaron estructuralmente plasmadas en el sujeto—, son producto de una profunda transformación de la biología inicial del recién nacido, al ser capturada por el cuerpo y las producciones psíquicas de los objetos primarios durante la estructuración subjetiva. Las incidencias de lo psíquico sobre lo somático fueron comentadas en el párrafo anterior. **La inscripción psíquica de lo corporal la designamos bajo el nombre de cuerpo erógeno, y con ella iniciaremos el estudio de:**

2) El sujeto psíquico

Dimensión del cuerpo erógeno

Es la representación del cuerpo que se “fabrica” la mente. Ésta no coincide con la descripción de lo corporal hecha por los anatomistas y los biólogos; se trata de una representación fantasmática e inconsciente del mismo, que puede adquirir múltiples modalidades.¹⁰ El cuerpo erógeno, fantasmático, crea una anatomía imaginaria siempre presente y activa en cada sujeto. Veamos algunas de sus formas de manifestación: tener ojos en la punta de los dedos, que todos los orificios corporales sean vivenciados como uno solo, las parálisis motoras psicógenas, las cegueras psíquicas, los pseudoembarazos, las representaciones que las anoréxicas construyen de su cuerpo, la presencia alucinatoria de un órgano amputado. Con estas maneras peculiares de presencia en la mente, el cuerpo aparece enhebrado y ramificado por las distintas dimensiones del sujeto psíquico.¹¹ El cuerpo erógeno es también lugar de inscripción de la historia libidinal del sujeto; es decir, el sitio en que quedaron grabadas las marcas psíquicas de encuentros con otros cuerpos.

⁹ Las úlceras gástricas, las crisis asmáticas, gastritis, cefaleas, cegueras histéricas, contracturas musculares psicógenas -por no señalar sino algunos ejemplos- así lo atestiguan.

¹⁰ El saber médico dibuja una anatomía e histología a cuyo estudio han aportado de manera importante las técnicas modernas de la ultramicroscopía y el escáner. Sin embargo, algo se hace incapturable a estos métodos exhaustivos de aprehensión: el carácter libidinal del cuerpo, su atravesamiento por todo los fenómenos ligados al habla y al lenguaje. Las incidencias de lo psíquico y social sobre dicha masa celular escapan al microscopio, a la histoquímica y al estetoscopio.

¹¹ A partir de estas consideraciones, concebir el cuerpo como reino exclusivo de mecanismos homeostáticos ajenos a la psique -es decir, como un lugar de acontecimientos fisiológicos puros- constituirá un claro reduccionismo biologista. El cuerpo humano implica tener presente -de manera automática- estar ante una biología atravesada por Eros-Tánatos y que ésto ha dejado improntas estructurales que inciden en su funcionamiento; las influencias de lo psíquico llegan hasta la intimidad tisular. De ahí mismo parten, igualmente, las influencias de lo corporal sobre lo psíquico. Desconsiderar estas últimas es otro reduccionismo: el cuerpo tiene también presencia constante en la mente; no cesa de hacer escuchar su palpar.

Dimensión pulsional

Las pulsiones —elementos últimos que encontramos al desmontar la sexualidad humana—, se caracterizan por su carácter fragmentario y parcial. El cuerpo promueve determinadas zonas —privilegiadas por el intercambio con el exterior—, para que se constituyan en fuentes de las pulsiones por antonomasia.¹² Se configura así una suerte de archipiélago pulsional sobre un cuerpo biológico, ahora libidinizado. Al principio, la excitación de una zona erógena (fuente de la pulsión parcial), descarga —es decir: se satisface— en su propio islote o parcela sin necesidad del otro. En esa modalidad *autoerótica*, la fuente y el objeto de la pulsión coinciden en un mismo lugar del cuerpo. Con posterioridad, la pulsión hallará su objeto en el yo (narcisismo) antes de encontrarlo en cuerpo ajeno (heteroerotismo). **Las pulsiones son ajenas a consideraciones morales. Estas últimas provienen de otras instancias del sujeto —dimensión superyoica— y entran en conflicto con las primeras; no hay domesticación de las pulsiones ni éstas acaban siendo bondadosas.**¹³

Dimensión inconsciente

Alude a la ampliación de la vida psíquica generada a partir de la postulación de lo inconsciente. Según Freud, este sistema es la sede de las representaciones e ideas reprimidas, el lugar de inscripción psíquica de la pulsión, el “almacén” de las huellas mnémicas y de los deseos inconscientes. Éstos conforman uno de los polos del conflicto psíquico.

Para explicar el surgimiento de la dinámica deseante, inconsciente, Freud parte de la indefensión originaria del recién nacido: el bebé, en situación de necesidad y sin poder solucionarla por sí mismo, insta —por medio de sus llamadas— a que alguien resuelva tal estado. En el mismo momento en que aporta lo necesario para la resolución de las necesidades biológicas (hambre, frío, sed, etc.), el que realiza esa tarea introduce la sexualidad propia de los adultos en alguien que —por ahora— es sólo un proyecto de sujeto. La *vivencia de satisfacción* creada por esa intervención del tercero podría ser definida así: apaciguamiento en el lactante de una tensión de necesidad por efecto de la “*acción específica*” desarrollada por un agente exterior a él (por ejemplo: la madre). Esta experiencia dejará improntas profundas en el pequeño: *huella mnémica del deseo (o desiderativa)*. Luego, cuando las necesidades biológicas del bebé reaparecen, esta huella puede ser activada —“*realización alucinatoria del deseo*”— aún en ausencia

¹² La más habituales: zona oral, anal y fálica. De todas formas, cualquier región del cuerpo es, potencialmente, erógena.

¹³ El elemento último que determina la práctica de consumo de sustancias es la organización pulsional del sujeto. Ésta aporta su carácter repetitivo y las formas autoeróticas de obtener su fin. Aquellos atributos que Freud adscribió a las pulsiones -coacción, "fuerza constante", búsqueda empedernida de satisfacción, etc.- alcanzan el rango de paradigma en los toxicómanos y son los responsables de la reiteración de los actos de consumo. Estos fenómenos *-fundamentos psíquicos de las drogadicciones-* más los efectos de las sustancias sobre todas las dimensiones subjetivas son los que generan *la imantación entre el sujeto y la sustancia* -otra manera de definir la manía tóxica-, convirtiendo a la droga en el objeto de placer predominante, cuando no exclusivo. De ahí que no es tanto que la droga enganche al sujeto, como que la pulsión engancha a la droga.

del adulto que colaboró para su creación. Freud denomina *deseo* a la recarga de la huella mnémica desiderativa; si ésta acontece, habrá *realización* del mismo.

Dimensión fantasmática

Alude a la presencia en lo psíquico de una producción específica conocida con el nombre de fantasía o fantasma: trama argumental en la que se escenifica el deseo inconsciente. El punto de emergencia de las fantasías puede ubicarse en los momentos en que surge la satisfacción autoerótica de la pulsión antes comentada: éstas abandonan al objeto real externo de la misma (pecho materno) y constituyen un objeto fantaseado, en torno al cual habrá una importante actividad mental asociada a la obtención de placer por chupeteo. Se inaugura allí una dialéctica peculiar, que complejizará para siempre las relaciones del sujeto con su realidad circundante: en tales vínculos mediará —indefectiblemente— el complejo fantasmático de cada uno. **No hay una aprehensión directa de la realidad sino una “construcción subjetiva” de la misma, en la que participan las fantasías.**

Dimensión narcisista

El narcisismo implica: a) la formación del yo del “infans” y b) el amor a este yo recién constituido. Los rudimentos del yo surgen en una relación a predominio dual con la madre. Con posterioridad y como transformación de esta relación narcisista, diádica, puede pasarse a una organización triangular de los vínculos intersubjetivos —edipo propiamente dicho— aspecto éste que significará una mayor complejización del psiquismo del “infans”. Si **el narcisismo supone una relación indiscriminada con el otro**, la organización edípica trae consigo la separación y una mayor diferenciación entre los tres partícipes de la misma.

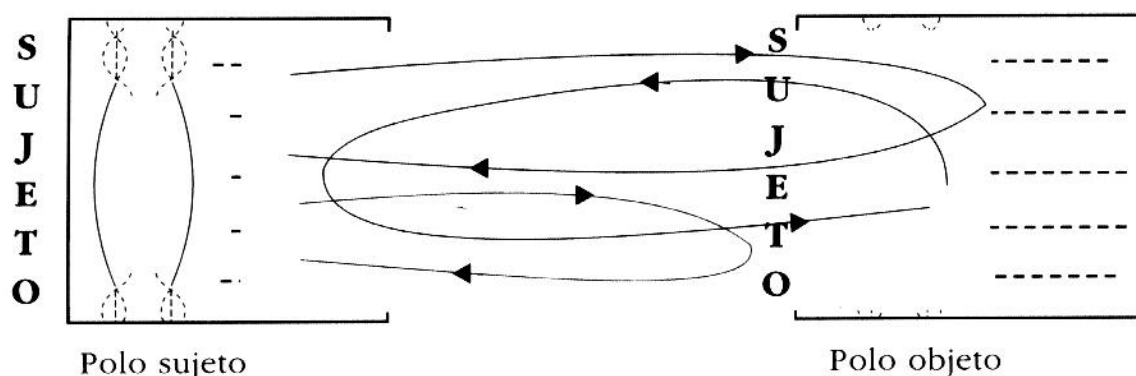
Dimensión edípica

El pasaje de lo dual a lo triádico conlleva trascender la célula originaria materno-filial, o “**célula narcisista**”, por presencia y acción del padre. Expresado de un modo esquemático: primero, constitución del yo, narcisismo mediante; es decir, amor a sí mismo. Luego, salida del narcisismo: desplazamiento de este autoamor a los objetos externos, a los otros. La organización triangular así surgida —complejo de Edipo— es una matriz que ordena los vínculos entre hijos y padres, pero su importancia va más allá de la sencilla distribución de amores y odios del hijo/a respecto de sus padres. Tal vulgarización del pensamiento freudiano —lamentablemente muy difundida—, es una simplificación que reduce las cosas a puras anécdotas e impide ver que en el seno de esta relación triangular es donde acontece la estructuración de todas las dimensiones del sujeto, por vía identificatoria.¹⁴

¹⁴ A partir de lo observado en la clínica con pacientes toxicómanos podemos inferir que ellos suelen tener importantes tropiezos en la travesía edípica. La misma se inició sin el pasaporte que supone una buena resolución y transformación del narcisismo. Más que quedar dotados de un narcisismo trófico capaz de investir libidinalmente objetos y actividades diversas, se mueven muchas veces en el plano de un narcisismo fallido, con el correlato de tendencias a sentirse injuriados, no estimados, a no poder tolerar frustraciones. Un yo desmoronable y un superyo que evidencia una inadecuada introyección de la ley son claras demostraciones de lo dicho. Queda así preparado el terreno para las futuras transgresiones.

Dimensión transferente

Denomina la tendencia inconsciente y automática del sujeto a establecer transferencias¹⁵. Hablaremos entonces de sujeto transferente y de objetos bajo transferencia. La relación con cualquier objeto (nuevo o antiguo) supondrá que estos están o serán capturados por las redes subjetivas. Será el ingreso y permanencia de un objeto en el espacio deseante, pulsional, fantasmático, narcisístico, edípico, superyoico, del nuevo sujeto psíquico. Si tal objeto es otro humano —es decir: otro sujeto— se constituirá un vínculo intersubjetivo en el que las posiciones de sujeto y objeto son intercambiables. La relación se desplegará de manera simultánea —y para ambos— entre todas las vertientes que los conforman.

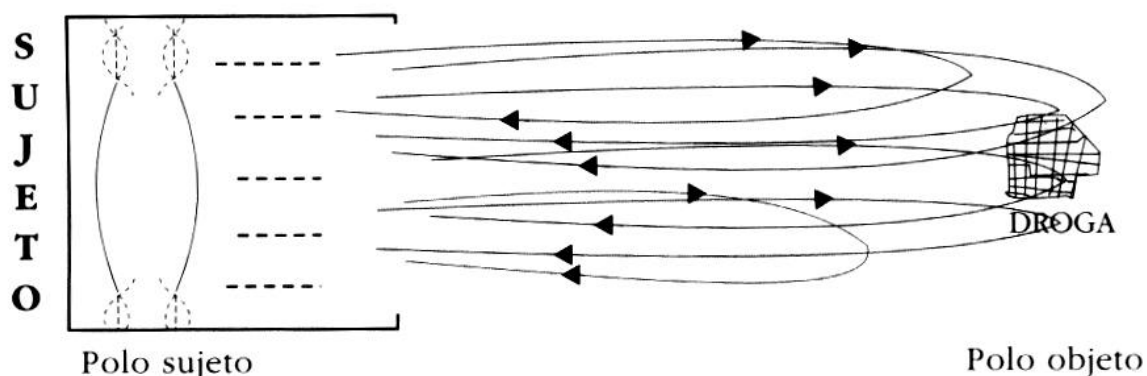


Consideraremos objeto a todo aquél o aquello que es investido por el sujeto de manera significativa y con una cierta permanencia temporal. No se trata sólo de otros sujetos; pueden ser actividades, elementos inanimados, animales, en el límite, cualquier existente del mundo, por ejemplo, las drogas.¹⁶

¹⁵ Transferencia: tendencia del sujeto a reeditar en los vínculos del presente ciertas modalidades de relación acuñadas en la infancia con los objetos primarios. Los deseos inconscientes se actualizan, de esta forma, en los lazos sociales. Las repeticiones que acontecen con el analista configuran el campo sobre el cual se despliega la cura.

¹⁶ En este caso particular sería incorrecto hablar de relaciones intersubjetivas en tanto no es entre dos sujetos sino con una materia inerte. Podemos considerarla, sin embargo, una relación objetual, en el sentido amplio de tal concepto. Cabe estudiar con profundidad el fenómeno que acontece cuando -desde una subjetividad determinada- se establece una imantación con la droga. Se trata de **una relación de intimidad, estrictamente privada y singularizada con la misma**. Cada sujeto pone en juego las peculiaridades de su estructura psíquica en ese vínculo y ésto tanto en los niveles conscientes, preconscientes e inconscientes. Suelo sintetizar este complejo movimiento utilizando la siguiente fórmula: "la sombra del sujeto cae sobre la sustancia".

Es fundamental tener claro este recubrimiento **psíquico** que el sujeto realiza sobre el objeto de adicción; caso contrario, se tenderá a pensar en la toxicomanía según el modelo de una enfermedad infecto-contagiosa, en la que la droga haría las veces de un virus; es decir, la causa del mal. Cuando se piensa así, se velan todos los avatares psíquicos que acontecieron antes de comenzar el consumo de drogas. Éstos determinaron la estructura subjetiva que empuja -justamente- al establecimiento de una adicción. Se termina diciendo: "la droga es la que mata" y se borra de un plumazo aquéllo que las redes psíquicas del sujeto han hecho y siguen realizando con la sustancia. Nos quedamos con lo aparente del fenómeno y se velan los movimientos reales. Sin duda los efectos destructivos evidentes que el uso reiterativo de la sustancia produce en el sujeto ayudan a velar los determinantes subjetivos que llevaron a la toxicomanía. Pasa con ésto lo mismo que cuando se cree que el sol gira alrededor de la tierra: nos quedamos con las apariencias; se nos escapa -por ejemplo- que el sujeto es quien, por medio de los mecanismos de



Dimensión yoica

El yo es una instancia del aparato psíquico que participa de las funciones represivas, sublimatorias, de investigación, de conocimiento y desconocimiento (en tanto vela los determinantes inconscientes de la vida psíquica). **La angustia y los mecanismos de defensa que participan en el conflicto psíquico tienen su sede en el yo**, que también media en las elecciones de objeto.

Dimensión superyoica

A través de esta denominación hago referencia a aquella vertiente del sujeto psíquico en la que ha quedado inscripto el conjunto de prohibiciones y permisiones propias de la cultura en la que éste se ha estructurado, como así también, al sistema de valores e idealizaciones ahí imperantes. El superyó se constituye por identificación al de los padres. La remodelación ulterior de esta instancia contará con la influencia de factores educativos, sociales, culturales, religiosos, etc. Se crea así otra escisión dentro del sujeto psíquico: una parte diferenciada del Yo —el Superyó— juzga en forma crítica y muchas veces tiránicamente al primero. Podríamos aplicarle al Superyó uno de los caracteres que Freud atribuye a la pulsión: ser una fuerza constante, que se impone como ley, como imperativo categórico: *esto debes ser (o hacer)!!*, *esto no debes ser (o hacer)!!*. En tanto instancia que encarna la ley, sancionará las quebrantamientos de la misma.

Veamos algunas características del Superyó posibles de ser observadas en las toxicomanías. Nos solemos encontrar con un tipo particular de reconocimiento de la ley, al sólo efecto de violarla. En el contexto familiar del adicto abundan las vistas gordas, las poses angelicales, la idea de que las normas pueden ser siempre saltadas con total impunidad. Para el toxicómano tanto la ley edípica como la social están inscriptas en la arena. Los representantes de la ley carecen a sus ojos de la autoridad necesaria para hacerla respetar. El autoritarismo del padre —vano intento de encubrir su carencia de autoridad— genera odios intensos, que suelen retornar sobre el sujeto bajo la forma de una mayor severidad del superyó. Estos factores producen el emparentamiento que suele hacerse entre toxicomanías, perversiones y psicopatías:

idealización, eleva un polvillo, una sustancia inerte, a la categoría de Droga Divina y la empieza a considerar imprescindible para su supervivencia.

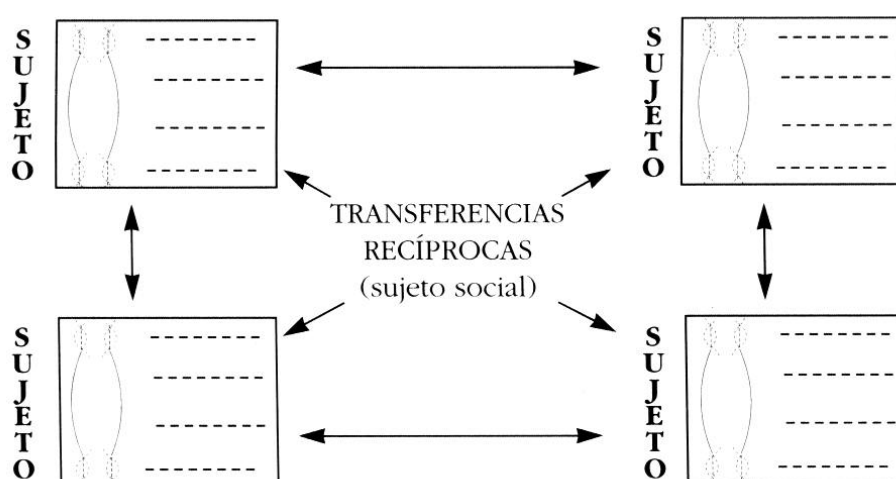
necesitan saber de la ley para burlarla. Les hace falta el testigo ingenuo, el timado y/o los espectadores para sus transgresiones.

El encabalgamiento entre el sujeto psíquico y lo social

La “*dimensión social psíquicamente inscrita*” alude a la existencia de representaciones mentales de: a) el mundo circundante; b) los lazos sociales que establecen entre sí los sujetos y c) los fenómenos que acontecen en entorno social. Nos encontramos aquí en los pasos fronterizos —siempre móviles y permanentemente transitados— donde lo intersubjetivo deviene intrasubjetivo y viceversa. **El sujeto psíquico es inconcebible tanto fuera de este tejido social como disociado de su cuerpo.**¹⁷ En la dirección opuesta —de sujeto psíquico a relaciones sociales— he colocado al *sujeto transferente*. A continuación estudiaremos como cada sujeto se integra en las redes sociales —con las estructuras psíquicas que les son propias— produciendo transferencias sobre los demás.

3) Las relaciones sociales

La óptica psicoanalítica aplicada a las relaciones sociales revela que las mismas están conformadas por el cruce de múltiples transferencias. Todo sujeto las genera y, a su vez, está inmerso en las que los otros crean. Ellas son tan habituales o tan invisibles, que pasan desapercibidas. No existe una dimensión transferencial específica; es el sujeto en su conjunto quien pone en acto dicho fenómeno. Represento esta idea en el gráfico que sigue, mediante flechas que vinculan la dimensión edípica —que subsume todas las restantes— con la transferente y colocando al sujeto homónimo en la zona de encabalgamiento entre el sujeto psíquico y las relaciones sociales: **el sujeto en lo social es un sujeto que produce y recibe transferencias.**



¹⁷ Esta íntima articulación entre la psique, el cuerpo y lo social es abordada en la teoría freudiana mediante varios conceptos. Los dos más importantes son: pulsión e identificación. La primera ha sido caracterizada por Freud como concepto límite entre lo somático y lo psíquico. Se trata de un puente que articula ambos órdenes: la pulsión tiene su origen en el cuerpo y su destino es inscribirse en lo psíquico. La identificación podría definirse -siguiendo el mismo estilo- como un concepto límite entre lo psíquico y lo social. En el cuadro de la pág., pueden verse las localizaciones precisas de ambos articuladores.

La encrucijada cuerpo-relaciones sociales

Los términos “*cuerpo en lo social*” y “*lo social en el cuerpo*” reflejan las relaciones mutuas entre ambas vertientes del sujeto (obsérvese el sentido de la flechas) y muestran —como en transparencia— ese doble movimiento por medio del cual la cultura modificó la biología inicial del recién nacido y, a la vez, acogió en su seno al producto de dicha transformación: un cuerpo libidinizado, con una biología diferente de aquélla con la que vino al mundo.

***Lo social en el cuerpo* hace referencia a la transformación ocurrida en el sustrato biológico inicial por acción de la cultura** y a todas aquellas huellas e improntas que muestran cómo lo social aborda, coloniza, hace suyo un cuerpo y lo transmuta. La biología se impregna a partir de entonces de consideraciones culturales; recibe los valores en ella existentes, ingresa a los circuitos de fetichización del cuerpo, aporta la base material para la construcción de los cambiantes criterios de belleza, etc. El atravesamiento del cuerpo por el lenguaje, el uso de la vestimenta, la moda, los pañales, los bautismos y circuncisiones, las prótesis corporales, los masajes y las cremas, la gimnasia, el *peircing*, etcétera, hablan de esta tarea modificadora que la cultura realiza sobre el soma.

***Cuerpo en lo social* hace referencia a la presencia del cuerpo en las redes comunitarias.** Se trata de un cuerpo libidinal en relaciones de convivencia-malvivencia con otros sujetos. Aparece allí entrelazado con otros cuerpos-mentes, en vínculos y relaciones de distinto orden.

El diagrama descrito no se refiere a ningún sujeto en particular; su nivel de generalización lo hace aplicable a todas las subjetividades. Por esto, cabrá precisar, en cada caso, las peculiaridades personales de estas diferentes dimensiones.

Bibliografía

Aulagnier, P. (1977) *La violencia de la interpretación*, Buenos Aires, Amorrortu editores.

Aulagnier, P. (1986) *El aprendiz de historiador y el maestro brujo*, Buenos Aires, Amorrortu editores.

Aulagnier, P. (1986) *Un interprète en quête de sens*, París, Ramsay.

Aulagnier, P. "Demande et identification", *L'inconscient*, n° 7, París.

Bergeret, J. (1990) *Les Toxicomanes parmi les autres*, París, Odile Jacob.

Borch-Jacobsen, M. (1982) *Le sujet freudien*, París, Aubier Flammarion.

Bulacio y Otros (1989) *De la Drogadicción*, Buenos Aires, Paidós.

Calabrese, S. (1989) *La escucha psicoanalítica en la drogadicción*, Buenos Aires, Tekné.

Cancrini, L. (1982) *Quei temerari sulle machine volanti*, Roma, La nuova Italia Scientifica.

Delriu, A. (1988) *L'inconsistence de la toxicomanie*, París, Navarin Editeur.

Del Valle, E. (1986) *La obra de Melanie Klein*, t. I y II, Buenos Aires, Lugar editorial.

Dor, J. (1985) *Introduction à la lecture de Lacan*, París, Denoël.

Florence, J. (1978) *L'identification dans la théorie freudienne*, Bruselas, Publications des Facultés Universitaires Saint-Louis.

Fontaine, A. (1978) "L'identification WEITZMAN, MILES père", *Lettres de l'École*, n° 22, Journée de Lille, *Bulletin interieur de l'École freudienne de Paris*, París.

Freud, S. *Obras completas*: "Introducción al narcisismo", "Duelo y melancolía", "Psicología de las masas y análisis del yo", "El Yo y el ello", "El malestar en la cultura", "Dinámica de la transferencia", "Recuerdo, repetición y elaboración", Buenos Aires, Amorrortu editores.

Freud, S. *Obras completas*: "Proyecto de una psicología para neurólogos", "Manuscrito N", "La interpretación de los sueños", "El caso Dora", "El chiste y su relación con lo inconsciente", "Tres ensayos para una teoría sexual", "Totem y tabú", "Introducción al narcisismo", "Pulsiones y destinos de pulsiones", "La represión", "Lo ominoso", "Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci", "Psicología de las masas y análisis del yo", "El yo y el ello", "Inhibición, síntoma y angustia", "El

problema económico del masoquismo”, *El malestar en la cultura*”, Buenos Aires, Amorrortu editores.

Freud, S. Y Bullitt, W. (1973) *El presidente Wilson*, Buenos Aires, Editorial Letra Viva.

García, M.; Roldán, G. Y Comas D.(1995) *Un estudio de seguimiento de la comunidad Terapéutica Haize-Gain*, San Sebastián.

Geberovich, F. (1984) *Une douleur irrésistible*, París, Inter Editions.

Glucksmann, A. (1988) *La estupidez: ideologías del postmodernismo*, Barcelona, Ediciones Península.

Goldstein, A. (1995) *Adicciones*, Barcelona, Ediciones en Neurociencias.

Goti, M.E. (1990) *La comunidad terapéutica, un desafío a la droga*, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.

Grinberg, L. (1985) *Teoría de la identificación*, Madrid, Tecnipublicaciones.

Grinberg, L. (1956) “Sobre algunos problemas de técnica psicoanalítica determinados por la identificación y contraidentificación proyectiva”. *Revista de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, vol. XIII, Buenos Aires.

Grotstein, J. (1983) *Identificación proyectiva y escisión*, México, Editorial Gedisa.

Kalina, E. (1988) *Adolescencia y drogadicción*, Buenos Aires, Nueva Visión.

Kalina, E. (1987) *Temas de drogadicción*, Buenos Aires, Nueva Visión.

Kernberg, O. (1976) “Narcissisme normal el narcissisme patologique”, en *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, nº 13, París, Gallimard, p.181.

Klein, M. *Obras completas*, Buenos Aires, Editorial Paidós.

Korman, V. (1996) *Y antes de la droga, ¿Qué? Una introducción a la teoría psicoanalítica de la estructuración del sujeto*, Barcelona, Grup Igia.

Korman, V. (1996a) *El oficio del analista*, Barcelona, Paidós.

Lacan, J. *Seminarios*: “Seminario IV: La relación de objeto”, “Seminario V: Las formaciones del inconsciente”, “Seminario VI: El deseo y su interpretación”, “Seminario VII: La ética del psicoanálisis”, “Seminario X: La angustia”, “Seminario XI: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis”, “Seminario XV: Acto psicoanalítico”, “Seminario XVI: De otro a Otro”, “Seminario XX: Aún”, “Seminario I: Los escritos técnicos de Freud”, “Seminario V: Las formaciones del inconsciente”, “Seminario VI: El deseo y su interpretación”, “Seminario VIII: la transferencia”, “Seminario IX: La identificación”, “Seminario XI: Los cuatro

conceptos fundamentales del psicoanálisis”, “Seminario XV: Acto psicoanalítico”, “Seminario XX: Aún”.

Lacan, J. *De los “Escritos” I y II*: “El estadio del espejo como formador de la función del yo (Je) Tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica”, “Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis”, “La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud”, “Del ‘Trieb’ de Freud y del deseo del psicoanalista”, “El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada”, “La significación del falo”, “Kant con Sade”, “A propósito de la causalidad psíquica”, “El estadio del espejo como formador de la función del yo (Je) Tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica”, “La duración de la cura y los principios de su poder”, “Variantes de la cura tipo”, “Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis”, “La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud”, “Posición del inconsciente o la razón desde Freud”, “Del ‘Trieb’ de Freud y del deseo del psicoanalista”, “El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada”, “La significación del falo”, “Observaciones sobre el informe de Daniel Lagache: psicoanálisis y estructura de la personalidad”, México, Siglo Veintiuno editores.

Laplanche, J. (1973) *Vida y muerte en psicoanálisis*, Buenos Aires, Amorrortu editores.

Laplanche, J. *Problematicues*, I, II, III y IV, París, PUF.

Laplanche, J. Y Pontalis, J.B. (1974) *Diccionario de Psicoanálisis*, Barcelona, Editorial Labor.

Laplanche, J. Y Pontalis, J.B. (1979) *Diccionario de Psicoanálisis*, Barcelona, Editorial Labor.

Lebeaux, Y. (1986) “Je Sujet et Identification. Eléments pour une discussion”, en *Topique* n° 37, París, EPI.

Le Gaufey, G. (1981) “¿Con quién identificarse? ¿De quién fiarse?”, en *Ornicar* (en castellano), n° 1, Barcelona, Ediciones Petrel.

Le Poulichet, S. (1987) *Toxicomanies et psychanalyse. Les narcoses du desir*, París, PUF.

Major, R. (1983) “Empathie, antipathie et télépathie”; *Cahiers Confrontation* n° 10, París, Aubier.

Mannoni, O. (1985) “La désidentification”, *Le moi et l’Autre*, París, Denoël.

Mattioli, G. (1989) *Psicoterapia del toxicómano*, Barcelona, Logos.

Melman, Ch. (1978) “L’identification”, *Lettres de l’École, K n° 22*, Journée de Lille, *Bulletin interieur de l’École freudienne de Paris*, París.

Nasio y Otros (1985) *Aux limites du transfert*, París, Rochevignes.

- Olievenstein, C. (1977) *Il n'y a pas des drogués heureux*, París, Laffont.
- Olievenstein, C. (1986) *La vida del toxicómano*, Madrid, Editorial Fundamentos.
- Olievenstein, C. (1985) *La toxicomanía*, Madrid, Editorial Fundamentos.
- Pélicier, Y. Y Thuillier, G. (1972) *La Drogue*, París, PUF.
- Poissonnier, D. (1978) "L'identification primordiale", *Lettres de l'École*, K n° 22, Journée de Lille, *Bulletin interieur de l'École freudienne de Paris*, París.
- Revista Interdependencias*, n°. 1-7, Barcelona.
- Rosenfeld, D. (1976) *Clínica psicoanalítica; estudios sobre drogadicción, psicosis y narcisismo*, Buenos Aires, Galerna.
- Rosolato, G. (1976) "Le narcissisme", *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n° 13, París, Gallimard, p.7
- Roustang, F. (1981) "Le mythe de l'Un", en *Le lien social*, París, Confrontation.
- Sandler, J. (compilador) (1987) *Projection, Identification, projective identification*. Madison, Connecticut, International Universities Press, Inc.
- Savater, F. (1988) *Ética como amor propio*, Madrid, Mondadori.
- Schneider, M. (1986) "La filiation paradoxale: Freud enfant de Ferenczi", en *Mémoires, Transferts*; París, Écho-Centurion.
- Stengers, I. Y Ralet, O. (1991) *Drogués, le défi hollandais, Les empêcheurs de penser en rond*, París.
- Stoianoff, S. (1978) "Identification et vie communautaire" *Lettres de l'École*, K n° 22, Journée de Lille, *Bulletin interieur de l'École freudienne de Paris*, París.
- Szasz, T. (1985) *Geremonial chemistry, The ritual persecution of drugs, addicts, and pushers. Learning publications*, Holmes Beach. (1990) Versión Castellana: *Drogas y ritual. La persecución ritual de la droga, adictos e inductores*, Madrid, Fondo de Cultura Económica.
- Szasz, T. (1993) *Nuestro derecho a las drogas*, Barcelona, Anagrama.
- Tort, M. (1986) "L'argument généalogique", *Revista Topique*, n° 38, París, p.69.
- Vera Ocampo, E. (1988) *Droga, psicoanálisis y toxicomanía*, Buenos Aires, Paidós.
- Yarí, J.A. (1988) *Los adictos, las comunidades terapéuticas y sus "familias"*, Buenos Aires, Editorial Trieb.

Yaríá, J.A. (1990) *Toxicodependencias: asistencia y prevención*, Buenos Aires, Nadir editores.

Zafiropoulus, M. (1988) *Le toxicomane n'existe pas*, París, Navarin Éditeur.

VV.AA. (1993 y 1994) *Sujeto, goce y modernidad*; volúmenes I y II, Buenos Aires, Atuel-T y A., respectivamente.

VV.AA. (1989) *L'esprit des drogues*, París, Autrement.

VV.AA. (1988) *Le psychanalyste a l'ecoute du toxicomane*, París, Dunod.

VV.AA. (1989) *Le toxicomane et ses thérapeutes*, París, Navarin Editeur.

VV.AA. (1988) *La toxicomanía*, Barcelona, Espaxs Publicaciones médicas.

VV.AA. (1985) “Si l'objet réside WEITZMAN, MILES fantasme: de la boulimie”, en *Aux limites du transfert*, París, Rochevignes.

VV.AA. (1995) *La reducción de los daños relacionados con las drogas*, Barcelona, Grup Igia.

VV.AA. (1993) *Estrategias de intervención familiar en Drogodependencias*, Barcelona, Grup Igia.

VV.AA. (1989) *El diagnóstico psicopatológico en el campo de las drogodependencias*, Barcelona, Grup Igia.

VV.AA. (1987) *Les identifications*, París, Denoël.

VV.AA (1985) *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, t. XLII, n° 1, Buenos Aires, 1985. (Publicaciones previas al 34° Congreso de la API, Hamburgo, 1985: “La identificación y sus vicisitudes”).

VV.AA. Ídem, t. XLII, n° 4.

VV.AA. (1976) *La identificación en Freud*, Buenos Aires, Ediciones Kargieman.

Widlöcher, D. (1969) “Les processus d'identification”, *Bulletin de Psychologie*, vol.XXIII, París.

Winnicott. D.W. (1974) “Le rôle du miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant”, *Nouvelle Revue de psychanalyse*, n° 10, París, Gallimard, p.79.

Winnicott. D.W. (1979 Winnicott. D.W. (1974)) “El uso de un objeto y la relación por medio de identificaciones” y el interrelacionarse aparte del impulso instintivo y en términos de identificación cruzadas”, en *Juego y realidad*, Barcelona, Gedisa.

CAPÍTULO 9

DROGAS Y ADOLESCENCIA: DOS INICIACIONES SIMULTANEAS

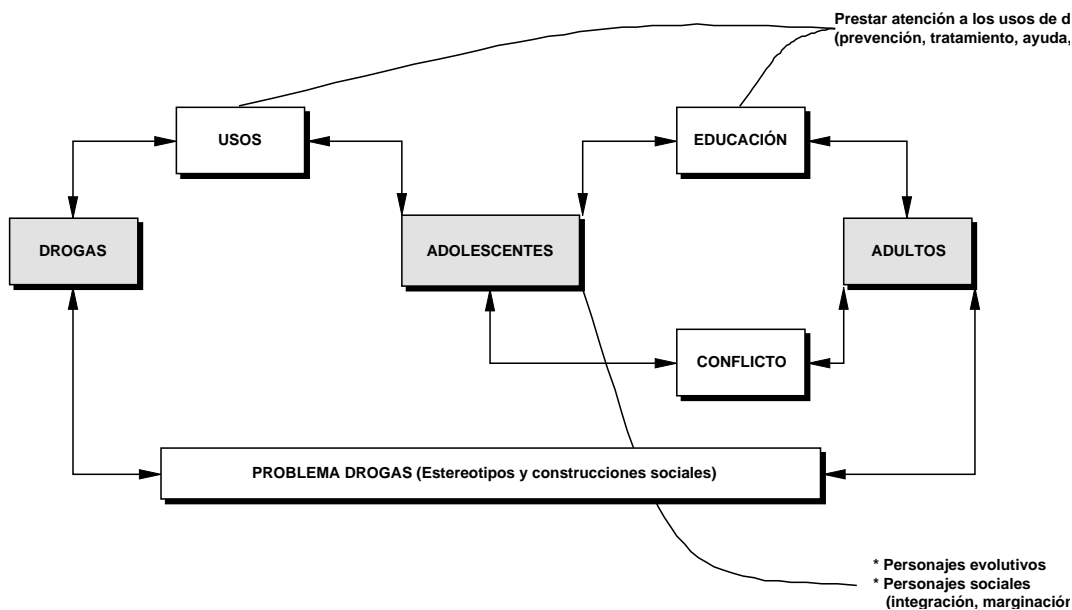
Jaume Funes.

Una parte importante de las relaciones que las personas establecemos con las drogas, con sus diferentes usos, se construye en etapas precoces de la vida, en períodos en los que se prueban, se ensayan, se aprenden conductas estrechamente relacionadas con la construcción de la identidad personal y social. Hablar de los inicios en los usos de drogas es hablar de etapas vitales como la adolescencia. Conocer cómo se construyen relaciones positivas, negativas o destructoras con las drogas supone conocer cómo se hacen adolescentes y desde esa perspectiva entender qué sentido y funcionalidad tienen sus usos de drogas.

Los adolescentes y las drogas. una relación a tres bandas en la que intervienen los adultos

Cuando se pretende una aproximación a la cuestión de las drogas entre los adolescentes, es importante analizar tres términos (drogas, adolescentes, adultos) y no sólo dos, así como las relaciones que se producen entre ellos. **No hay que considerar las drogas sino la manera como las usan los adolescentes. No se puede hablar sólo de los adolescentes sino de ellos en relación con los adultos que les rodean.** No han de considerarse las drogas en abstracto sino en el seno de la construcción social que los adultos hacemos de ella y, sobre todo, de los mensajes que como tales traspasamos a los adolescentes.

Estas relaciones (ver esquema) dan lugar a los números elementos implicados en el tema, desde el contenido de la educación hasta la definición de objetivos o las maneras de actuar cuando se complican la vida. Este texto analizará algunos de estos elementos.



Variantes juveniles de los usos

Si comenzamos por las drogas, sería bueno desprendernos de ciertas rigideces y ortodoxias. Es posible que los usos que los adolescentes hacen de ellas nos lleven a enfatizar aspectos que probablemente no son tan importantes o a relativizar otros que sí lo son. Aspectos que tienen que ver con los inicios de las relaciones con las drogas y que pueden ser secundarios en otras etapas.

Cuando cualquiera de nosotros, en cualquier ocasión del día toma una sustancia capaz de alterar el estado de ánimo que tiene en ese momento, hace algo más que poner en relación su organismo con una droga. El autor de este texto suele decir que **existen cuatro elementos, cuatro variables, que definen, que conforman el acto de usar una droga, cualquier droga, incluido el alcohol: las expectativas, la institucionalización, la relación social y el contexto vital en el que se usan.** Además, cada uno de esos elementos, desde la perspectiva adolescente, tiene unos aspectos concretos y específicos a destacar. Vayamos por partes.

Cuando usamos una droga, tenemos unas expectativas de obtener unos efectos determinados. De forma consciente o sobreentendida, buscamos, esperamos conseguir un placer, alcanzar un estado personal diferente. Estamos convencidos, o damos por supuesto, que el café nos despertará, que el coñac nos alegrará la sobremesa, etc.

En el caso de los chicos y chicas adolescentes, las expectativas de efectos tendrán más importancia que los propios efectos. Antes incluso de probar el alcohol, o cualquier otra bebida o cualquier otra droga, imaginan, esperan, les han dicho, han depositado en ellas, efectos que no tienen por qué corresponderse con los farmacológicamente previstos. Entusiasmo, imaginación, modas, publicidad, culturas, reacciones adultas, etc., se mezclan para crear un complejo mundo de expectativas. Unas expectativas que pueden ser más problemáticas a menudo que la propia sustancia. Así ha ocurrido, por ejemplo, con el “éxtasis”, tratado periodística y

socialmente con una importancia desencajada y desproporcionada que creó unas expectativas y un mercado para ellas más problemático que la propia sustancia.

Entre los adolescentes, los usos de drogas también responden a modas que ellos crean, reciben o alteran y que se difunden por su boca a boca particular. Con frecuencia la prevención comienza por descubrir qué les atrae, en qué están depositando sus ansias de felicidad, en qué confían para obtenerla. Nada atrae más que aquello de lo que se espera mucho. Una buena expectativa y un buen ambiente son los componentes básicos de un buen “coloque”.

El uso de una droga suele enmarcarse en una ritualización determinada, en un ambiente ya institucionalizado o, en otros casos, definidor de alguna transgresión social. Se toma cava en una fiesta porque es lo que toca, pero también se aspiran unas rayas de cocaína porque queda más esnob o porque se pretende formar parte de un determinado ambiente diferente de lo vulgar.

En el caso de los adolescentes habrá que pensar más en la transgresión que en la institucionalización. Aunque consuman drogas institucionalizadas, los chicos y chicas adolescentes van a hacerlo de la manera menos institucionalizada posible. Si es alcohol, mejor en la calle que en el bar, mejor de noche que de día. Si son otras drogas, mejor provocando que disimulando, mejor lo prohibido que lo tolerado. Si toda droga tiene su rito, su institucionalización, los grupos adolescentes construyen, además, la que les es propia. Convendrá, por lo tanto, calibrar nuestras intervenciones para no quedar atrapados por las formas. (Hay, por ejemplo, normas municipales sobre el alcohol que no persiguen reducir su consumo sino evitar el “espectáculo” —molesto para los adultos— del consumo masivo y sonoro en la puerta del bar).

En general, los usos de drogas (fuera de los que casi se han convertido en rutinas alimenticias o terapéuticas) suponen un posicionamiento de la persona con respecto a los otros. Bebemos, fumamos o nos inyectamos, con los otros o en soledad, porque queremos ser como los otros, o justamente, por la razón contraria, porque queremos distinguirnos de los otros, ser diferentes.¹

En el caso adolescente pondremos el énfasis en el grupo más que en el individuo. Recordemos, que no hay adolescente sin grupo o que ser adolescente es estar en busca continua de la propia identidad. Así, muchas de las posibles intervenciones pasarán por el trabajo con el grupo o con el posicionamiento del adolescente dentro de él. Igualmente, los usos de drogas no son banales y gratuitos como a veces nos empeñamos en destacar los adultos: suelen ser potentes generadores de identidad, provisional, en el seno de un grupo. Muchos de los usos de drogas comienzan asociados a conductas que sirven para definir un grupo al cual quiere incorporarse un adolescente. Igual que se define a partir del gusto por una música o determinado tipo de vestuario, puede y suele hacerlo por algunos usos de drogas.

Finalmente, los usos de drogas tienen sentido en función de contextos vitales concretos. Nada tiene que ver usar drogas para obtener un mejor rendimiento laboral con hacerlo para pasar mejor un rato de ocio. Usarlas en relación con un determinado

¹ Sobre los sentidos de los usos de drogas ver González, C. Et al. 1989

malestar o enfermedad, poco tiene que ver con su uso en los tiempos destinados a la búsqueda del placer. Los usos de drogas tienen que ver con el conjunto de contextos y necesidades en los que se desarrolla la vida de cada día de una persona.

Si en los adultos el uso tiene que ver con contextos vitales diferenciados (el rendimiento, el éxito laboral, las relaciones sociales, los espacios de angustia, etc.) con los adolescentes pasa igual. De hecho, la principal dificultad no suele ser cómo intervenir sobre las drogas sino saber cómo incidir positivamente en cada contexto concreto. El caso más claro es el de la diversión, sobre todo el de la diversión de fin de semana. Cuesta encontrar fórmulas de actuación destinadas a la construcción de un ocio que no necesite, por ejemplo, contar con determinados usos de alcohol.

La versión adulta

Acerquémonos ahora al término ADULTOS. De los múltiples elementos interrelacionados quisiera destacar tres:

La relación entre los adultos y los adolescentes, incluida la cuestión de las drogas, es una relación educativa. Es decir: se educa porque se incide, se estimula, el adulto impulsa el proceso madurativo, su proceso de construcción autónoma como personas, como ciudadanos. Se les educará sobre drogas en la medida que se los educa.

Una de cada dos relaciones entre un adulto y un adolescente se basa en el conflicto. Necesitan negar al adulto para afirmarse, atacarlo para sentirse seguros, oponerse para ser. El adulto es esa especie de frontón en el que chocan sus impulsos y, al volverles rebotados, se sienten vivos. Con los usos de drogas va a pasar lo mismo. **Mientras sea posible hay que evitar que formen parte de su frente de conflictos con los mayores. Evitar que se constituyan en elemento nuclear de sus oposiciones o sus dificultades de relación.**

Como que en la cuestión de las drogas suele haber más de construcción social que de realidad objetiva y objetivable, conviene ser conscientes de las limitaciones a la hora de relacionarse con los adolescentes. Son personajes con una gran capacidad para descubrir el doble lenguaje, la doble moral, la hipocresía, la incoherencia. Y, de eso hay mucho en el mundo de las drogas tal como lo consideramos hoy en día. Va a producirse más de una pregunta “impertinente”, más de una crítica al comportamiento del adulto, más de un poner el dedo en la llaga, sin que se pueda echar mano del argumento de autoridad ni invocar —como a veces se hace provocando su enfado— la experiencia.

Las drogas, los jóvenes y los adolescentes en la cercanía del 2000

Si tuviese que hablar de ellas aquí, no resultaría fácil decidir por qué sustancias comenzar el análisis de las diferentes drogas que usan los chicos y chicas adolescentes. Ha de rechazarse una simple clasificación jerárquica de las sustancias

por inútil y contraproducente. Tampoco puede olvidarse que la lectura en clave de problema es propia de los adultos, pero no suele ser vivida así por ellos y ellas.

En el contexto europeo, cuando nos acercamos al fin del siglo, los cambios producidos en los usos de drogas y en la adolescencia nos llevan a conceder prioridad en el análisis a un conjunto de sustancias y de usos muy diferentes de los de la década anterior. El impacto numérico, el efecto sobre sus culturas y sus estilos de vida, el riesgo real de que tengan finalmente problemas con ellas, nos hace ocuparnos en primer lugar de un entramado de sustancias compuesto por diversas pastillas, el alcohol y la cocaína, dejando quizás en segundo lugar otras drogas más “clásicas”.

En las preocupaciones razonables de muchos padres y madres, o de los educadores que se relacionan con los adolescentes, ocupa un lugar destacado el saber qué toman sus hijos (sus alumnos) cuando desaparecen por las noches de los fines de semana. Se comparte una cierta nebulosa de ideas y sensaciones, sobre las drogas presentes en los tiempos y espacios de diversión, alimentada periódicamente por sucesos que difunden los medios de comunicación. Algo así como si estuvieran tan disponibles y fueran tan atractivas como las luces modernas o agudizadamente psicodélicas de los “antros” en los que se reúnen. ¿Qué hay de real en todo eso?

La última década ha supuesto grandes cambios en la cuestión que nos ocupa. Entre otros, podríamos destacar:

La consolidación de la adolescencia como etapa universal y forzosa a la que ya nos hemos referido.

La generalización y masificación de determinadas pautas de ocio juvenil: la concentración en el fin de semana, el predominio de la noche sobre el día, su asociación a determinados lugares, etc.

La creación de diversas culturas juveniles o los cambios en las anteriores, relacionadas con la diversión: predominio de determinadas músicas, estilos y estéticas, valoración de determinados estados de ánimo, etc.

La presión comercial hacia el consumo y la generación de grandes negocios con el ocio juvenil.

El rechazo de determinadas drogas y determinadas formas de drogarse (el caso de la heroína).

La atracción de drogas, sometidas a modas y campañas de marketing formal o informal.

La mayor facilidad para sintetizar en laboratorio viejas y nuevas sustancias.

En esa nueva realidad, los adolescentes y jóvenes de finales de los 90 construyen nuevas maneras de relacionarse con el alcohol, acceden a la cocaína, se divierten con

diversas pastillas de la familia de las anfetaminas, formalizan un cierto uso de la cannabis (los porros).

Una preocupación sin alarmas

Cuando los profesionales, o simplemente los adultos, pretenden prestar atención a los usos de droga entre los adolescentes deben matizar sus preocupaciones. No sirven las lecturas extrapoladoras de las experiencias terapéuticas con adultos. No es bueno que, como ocurre con otras dificultades asociadas a los usos de drogas, hagamos también aquí una lectura desde los datos y las vivencias que tenemos de las personas con graves problemas de heroína a las que en las dos últimas décadas hemos prestado atención.

La preocupación debería venir determinada por el diferente grado de problematización que los usos de drogas estén añadiendo a su proceso educativo (a su maduración, a su socialización, a su salud...). Si ha de planificarse una intervención convendrá calibrar la diversidad de situaciones y diversificar la actuación. Al reflexionar conjuntamente con aquellos que prestan atención a los adolescentes suele encontrarse que, por lo general, cuando el tema preocupa, se dan tres tipos de situaciones:

Los adolescentes con los que se trabaja no consumen, pero... están inmersos en un contexto de consumos con una presencia dominante (y cuando se trabaja con adolescentes con dificultades sociales, se los observa inmersos en contextos de gran presencia de consumo y de tráfico).

Los adolescentes con los que se trabaja algo consumen y preocupa que este consumo avance y se intensifique o que otros adolescentes del grupo los imiten.

Alguno de los adolescentes con los que se trabaja ha iniciado un proceso de destrucción en el que juegan una parte importante los usos de drogas en los que está metido y se plantea, con cierta desesperación, la necesidad de hacer algo, aunque no sabemos cómo, ni parece que sea una tarea fácil.

Aunque una y otra situación pueden darse juntas, conviene no mezclarlas a la hora de ordenar la reflexión, la preocupación, el diseño de proyectos. Como es obvio, además, al preguntarse sobre el “qué hacer”, debe distinguirse si la actuación se producirá en un contexto institucional o en el medio abierto, si lo haremos desde la educación formal o desde la informal. Cada uno tiene sus reglas y en cada uno habremos de razonar cómo incorporamos **también** los aspectos que tienen que ver con los usos de drogas.

De qué dependen sus dependencias

No creo ser el único profesional que se haya encontrado atendiendo a adolescentes con consumos problemáticos que le dicen cosas como estas: *“Yo de las pastillas no dependo. En realidad no las tomo nunca durante la semana; eso sí, el fin de semana*

si no tenemos para pastillas no salimos. Ahora soy joven y ésta es mi manera de divertirme, cuando sea mayor ya me controlaré". Una propuesta de diagnóstico de situación nos llevaría rápidamente a reconstruir su recorrido de diversión, la red de lazos, estímulos y presiones que conforman sus grupos de pertenencia, las modas que conforman su manera de ser, los contenidos y las adjudicaciones de su felicidad, etc. etc.

Claro que más de uno dirá que en realidad le pasa todo eso porque tiene una personalidad dependiente. No lo vamos a discutir aquí. En gran medida porque, aunque así fuera, nuestras intervenciones (las que son posibles y pueden resultar positivas) van a tener poco que ver con una terapia de reorganización de la personalidad (por otro lado adolescente y por lo tanto inevitablemente provisional y multidependiente) y mucho con el aprendizaje acompañado, el apoyo cercano, el análisis de las situaciones de conflicto, la valoración y organización de otras actividades.

No es porque sí que al hablar de los usos de drogas, especialmente entre los adolescentes y jóvenes, ha de introducirse el concepto **estilo de vida**. Un concepto que puede servirnos de guión para reflexionar sobre algunos de los contenidos de la actuación.

Estilos de vida y usos de drogas

Podemos definir el **estilo de vida** "*como la dimensión simbólica de las culturas juveniles, expresada en un conjunto de elementos materiales e inmateriales que los jóvenes consideran representativos de su identidad como grupo... Algunos de ellos se manifiestan de manera espectacular en la escena pública y tienen una trayectoria histórica precisa*". O, también decir que "*las culturas juveniles hacen referencia a la manera en que las experiencias sociales de los jóvenes son expresadas colectivamente mediante la construcción de estilos de vida distintivos, localizados fundamentalmente en el área del tiempo libre y en los espacios intersticiales de la vida institucional*" (Freixa, 1995). También podemos concretarlo con otra definición "*actividades en sentido amplio que realizan los sujetos y conjunto de significados y representaciones simbólicas que comportan*" (Díaz, 1992). Aunque también podríamos acabar usando como descripción realista y popular aquello de "*dime con quien andas y te diré quien eres*"

Pero lo que aquí quisiera apuntar son algunos de los componentes de los estilos de vida, a partir del supuesto de que los usos problemáticos de drogas en los adolescentes se inscriben generalmente en alguno o algunos de ellos. Es decir, que preocupándonos y ocupándonos por algunos de los aspectos de su manera de actuar y ser, quizás podamos ocuparnos de algunas de sus maneras de usar (en este caso drogas).

Considero que los cinco componentes básicos de un estilo de vida son:

Los ejes en torno a los que gira su vida diaria.

Las relaciones.

Las presentaciones, imágenes y disfraces.

Los gestos y lenguajes. Las culturas, parciales, de referencia.

No es este el lugar para pormenorizar cómo entiendo el contenido de todos y cada uno de esos apartados, pero propondré algunos ejemplos para facilitar las posteriores concreciones sobre espacios y ámbitos de intervención.

El primer componente es un viejo conocido en el mundo de la intervención sobre drogas. Se dice que el adolescente es en función de lo que hace y por eso interesa descubrir sus actividades y especialmente sus secuencias de actuación (qué hace, pero también qué no hace, con qué orden). Se sabe que los usos de drogas pueden estar perfectamente inscritos en una secuencia de actividades (o en su ausencia o por su ausencia), forman parte de ellas o son una más de ellas. Modificar ese estilo de vida suele tener que ver con conseguir que hagan, o con que varíen el orden o dejen de hacer. Su vida cotidiana y nuestra atención está en relación también con los espacios a los que acude, con los itinerarios que recorre. Por ejemplo: probablemente se consiga modificar algunos usos problemáticos del alcohol si se logra influir para modificar el número y el tipo de “estaciones” que conforman su recorrido del viernes por la noche.

El componente de *las relaciones* requiere considerar no sólo con quién va, qué “juntas” tiene. También es importante considerar con quién no va. Sus amigos y sus “enemigos”, reales o teóricos. Hay usos de drogas que no tienen que ver con *la necesidad de ser como*, sino con la necesidad de *no ser de ninguna manera como*. Se puede estar usando pastillas fundamentalmente para no ser de ninguna manera como el grupo de amuermados empollones con los que se convive durante la semana.

Pero las relaciones, hablando de estilos de vida y de usos de drogas, incluyen a los iguales y también a los desiguales (a los adultos, a los más jóvenes, a los de diferente condición social). Se puede estar usando la cocaína fundamentalmente para no ser identificado de ninguna manera como un “quinqui” de los que le dan a la heroína. Pero aquí, especialmente, las relaciones tienen que ver con la “tribu” a la que el adolescente pertenece o quiere adscribirse, con el formar parte de una identidad colectiva en la que es posible ejercitar la individual. Determinados usos son parte inherente a la definición colectiva.

En la misma línea convendría situar el componente de las *presentaciones, imágenes y disfraces*, así como el de los *gestos y lenguajes*, que aquí podrían no tener especial relevancia pero que están en relación con su titubeante búsqueda de identidad. En cualquier caso habrá que recordar que si una estética determinada tiene como principal misión el dejar patente delante de los otros que uno existe, que se distingue, que no es uno más de la masa, lo mismo puede ocurrir con algunas conductas de usos de drogas. Los que le dan a la litrona en público difícilmente serán usuarios de botellín en privado.

Por el contrario, *las culturas² de referencia* son especialmente claves en la relación entre usos de drogas y estilos de vida en los adolescentes. En parte proporcionan la

explicación, el sentido que tienen en sus vidas. En definitiva, tienen que ver con su definición personal de placer y felicidad que puede tener nada o poco que ver con la del adulto. Algunos usos de alcohol son inexplicables sin la *cultura del coloquio* y algunos usos de pastillas no son explicables sin la *cultura de la marcha*.

Para llegar al conocimiento de esas culturas parciales hay que pararse a conocer las aficiones musicales y las vivencias asociadas (las músicas, las letras, las puestas en escena, los videoclips,...). Hay que considerar cómo se crean, expanden y desaparecen las modas,... Hay que tener en cuenta su diferente impacto según la condición social (tener en cuenta también las modas de mercadillo) y hay que considerar cómo conectan con elementos culturales más amplios de la cultura del propio medio.

Sentidos y significados

Si primero hemos adoptado la perspectiva de considerar los usos y la intervención en función de los contextos vitales, ahora deberíamos pasar a mirarlos, brevemente, desde la consideración del papel que juegan en la adolescencia. Estamos hablando de chicos y chicas que entran a la vez en la adolescencia y en los usos de drogas, creando una fuerte simbiosis entre los dos elementos. Los usos de drogas estimulan, frenan o complican su proceso madurativo y deben conducirnos a una revisión de la adolescencia teniendo en cuenta que están las drogas. Es decir, a considerar cada uno de los rasgos definitorios de la condición adolescente y como son modificados por los usos de drogas. Y, a la vez, qué rasgos de su adolescencia suponen una conexión, un acople fácil con los diversos usos. En cada caso hay que hacer aquella lectura en clave adolescente que en otros textos he propuesto (Funes, 1990) y que aquí no repetiré.

El funcionalismo de sus usos de drogas

De cualquier manera, sí que quisiera insistir en un par de ideas: **1) nunca podemos decir que las conductas adolescentes carecen de sentido; 2) la explicación de sus usos suele estar a menudo fuera de las drogas.** Es frecuente afirmar, cuando un chico o chica adolescentes hacen algo que no se entiende, que tienen una actuación sin sentido (a algunas de sus conductas vandálicas, por ejemplo, suele etiquetarse de “violencia sin sentido”). En el caso de los usos de drogas —sin necesidad de buscar interpretaciones dinámicas y profundas— podemos decir que siempre tienen algún sentido o, mejor dicho, que tienen alguna funcionalidad.

Si hemos intentado antes descubrir el contexto en el que se inscriben, ahora hemos de descubrir para qué les sirven, a qué ayudan, qué pieza del conjunto sustituyen, a qué manera de funcionar colaboran. Se ha de ir con cuidado al hacer interpretaciones porque se hará desde una lógica determinada y lo que se trata es de descubrir la suya. El trabajo educativo y terapéutico no va a consistir en imponer una manera de ver el problema, sino en trabajar con la lógica y la función que los usos de drogas cumplen

2 Sin querer añadir una definición al más de medio millar que ya existen, suelo entender por cultura: *la manera de asimilar, comprender e interpretar la realidad que envuelve la existencia de la persona. Pero también la manera de disfrutar, de padecer, de sentirse vivo y de tener sentido.*

ahora en sus vidas. Los usos no van a poder ser suprimidos, van a tener que ser sustituidos dentro del engranaje de su vida evolutiva y de su actividad diaria. La lógica (las razones, los sentimientos a favor, las presiones insuperables,...) las vamos a tener que contrastar y discutir. Aunque no sea fácil hacerlo, quizás deberíamos reconocer que la atención a los adolescentes con usos problemáticos de drogas comienza por intentar descubrir para qué le sirven esos usos en su vida.

Con respecto a la segunda idea, tan sólo quisiera volver a ser reiterativo: ¡atención con querer seguir considerando la cuestión de los usos de drogas entre los adolescentes como un capítulo más del fenómeno drogas y su abordaje científico! Pocos elementos de sus consumos son etiquetables, ahora, como un fenómeno de drogodependencias.

Las drogas ayudan a ser

De todas las relaciones entre usos de drogas y rasgos evolutivos, de todas las funciones que pueden cumplir, comentaré brevemente la de la identidad. **Si tuviésemos que definir a la persona adolescente con un sólo rasgo diríamos que es una persona inmersa en una zozobranante búsqueda de identidad**, un sujeto tocado por la pregunta (vivencia) del “quién soy” y “quién seré”. Está definido, de entrada, por dos negaciones (no es niño o niña, no es joven o adulto) y se pasa el día probando, ensayando identidades. Especialmente en el seno del grupo, prueba a ser, imita a otros, selecciona papeles a representar. Sin que lo piense o lo planifique, actúa de unas y otras maneras y comienza a sentirse él o ella. Actuando es.

Hay conductas asociadas a los usos de drogas que ayudan a ser. Actuando de esa manera en la que están presentes usos de drogas se es. El ejemplo más simple lo tenemos en el tabaco. Sin recurrir a la versión clásica de afirmación de la hombría (hoy también de la adultez femenina) la adolescente de catorce años que fuma a las ocho de la mañana en la puerta del instituto está probando maneras de ser, de no ser como los compañeros y compañeras más pequeños, de parecerse a las jóvenes que demuestran autonomía, de ser distinta de las apocadas, de parecerse en los gestos y en las poses a alguna de las modelos que le atraen.

Algunos y algunas de los adolescentes que tienen usos problemáticos de drogas, podríamos decir que son personajes en los que los ejercicios y definiciones de identidad están saturados de componentes que tienen que ver con las drogas. Sus provisionales maneras de ser lo serían todavía más si desaparecieran todos esos papeles que desempeñan en los cuales hay usos de drogas. Para poder dejarlos han de tener otros y algunos no los tienen, en su círculo sólo hay colegas definidos por ellos, o en las prácticas vitales que hacen cada día no imaginan otros que no los tengan. Si algo rechazan es ser simplemente masa, no ser nada.

Hay que tener presente que dejar los usos de drogas puede ser, o puede parecerles, dejar lo poco que ahora son. La intervención hay que planearla pensando en qué modelos van a tener y qué ejercicios de identidad podrán practicar, presentándolos al menos igual de atractivos que los que ahora tienen.

Drogas y dificultades para vivir

El último paquete de elementos condicionantes y, por lo tanto, objeto de nuestra atención puede estar determinado por la historia anterior del adolescente. Algunos de ellos pueden haber tenido una historia de maduración personal compleja. Si provienen, sobre todo, de sectores con grandes necesidades y dificultades sociales, bastantes de ellos habrán crecido, además, entre carencias y conflictos. Ahora reaparecen y encajan o se enmascaran detrás de los usos de drogas dificultándose mutuamente su resolución.

Volver a embridar los antiguos conflictos, entre viejos y nuevos desequilibrios

Es perfectamente conocido que la adolescencia es una etapa evolutiva en la que entran en crisis la inmensa mayoría de las seguridades que se habían construido en la etapa anterior. Es como si los adolescentes instalaran en una crisis generalizada, productora de inquietud y malestar. Cuando nuestro personaje ha tenido una historia anterior complicada, su entrada en la adolescencia suele comportar la reaparición explosiva de los viejos conflictos y dificultades. Para los profesionales que han ido trabajando con ellos es como si de repente todo lo conseguido, toda la estabilidad lograda, se perdiese irremediablemente. Para los que los atienden ahora por primera vez, toda su persona se les presenta como extremadamente problemática. Su vida parece un cóctel sin fin de problemas irresolubles.

La entrada en una etapa de crisis, provisionalidad y cambio como es la adolescencia comporta que se diluyan los mecanismos de control y recolocación de los problemas que el niño o la niña habían logrado. La estabilidad moderada de sus vidas había logrado sobreponerse a las dificultades vitales. Las experiencias educativas habían ido sirviendo para sentirse mejor y reconciliarse con sus dificultades. Ahora gran parte de ellas se desencajan y se ven incrementadas por los desequilibrios emocionales específicos de la nueva etapa.

Se observan chicos y chicas inmersos en las antiguas crisis provisionalmente desaparecidas, que se zambullen en las nuevas y que se complican la vida, además, con las drogas. El panorama resultante suele ser difícil de abordar. Carece de sentido intentar seguir el orden cronológico e intentar resolver primero los antiguos problemas, después los actuales y finalmente los que tienen que ver con las drogas. Tampoco sirve actuar a la inversa y pensar que estamos ante un toxicómano adolescente.

El núcleo de la intervención se centra entonces en trabajar lo que está sucediendo en el día a día, introduciendo poco a poco la conciencia explícita de los elementos conflictivos de su pasado. Los que trabajan con ellos y ellas saben que durante dos o tres años habrán de simultanear un trabajo doble para hacerles conscientes de su realidad actual y de parte de su pasado. El objetivo general viene a ser un descubrimiento y una reconciliación con su adolescencia y con su historia.

En algunos, parte de sus usos de drogas tendrán que ver simplemente con el aprendizaje y la relación entre sujetos con similares dificultades (hay usos marginales y disociales de las drogas). Otra parte (la que tiene que ver con algunas maneras, vías y circunstancias de uso), en casi todos, estará asociada a la turbulencia con la que

viven ahora. Lo que son y lo que padecen se impregnará de riesgo, descontrol, experiencias al límite.

Los usos de drogas como “calmante”

Pero, tanto para aquellos y aquellas que tienen una historia personal complicada como para todos los demás, podemos afirmar que sus vidas quinceañeras no son un mar de calmas. Desasosiego, irritación, exaltación, calma, abulia, entusiasmo desenfrenado, son tan sólo algunos de los adjetivos que podrían describir sus climas emocionales. El resultado suele ser un cierto “agobio” y en algunos momentos y en algunos casos, un verdadero clima de angustia que desearían quitarse de encima.

Si del mundo adulto se suele decir que tiene un inmenso mercado de la angustia en el que con gran facilidad ha arraigado la industria farmacéutica o las teorías esotéricas, del mundo adolescente en general podemos decir que también hay momentos en los que buscan remedios para lograr su calma. No es difícil encontrar entre los que tienen usos problemáticos explicaciones relacionadas con el “olvidarse de todo”, “dejar de pensar”, “dejar de sentir”, aunque sólo sea por un rato.

Abordar esta cuestión no será tan sencillo como intentar decirles que no se engañen, que los problemas siguen donde se dejaron. Pueden ser perfectamente conscientes de ello pero, aunque sea por momentos quieren calma, felicidad temporal, tranquilidad sin agobio. Junto a los placeres que otros encuentran al usar drogas, ellos y ellas descubren su poder desagobiante, antiansiógeno. Probablemente una postura radical contra cualquier uso de drogas y de golpe, puede ser no sólo imposible, sino contraproducente. En cualquier caso, habrá que ayudarles a descubrir otros substitutivos productores de calma, de otras experiencias emocionales de felicidad.

Bibliografia

Díaz, A. et. al. (1992) *Les línies de l'èxit? Naturalesa i extensió del consum de cocaïna a Barcelona*, ICEBS-Ajuntament de Barcelona.

Freixa. C. (1995) *La joventut com a metàfora*. Barcelona, Secretària General de Joventut, Generalitat de Catalunya.

Funes, J. (1990) *Nosotros, los adolescentes y las drogas*. Madrid, P.N.S.D.

González, C. et al. (1989) *Repensar las drogas*. Barcelona, Grup Igia.

BLOQUE III: LAS SUSTANCIAS. FARMACOLOGÍA

No es fácil deslindar a las sustancias de sus usos y abusos, de las personas que deciden administrarse cualquiera de las sustancias a las que se llama drogas, de los contextos, situaciones, ambientes en los que tienen lugar los usos. La farmacología, ciencia que estudia las propiedades físicas, químicas y biológicas de estas sustancias, nos aporta un nivel de información, importante en tanto en cuanto nos permite aumentar la capacidad de autogestión, cuando el uso se da en un contexto lúdico o de experimentación o de automedicación a la vez que nos aporta conocimiento acerca de los riesgos y daños posibles que se pueden dar en determinadas situaciones y pautas de consumo puntuales o repetidas.

En contextos sociales amplios las sustancias psicotropas potencialmente susceptibles de generar dependencia psíquica y /o fisiológica, son llamadas drogas, en los médicos y/o farmacéuticos medicamentos o fármacos, en ambientes chamánicos o religiosos plantas sagradas y enteógenos en algunos contextos psicoterapéuticos, , es obvio que las sustancias sin un marco relacional pueden incluso ser anómicas, aunque en ocasiones les “delegamos” o les otorgamos una relevancia sobredimensionada.

En este capítulo se realiza una aproximación a las características farmacológicas de las sustancias, desde una perspectiva histórica hasta los usos actuales, además de la estructuración a partir de la clasificación de los efectos sobre el sistema nervioso central.

Como ya queda reflejado en el capítulo, la sustancia es importante en tanto en cuanto su interacción biológica genera cambios tanto a nivel fisiológico como afectivo y relacional, pero los principales protagonistas de la realidad compleja en la que nos movemos somos los individuos y nuestras relaciones.

Tre Borrás

CAPÍTULO 10

LAS SUSTANCIAS: FARMACOLOGÍA

Jordi Camí.

Introducción: conceptos básicos

Sobre la palabra “droga”

En sentido amplio, un fármaco es cualquier sustancia química, natural o sintética, capaz de modificar un sistema biológico. Por medicamento se entiende aquella especialidad farmacéutica que, conteniendo uno o varios fármacos, tiene indicaciones terapéuticas establecidas. En nuestro medio utilizamos la palabra **droga** para referirnos a los **fármacos psicoactivos que son capaces de desarrollar dependencia y que son objeto de abuso**, unos conceptos que a continuación precisaremos en qué consisten (si se leen textos en inglés sobre el tema, conviene recordar que la palabra “*drug*” se utiliza indistintamente para denominar a los fármacos y lo que nosotros entendemos por drogas). Entre las drogas se incluyen desde sustancias cuyo consumo forma parte de nuestros hábitos alimentarios (como por ejemplo el alcohol), hasta medicamentos comercializados por su interés terapéutico (como algunos tranquilizantes o analgésicos), pasando por fármacos sin interés médico reconocido y cuya manufactura y distribución es ilegal (sería el caso del alucinógeno LSD).

Sobre los conceptos de uso no médico y abuso de drogas

Mediante estos términos se distinguen diferentes pautas de consumo y distintas concepciones culturales de las drogas. En efecto, el **uso no médico** hace referencia al consumo ocasional o circunstancial de drogas para unas finalidades instrumentales de carácter no terapéutico. Es un término objeto de muchas confusiones y controversias, ya que no existe un acuerdo unánime acerca de lo que es un consumo terapéutico. Entre las pautas de uso no médico, se incluyen desde el uso de medicamentos para indicaciones no reconocidas, como sería la preparación de un examen, hasta el consumo circunstancial de fármacos con fines de autoexperimentación, pasando por el consumo ritual de drogas en el marco de determinadas liturgias. En cualesquiera de estas circunstancias pueden experimentarse diversos grados de intoxicación y no puede descartarse que, para determinados sujetos, el consumo aislado de una droga pueda ser potencialmente peligroso. Por este motivo, el uso no médico a menudo tiene connotaciones negativas.

El **abuso de drogas** generalmente es un juicio de valor que hace referencia a la ingestión de drogas en cantidades y circunstancias que se desvían de las pautas sociales o médicas de una determinada cultura. El término incluye la noción de desaprobación

social y no es descriptivo de una forma particular de consumo. Existen diferencias transculturales de lo que se considera abuso de drogas. En nuestra cultura, por ejemplo, la intoxicación etílica moderada en reuniones lúdicas no tiene el rechazo que tendría en la cultura musulmana, y a la inversa podría decirse lo mismo de la embriaguez por el consumo de hashish. El que haya abuso de drogas, no implica que se establezca o se haya establecido una conducta de dependencia.

Sobre el concepto de dependencia de drogas (adicción y habituación)

Los términos adicción y habituación están “oficialmente” en desuso. Años antes se manejaba el concepto **habituación** como algo de menor gravedad (y/o menor desaprobación social), frente a la “incontestable” **adicción**. Ya hace varias décadas que los expertos de la OMS (Organización Mundial de la Salud) aconsejaron la sustitución de estos términos por el concepto único de **dependencia**, en tanto se trataría de un único comportamiento que se presentaría en distintos grados y con diversas fisonomías. Sin embargo, a pesar de las recomendaciones oficiales, la utilización del término “adicto” y “adicción” está tan arraigado que se utiliza de forma indistinta al de dependencia.

La farmacodependencia o **dependencia de fármacos** (o dependencia de drogas), se define como **aquel estado de adaptación del organismo resultado del consumo repetido de determinadas drogas**. Esta adaptación del organismo humano es una consecuencia necesaria, y es el resultado de los efectos biológicos de la droga. Sin embargo, el consumo de drogas no es una condición suficiente ya que, **en el establecimiento de dependencia siempre intervienen las características de la persona y del entorno en el que se realiza el consumo**. La dependencia se caracteriza por una **compulsión** a seguir tomando el fármaco de forma periódica o continuada, con independencia de la aparición de efectos tóxicos. Quizás en las primeras etapas, el individuo persiga experimentar los efectos placenteros de la sustancia, sin embargo, cuando ya se ha establecido la dependencia, el consumo persiste con una determinada regularidad, el sujeto fracasa reiteradamente en el intento de cesar o reducir el consumo, y la conducta de autoadministración prosigue a pesar de la aparición de efectos adversos.

La dependencia es un fenómeno que se presenta con una enorme variabilidad interindividual. Quizás existan personas cuyos factores personales y ambientales les hagan más propensas a tener problemas de dependencia, siempre que se presenten además otras condiciones o circunstancias. En cualquier caso aún sabemos poco para poder generalizar. Muchas personas son capaces de consumir sustancias adictivas con moderación o de forma ocasional o social, mientras que otras, en cambio, son vulnerables a sus efectos, convirtiéndose en consumidores compulsivos de una o varias de ellas, con una enorme dificultad para abandonar su consumo. En España, el alcohol y el tabaco constituyen las sustancias adictivas que ocasionan mayores problemas sanitarios. La cafeína es consumida de forma regular por la mayoría de personas adultas, si bien ello no se traduce en mayores consecuencias sanitarias. Le sigue en proporción el consumo no médico de fármacos hipnosedantes y después el de las drogas ilegales. Entre éstas, el consumo de hashish es el más prevalente, aunque no comporta los problemas sanitarios y sociales que se derivan del consumo mucho más minoritario de otras sustancias ilegales, como la heroína o la cocaína.

Síndrome abstinencial y tolerancia

El establecimiento de dependencia comporta un estado de adaptación psicofisiológica del organismo, que da lugar a la aparición de una sintomatología adversa cuando se reduce o cesa el consumo de la sustancia. Esta reacción adversa es el **síndrome abstinencial** y, generalmente, consiste en la aparición de unos signos o síntomas de carácter opuesto o rebote a las acciones farmacológicas de la sustancia. Por ejemplo, al ser la heroína un poderosísimo analgésico y tranquilizante, cuando un heroinómano está en estado abstinencial tiene dolores y ansiedad.

Los signos y los síntomas de la abstinencia son distintos según la droga que se trate. Hay grupos de drogas cuya abstinencia tiene similitudes entre sí, éste sería el caso de la abstinencia a barbitúricos y alcohol, si bien es posible distinguir entre cada grupo farmacológico distinto de drogas. Sea cual fuere la sintomatología, su intensidad y curso temporal dependen de otras variables como la frecuencia, cantidad y antigüedad en el consumo así como de las propiedades farmacocinéticas de la droga. Las propiedades farmacocinéticas de una droga nos expresan las características de su paso a través del organismo. Así, una sustancia que desaparece del cerebro o que se excreta rápidamente del organismo, dará lugar a una abstinencia aguda de rápida aparición, gran intensidad y duración breve, caso típico de la nicotina o de la heroína. En cambio, una sustancia que tiene tendencia a la acumulación, dará lugar a un síndrome de abstinencia de menor intensidad, de aparición más lenta pero también de más larga duración. Éste sería el caso del opioide metadona o del tranquilizante diacepam. La abstinencia más florida y de aparición más rápida es aquella provocada por la administración de antagonistas farmacológicos específicos, por ejemplo, cuando a un dependiente de opioides se le administra el antídoto naloxona.

Se entiende por tolerancia la disminución progresiva de los efectos de una droga a medida que se consume de forma reiterada o, en otras palabras, la necesidad de ir aumentando progresivamente la dosis con el fin de alcanzar los efectos iniciales. La tolerancia es otra manifestación de la capacidad de adaptación del organismo a la presencia continuada de una sustancia ajena. No todas las drogas presentan tolerancia, tampoco el organismo se acostumbra de igual manera a los distintos tipos de sustancias. Además, **la tolerancia generalmente no se presenta de forma uniforme a los distintos efectos que tienen las drogas.** Por ejemplo, los adictos a heroína pierden con cierta rapidez los efectos euforizantes y placenteros que experimentan durante los primeros meses. La heroína desarrolla tolerancia con rapidez, sin embargo el organismo no se acostumbra con la misma celeridad a otros efectos, como la miosis pupilar y el estreñimiento. Por otra parte, hay grupos farmacológicos de drogas que presentan tolerancia cruzada entre sí, así por ejemplo, cuando se administran tranquilizantes a un alcohólico se requieren dosis inicialmente superiores para alcanzar los mismos efectos que se lograrían en abstemios. Otra particularidad especialmente relevante del desarrollo de tolerancia es su reversibilidad; es decir, cuando se abandonan las drogas, se recupera gradualmente la sensibilidad inicial que se percibían de sus efectos.

Clasificación farmacológica de las drogas

Las drogas pueden clasificarse según diversos puntos de vista: farmacológico, comportamental, clínico, social, epidemiológico o legal, entre otras posibilidades. La clasificación farmacológica tiene en cuenta la estructura química de las sustancias, su mecanismo de acción y propiedades farmacológicas. Es una sistemática útil para desenmascarar confusiones interesadas o concepciones poco informadas. Desde esta perspectiva, el “éxtasis” y las pastillas ahora de moda son variantes de anfetaminas y, por lo tanto, sustancias con propiedades psicoestimulantes muy similares entre sí. Asimismo, los efectos farmacotxicológicos de la cocaína y de las anfetaminas tienen mucho más de común que diferencias, a pesar de las distintas concepciones que se tienen de estas drogas. La razón es que la cocaína es un principio activo de origen vegetal, que fue introducida en el mundo occidental como remedio energizante y formó parte de muchos productos alimentarios, mientras que las anfetaminas son unas sustancias sintetizadas en el laboratorio y fueron introducidas inicialmente por la industria farmacéutica por sus supuestas finalidades terapéuticas. La clasificación farmacológica también es indispensable para que los medios de comunicación dejen de etiquetar al “*crack*” como una nueva droga en vez de reconocer que es una forma fumable de la cocaína, por ejemplo. **Pero como veremos, toda clasificación tiene sus limitaciones; por ejemplo, la perspectiva farmacológica estricta no nos ayuda a comprender por qué una determinada benzodiacepina, como el flunitracepam, tiene un atractivo incomparable para los heroinómanos que no presentan otros congéneres suyos como el diacepam.** A continuación se expone la farmacología de las drogas agrupadas en cuatro grupos por sus efectos predominantes: los depresores del Sistema Nervioso Central, los psicoestimulantes, los alucinógenos y un monográfico final relativo al tabaco y la nicotina.

Drogas depresoras del sistema nervioso central

Las sustancias depresoras del Sistema Nervioso Central son aquellas que atenúan o inhiben los mecanismos cerebrales de la vigilia, y pueden producir distintos grados de inactivación desde la relajación, sedación y somnolencia hasta la hipnosis, anestesia y coma, dependiendo de la dosis. Algunas drogas además tienen unos efectos específicos como la producción de analgesia.

Opioides

El referente de la naturaleza es el **opio**, una resina que se obtiene de los frutos de la planta adormidera (*Papaver somniferum*). En el opio se encuentran muchas sustancias, entre las que destaca un grupo de características químicas comunes, los alcaloides, principalmente la morfina y la codeína. La **morfina**, nombre relativo a Morfeo, el dios griego del sueño, fue una sustancia introducida en terapéutica por sus extraordinarias propiedades analgésicas. Aún en la actualidad, los opioides son los fármacos analgésicos más poderosos que se disponen en clínica. El porqué de su poder no lo hemos conocido hasta hace poco. En efecto, los opioides actúan en el sistema nervioso interactuando específicamente con los sistemas que regulan los mecanismos del dolor y del placer, es decir, existen unos receptores específicos para estas sustancias que

responden a la presencia de neurotransmisores químicos endógenos, y que son los encargados de regular múltiples sistemas fisiológicos.

La morfina se absorbe mal por vía oral por lo que, ya desde el principio, su utilización terapéutica se formuló por vía subcutánea, intramuscular o intravenosa. **La codeína**, en cambio, se absorbe mejor por vía oral aunque sus propiedades analgésicas son menores en comparación con la morfina. La codeína también ocupa un lugar en terapéutica ya que es muy eficaz como antitusígeno y antidiarreico, al inhibir el reflejo de la tos y la motilidad intestinal, respectivamente. La **heroína** (cuyo nombre genérico es diamorfina), es una sustancia semisintética, es decir se fabrica a partir de la morfina. En concreto es la diacetilmorfina, un derivado que, al ingresar en el organismo, se degrada por unos enzimas existentes en la sangre que la transforman inmediatamente en monoacetilmorfina y luego rápidamente en morfina. Como fuera que, a principios de este siglo, en seguida se empezaron a observar casos de dependencia tras los primeros usos de morfina, la industria farmacéutica se apresuró en lanzar al mercado un nuevo producto (de nombre comercial Heroína), una sustancia de la que se esperaban resultados “heroicos” y que estaría desprovista de los efectos indeseables de la morfina, unas pretensiones que rápidamente se vieron frustradas. En comparación con la morfina, decimos que la heroína es una sustancia más potente, es decir, con menos cantidad se logra un efecto farmacológico comparable. Además es un producto químico más liposoluble, lo cual significa que llega con más rapidez al cerebro para actuar, aunque también su presencia dura menos tiempo. Aunque la heroína goza de muy poco prestigio en terapéutica, en algunos países como en el Reino Unido, se sigue utilizando como medicamento.

En la actualidad, existen muchos otros fármacos opioides introducidos comercialmente para finalidades terapéuticas, entre los que destacan, en primer lugar, la **metadona**, opioide sintetizado en Alemania durante la II Guerra Mundial que ahora prácticamente sólo se usa en el tratamiento de adictos a la heroína. La metadona se caracteriza por absorberse muy bien por vía oral y permanecer bastante tiempo en el organismo. Estas propiedades la hacen útil como herramienta para la desintoxicación así como en programas de sustitución prolongada o mantenimiento. El **dextropropoxifeno**, un derivado de la metadona con propiedades similares aunque de menor eficacia y que se utiliza como analgésico y para el tratamiento de la adicción a la heroína. Recientemente se asiste al renacimiento comercial de otro derivado de la metadona, el **LAAM** (levoacetil-alfa-metadol). El LAAM se caracteriza por ser un producto que se acumula en el organismo y, por la tanto, en el contexto de los programas de mantenimiento, podría ser potencialmente útil para espaciar a solamente unas tres veces por semana las administraciones del medicamento. Sin embargo, el LAAM tiene unas propiedades similares aunque no comparables a las de la metadona, es decir, los adictos no lo prefieren tanto; por ahora es un medicamento que no está adecuadamente estudiado y es probable que su utilización tenga poco éxito.

Existen otros opioides sintéticos de gran interés en terapéutica como la **petidina** o meperidina, fármaco cuya utilidad actual se circunscribe al campo de la analgesia y la anestesia o el **dextrometorfano**, sustancia comercializada como antitusígeno. Entre los opioides más potentes destaca el **fentanilo** y sus derivados, medicamentos de corta duración que tienen una gran utilidad como analgésicos en el campo de la anestesia. También existen otros opioides de interés como el **difenoxilato** y la **loperamida** que, al no absorberse prácticamente por vía digestiva, se utilizan como antidiarreicos. Otros

opioides de menor interés son la tilidina y la etil morfina, analgésicos eficaces por vía oral y prácticamente en desuso.

El descubrimiento de la existencia de receptores opioides en nuestro organismo ha permitido conocer cómo actúan estas sustancias y desarrollar nuevos medicamentos. Existen varios receptores opioides cuya activación da lugar a distintas acciones fisiofarmacológicas. A la inversa, existen fármacos opioides antagonistas, es decir, sustancias capaces de ocupar estos receptores pero que, en cambio, inhiben la transmisión opioide. Entre los agonistas puros como la morfina y las antagonistas puros como la naloxona (antídoto de enorme eficacia ante casos de sobredosis), o la naltrexona (sustancia eficaz por vía oral que también se utiliza en la terapéutica de adictos precisamente por esta propiedad), existen otros fármacos opioides de interés terapéutico muy notable y cuyo mecanismo de acción está a medio camino. Algunos son opioides agonistas/antagonistas, como la histórica pentazocina, un analgésico que además presenta ciertas propiedades disfóricas y que actualmente se utiliza más bien poco. Otro opioide de gran interés y de reciente aparición es la buprenorfina, un fármaco que en algunos receptores actúa como agonista y en otros como agonista parcial/antagonista. La buprenorfina se introdujo inicialmente en terapéutica como analgésico, si bien ahora se está utilizando tanto en tratamientos de desintoxicación como en programas de sustitución prolongada de adictos a opioides, como alternativa a la metadona. Existen otros opioides de eficacia analgésica como el tramadol, en cuyo mecanismo de acción participan los receptores opioides y otros sistemas de neurotransmisión.

Opioides, pues, es un término que significa relativo a los receptores y a la neurotransmisión opioide que existe en nuestro organismo. Opiáceo es un término que indica relativo al opio y, en sentido estricto sólo son opiáceos la morfina, la codeína y, en sentido más amplio sus derivados semisintéticos como la heroína. En cambio, la metadona o la naltrexona así como el resto de medicamentos citados hasta el momento, son productos de origen totalmente sintético, de manera que es preferible utilizar el término opioide para referirnos al conjunto de todas estas sustancias.

Efectos farmacológicos y desarrollo de dependencia. Cuando se administra morfina u otros opioides en terapéutica, predominan los efectos analgésicos junto con algunos efectos adversos, siendo raro que los pacientes tengan reacciones eufóricas. En condiciones de uso no médico, los efectos de la heroína, por ejemplo, son percibidos de forma muy distinta. Las primeras experiencias con opioides, a menudo son desagradables, predominando las náuseas y los vómitos. Pero la presión del grupo, la euforia que rápidamente se experimenta con dosis sucesivas y la decisión de seguir experimentando con la heroína, activa los mecanismos de adaptación orgánica que acompañan al establecimiento de la conducta de dependencia.

A menudo, el consumo de heroína se inicia por vía nasal (esnifada) o fumada (“chinos”), aunque con el tiempo la mayoría pasará a la administración intravenosa (el “pico” o el “chute”). La inyección de heroína produce una breve sensación placentera que ha sido descrita por los adictos de cualidad similar a un orgasmo. Si la autoadministración es continuada, pronto se crea tolerancia, lo que obliga a aumentar las dosis para alcanzar los mismos efectos iniciales. Con el tiempo, los períodos existentes entre las continuas autoadministraciones cursan con una sintomatología de abstinencia progresivamente más intensa, por lo que la búsqueda de más droga se dirige

a paliar el malestar de la privación. A diferencia de lo que se observa con el consumo de otras drogas, como el alcohol o la cocaína, es rara la existencia de consumidores esporádicos o sociales de heroína, por lo menos en las actuales condiciones de ilegalidad y altos costos económicos y sociales.

Los heroínómanos desarrollan tolerancia con gran facilidad, sobre todo a los efectos eufóricos, eméticos, analgésicos y sobre el centro respiratorio. Otros efectos, en cambio, prevalecen con mayor intensidad a medida que el adicto aumenta progresivamente la dosis: es el caso de la miosis, el estreñimiento y algunos efectos hormonales. Por este último motivo la adicción ocasiona pérdida de la libido en el hombre y amenorrea en la mujer. La dosis letal está muy alterada en individuos tolerantes, ello explica el que se autoadministren dosis muy elevadas sin que se produzca parada respiratoria, pero, al ser la tolerancia un fenómeno reversible, a su vez también justifica el que exista un mayor riesgo de sobredosis mortal cuando se vuelve a consumir tras determinadas etapas de abstinencia.

Generalmente se distinguen dos etapas en la sintomatología de abstinencia de los heroínómanos. La primera etapa o abstinencia aguda (el “mono”), aparentemente la más espectacular, tiene su cenit a las 36-72 horas para ir cediendo poco a poco y dura unas 2 a 3 semanas. En realidad, los adictos tienen problemas de abstinencia varias veces al día, horas después de su última autoadministración. Entre el perfil cualitativo de la abstinencia aguda destaca la aparición de una gran irritabilidad, ansiedad y deseo de droga, rinorrea, lagrimeo, bostezos, sudación, piel de gallina así como también son muy característicos los dolores musculares en la espalda y extremidades y los espasmos en la región abdominal. El cuadro se asemeja a un fuerte resfriado con insomnio y depresión. Pueden aparecer náuseas, vómitos, cambios cardiovasculares y alteraciones hidroelectrolíticas en casos graves. Son raras las convulsiones y rara vez la abstinencia es un cuadro que sea vital. Si se supera la crisis aguda, entonces aparece una segunda etapa, denominada de abstinencia retardada, que puede durar semanas o meses y que se caracteriza por el predominio de sintomatología psíquica: trastornos comportamentales, intolerancia al estrés, hipersusceptibilidad y sentimiento de baja autoestima. Es una etapa de gran vulnerabilidad, en la que fácilmente se vuelve al consumo de drogas.

En nuestro medio es importante destacar que, generalmente, la mayoría de heroínómanos son policonsumidores. Prácticamente la mayoría fuma tabaco, mientras que el consumo excesivo de alcohol es escaso. Una elevada proporción también fuma hashish, y son grandes consumidores de benzodiacepinas, con una especial preferencia por el flunitracepam y el cloracepato; por estos medicamentos están dispuestos a pagar cantidades exageradas en comparación, a su precio real en el mercado. Estos tranquilizantes se caracterizan porque “colocan” mucho y, a su vez, pueden paliar síntomas importantes de la abstinencia como la tensión muscular, el insomnio y la ansiedad.

Las principales complicaciones de un adicto a drogas por vía parenteral son el riesgo de sobredosis que puede ser mortal por parada respiratoria, edema agudo de pulmón y coma, así como las complicaciones infecciosas derivadas de las malas condiciones higiénicas bajo las que se realiza la autoadministración: hepatitis, endocarditis, abscesos, sepsis y SIDA. Actualmente esta enfermedad es la principal responsable del elevado índice de mortalidad de los adictos a heroína. Además, el

consumo crónico de heroína puede ocasionar o se asocia a alteraciones de las funciones cognitivas y de la personalidad, así como a la aparición de sintomatología psiquiátrica asociada, especialmente ansiedad o depresión.

Alcohol

Las bebidas alcohólicas son productos que forman parte de nuestra cultura y probablemente las sustancias psicoactivas más utilizadas en el mundo industrializado. El vino constituye la principal bebida alcohólica de consumo en España, si bien a lo largo de los últimos años se observa un desplazamiento del consumo de vino por el de cerveza y licores, así como la progresiva desaparición de las diferencias entre sexos de los consumidores. Como la mayoría de personas han experimentado, el alcohol a dosis moderadas es un embriagante ansiolítico, efecto que está completamente aceptado desde un punto vista social. Dosis excesivas producen distintos grados de embriaguez en el que predominan las alteraciones del rendimiento neuropsicomotor. Por este motivo, el consumo de alcohol es una de las primeras causas de accidentes laborales y de tráfico así como puede tener un papel etiológico en el desequilibrio de relaciones sociales, familiares y laborales. El consumo continuado de dosis excesivas de alcohol da lugar a tolerancia y dependencia. **Los expertos consideran que el consumo de más de 80 gramos de etanol puro al día (equivalente a 3/4 de litro de vino de mesa de 12º) constituye un riesgo de dependencia y de patología alcohólica.**

Sobre el alcoholismo y su patología asociada. El consumo crónico de alcohol induce el desarrollo de tolerancia, hasta tal punto que un bebedor entrenado sabe reaccionar frente a tareas complejas con mayor habilidad que el sujeto no experimentado tras la ingesta de dosis excesivas de alcohol. El consumo crónico de dosis excesivas de alcohol conduce a un estado de dependencia. La abstinencia menor aparece al cabo de 6-8 horas de la supresión y desaparece al cabo de 48 horas. Se caracteriza por temblores distales matutinos, insomnio, irritabilidad, náuseas, anorexia, pituitas, taquicardia e hipertensión leves. Tras la abstinencia menor, en alcohólicos puede desarrollarse una abstinencia mayor que aparece a las 24 horas de la supresión y tiene el pico de manifestaciones a las 48-72 horas. Consiste en un cuadro de hiperactividad vegetativa (con taquicardia, sudación profusa, hiperventilación, hiperpirexia), confusión, desorientación, insomnio total, delirios y alucinaciones audiovisuales (zoopsias). Este cuadro, en su manifestación más florida, es conocido por *delirium tremens*, puede durar varios días y ser mortal. No obstante las medidas terapéuticas y de soporte hoy disponibles han reducido extraordinariamente su presentación y complicaciones. La morbilidad de la abstinencia mayor puede complicarse en presencia de fiebre, desnutrición y alteraciones hidroelectrolíticas. Excepcionalmente algunos alcohólicos presentarán sólo una manifestación clínica prominente como convulsión, temblor, alucinaciones o arritmia cardíaca.

Para el tratamiento de la dependencia de alcohol existen medicamentos que pueden ser útiles en el marco de diversos abordajes y programas terapéuticos integrales. En efecto, al presentar dependencia cruzada, las benzodiacepinas (como el diacepam) u otros tranquilizantes como el clormetiazole, se utilizan como medicamentos de sustitución en casos de alcohólicos hospitalizados y en programas de desintoxicación. Por otra parte, recientemente se han ensayado muchos medicamentos activos sobre la transmisión serotoninérgica central, como por ejemplo la zimelidina, el citalopram, la vicualina o la fluoxetina por su capacidad para reducir el apetito por el consumo de alcohol. Sin

embargo, los ensayos clínicos controlados realizados hasta la fecha no han satisfecho las expectativas creadas tras las observaciones que se habían realizado en el animal de experimentación. Sólo la naltrexona, antagonista opioide parece poder contribuir a ciertas mejoras en el mantenimiento de la abstinencia a alcohólicos, siempre dentro de programas terapéuticos más amplios.

También cabe recordar la histórica existencia de aquellos fármacos que, como el disulfiram o la cianamida cálcica, se introdujeron basándose en el paradigma de la conducta de evitación y la aversión condicionada. Estos medicamentos actúan inhibiendo la aldehído dehidrogenasa hepática, de manera que, en presencia del alcohol, provocan una acumulación de acetaldehído en el organismo. Esta interferencia con el metabolismo del alcohol da lugar a una reacción muy adversa, con enrojecimiento facial, taquicardia, taquipnea, hipotensión, náuseas, vómitos y una gran sensación de malestar que coincide con el aumento de la concentración de acetaldehído en la sangre. La utilización de estos inhibidores enzimáticos no está exenta ni de dificultades ni de controversias, pueden administrarse por vía oral o vía subcutánea y requieren que el paciente esté abstinentes y muy motivado para que cumpla el tratamiento.

Las enfermedades directamente relacionadas con el consumo excesivo de alcohol son: ciertas neuropatías periféricas y centrales, esteatosis y cirrosis hepáticas, gastritis agudas y crónicas, pancreatitis, hipertensión arterial, cardiopatías y enfermedades carenciales. Parece estar perfectamente documentado que el consumo de alcohol durante el embarazo puede ser peligroso. Su consumo excesivo puede ocasionar lesiones importantes en la descendencia, entre las que destaca el denominado síndrome alcohólico-fetal, alteración de carácter irreversible. Se han propuesto múltiples factores como posibles predisponentes del alcoholismo y de la patología alcohólica. Por ejemplo, parece que el sexo femenino es más vulnerable a los efectos deletéreos del alcohol ya que, en comparación con el hombre, de entrada el alcohol se degrada menos en el estómago. Asimismo se ha demostrado la existencia de factores genéticos que favorecerían una historia de alcoholismo en determinadas subpoblaciones. En contraposición, recientemente está cobrando evidencia que el consumo moderado de alcohol puede tener efectos beneficiosos en cuanto a la prevención de enfermedades cardiovasculares, en comparación a los riesgos de los abstemios. Estas evidencias son fuente de enormes polémicas al quedar confrontadas las perspectivas y los objetivos de prevención de profesionales sanitarios y educativos involucrados en distintos frentes.

Hipnótico-sedantes

Bajo este epígrafe se agrupan un conjunto de sustancias que, a lo largo de este siglo, se han ido comercializando para una gran diversidad de indicaciones terapéuticas. Al principio destacaron los barbituratos (como el fenobarbital o el secobarbital) y otros fármacos (como el hidrato de cloral, la glutetimida o el meprobramato), sustancias todas ellas provistas de propiedades depresoras del Sistema Nervioso Central prototípicas. Pero en la terapéutica moderna, la mayoría de estos preparados ocupan hoy un lugar muy restringido o bien han caído totalmente en desuso, fundamentalmente debido a la aparición de un nuevo grupo farmacológico, las benzodiacepinas. Sin embargo, fuera del ámbito terapéutico, el consumo problemático de tranquilizantes clásicos ha persistido en determinados ambientes y culturas. En el caso de hipnosedantes como la metacualona o derivados del GABA (ácido gamma-aminobutírico), provenientes no tanto del desvío de especialidades farmacéuticas sino

de su síntesis clandestina. Las consecuencias del consumo problemático de estos tranquilizantes son comparables a las del alcoholismo con la particularidad de que, en algunos casos, además se utilizan por vía parenteral.

El éxito indiscutible de las **benzodiacepinas** (como el **diacepam**, **cloracepato**, **clorodiacepóxido**, **flunitracepam**, **oxacepam**, **triazolam**, entre algunas destacables), se debe a que sus propiedades hipnosedantes, relajantes musculares y antiepilépticas son comparables a las de los fármacos más antiguos, son muy útiles en psiquiatría como ansiolíticos, tienen indicaciones muy efectivas en el campo de la anestesia (caso del **midazolam**, por ejemplo) y quizás lo más importante, son muy seguras en casos de intoxicación aguda, a diferencia de los antiguos tranquilizantes.

Dependencia de benzodiacepinas. El análisis del consumo problemático de benzodiacepinas constituye un problema particularmente complejo; atendiendo a las cifras de su consumo, se puede afirmar que este grupo de medicamentos es uno de los más utilizados en todo el mundo. Su amplio consumo ha revelado que existen personas que utilizan las benzodiacepinas de forma crónica y que, a menudo, no son conscientes de que son dependientes de ellas, una dependencia que a veces ya puede evidenciarse a partir de un uso continuado de tres meses de duración. La automedicación con benzodiacepinas se ha extendido entre la población adulta de edades comprendidas entre 30 y 45 años, en general, consecuencia de una prescripción médica inicial. Una elevada proporción de personas tiene dificultades para abandonarlas y un pequeño grupo las consume repetidamente de forma característica a toda dependencia. Un caso especial lo constituye el uso de benzodiacepinas entre heroinómanos. Tal como se ha señalado en el apartado 2.1, los heroinómanos de nuestro medio tienen una preferencia especial por el flunitracepam y el cloracepato, por razones que aún no comprendemos bien.

La dependencia de benzodiacepinas se caracteriza por una combinación de signos y síntomas específicos de abstinencia y de otras alteraciones relacionadas con los trastornos que existían previamente. El problema es que las alteraciones abstinenciales más comunes, como la ansiedad, insomnio rebote, irritabilidad, y depresión, son etiológicamente indistinguibles. Quizás la recurrencia de los trastornos preexistentes aparezca más lentamente, pero su similitud dificulta el reconocimiento de la existencia de un verdadero cuadro de dependencia. La sintomatología abstinencial puede durar de diez días a varias semanas. Entre los síntomas específicos destacan los movimientos musculares involuntarios, el tinnitus persistente, los trastornos sensoriales (parestias, hiperacusia, ftofobia, gusto metálico), la confusión y la hipersomnolencia. El tratamiento de desintoxicación, que se efectúa con el propio diacepam, puede realizarse en medio ambulatorio y consiste en una retirada gradual de la dosis total diaria durante unas 4-6 semanas.

Inhalables

Determinadas subpoblaciones de niños y adolescentes marginados en grandes concentraciones urbanas e industriales, y entre algunos subgrupos de juventud problemática, se consumen productos inhalables con fines embriagantes. Se trata de la aspiración de **disolventes orgánicos volátiles** (generalmente por medio de bolsas de plástico), productos que proceden de colas y adhesivos industriales (**tolueno**, **xilenos**), de pinturas, barnices y lacas (hidrocarburos clorinados como el **triclono** y el

tetracloroetileno), cuando no se trata de la propia **gasolina**. Aunque la aspiración de inhalables en niños sea un problema de dimensiones epidemiológicas reducidas, su gravedad reside en la toxicidad que ocasionan y la enorme dificultad que existe para tratar los dependientes de estos productos. Los adictos a los inhalables tienen un bajo rendimiento académico, grandes dificultades de aprendizaje y un gran absentismo escolar. Es la droga paradigmática en el mundo de la pobreza, fácilmente accesible en comercios y muy barata (un bote de cola puede costar unas 500 ptas.).

La embriaguez por inhalables consiste en una euforia inicial a la que sigue una confusión, distorsión perceptual, delirio e incluso pseudoalucinaciones. A veces la inhalación induce a conductas agresivas. Dosis mayores pueden producir ataxia, nistagmus, disartria, somnolencia y, a veces, convulsiones y coma. En cualesquiera de las etapas pueden aparecer vómitos, tos, estornudos e hipersalivación. Se han descrito casos de muerte súbita por anoxia (por ej.: aspiración del vómito), depresión respiratoria, arritmias cardíacas o trauma. La toxicidad crónica de los disolventes orgánicos puede ocasionar lesiones neurológicas (por ejemplo encefalitis), neuropsicológicas, renales, cardíacas, hepáticas y pulmonares. Una de las medidas preventivas indirectas, que podría contribuir a la evitación de estas sustancias, sería obligar a las empresas comercializadoras a que añadiesen sustancias repelentes en aquellos productos con disolventes volátiles que son objeto de consumo problemático.

Cannabis (Haschísh y Marihuana)

Algunos lectores quizás se sorprenderán al observar que se describe esta droga en el apartado de sustancias depresoras del Sistema Nervioso Central, decisión que responde estrictamente al criterio seguido en este capítulo, clasificando las sustancias según sus efectos farmacológicos predominantes.

La preparación de variedades de la *Cannabis sativa* o planta del cáñamo más popular en nuestro medio es el **haschísh**, exudado resinoso de la planta que se presenta en forma de piezas de consistencia pétrea y que se consume deshecha al calor y mezclada con tabaco rubio (el “porro”). La popularidad del hashish en toda Europa es debida a que ésta es la forma como procede de su principal país productor, Marruecos. En cambio, en los Estados Unidos, se consume principalmente **marihuana**, preparación seca y triturada de las flores, hojas y pequeños tallos de la planta y que se fuma directamente en forma de cigarrillos.

Al tratarse de unas sustancias de origen natural, su consumo se remonta a culturas antiguas del Oriente Medio y del Norte de África. En nuestro medio el hashish siempre ha estado presente, por la proximidad geográfica con estas zonas. Su consumo se hizo muy popular entre la juventud durante los años setenta y persiste de forma extensa en nuestros días. Debido a que la información científica existente no evidencia que su consumo produzca mayores consecuencias que otras drogas como el alcohol o el tabaco, el tema de la *cannabis* ha dado lugar, y seguirá dándolo, a enraizados debates sobre la idoneidad de despenalizar su elaboración y tenencia para el consumo personal.

Efectos farmacológicos. La planta sintetiza al menos unos 400 productos químicos distintos de los que más de 60 son cannabinoides. De éstos, los más abundantes son el cannabinal, el cannabidiol y varios isómeros del tetrahidrocannabinol. El cannabinoide más importante bajo un punto de vista psicoactivo es el delta-9-tetrahidrocannabinol o

THC. Las propiedades farmacológicas vienen determinadas por la distinta proporción de cannabinoides de las diferentes formulaciones. En este sentido el hashish es una preparación más concentrada que la marihuana. Tras inhalar el humo de un cigarrillo de marihuana o de hashish los efectos son inmediatos, tienen su máximo entre los 20 y 30 minutos y pueden durar unas 2 ó 3 horas. Los cannabinoides en plasma y cerebro desaparecen con rapidez, pero al tratarse de sustancias muy liposolubles se excretan del organismo muy lentamente, ya que se acumulan en el tejido adiposo. Por este motivo, varias semanas después de su consumo aún es posible detectar su presencia en orina.

Hasta hace muy pocos años no se ha descifrado el mecanismo de acción de los cannabinoides. Hoy sabemos que también existen receptores específicos en determinadas áreas del cerebro y ya se ha postulado la existencia de algunos productos “cannabinoides fisiológicos endógenos” como la anandamida.

Además de variar con la dosis y la vía de administración, los efectos psicológicos son distintos según las expectativas y experiencia del consumidor, así como según la calidad y el tipo de preparación utilizada. Los efectos se sitúan a medio camino entre los del alcohol y los de las drogas que afectan la percepción. Aunque al principio se presentan efectos eufórico-disfóricos, la embriaguez (el “ir colgado” o “pasado”) termina invariablemente con aturdimiento y somnolencia. Aparecen cambios en la percepción subjetiva del tiempo, en la esfera de lo visual y, en general, una sobreestimación sensorial. Se pierde la capacidad para realizar pequeñas tareas que requieran un cierto número de procesos y aparecen trastornos en la capacidad de concentración y de la memoria inmediata. También destacan las alteraciones en la coordinación motora y los efectos cardiovasculares. En general la intoxicación aguda no da lugar a grandes cambios perceptibles por un observador externo, exceptuando los efectos sobre el comportamiento así como un enrojecimiento conjuntival que puede ir acompañado de ptosis palpebral y cierta amimia. Los efectos sedantes sobre la coordinación motora se potencian tras la ingesta simultánea del alcohol u otros hipnosedantes, lo cual predispone a un mayor riesgo de accidentabilidad, sobre todo en la conducción de automóviles u otra maquinaria.

Tolerancia, dependencia y efectos crónicos. Los consumidores regulares de preparados de *cannabis* desarrollan una enorme tolerancia, y cumplen los criterios generales mediante los que se define toda farmacodependencia. Sin embargo, las manifestaciones de la privación son poco significativas ya que, generalmente, un consumidor habitual de cannabis puede prescindir de la droga con facilidad. En todo caso, los signos abstinentiales más relevantes consisten en irritabilidad y trastornos de y durante el sueño, remedando en cierta forma lo descrito para la abstinencia a las benzodiacepinas. **En general, el consumo regular de cannabis es compatible con una total adaptación social, al igual que lo que sucede con el consumo moderado de alcohol.** Son muy raros los casos de demanda de ayuda sanitaria por problemas relacionados exclusivamente con el consumo de cannabis, a no ser que se trate de consumidores simultáneos de otras drogas.

Los efectos derivados de su uso crónico se han estudiado ampliamente, sobre todo en comunidades donde su consumo social es parte integrante de la cultura. A pesar de que las investigaciones han sido poco concluyentes, se ha constatado que puede verse afectada la memoria y el rendimiento neuropsicológico. Quizás el efecto tóxico mejor caracterizado es aquel resultado de la acción irritante sobre los bronquios. Además, el

consumo crónico del hashish puede sumarse a los efectos tóxicos de los componentes del humo del tabaco, habiéndose demostrado una mayor frecuencia de alteraciones pulmonares como bronquitis, asma y enfisema. Fumar cannabis es, en consecuencia, un factor de riesgo adicional a los efectos carcinogénicos descritos para el tabaco. También constituye un factor de riesgo más en la mujer embarazada, por lo que debe promoverse la abstención de su consumo durante el período de gestación.

Drogas psicoestimulantes

Introducción

Las drogas psicoestimulantes, como su palabra indica, **son sustancias que producen una euforia que se manifiesta con bienestar y mejoría del humor, aumento de la energía y del estado de alerta así como un aumento de la actividad motriz y una estimulación del sistema cardiovascular**, entre otras acciones. Consecuencia directa de esta estimulación del Sistema Nervioso Central, mejora el rendimiento intelectual así como disminuye la sensación subjetiva de fatiga y el apetito. En realidad, los psicoestimulantes remedan buena parte de la reacción que experimenta nuestro organismo cuando se sitúa en actitud de alerta, lucha o defensa, cuando decimos que nuestro organismo “descarga su adrenalina”. En ambos casos, ya sea de forma natural o artificial, se provoca la descarga de neurotransmisores y hormonas endógenas que estimulan múltiples circuitos nerviosos.

Los efectos de los psicoestimulantes fueron identificados muy tempranamente, y las plantas que contienen algunas de estas sustancias son medicamentos de los más antiguos que se conocen. Entre estos usos ancestrales destacan la utilización del *ma huang* en China, del *kat* en África y de la *coca* en Sudamérica. Empleadas como instrumentos para rituales sagrados o como remedios ancestrales para múltiples aflicciones, la curiosidad humana descubrió en ellas unos productos para uso recreativo, y unos principios activos provistos de esperanzadoras propiedades terapéuticas. Así se introdujeron en la práctica médica, primero la cocaína, sustancia de origen natural extraída de la planta de coca, y luego las anfetaminas, unos productos sintetizados íntegramente en el laboratorio. Aunque nuestra civilización también dispone de otros estimulantes, como los productos ricos en cafeína cuyo consumo está muchísimo más extendido, sus efectos son moderados y, sobre todo, no incitan a que algunas personas pierdan el control consumiendo cantidades excesivas.

Coca y Cocaína

Las hojas de coca poseen propiedades psicoestimulantes gracias a su contenido en cocaína, el principal alcaloide de la planta que sería aislado químicamente a finales del siglo XIX. Coca es el nombre corriente por el que se conoce al arbusto *Erythroxylon coca*, y es una palabra que procede de la fusión española de dos fonemas quechuas que significan “el árbol”. Parece que su cultivo en las laderas de los Andes ecuatorianos y peruanos se remonta a 5.000 años a.C. y, para los ancestros, la coca era un símbolo de divinidad, un objeto de culto y adoración. Coincidiendo con la llegada de Pizarro en el Perú durante el siglo XV, el consumo de coca se extendió entre toda la población indígena; era un buen remedio para mitigar el cansancio del trabajo manual en unas condiciones en las que la comida escaseaba. A pesar de las prohibiciones habidas desde

el siglo XVI, en el momento actual mascar coca es aún una costumbre entre los campesinos y mineros de las zonas rurales de las regiones andinas. Las hojas de coca no llegaron a Europa hasta mediados del siglo XVIII, y su popularización no empezó hasta finales del siglo XIX, en parte debido a la repercusión de un ensayo publicado por el neurólogo italiano Paolo Mantegazza. Consecuencia del interés despertado, se descubrió y aisló el alcaloide cocaína de las hojas de coca. Luego se descubrirían sus propiedades anestésico local en cirugía oftalmológica.

Hasta la primera década del siglo XX, se difundieron libremente todo tipo de fórmulas de coca y cocaína, tanto con fines medicinales como para el consumo alimentario, destacando entre éstas últimas el Vin Mariani y la Coca-cola. Sigmund Freud fue uno de los primeros investigadores clínicos de la cocaína, no sólo experimentó consigo mismo sino que propuso su utilización terapéutica para el tratamiento de la adicción a la morfina, episodio que le costó duras críticas. El consumo de cocaína fue reemplazado, a principios de los años treinta, por las anfetaminas, unas sustancias medicinales que, además de ser más baratas, tenían la ventaja de que sus efectos estimulantes duraban mucho más tiempo, y su disponibilidad no estaba restringida.

En la historia de la dependencia de psicoestimulantes, la principal novedad toxicológica fue, durante los años ochenta, la eclosión del consumo de formas fumables de cocaína (*free base* y *crack*) y de anfetaminas (*ice*). Al igual que las anfetaminas, la cocaína corriente es una sal, en este caso el clorhidrato, una forma soluble que permite ser esnifada o inyectada. Mientras la sal de cocaína prácticamente se destruye toda en la combustión cuando se fuma mezclada con tabaco, la cocaína base (*crack*) se vaporiza cuando se calienta a temperaturas elevadas y así puede ser inhalada. El cambio en la forma de administración, de la vía intranasal (esnifada) a la vía pulmonar (fumada), ha sido determinante de una mayor adicción y toxicidad. La vía pulmonar garantiza que el psicoestimulante llegue casi inmediatamente al cerebro tras ser aspirado, lo que la asemeja a su consumo por vía intravenosa, sin el riesgo y molestias que supone autoinyectarse.

Anfetaminas

La anfetamina —cuyo nombre genérico proviene de su propia estructura química: Alpha-Methyl-PHENyl-ETHyl-AMINE—, fue desarrollada con fines comerciales por G. Alles e introducida en el mercado europeo, a principios de los años treinta, con el nombre de Benzedrina. La anfetamina se introdujo como una alternativa a la **efedrina** para el tratamiento del asma y la narcolepsia, dadas sus propiedades broncodilatadoras y psicoestimulantes. Eran unos momentos en los que, por razones comerciales, interesó encontrar medicamentos alternativos a la efedrina, sustancia de origen natural que se obtenía por extracto del arbusto efedra. El *ma huang*, nombre chino que recibía la planta efedra (*Ephedra vulgaris*) era conocida por sus propiedades estimulantes y broncodilatadoras desde hacía más de 5.000 años. La gran actividad de las principales compañías farmacéuticas europeas y norteamericanas durante los primeros veinte años de este siglo, dio lugar al desarrollo de centenares de análogos anfetamínicos, de los que sólo unos cuantos alcanzaron la etapa comercial tras las primeras pruebas farmacológicas y toxicológicas. Desplazada la efedrina y consolidada la anfetamina, a principios de los cuarenta se introdujo otro derivado, la metanfetamina, primero en el mercado japonés y luego en Europa y en los Estados Unidos, en unos momentos en los

que el consumo de anfetamina se había extendido, con fines instrumentales, entre combatientes y población civil implicados en la II Guerra Mundial.

Hasta los años ochenta, las especialidades farmacéuticas conteniendo anfetaminas fueron ampliamente consumidas en el mundo occidental como fármacos antifatiga y para el control del sobrepeso, generalmente al margen de la prescripción médica. Durante la década de los sesenta y setenta también se extendió su consumo con fines recreativos. Paralelamente, la metanfetamina o *speed* ha sido la principal anfetamina sintetizada en laboratorios químicos clandestinos que, a lo largo de este siglo, nunca han dejado desabastecido el mercado de psicoestimulantes.

Los fármacos psicoestimulantes tuvieron una legítima utilidad terapéutica, pero en la actualidad ya casi no se usan al disponerse de nuevos medicamentos alternativos más eficaces y más seguros en clínica, pero desprovistos de las propiedades placenteras de sus antecesores.

Éxtasis y otras variantes de anfetaminas

Algunas variantes de la anfetamina sintetizadas a principios de este siglo fueron descartadas comercialmente, precisamente por sus efectos especiales. Es el caso de las metilenodioxianfetaminas como la MDA o “píldora del amor” (metilenodioxianfetamina), la MDMA o “éxtasis” (metilenodioximetanfetamina) y la MDE, MDME o “Eva” (metilenodioxietilanfetamina). Se trata de drogas cuyos efectos predominantes son de tipo anfetamínico pero que también presentan efectos sobre la percepción, es decir, con un perfil a medio camino entre la anfetamina y la LSD. Para describir a estas variantes, durante los años sesenta se acuñó el término “entactógeno”, precisamente para enfatizar los efectos empáticos y facilitadores de la intimación que suelen producir estas sustancias.

A lo largo de los años sesenta, durante el movimiento contracultural norteamericano, resurgió la síntesis clandestina de estas sustancias, coincidiendo con su prohibición y tras unas primeras experiencias dirigidas al estudio de su posible utilidad terapéutica en psicoterapia. Su consumo estaba vinculado a la obtención de experiencias místicas, si bien, con el tiempo fue decayendo el interés por estas sustancias. Desde finales de los años ochenta y principios de los noventa estas variantes anfetamínicas se han vuelto a poner de moda. Quizás lo más importante es que se asiste a una reformulación cultural de los efectos percibidos de forma predominante; ahora se enfatizan las propiedades hiperestimulantes.

Efectos del consumo excesivo de psicoestimulantes

Aunque la cocaína y las anfetaminas son unas sustancias que, desde el punto de vista de su estructura química, son muy distintas entre sí, en farmacología consideramos que existen más similitudes que diferencias entre ellas. La cocaína y las anfetaminas actúan prácticamente de la misma forma en el cerebro y, sobre todo, sus efectos y toxicidad son muy similares. Las diferencias farmacológicas más importantes entre sí son dos: la cocaína tiene propiedades anestésicas locales y los efectos de las anfetaminas son más prolongados que los de la cocaína.

Cuando se consumen dosis excesivas, la euforia de los psicoestimulantes puede evolucionar hasta estados extremos de excitación y activación psicomotora. La locuacidad puede convertirse en lenguaje prolijo, charlatán o confuso. La tensión puede convertirse en ansiedad. Los consumidores excesivos pueden desarrollar fácilmente comportamientos estereotipados y repetitivos, por ejemplo montando y desmontando un aparato durante horas, o limpiando una moto hasta extremos insospechados de perfeccionismo. También pueden presentarse ideaciones delirantes pasajeras. En general, los cambios durante la intoxicación pueden remedar los cuadros clínicos de manía o hipomanía. **Las consecuencias adversas de la intoxicación por psicoestimulantes consisten, pues, en reacciones atípicas o exageraciones de los efectos derivados de la euforia psicoestimulante.** Entre estas exageraciones destaca la grandiosidad, la impulsividad, la generosidad atípica o las crisis de hipersexualidad. Durante la intoxicación, pueden emprenderse irreflexivamente acciones que luego tienen consecuencias económicas y psicosociales adversas.

Desde un punto de vista físico, el consumo de dosis excesivas de psicoestimulantes puede ocasionar una extensa lista de signos típicos de sobreestimulación simpática, tanto en el área cardiovascular como en la neurológica: desde sequedad de boca, sudoración, midriasis, tensión muscular e hiperreflexia hasta náuseas y vómitos, palpitaciones, hipertensión, cefalea, dolor torácico, ataxia y movimientos anormales de la mandíbula (bruxismo). La euforia por psicoestimulantes puede convertirse en una disforia, conforme la dosis y la duración de la administración aumenta. Pueden desencadenarse crisis de ansiedad (tipo ataque de pánico) y, en intoxicaciones graves, pueden aparecer cuadros de psicosis tóxicas, episodios de carácter delirante con alucinaciones de predominio táctil, que remedan los brotes agudos de la esquizofrenia paranoide. En casos extremos y, particularmente en consumidores de *crack*, puede generarse violencia por comportamiento agresivo. Estos casos, generalmente remiten tras la administración de haloperidol. Un asunto de permanente polémica, es si los psicoestimulantes pueden producir lesiones neurológicas permanentes. En el animal de experimentación (tanto roedores como primates), las anfetaminas pueden producir lesiones degenerativas en el cerebro, alteraciones que, por ahora, no han podido ser nunca evidenciadas en clínica.

Las personas que consumen cocaína esnifada presentan con frecuencia sinusitis, irritación y hemorragia de la mucosa nasal, parece como si estuvieran resfriadas. Los que fuman cocaína, pasta básica de cocaína o anfetaminas tienen una mayor propensión a presentar problemas respiratorios. Los dependientes que se inyectan cocaína o anfetaminas, al igual que los que se autoadministran heroína, tienen un elevado riesgo de contraer enfermedades infecciosas, sobre todo hepatitis y SIDA.

El consumo de dosis excesivas de psicoestimulantes, además de las complicaciones psiquiátricas, puede asociarse a accidentes clínicos muy graves. Las propiedades hipertérmicas de los psicoestimulantes, constituyen una adversidad en los ambientes bajo los que actualmente se consumen las “pastillas” de variantes anfetamínicas. Al ambiente caldeado de las discotecas, se le suma la hiperactividad de aquellos consumidores que, bajo los efectos de la psicoestimulación, bailan horas seguidas. En estas circunstancias puede desarrollarse un síndrome del tipo “golpe de calor” por la importante pérdida de fluidos, que a veces, requiere la asistencia médica urgente del afectado. En casos graves el cuadro clínico puede complicarse por la aparición de

hipertermia maligna, convulsiones y un cuadro evolutivo de rabdomiolisis, coagulopatía y fracaso renal que puede tener un desenlace fatal.

La aparición de formas fumables de cocaína y anfetamina ha revelado el riesgo de aparición de nuevas complicaciones tanto o más graves, como infarto de miocardio, muerte súbita por paro respiratorio o cardíaco y accidentes vasculares cerebrales. Recientemente, el consumo de *éxtasis* u otras variantes de las anfetaminas y el consumo de *crack* se ha asociado al desarrollo de casos de toxicidad hepática. Por otra parte, el consumo de cocaína por mujeres embarazadas se ha asociado a irregularidades placentarias, placenta previa y mayor nacimiento de niños con bajo peso.

Dependencia de psicoestimulantes

Tal como se observa en la historia de los psicoestimulantes, **la mayoría de personas que consumen estas sustancias lo hacen de forma instrumental, ocasional e incluso de forma regular sin problemas. Sin embargo, una minoría de consumidores pierde el control sobre este consumo y desarrolla graves problemas.** Entre los factores que predisponen al consumo problemático destacan las pautas de consumo, la disponibilidad de la droga y la pérdida del autocontrol sobre el consumo. Por ejemplo, en cuanto a las pautas de consumo se refiere, lo importante es el cambio en la vía de administración, factor que determina la transición hacia consumos abusivos y problemáticos; en este sentido el pasar de consumir cocaína esnifada a fumar *crack* o inyectarse cocaína por vía intravenosa puede ser patognomónico de la transición hacia una dependencia grave. En el espectro que va del uso al consumo perjudicial de psicoestimulantes cabe distinguir, pues, entre el consumo ocasional y el período de transición a consumos de alta intensidad o de pérdida del control sobre el consumo. El paradigma clínico de la pérdida de control serían unos episodios de consumos exagerados o “atracones” (*binges*).

A diferencia de lo observado con el alcoholismo o la dependencia de heroína, el uso crónico de psicoestimulantes se caracteriza por unas etapas de consumo de carácter cíclico, las denominadas crisis toxicoletárgicas. En estos ciclos pueden llegar a distinguirse tres etapas diferenciadas. La primera etapa, tras los ya mencionados episodios de consumo exagerado sin control, se caracterizaría por una disforia aguda con posterior quiebra o derrumbamiento psicofisiológico. Durante la quiebra se presentarían las crisis de hiperfagia e hipersomnolencia. Seguiría luego una segunda etapa de disfunción emocional o de síndrome abstinencial propiamente dicho. La sintomatología típica del estado abstinencial sería la disforia y la anhedonia, es decir, la pérdida de la capacidad para percibir una recompensa o satisfacción, la falta de motivación total. Aún hoy es controvertido precisar la naturaleza del síndrome abstinencial a psicoestimulantes, porque se trata de un nuevo paradigma que no sigue los modelos de abstinencia, tolerancia y dependencia que se han descrito clásicamente para el caso del alcoholismo o la dependencia de opioides. Finalmente, tras la abstinencia aparecería una tercera etapa de disfunción, etapa caracterizada por la aparición de un deseo apremiante e intermitente de volver a tomar psicoestimulantes, una crisis que sería la expresión de la denominada sensibilización comportamental.

Durante la sensibilización, es decir, cuando los estímulos (la administración de psicoestimulantes) quedan asociados a sus representaciones (los elementos condicionantes asociados del entorno) se desarrollaría un proceso de “incitación

predominante”, situación en la que cualquier estímulo ordinario se transformaría en un estímulo prominente o sobresaliente. En otras palabras, el reforzamiento de la conducta sería un proceso independiente de la euforia que producen los psicoestimulantes. Es decir, lo que dominaría el control del deseo o querencia de droga —que llevaría al consumo compulsivo—, no sería tanto el gusto o predilección por la sustancia —en este caso vendría determinado por la euforia—, sino los estímulos asociados al consumo.

Cafeína

La cafeína y sustancias relacionadas (denominadas **xantinas**), son los principales ingredientes psicoactivos del café, del té y de las bebidas de cola. También existen xantinas en el cacao, razón por la que el consumo excesivo de chocolate puede ocasionar irritabilidad o hiperexcitación (por cierto, recientemente se ha observado que en el cacao también se encuentran principios activos que actúan sobre los receptores cannabinoides). La mayoría de preparados con cafeína se consumen como productos alimentarios o en su entorno. Su consumo está extendido en todo el mundo y, en algunos países, como en los EEUU, se consumen cantidades comparativamente más elevadas que en Europa. La cafeína disminuye el cansancio y puede mejorar la realización de determinadas tareas. Dosis excesivas pueden producir excitación, temblor, ansiedad e insomnio. En consumidores excesivos de café se ha descrito la aparición de un síndrome abstinencial, caracterizado por cefaleas, irritabilidad y letárgica.

Drogas alucinógenas

Clasificación y tipos de sustancias.

Para denominar a estas drogas en farmacología, se utilizan indistintamente los términos alucinógeno o psicotomimético, a sabiendas de que no resumen satisfactoriamente sus propiedades predominantes. Desde otras perspectivas y con la pretensión de precisar en una única palabra el significado de los efectos que producen, estas drogas también pueden denominarse psicodislépticas, psicodélicas, psicótógenas, enteógenas o visionarias. Los alucinógenos son sustancias que se encuentran en plantas, en hongos, en animales o son un producto de la síntesis química. Han formado parte milenariamente y aún constituyen el centro de rituales religiosos en numerosas culturas, desde las más avanzadas hasta las más remotas. Los alucinógenos son unas sustancias peculiares desde un punto de vista toxicológico. Aún cuando no se caracterizan por su capacidad para producir dependencia, su uso en el mundo occidental casi siempre está asociado al consumo de otras drogas capaces de producirla. El estudio adecuado de su farmacología tampoco es sencillo ya que, generalmente, se trata de brebajes u extractos obtenidos de plantas, cuya ingestión comporta el análisis simultáneo de varios principios farmacológicos con acciones distintas entre sí.

La **LSD** (**Ly**sergic **A**cid **D**iethylamide) o **lisérgida** es el alucinógeno de referencia para el estudio de los efectos farmacológicos. Los alucinógenos se clasifican en función de su estructura química y de su similitud con determinados neurotransmisores del Sistema Nervioso Central. En primer lugar destacan las sustancias relacionadas estructuralmente con las catecolaminas, como la mescalina, la elemicina y miristicina y las metoxianfetaminas. La **mescalina** es el alcaloide principal del cactus Peyote, nombre

azteca de la *Lophophora williamsii*, una planta utilizada durante cientos de años en las ceremonias religiosas de los indios del sudeste de los actuales EEUU y del norte de México. La mescalina presenta unos efectos comparables a los de la LSD, si bien es mucho menos potente y, en sus efectos, predominan las acciones simpaticomiméticas. La **elemicina** y la **miristicina** son principios activos que se encuentran en la nuez moscada, sustancias que sólo presentan propiedades psicotomiméticas a dosis muy elevadas. En cuanto a las metoxianfetaminas, se trata de variantes anfetamínicas con propiedades alucinógenas, cuya síntesis clandestina y consumo resurgió a lo largo de la década de los sesenta y setenta. Entre ellas destacan la **PMA**, las **DMA** y las **TMA** (metoxi, dimetoxi o trimetoxi anfetaminas) y la **DOM** o STP (dimetoximetanfetamina), sustancia sintetizada por AT Shulguin en 1961, y probablemente la anfetamina alucinógena más característica de todo este grupo.

En segundo lugar, existe una gran variedad de alucinógenos cuya estructura química está íntimamente relacionada con la serotonina (5-hidroxitriptamina). Son los derivados indólicos o derivados de la triptamina, las beta-carbolinas o alcaloides de la harmala y las sustancias relacionadas con el ergot, derivados naturales o sintéticos. Entre los primeros destaca la **psilocibina** y **psilocina**, principios activos de una serie de hongos, en su mayoría especies del género *Psilocibe*, *Stropharia* y *Paneolus*. Su conocimiento ancestral también proviene del antiguo México. La psilocibina, al igual que la LSD, llegó a ser un medicamento comercializado (Indocybine^R). Entre otros derivados de la triptamina destaca la **bufotenina** (5-hidroxi-N,N-dimetiltryptamina) y otros principios activos como la 5-metoxi-N,N-dimetiltryptamina y la propia **DMT** o N,N-dimetiltryptamina, sustancias que se encuentran en las semillas de determinadas leguminosas (*Piptadenia peregrina*, *Virola theiodora*). Su uso mágico-religioso proviene de América del Sur, especialmente de las sociedades indias de la región del Orinoco y las semillas son conocidas vulgarmente con el nombre de Yopo, Cohoba o Epena. El auge de la síntesis química clandestina durante los años sesenta, introdujo en el mercado a estos análogos de la triptamina de origen sintético, tanto la DMT (N,N-dimetiltryptamina) como la DET (N,N-dietiltryptamina). Los denominados alcaloides de la harmala (harmina, harmalina, harmalol), son algunos —pero no los únicos— principios activos de las bebidas alucinógenas llamadas **Ayahuasca** (en Ecuador, Perú y Bolivia), **Caapi** (en Brasil y Colombia) o **Yagé** (en Colombia), y que se preparan con especies de la robusta y leñosa liana selvática Banisteria (*Banisteriopsis caapi*, *B. inebrians*). También es igual de rica en estos alcaloides la *Peganum harmala*, planta originaria de África y de las estepas rusas, sirias e indias. Estos alcaloides actúan fundamentalmente inhibiendo la enzima MAO-A, además de sus propiedades proserotonérgicas, de manera que lo que realmente hacen es potenciar los efectos de la DMT que contienen las hojas de otras plantas (por ejemplo la *Psychotria viridis*) que siempre se mezclan en el brebaje de la Ayahuasca. Otros derivados triptaminérgicos de interés son la **ibogaína**, alcaloide de las raíces y granos de la especie africana *Tabernanthe iboga* y el **ácido iboténico** y **muscimol**, principios activos con propiedades alucinógenas de la seta *Amanita muscaria*. La utilización ceremonial de esta seta tiene una larga historia entre los chamanes de la Siberia del Este y de la Europa del Norte.

Finalmente, el grupo prototípico es aquel relacionado con el ácido lisérgico. Existen unos principios activos naturales, que se encuentran en las semillas de diversas plantas como el *Ololiuqui*, nombre azteca del brebaje obtenido de la planta *Rivea corymbosa*, o los principios activos de la *Argyria nervosa*, común en Hawái, y de la *Ipomea violacea*.

Sin embargo el producto alucinógeno más prototípico, más potente y mejor estudiado es la lisérgida, dietilamida del ácido lisérgico o LSD-25. La LSD, como tal, no se encuentra en la naturaleza ya que es fruto de la semisíntesis o de la síntesis química completa, tras su descubrimiento fortuito por A. Hofmann, químico de la empresa farmacéutica Sandoz.

Farmacología de la LSD.

El descubrimiento de la LSD vino acompañado de nuevas e insospechadas expectativas, acerca de la posibilidad de manejar adecuadamente determinados trastornos mentales, sobre todo las psicosis. Al principio se pensó que era una sustancia capaz de remedar exactamente la propia enfermedad mental, de forma que, mediante la LSD, se podría lograr un rápido y adecuado acceso a la conciencia oculta del individuo, motivo por el que la LSD fue comercializada (Delysid®). Pero el escaso éxito de su aplicación terapéutica, vino acompañado de su retirada comercial y de su prohibición internacional. Su síntesis clandestina y consumo con fines recreativos, se extendió notablemente durante los años sesenta y setenta, en el entorno del movimiento *hippie*.

Tras la ingesta de una dosis única de 20 a 100 microgramos de LSD, al cabo de unos 30 a 90 minutos, aparecen casi invariablemente un conjunto de reacciones farmacológicas que tienen su máximo entre 3 y 5 horas postingesta y que luego van declinando, pudiendo durar de 8 a 12 horas. **La LSD efectivamente tiene una potencia extraordinaria, 10.000 veces más que la de la mescalina y unas 100 veces más que la de la psilocibina y la psilocina.** Las alteraciones inducidas por la LSD pueden clasificarse de la forma siguiente; en primer lugar destacan los cambios en la percepción (sinestesias), sobre todo en la esfera de lo visual y en la sensación subjetiva del tiempo. Los objetos del entorno cobran un interés inusitado, aumenta exageradamente la sensibilidad acerca de nimios detalles, pueden aparecer distorsiones en las formas y en los contornos de los objetos que se visualizan, es decir, se trata de un estado de hipersensibilidad en el que se desarrollan ilusiones e incluso pseudoalucinaciones. En segundo lugar, destacan los cambios en el umbral emocional frente a los estímulos externos, por ejemplo, puede aumentar enormemente la capacidad de sugestión, de manera que cualquier asunto de carácter ordinario puede percibirse con un simbolismo totalmente extraordinario. De ahí la importancia que siempre se ha atribuido a la presencia de un “conductor” experimentado ya que, la labilidad emocional inducida por la LSD, puede ocasionar que algunos consumidores pasen fácilmente de un estado depresivo a un estado hipomaniaco. En tercer lugar, destacan los cambios en la organización del pensamiento, siendo característica la profusión atolondrada de ideas que el sujeto se ve incapaz de verbalizar ordenadamente y que, en condiciones normales, inducen a una percepción trascendental de la experiencia. **Todos estos cambios descritos bajo los efectos de la LSD, son cambios que dependen extraordinariamente del estado emocional previo de la persona, y del entorno en el que se produce la experiencia.**

En condiciones adversas, estos cambios en la organización del pensamiento pueden derivar hacia verdaderas crisis de despersonalización, durante las cuales los sujetos pueden experimentar trastornos agudos de ansiedad y requerir una asistencia psiquiátrica de urgencias. Además de estas reacciones de pánico (*bad trips*), el consumo de LSD puede conllevar la aparición de problemas psiquiátricos latentes, del tipo psicosis esquizoafectivas, y trastornos de la percepción post-ingesta o *flashbacks*. Junto

a los efectos psíquicos, la LSD produce casi invariablemente taquicardia, inhibición de las secreciones, piloerección y ligera pirexia. La LSD también produce una midriasis espectacular, temblor, hiperreflexia y puede ocasionar una franca descoordinación motora o ataxia.

Tabaco y nicotina

Existen demostraciones directas, tanto fisiológicas como comportamentales, de que la nicotina es la responsable directa de la dependencia del tabaco. La nicotina forma parte del humo del tabaco y tras su absorción pulmonar llega rápidamente al cerebro para ejercer una acción farmacológica que afecta a determinadas funciones cognitivas y emocionales. Sólo aquel tabaco que contiene nicotina, es el que consumen los fumadores durante largos períodos de tiempo, ya que la nicotina se comporta como uno de los mayores reforzadores que se conocen. Además, los efectos fisiológicos y subjetivos de la nicotina administrada por vía intravenosa, son similares a los que se observan tras fumar tabaco en sus diversas preparaciones. Las formulaciones de nicotina, en forma de chicle oral o de parches dérmicos, suprimen el ansia de fumar que aparece tras el abandono del tabaco.

Cuando se fuma tabaco por primera vez generalmente la experiencia es desagradable, con la aparición de lipotimia, náuseas y vómito. Si se continua fumando, rápidamente se desarrolla tolerancia a los efectos subjetivos y a los efectos fisiológicos, como la aceleración de la frecuencia cardíaca. Fumar tabaco “despeja” sobre todo tras los primeros cigarrillos del día y relaja, especialmente en situaciones estresantes. Muchos creen que fumar les ayuda a concentrarse y les eleva la moral. En efecto, diversos estudios demuestran que en fumadores, el tabaco mejora la atención, el aprendizaje, el tiempo de reacción y la vigilancia para la realización de tareas repetitivas. Pero resulta que estos efectos, no son más que la reversión de la sintomatología abstinencial que padece todo fumador por la mañana al levantarse, tras el período nocturno de privación. Los grandes fumadores, tienden inconscientemente a mantener un nivel sanguíneo más o menos constante de nicotina, ajustando su ritmo de autoadministración: al disminuir el contenido de nicotina de los cigarrillos, aumentan la frecuencia y la intensidad de las caladas, y/o fuman un mayor número de cigarrillos. El síndrome de abstinencial es máximo entre las 24 y 48 horas siguientes al cese de fumar, y va descendiendo paulatinamente durante las dos semanas siguientes. Entre las características de la abstinencia también destacan la irritabilidad, impaciencia, pereza, alteraciones del sueño, trastornos gastrointestinales, somnolencia, cefalea, amnesia y deterioro de la capacidad de concentración, de la memoria inmediata y del rendimiento psicomotor. El deseo de fumar, sobre todo en situaciones estresantes, pueden persistir durante años.

Entre los componentes del humo que más contribuyen a la aparición de problemas de salud destacan, además de la nicotina, el monóxido de carbono y los compuestos presentes en el alquitrán, muy rico en hidrocarburos policíclicos aromáticos. Los fumadores presentan un riesgo mucho más elevado de padecer cáncer de pulmón. También tienen mayor riesgo de sufrir cáncer laríngeo, oral, esofágico, renal y vesical. Fumar es la principal causa de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (bronquitis crónica o enfisema). Fumar es uno de los principales factores de riesgo de enfermedad coronaria e infarto de miocardio, así como de accidente cerebrovascular y agrava

también la isquemia periférica. La mortalidad de un fumador es el doble o más que la de los no fumadores, y sólo tras 10 o más años de abandono del tabaco el exfumador presentará un riesgo similar a los no fumadores, sin excluir los deterioros que se hayan establecido en el sistema pulmonar o cardiovascular, por ejemplo. El consumo de tabaco durante el embarazo también reduce significativamente el peso de la descendencia al nacer, aumenta la mortalidad perinatal y el riesgo de muerte súbita. La exposición crónica de un no fumador al humo del tabaco aumenta el riesgo de padecer procesos respiratorios agudos, síntomas respiratorios crónicos y, quizá, cáncer de pulmón. Ello es particularmente evidente entre consortes o en hijos de padres fumadores.

Para el tratamiento del tabaquismo, puede ser de utilidad una desintoxicación apoyada con la administración sustitutiva de nicotina. Para ello se dispone de chicles que contienen nicotina cuyos efectos duran algunas horas, parches de administración dérmica y de duración entre 12 y 18 horas y más recientemente, se han introducido en clínica preparados de nicotina para su administración intranasal en forma de spray. Precisamente, el uso de especialidades farmacéuticas conteniendo nicotina, puede neutralizar el miedo al sobrepeso que muchos fumadores esgrimen como excusa para no dejar de fumar.

Bibliografía

a) Utilizada

Parte de este capítulo está basado en textos anteriores del propio autor:

Camí J., Ayesta F. (1992) “Farmacodependencia”. En: Flórez J, ed. *Farmacología humana*. Barcelona. Ediciones Científico-Técnicas Masson Salvat: 491-508.

Camí J. (1995) *Farmacología y Toxicidad de la MDMA (Éxtasis)*. Barcelona. Ediciones en Neurociencias .

Camí J., Farré M. (1996) “Farmacología de los alucinógenos”. En: San L., Gutiérrez L., Casas M., ed. *Alucinógenos: la experiencia psicodélica*. Barcelona. Ediciones en Neurociencias, 11-28.

Camí J. (1996) *Psicoestimulantes: de la cocaína al éxtasis pasando por las anfetaminas*. Madrid. Ed. Aguilar.

b) Recomendada

Altman J., Everitt B.J., Glautier S., Markou A., Nutt D., Oretti R., Phillips G.D., Robbins T.W. (1996) “The biological, social and clinical basis of drug addiction: commentary and debate”. *Psychopharmacology*, 125:285-345.

American Psychiatric Association (1995) “Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders: alcohol, cocaine, opioids”. *American Journal of Psychiatry* 152 (suppl): 1-59.

American Psychiatric Association (1995) *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona. Masson. 81-278.

Benowitz N.L. (1996) “Pharmacology of nicotine: addiction and therapeutics”. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*, 36:597-613.

Best S.E., Oliveto A.H., Kosten T.R. (1996) “Opioid addiction: recent advances in detoxification and maintenance therapy”. *CNS Drugs*, 6:301-314.

Farrell M., Ward J., Mattick R., Hall W.; Stimson G.V., des Jarlais D., Gossop M., Strang J. (1994) “Methadone maintenance treatment in opiate dependence: a review”. *Brit Med J*, 309:997-1001.

Mendelson J.H., Mello N.K. (1996) “Management of cocaine abuse and dependence”. *N Engl J Med*, 334:965-972.

Nutt D.J. (1996) “Addiction: brain mechanisms and their treatment implications”. *Lancet*, 347:31-36.

O'Brien C.P. (1996) "Adicción y abuso de sustancias tóxicas". En: Hardman JG, Limbird LE, Molinoff PB, Ruddon RW, Gilman AG, eds. Goodman & Gilman *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. 9º ed. Mexico: McGraw-Hill-Interamericana, 595-617

Ott J. (1996) Pharmacothéon. *Drogas enteógenas, sus fuentes vegetales y su historia*. Barcelona: Los libros de la liebre.

Robertson J.R., Treasure W. (1996) "Benzodiazepine dependence: nature and extent of the problem". *CNS Drugs*, 5:137-146.

Robinson T.E., Berridge K.C. (1993) "The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction" *Brain Res Rev*, 18:247-291.

Rose J.E. (1996) "Nicotine addiction and treatment". *Annu Rev Med*, 47:493-507.

Schuster C.R., Kuhar M.J. (1996) *Pharmacological aspects of drug dependence*. Handbook of Experimental Pharmacology 118. Berlin Springer.

BLOQUE IV: MARCO LEGAL

El análisis, comprensión y atención de los problemas relacionados con las drogas, esta directamente relacionado con el marco legislativo en que estas se encuentran. Las repercusiones ya sea, a nivel social o sanitario, individual o colectivo, de una determinada política y orientación legislativa, son determinantes. Por este motivo, y ante la perspectiva de la elaboración y edición de un texto como el que ahora dispone el lector, nos parecía fundamental la inclusión de un bloque en el que se plantearan los aspectos legislativos en relación al tema que nos ocupa.

Si bien el autor nos ofrece una visión descriptiva, amplia y rigurosa de cual ha sido la evolución de la legislación en materia de drogas, sus antecedentes y la situación actual, tanto a nivel nacional como internacional, el mismo autor y el consejo de redacción de esta publicación, no han querido en ningún momento, limitarse a ofrecer una visión supuestamente “neutral y academicista”, sino que hay en el texto, una toma de posición crítica y reflexiva entorno aquellas corrientes legislativas que optan por una orientación de carácter prohibicionista y represor. Y ello, no por un posicionamiento apriorístico de carácter ideológico, sino por el convencimiento de que dicha política ha resultado, a lo largo del tiempo, ineficaz para acabar con el tráfico ilícito de drogas y ofrecer el nivel de protección hacia los usuarios de drogas y el resto de la comunidad que supuestamente pretende.

Ya en el año 1989, en la presentación del libro, *Repensar las drogas. Hipótesis de la influencia de una política liberalizadora respecto a las drogas, sobre los costes sociales, las pautas de consumo y los sistemas de recuperación*, elaborado y editado por Grup Igia, decíamos en relación al estudio que precedió a la publicación: “el propio título suponía la aceptación previa de una específica opción metodológica; la de que no es posible analizar el consumo de drogas ilegales como una mera cuestión de salud pública, ni siquiera como un fenómeno sociocultural ligado a la evolución histórica de los países industrializados. Creíamos y creemos, que en el análisis del problema de las drogas ha de considerarse como nuclear de la cuestión, la influencia decisiva de la reacción estatal frente a dicho fenómeno y, en concreto, el peso decisivo que en él juega la criminalización de las conductas relacionadas con dicho consumo.”

A menudo, cuando se debate y cuestiona el marco legislativo de las drogas, se tiende a una suerte de negación o simplificación del tema; de algo que sin duda, es sumamente complejo y que en cualquier caso, nadie dispone de la solución perfecta o la verdad absoluta. En primer lugar, porque no existe, y en segundo, porque no se ha dado hasta el momento, la posibilidad de ensayar, experimentar y evaluar correctamente en escenarios distintos, las diferentes y múltiples opciones que sobre la materia se podrían articular. Presiones de carácter político, ideológico o institucional, perjuicios de tipo moral, etc. han dificultado e interferido en distintas

ocasiones, el comprometido, sereno y riguroso debate que sobre el tema se debería plantear.

Consideramos pues, que el presente capítulo cumple con distintos requisitos de interés. Por un lado, el riguroso, sintético y elaborado planteamiento de los aspectos legislativos en relación al tema de las drogas y que sin duda, podrá ser objeto de consulta y referencia en más de una ocasión, por otro, su contextualización dentro un marco histórico y sociocultural más amplio y finalmente, las consideraciones y tomas de posición del autor que, muy probablemente, podrán estimular la reflexión del lector, incluso, más allá de lo que inicialmente se hubiera podido imaginar.

Víctor Martí Carrasco

CAPÍTULO 11

ASPECTOS LEGISLATIVOS

Carlos González

El cómo y el porqué de la legislación en materia de drogas

La necesidad de regular legislativamente la utilización de todo tipo de materias o sustancias parece consustancial con nuestra actual sociedad. En efecto, casi no es posible pensar en ningún ámbito del consumo o del uso de productos de los más diversos géneros sin que, inmediatamente, se encuentre algún tipo de legislación que pretenda regular su producción, distribución, consumo o todas estas facetas a la vez.

La singularidad de la regulación legal de las sustancias que conocemos como drogas, reside en que el núcleo esencial de la misma está constituido por la prohibición. Desde principios de siglo, nuestra cultura se ha acostumbrado a convivir con una legislación en materia de drogas, que no solo está básicamente destinada a impedir el acceso de los individuos a las sustancias calificadas como tales, sino que además, se halla respaldada por la amenaza del instrumento más drástico con el que los Estados cuentan para hacer cumplir sus mandatos: la ley penal, es decir, la prisión. Por ello este capítulo se va a centrar en el estudio de la regulación penal de las drogas, por más que haya otras normas administrativas o civiles que también contemplan dicha cuestión.

Sería, tal vez, inconveniente en un libro como el presente tratar de analizar con detenimiento la historia de la penalización de la distribución y consumo de (algunas) drogas, pero si puede ser útil, repasar brevemente los principales hitos de esa historia, porque aún hoy somos tributarios de decisiones políticas que se tomaron en épocas y situaciones históricas muy alejadas de las actuales. Y con consecuencias que, como mínimo desde el punto de vista de la protección de la salud pública, han resultado contradictorios con los propósitos de sus valedores.

El nacimiento “oficial” de la política prohibicionista que caracteriza nuestro contexto histórico-cultural tiene un lugar y una fecha emblemáticos: Los Estados Unidos de Norteamérica el 17 de diciembre de 1914. Ese día fue sancionada por el Presidente la llamada Ley Harrison, aprobada por el Congreso semanas antes, por la que el consumo de opiáceos y cocaína era sometido a estrictos controles y solo admitido bajo prescripción facultativa. Cinco años después, en el mismo país, se introducía la Decimoctava Enmienda a la Constitución que permite aprobar la Ley Volstead, llamada “Ley Seca”, que suponía la extensión del régimen de prohibición también al alcohol, cuya venta y fabricación se castiga en lo sucesivo con multa y prisión —seis meses para la primera infracción y cinco años para la siguiente—, exceptuándose de este régimen tan solo el vinagre y la sidra, autorizándose “el uso médico” (sic) de las demás y el “uso

del vino para la santa misa”¹. Por fin en 1937, también la marihuana entraría a formar parte de las sustancias sometidas a control penal.

En realidad la Harrison Act no prohibía el consumo o la tenencia de “narcóticos”², pero al obligar a los médicos y farmacéuticos a comunicar todas las prescripciones de drogas que hicieran, y prohibir el suministro para fines de mantenimiento de la adicción, castigándoles en caso contrario con penas de cárcel, creó una situación de bloqueo de las fuentes legales de aprovisionamiento hasta entonces existentes, lanzando a los potenciales consumidores en brazos del mercado negro.

Como es sabido, la prohibición del alcohol debió dejarse sin efecto solo diez años más tarde debido a los devastadores efectos producidos entre la salud de la población y la corrupción masiva entre los encargados de su aplicación y los políticos del sistema. No ocurrió, en cambio lo mismo con las otras tres sustancias que, hasta nuestros días, han representado culturalmente “el infierno de las drogas”, y en concreto la más emblemática de todas ellas: los derivados del opio y en particular la heroína.

Durante el siglo XIX el opio y sus preparados eran vendidos a los consumidores sin receta, con una facilidad solo comparable a la de la venta de fármacos como la aspirina en la sociedad actual. Un ejemplo típico era el *Godfrey's Cordial*, preparado cuyo único principio medicinal era el opio, mezclado con miel para hacerlo dulce y con una planta aromática para darle un perfume exquisito. Este jarabe milagroso era distribuido sobre todo entre los niños, que lo encontraban delicioso, y que servía para que las amas de casa que tenían que cuidar a sus hijos y los de sus compañeras empleadas en las agotadoras jornadas fabriles de 14 o 16 horas, lo suministraran a los niños para que estuvieran tranquilos³. Preparados similares eran también utilizados sobre todo por las mujeres, para aliviar los más variados síntomas, especialmente los derivados de las molestias de la menstruación. A esa situación es a la que pretendió poner remedio la política prohibicionista que tuvo lugar en Norteamérica entre los años 1900 y 1937.

Tres fueron los factores a los que se ha atribuido la génesis de esa cruzada prohibicionista: en primer lugar, el empuje del sentimiento puritano que comienza a tomar fuerza a mediados del siglo XIX. El Partido Prohibicionista, fundado en 1869, tuvo su apogeo justamente a finales de siglo, y basó su ascenso y su programa político precisamente, en la defensa de lo que consideraba valores “tradicionales” del ideario de los primeros colonizadores, opuestos a cualquier clase de bebidas alcohólicas que consideraban opuestas al mandato divino.

El segundo, ligado estrechamente al anterior, la batalla por la hegemonía social en Norteamérica entre el sistema rural, anclado en las tradiciones de los puritanos viajeros del *Mainflower*, y las nuevas generaciones de inmigrantes, procedentes de Irlanda o de

1 Vid. Escohotado, A. (1989).

2 En adelante la palabra narcótico - “que produce sopor, relajación muscular y embotamiento de la sensibilidad, como el cloroformo, opio, etc.”, según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua se utilizará para designar todas las sustancias que, con independencia de sus efectos -que pueden ser precisamente los contrarios-, comparten una propiedad: ser ilegales. Para un análisis pormenorizado de la semántica del prohibicionismo vid Arnao, G. (1990).

³ Consumo, junto con el del alcohol y las llamadas “drogas del Estado”, denunciado ya por Engels en su obra La condición de la clase obrera en Inglaterra.

culturas mediterráneas, católicos y mayoritariamente habitantes de las entonces florecientes ciudades en desarrollo, lo que incluía una mezcla de sentimientos anticatólicos y prejuicios étnicos o sociales, que ponían de relieve el temor ante la pérdida de influencia económica y social, y el miedo al fin de un estilo de vida, basado en las viejas virtudes del trabajo, la sobriedad y el temor de Dios.

El último de los factores que ayudan a explicar la cruzada moral contra los *drogadictos*, puede hallarse en la existencia de sentimientos racistas ante determinadas minorías a las que se identifica con la extensión del *vicio*. Los chinos, que habían llegado entre 1850 y 1860, atraídos por la necesidad de mano de obra barata para la construcción del ferrocarril al Oeste y que, una vez finalizado, habían conservado dos vicios importados con ellos: fumar opio y trabajar más y por menos dinero que los blancos originarios. Además, la identificación del consumo de cocaína con la violencia de los negros del Sur, en el momento posterior a la desaparición “legal” del sistema esclavista, y la difusión de temores racistas que extendían el cliché del negro cocaínizado —entre otras cosas con una bebida gaseosa fabricada en Atlanta y llamada Coca-Cola—, violando a las mujeres blancas. Años más tarde, esas mismas imágenes se trasladarán a los mejicanos, cuya inmigración planteaba los mismos problemas sindicales a los de los chinos y los negros, y cuyo específico elemento contaminante es la marihuana, a la que se atribuirán los más atroces crímenes.⁴

Las consecuencias principales de las leyes prohibicionistas son conocidas:

Se crea un enorme ejército de consumidores fuera de la ley que hasta ese momento recibían atención médica específica.

Cambia la identidad de los usuarios: de ser con anterioridad mayoritariamente mujeres, de raza blanca, de mediana edad y pertenecientes a las clases medias, pasan a ser varones, jóvenes, de minorías étnicas precisas y pertenecientes a los estratos sociales más depauperados.

Se crean las bases para el nacimiento de una poderosa industria del crimen, que no ha dejado de crecer hasta nuestros días. “*El mercado del alcohol y de la heroína representa el primer momento de la concentración capitalista de la criminalidad moderna*” (Blumir G., 1976:35).

Las propias necesidades del mercado ilegal favorecen la difusión de las sustancias más potentes —puesto que a menor volumen aseguran mayores efectos y un margen de beneficio mayor—, y de las formas de consumo más rápidas y peligrosas —inyectarse frente a fumar o esnifar—.

⁴ Para un análisis histórico del prohibicionismo vid. entre otros: Musto, F (1989); Blumir, G. (1976); Escobedo, A. (1986); Hamowy, R. (1989); McDermott, P. (1995)

El siguiente paso de la cruzada —en realidad iniciada incluso antes que la represión a nivel nacional—, era extender el régimen de prohibición más allá de las fronteras de los Estados Unidos.

La evolución de la legislación internacional. las convenciones de las naciones unidas en la materia

El proceso por el que esa legislación y esa ideología específicas de un momento histórico, traspasaron los límites de Norteamérica y se difundieron en todo el mundo, constituye un ejemplo de la progresiva asunción de la hegemonía mundial por parte de los Estados Unidos de Norteamérica (Nadelmann, E., 1992: pags. 537 y ss).

En 1909 a iniciativa del Presidente Teodoro Roosevelt, se celebró en Shangai una Conferencia para frenar la producción y exportación de opio, vieja aspiración china, país al que, no lo olvidemos, las potencias occidentales —en especial la Gran Bretaña—, habían impuesto por la fuerza de las armas la distribución libre de opio entre su población, a pesar de la oposición de sus gobernantes. Las conclusiones de dicha Conferencia se limitaron a la adopción de 9 Recomendaciones (no Resoluciones), entre las cuales solo dos satisfacían algo las aspiraciones norteamericanas: la II que pedía que, *“los Gobiernos tomaran medidas para la gradual supresión del opio fumado”* y la IV que proponía que, *“las naciones no exportaran opio a naciones cuyas leyes prohibieran la importación”*.

Visto el relativo fracaso de ese intento, en 1912 se reunió otra Conferencia en La Haya, que adoptó un Convenio sin fuerza, vinculante para las partes, que establecía la necesidad de implantar un control de la preparación y distribución de opio, morfina, cocaína, heroína y “cualquier otro derivado que *“mediante pruebas científicas resultara igualmente peligroso”* con la única excepción de las necesidades médicas y científicas.⁵

Otros intentos realizados en el período entre guerras, en el marco de la Sociedad de Naciones —en especial el Convenio internacional del opio (19-2-1925) y el de Ginebra (13-7- 1931) — se saldaron con resultados tan modestos como los anteriores. Habrá que esperar a la finalización de la II Guerra Mundial y la creación de las Naciones Unidas, para lograr un mecanismo de aplicación de las resoluciones en materia de control del comercio de *estupefacientes*, con fuerza vinculante para las partes firmantes y con un ámbito de aplicación prácticamente universal. Tres han sido hasta ahora los resultados de esa actividad internacional: La Convención Única de Estupefacientes de Nueva York de 1961, el Convenio sobre sustancias psicotrópicas de Viena de 1971 y la Convención contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas de Viena de 1988. Parece necesario un breve repaso a cada una de ellas, puesto que sus disposiciones informan de manera directa la legislación interna de casi todos los países del globo y en particular el nuestro.

La Convención Única de Estupefacientes de Nueva York de 1961.

⁵ Martí de Vesés Puig, M. (1977), pags. 255 y ss); Escobedo, A. *op. cit.* pags. 31-37

Sus disposiciones pueden resumirse como sigue:

a) *Sustancias sometidas a control.*

Se reparten en cuatro Listas, incluidas en el Anexo de la Convención y cada una de ellas significa un nivel de control diferente. Las sustancias comprendidas en las Listas I y IV deberán ser objeto de persecución penal.

b) *Obligaciones generales.*

Los Estados deberán adoptar las medidas legislativas y administrativas necesarias para:

Ejecutar las disposiciones de la Convención.

Cooperar con los demás Estados a la ejecución de las disposiciones.

Limitar a los fines médicos y científicos la producción, el comercio, la posesión y la utilización de estupefacientes.

c) *Medidas preventivas.*

Establecer una Administración especial encargada de aplicar las disposiciones de la Convención.

Limitar la cantidad de estupefacientes que será fabricada o importada por cada país, y someter al control del Estado o a un régimen de licencia, el cultivo de la adormidera, de la coca, de la cannabis, así como la fabricación, distribución, importación, exportación y posesión de estupefacientes.

d) *Medidas represivas.*

Artículo 36: A reserva de lo dispuesto por su Constitución, cada una de las partes se obliga a tomar las medidas necesarias para considerar delitos, castigados en forma adecuada, especialmente con penas de prisión u otras penas de privación de libertad el cultivo, producción, fabricación, extracción, preparación, posesión, oferta en general, oferta en venta, distribución, compra, venta, despacho por cualquier concepto, corretaje, expedición, expedición en tránsito, transporte, importación y exportación de estupefacientes.

Castigar igualmente los actos de participación y la tentativa de las conductas anteriormente descritas.

Establecer el procedimiento penal para el enjuiciamiento y la extradición de los culpables.

e) *Medidas de limitación del consumo.*

No autorizar la expendición de estupefacientes a los particulares salvo prescripción médica.

No autorizar más que temporalmente y solo en ciertos países el uso de opio, de la hoja de coca y de la cannabis.

Prever y recomendar el tratamiento de los toxicómanos.

El Convenio sobre sustancias psicotrópicas de Viena de 1971

Tiene por objetivo someter a control algunas sustancias no contempladas en la Convención Única de 1961, particularmente anfetaminas, barbitúricos y alucinógenos. Las medidas penales y de control son sustancialmente idénticas a las contempladas en el anterior Convenio internacional de Nueva York.

Convención contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas de Viena de 1988.

Mientras las anteriores Convenciones justificaban su existencia en la necesidad de preservar la salud de la población mundial, la última de ellas —por ahora— la de Viena de 1988, se ocupa casi exclusivamente de la persecución y represión penales, con el propósito confesado de perfeccionar los elementos represivos existentes e introducir otros nuevos para cubrir ámbitos hasta ese momento presuntamente impunes (Díez Ripollés, J.L., 1992). Se pretende prevenir el fenómeno de las drogas mediante una combinación de castigo y tratamiento dirigido a los consumidores, a fin de cumplir el preámbulo de la Convención. En dicho preámbulo, los firmantes, tras mostrarse “*profundamente preocupados*” por la magnitud del fenómeno y “*decididos*” a acabar con él, afirman hallarse “deseosos de eliminar las *causas profundas del problema* del uso indebido de estupefacientes, ... comprendida la *demanda ilícita* de dichas drogas y sustancias y las *enormes ganancias* derivadas del tráfico ilícito, que permiten a las organizaciones delictivas transnacionales invadir, contaminar y corromper las estructuras de la administración pública, las actividades comerciales y financieras lícitas y la sociedad a todos sus niveles”.

Las principales novedades en esa materia pueden resumirse como sigue:

- a) Se amplía el objeto material de los delitos de tráfico de drogas. Además de las sustancias estupefacientes y psicotrópicas se añaden ahora los *precursores químicos* precisos para su elaboración y hasta *los equipos y materiales* destinados al cultivo, fabricación o tráfico de dichas sustancias.
- b) Se amplía asimismo el ámbito de las conductas punibles, tales como los de “entrega en cualesquiera condiciones”. Pero quizás lo esencial en este terreno sea que por primera vez se incluyen entre las conductas merecedoras de reproche penal *el cultivo, la adquisición y la posesión para el consumo personal*, (artículo 3.2). En adelante la discusión sobre la punibilidad o no del consumo quedará muy mediatizada, pues parece evidente que nadie puede consumir sin poseer previamente la droga.
- c) Se establece el castigo como ilícitos penales autónomos de conductas, que no pasan de ser meros actos preparatorios de cooperación al tráfico, como la posesión de materiales o precursores químicos con conocimiento de su utilización actual o futura con fines de cultivo, producción o fabricación ilícitos, (artículo 3.1.c). ii). Igualmente se castiga la *tentativa* de comisión de cualquiera de dichos actos, así como el *encubrimiento* de los mismos (Artículos 3.1.c) ii, 3.1.c).ii.iv y 3.1.c).ii.v).

- d) Se establece un catálogo de conductas agravadas tales como la *utilización de armas o violencia*; la utilización de *menores* o la difusión entre los mismos; realizar dichas actividades en *centros penitenciarios, educativos, asistenciales*, o en sus inmediaciones o en lugares con *actividades educativas, deportivas o sociales* concurridas por estudiantes; la participación en dichas actividades de *funcionarios públicos* en actividades relacionadas con el ejercicio de sus cargos; que el autor pertenezca a una *organización* para realizar estas actividades, o que el delincuente realice *otras actividades delictivas adicionales* facilitadas por la comisión de estos delitos (Artículo 3.5).
- e) En cuanto a las penas se insiste en que deben ser proporcionadas a la gravedad del delito, y aunque se prevén *formas sustitutivas o complementarias a la privación de libertad*, se advierte que medidas tales como la suspensión del fallo o la remisión de la condena, no deben poner en peligro el efecto de intimidación general a conseguir con el castigo, aconsejando un uso muy limitado, tanto de la suspensión de la ejecución de las penas como de la libertad condicional.
- f) Se contempla asimismo el *embargo y comiso* de los bienes e instrumentos procedentes del delito, y aún de los bienes o efectos obtenidos o derivados directa o indirectamente de las conductas ya mencionadas (Artículo 3.4. a) y b)).
- g) Por último, y en el terreno procesal, se subvierten principios garantistas de enorme importancia, pues se fomenta la figura del *delator y del arrepentido*, estimulándoles con la interrupción de toda actividad policial o judicial en su contra, si acceden a testificar en contra de otros; se introduce la extraña figura de la *entrega vigilada*, consistente en dejar que remesas ilícitas o sospechosas de contener sustancias prohibidas, salgan, entren o atraviesen el territorio de un país, con el conocimiento de sus autoridades, a fin de identificar a las personas involucradas en la operación, y se autoriza a *invertir la carga de la prueba* —será el acusado quien deba demostrar la licitud de la posesión—, respecto del origen ilícito de los bienes decomisados (Artículos 7.18 y 11).

En definitiva, en el ámbito del derecho público internacional, parece haber tomado carta de naturaleza lo que algunos han llamado la “ilusión represiva”, con las consecuencias que a continuación veremos en las legislaciones nacionales de los países signatarios de los Convenios.

El reflejo de la legislación internacional en las leyes penales nacionales. la política legislativa en los países de la unión europea

La política criminal en materia de drogas de los países pertenecientes a la Unión Europea (UE) sigue, con pequeños matices, las líneas apuntadas en los Convenios internacionales que acabamos de analizar. Veamos sus aspectos esenciales (De La Cuesta, J.L., 1993).

Legislación aplicable. Acostumbra a estar muy extendido el recurso a la regulación de esta materia mediante leyes especiales, comprensivas de aspectos

relacionados con la atención o la prevención, además de los puramente penales, aunque la mezcla de tales elementos heterogéneos, no siempre resulta beneficiosa para el respeto de las garantías en la aplicación de las sanciones penales.

Concepto de droga. Todas las legislaciones se refieren exclusivamente a las drogas *ilegales*. Dentro de esa unanimidad, algunas intentan una definición de tales sustancias a partir del concepto de dependencia (Francia), de su capacidad para alterar el sistema nervioso central (Inglaterra), o de ambos (Grecia). No obstante, **vista la imposibilidad de encontrar una definición científica que abarque todas las drogas ilegales y ninguna de las legales, la mayoría opta por remitir la determinación de las sustancias sometidas a control penal, a las listas elaboradas por el Ministerio correspondiente o a los órganos jurisdiccionales.** Algunos Estados —directamente Holanda, indirectamente Inglaterra e Italia— establecen en su legislación una distinción en el tratamiento penal de las drogas, atendiendo al *grado de nocividad* de las mismas, bien dejando tal distinción a la apreciación de los Tribunales, bien estableciéndola directamente en las disposiciones reglamentarias.

1. *Conductas punibles.* En general se pretende una intervención omnicompreensiva de todas las conductas, directa o indirectamente con el llamado “ciclo de la droga”.

a) *Tráfico.* Siguiendo de las Convenciones internacionales, en su preocupación por no dejar ninguna conducta por castigar, se acostumbra a realizar una designación prolija y a veces repetitiva de todas las conductas relacionadas con las drogas. Algunas de estas legislaciones llevan más allá de lo tolerable la preocupación por no dejar impune ninguna conducta relacionada con el tráfico, llegando así a incriminar las conductas imprudentes (Alemania, Grecia, Holanda) y otras veces a equiparar los actos consumados con la tentativa o con meros actos preparatorios del delito (Alemania, Austria, Holanda e Italia) o a castigar como a los autores, conductas de mera participación (Bélgica, Francia, Inglaterra, Grecia o Suiza).

a') *Agravaciones específicas.* Además de la pertenencia a determinados colectivos profesionales —funcionarios públicos, médicos, educadores, etc— se suele recoger como tipos agravados la difusión entre menores o personas sometidas a tratamiento, el empleo de armas, la adulteración de la sustancia, la cantidad de notoria importancia y la pertenencia del culpable a organizaciones dedicadas a tales actividades.

a'') *Tipos atenuados.* También, al contrario que en nuestra propia legislación, acostumbran a recogerse diversas formas atenuadas, tales como la falta de intencionalidad (Holanda), el tipo de sustancia de que se trata o su escasa cantidad, y en especial, la condición de toxicómano del autor, que realiza actos de tráfico para asegurar sus necesidades de consumo (Suiza).

b) *Posesión para el propio consumo.* En general, las legislaciones de los países de la UE, distinguen los actos de tráfico de la posesión para el consumo o del consumo mismo. Existen 4 tipos de modelos tratamiento penal de dicha cuestión:

b') Penalización, pero con una pena inferior para los actos de posesión y consumo (Francia y Luxemburgo), con posibilidad de optar por la no

punibilidad (Alemania), o el sobreseimiento de los hechos (en determinados casos Portugal; en Bélgica como alternativa junto a la *probation*).

b'') Práctica judicial y/o fiscal de no persecución dentro de ciertos límites (Dinamarca o Inglaterra).

b''') La no punibilidad (Grecia o Italia tras el referéndum).

b''') La posición holandesa en que existe una legalización *de facto* —por aplicación del *principio de oportunidad*, que permite a la policía y el Ministerio Fiscal no perseguir infracciones de escasa entidad, aunque se hallen formalmente contempladas en la ley—, no sólo para el consumo, sino también para el pequeño tráfico de drogas blandas en las *coffee shops*, y en hogares de jóvenes que han llegado a determinados acuerdos con las Autoridades.

A veces la no punibilidad de la posesión o adquisición para el propio consumo se condiciona a la sumisión a un tratamiento rehabilitador (Grecia).

2. *Penas*. La mayoría de las legislaciones utilizan preferentemente las sanciones privativas de libertad con una enorme dureza. Los tipos básicos se castigan con una duración media entre 4 y 5 años (con frecuentes variaciones, como en el caso de Dinamarca donde solo llega hasta los 2 años y el de Francia donde puede alcanzar los 10 años). Naturalmente los países en que opera la distinción entre drogas gravemente perjudiciales y las demás, tal distinción afecta a las penas imponibles, que, en algún caso puede llegar hasta la cadena perpetua, sobre todo en los casos de tipos agravados (Inglaterra o Grecia).

Junto a las anteriores se prevén las penas de *multa* como sustitutivas o complementarias de las anteriores y el *comiso* de los instrumentos, efectos y ganancias del delito.

3. *Alternativas para los toxicómanos*. Casi todos los países contemplan medidas alternativas a la condena en los supuestos aquí analizados, pudiendo desglosarse en los siguientes sistemas:

a) En aquellos sistemas regidos por el *principio de oportunidad* (Alemania, Bélgica, Holanda o Inglaterra), se reconoce al Ministerio Fiscal o al Juez la posibilidad de no perseguir hechos relativos a las drogas, dada la escasa entidad o trascendencia del hecho y las condiciones particulares del autor, como el de ser toxicodependiente. En ocasiones, se condiciona el abandono del procedimiento a la realización de programas de deshabituación.

b) Otras veces es el *pronunciamiento de la sentencia* lo aplazado (Inglaterra), con sometimiento del reo a un período de prueba.

c) La *probation* constituye otra de las medidas sustitutivas más extendidas, siempre que el delito no sea grave (pena no superior a 2 o 3 años de prisión), mediante el cual se suspende la ejecución de la pena al cumplimiento de diversas obligaciones o cargas —con o sin asistencia de trabajadores sociales—, entre los que ocupa un lugar preeminente el sometimiento a programas de rehabilitación.

d) En cuanto a la ejecución de las penas privativas de libertad, se establece en muchos países el cumplimiento en establecimientos o secciones específicas, incluyendo la realización de programas de rehabilitación que pueden desarrollarse en instituciones externas a la prisión.

e) Por último, algunos países facultan al Juez para imponer la realización de un tratamiento obligatorio (Austria, Grecia, Italia, Luxemburgo y, sobre todo, Francia).

Clasificación de las drogas en Europa

Error! Marcador no definido.

Sustancias controladas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

ESTADOS MIEMBROS	NÚMERO Y TIPO DE LISTAS EN LA LEGISLACIÓN NACIONAL	RELACIONES ENTRE PENAS Y LISTAS
AUSTRIA	No existe distinción legal entre listas diversas. Están sujetas a control: - las sustancias estupefacientes contempladas en las listas anexas a la Convención Única de 1961. - las sustancias psicotrópicas contempladas en las listas I y II anexas a la Convención sobre sustancias Psicotrópicas de 1971.	No existe relación entre las penas y/o los delitos y las diferentes clases de drogas.
BÉLGICA	No existe distinción legal entre listas diversas. La lista fue establecida por Real Decreto: - sustancias estupefacientes (opio, heroína, cocaína, morfina, metadona, cannabis, ...); (Real decreto de 3-12-1930). - algunas sustancias Psicotrópicas (anfetaminas, alucinógenos, MDMA,...); (Real decreto de 2-12-1988).	No existe relación entre las penas y/o los delitos y las diferentes clases de drogas.
DINAMARCA	CINCO LISTAS. A (Cánnabis, heroína, preparados opiáceos) B (Cocaína, MDMA, Anfetaminas, metadona). C (Codeína). D (Barbitúricos). E (Tranquilizantes).	No existe relación entre las penas y/o los delitos y las diferentes listas. Sin embargo los delitos relacionados con la posesión y el tráfico de Cánnabis, tienen una pena menos severa que las de las “drogas duras” (ej: heroína, cocaína, anfetaminas).
FINLANDIA	Clasificación similar a la de las tres (1961/1971/1988) Convenciones de las NNUU. DIEZ LISTAS. <i>Drogas estupefacientes</i> I (Heroína, cánnabis, metadona, morfina...). II (Propiram, codeína...). III (Preparados). IV (heroína, cánnabis...). <i>Sustancias psicotrópicas</i> I (DMA, LSD, MDMA...). II (Anfetaminas, THC...). III (Barbitúricos). IV (Benzodiazepinas). <i>Precursores</i> I (Efedrina, ácido lisérgico). II (Acetona, piperidina).	No existe relación entre las penas y/o los delitos y las diferentes listas.
FRANCIA	CUATRO LISTAS. I (Cánnabis, heroína, cocaína, metadona). II (Codeína). III Alucinógenos (LSD; Mescalina, MDMA)	No existe relación entre las penas y/o los delitos y las diferentes listas.

¡Error! Marcador no definido. ESTADO S MIEMBROS	NÚMERO Y TIPO DE LISTAS EN LA LEGISLACIÓN NACIONAL	RELACIONES ENTRE PENAS Y LISTAS
	(Anfetaminas). IV (Hongos alucinógenos).	
ALEMANIA	TRES LISTAS I Drogas ilícitas (Heroína, cánnabis, LSD...) II Lícitas, pero no prescripción (hojas de coca). III Disponibles mediante prescripción especial (Morfina, metadona).	No existe relación entre las penas y/o los delitos y las diferentes listas.
GRECIA	CUATRO LISTAS. I (Cánnabis, heroína, LSD, y otros alucinógenos). II (Cocaína, metadona, opio). III (Anfetaminas). IV (Barbitúricos, tranquilizantes).	No existe relación entre las penas y/o los delitos y las diferentes listas.
IRLANDA	CINCO LISTAS I (Cánnabis, LSD, mescalina, opio). II (Cocaína, heroína, metadona, morfina). III y IV (otras sustancias psicotrópicas). V (Preparaciones específicas).	No existe relación entre las penas y/o los delitos y las diferentes listas. Sin embargo, de acuerdo a la legislación penal, la posesión de cánnabis está penada menos severamente que la posesión de otras drogas.
ITALIA	SEIS LISTAS. I (Opio, cocaína, alucinógenos, algunas anfetaminas). II (Cánnabis). III (Barbitúricos altamente adictivos). IV (Sustancias medicinales). V (Preparaciones de las sustancias I a IV). VI (Anti-depresivos , estimulantes).	Tanto las penas como las sanciones administrativas, varían de acuerdo a la clasificación de las sustancias.
LUXEMBURGO	No existe distinción legal entre diversas sustancias. Los Decretos del gran Ducado contemplan: - Drogas estupefacientes. - Sustancias psicotrópicas. - Sustancias tóxicas.	No existe relación entre las penas y/o los delitos y las diferentes listas.
HOLANDA	DOS LISTAS I Riesgo inaceptable (a-b-c-d): a) (Opiáceos, coca y derivados, aceite de cánnabis) b) (Codeína) c-d) (sustancias psicotrópicas). II Otras (a-b): a) (Tranquilizantes). b) (Cánnabis).	Las penas se distinguen de acuerdo a cada una de las dos listas.
PORTUGAL	SEIS LISTAS. I (a-b-c) (Ia Opiáceos, Ib Coca y derivados, Ic Cánnabis y derivados). II (a-b-c) (IIa Alucinógenos, IIb Anfetaminas, IIc Barbitúricos). III (Preparaciones específicas). IV (Tranquilizantes y analgésicos). V,VI (Precursores).	Para algunos delitos, las penas varían de acuerdo a la clasificación de las sustancias en cada lista.

¡Error! Marcador no definido. ESTADO S MIEMBROS	NÚMERO Y TIPO DE LISTAS EN LA LEGISLACIÓN NACIONAL	RELACIONES ENTRE PENAS Y LISTAS
ESPAÑA	La legislación española, de acuerdo a las Convenciones de las NNUU, somete a control las sustancias estupefacientes y las sustancias psicotrópicas.	La ley penal distingue entre sustancias que causan grave daño a la salud y el resto de sustancias, adecuando las penas a esa distinción.
SUECIA	CINCO LISTAS. I Narcóticos sin aplicación médica. II Narcóticos con aplicación médica. III Codeína. IV Barbitúricos, benzodiazepinas, barbitol. V Narcóticos controlados por la legislación sueca, pero no sometidos a restricción por la legislación internacional.	No existe relación entre las penas y/o los delitos y las diferentes listas.
REINO UNIDO	TRES CLASES y CINCO LISTAS. A (Metadona, morfina, MDMA, LSD, Opio; Heroína). B (Codeína, Cánnabis, algunas anfetaminas). C (Anfetaminas, sedantes, benzodiazepinas). 1 (Cánnabis, alucinógenos). 2 (Opiáceos, cocaína). 3 (Algunos barbitúricos, algunos estimulantes). 4 (Benzodiazepinas). 5 (Preparados).	Para algunos delitos, la clasificación en tres clases tiene una repercusión en la pena. De acuerdo a su peligrosidad la Clase A es la más peligrosa, la Clase B peligrosa y la Clase C menos peligrosa. La división en cinco listas obedece a la peligrosidad en el uso médico, y no tiene repercusión en las penas.

Consumo de drogas

¡Error! Marcador no definido.

La legislación en materia de consumo de drogas en los Estados de la UE es la siguiente:

- Para seis Estados el consumo de drogas está prohibido (Finlandia, Francia, Grecia, Luxemburgo, Portugal, Suecia).
- Para tres Estados el consumo de drogas está prohibido en determinadas circunstancias (Bélgica *consumo en grupo*, Reino Unido e Irlanda, *opio*).
- Para cuatro Estados el consumo de drogas solo está indirectamente controlado (mediante la represión de la posesión o de la adquisición), (Austria, Dinamarca, Alemania, Holanda).
- Para un Estado solo están previstas sanciones administrativas (España, *consumo en público*).

- Para un estado, tras el referéndum de 1993 el consumo de drogas ha dejado de ser sancionado (Italia).

Sin embargo, la política de los estados de la UE en lo referente al consumo de drogas, parece ser bastante más homogénea de lo que el análisis de la legislación parece indicar. Los Estados presentan un alto grado de homogeneidad en las decisiones más comunes adoptadas por los tribunales. Normalmente, el consumo ocasional, o el consumo por la primera vez, es castigado con una advertencia o una multa; y en todos los Estados, se pueden encontrar previsiones que posibilitan sustituir la prisión por el sometimiento a tratamiento para usuarios adictos.

Posesión de drogas;Error! Marcador no definido.

La posesión de drogas está prohibida en todos los Estados de la UE. En Italia y España, la posesión para uso personal está sujeta a sanciones administrativas.

La mayor parte de los miembros de la UE establece una distinción entre la posesión destinada al uso personal y la destinada al tráfico.

La cantidad de las sustancias ilícitas, la naturaleza de las drogas y las circunstancias del autor (adicto o no adicto), son tomadas normalmente en consideración a la hora de definir las penas.

Medidas alternativas;Error! Marcador no definido.

La mayoría de los Estados de la UE contemplan en su legislación, previsiones específicas para ofrecer tratamientos terapéuticos alternativos a la pena a los adictos, de forma voluntaria, “*strongly advised*” u obligatoria. Los otros Estados carecen de esas previsiones específicas en su legislación penal. Sin embargo, su ley penal contiene previsiones que permiten la suspensión de la ejecución, o bien la “*deference*” de la condena, o la aplicación de diversas obligaciones de prueba.

En la mayor parte de los Estados el Ministerio Fiscal tiene, en determinadas circunstancias, la posibilidad de proponer la suspensión del procedimiento, a cambio de sometimiento a tratamiento a los delincuentes adictos. Ciertos Estados han incorporado a su legislación la previsión de tratamiento obligatorio, junto a las medidas ya previstas en la legislación penal.

Por último, todos los Estados consideran a los consumidores de drogas (adictos) como enfermos.

Tráfico de drogas;Error! Marcador no definido.

;Error! Marcador no definido. ESTADOS MIEMBROS	PENAS (prisión)
AUSTRIA	<ul style="list-style-type: none"> - Hasta 5 años (tipo básico). - Entre 1 y 10 años (traficante profesional o miembro de una organización dedicada al tráfico); si concurren circunstancias agravantes entre 1 y 15 años. - Entre 10 y 20 años (jefe de una organización dedicada al tráfico).

¡Error! Marcador no definido. ESTADOS MIEMBROS	PENAS (prisión)
BÉLGICA	<ul style="list-style-type: none"> - 3 meses a 5 años*. - Con circunstancias agravantes entre 10 y 20 años.
DINAMARCA	<ul style="list-style-type: none"> - Hasta 2 años*. - Hasta 10 años.
FINLANDIA	<ul style="list-style-type: none"> - Hasta 2 años o multa*.
FRANCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Hasta 5 años*. - Hasta 10 años (tipo básico). - Hasta 30 años (miembro de una organización dedicada al tráfico). - Prisión perpetua (jefe de una organización dedicada al tráfico).
ALEMANIA	<p>Hasta 5 años.</p> <p>Casos graves: hasta 15 años.</p> <p>De acuerdo al artículo 3 párrafo 1 de la Convención de Viena de 1988:</p> <ul style="list-style-type: none"> - part a) mínimo 1 año; - part b) mínimo 2 años; - part c) mínimo 3 años.
GRECIA	<ul style="list-style-type: none"> - De 5 a 20 años. - A perpetuidad.
IRLANDA	<p>Las penas varían de acuerdo a la naturaleza del delito. La pena máxima para la posesión para uso personal es una multa y/o prisión. La posesión con fines de proveer a terceros se pena con multa y/o 1 año* de prisión.</p>
ITALIA	<p>Tráfico mayorista.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8/20 años y multa (listas I y III). - 2/6 años y multa (listas II y IV). <p>Pequeño tráfico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1/6 años y multa (listas I y III). - 6 meses/4 años (listas II y IV). <p>Tráfico organizado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jefe, mínimo 20 años. - Miembros, mínimo 10 años.

¡Error! Marcador no definido. ESTADOS MIEMBROS	PENAS (prisión)
LUXEMBURGO	- de 1 a 5 años, - a perpetuidad.
HOLANDA	Tráfico nacional: <u>Drogas de riesgo inaceptable</u> : hasta 8 años y/o multa. <u>Otras drogas</u> : Hasta 2 años y/o multa. Tráfico internacional: <u>Drogas de riesgo inaceptable</u> : hasta 12 años y/o multa. <u>Otras drogas</u> : Hasta 4 años y/o multa. El tráfico de “drogas blandas” puede ser castigado hasta 2 años de prisión, excepto si se trata de pequeñas cantidades; tratándose de grupos criminales organizados, puede ser castigado hasta 5 años de prisión.
PORTUGAL	Tipo básico: - 4/5 años listas I a III (a,b). - 1/5 años lista IV. Tráfico de cantidades menores: 1/5 años listas I a III.
ESPAÑA	Tipo básico: - 3/9 años y multa, en caso de drogas gravemente peligrosas para la salud. - 1/3 años y multa, en el resto de drogas. Tipo agravado: - 9/13 años y 6 meses y multa, en caso de drogas gravemente peligrosas para la salud. - 3/4 años y 6 meses y multa, en el resto de drogas. Tipo especialmente agravado: - 13 años y 6 meses/20 años y tres meses y multa, en caso de drogas gravemente peligrosas para la salud. - 4 años y 6 meses/6 años y 9 meses y multa, en el resto de drogas.
SUECIA	Hasta 10 años de prisión.
REINO UNIDO	Grupo A - hasta prisión perpetua. Grupo B - hasta 14 años. Grupo C - Hasta 5 años.

* Cuando se trata de adictos dedicados al tráfico para hacer frente a su propio consumo

La evolución de la legislación penal española en los últimos años

España se incorporó a la política criminal diseñada por las Naciones Unidas en el Convenio Único en el año 1971. A pesar de que en aquellos años el nivel de consumo de drogas era prácticamente despreciable en nuestro país (excepto el de alcohol, tabaco y psicofármacos, desde luego), el régimen franquista decidió hacer de la confrontación entre el Estado y “la droga”, uno de los ejes legitimadores de un sistema político ya agotado. Esa batalla —irreal— permitía a los tecnócratas del Régimen presentarse formando parte del mismo bando que las democracias occidentales y hacía aparecer a los jóvenes demócratas que lo combatían como degenerados, drogadictos, etc. Esa estrategia estrictamente política, apoyada por un desmesurado aparato propagandístico, estuvo acompañada, paradójicamente, con una práctica desaparición de los grupos que hasta entonces representaban en España el consumo de opiáceos y cannabis, las drogas que de una manera más reiterada identificaba la prensa con el peligro. La lista de morfinómanos se reduce todos los años, hasta quedar limitada a unos pocos centenares y los tradicionales consumidores de grifa se enfrentan a un encarecimiento del producto y a un incremento de la persecución policial, que acelera la extinción del grupo (Comas Arnau, D., 1985).

La distribución masiva de drogas en nuestro país no comenzó hasta unos años más tarde (mitad de 1975 y 1976) y la conversión de España en un país, ya no de paso de la droga, sino también consumidor, ha ido paralela a lo que se denominó la transición política, pero esos primeros años (1968-1973), en los que la lucha contra las drogas adquiere un cariz estrictamente político e ideológico, colocando en un lado de la barrera a los demócratas, militantes de izquierda, intelectuales, etc., y en el otro al viejo aparato represor del Estado franquista, marcó de forma decisiva (y probablemente marca aún), buena parte de las opciones político criminales con las que España se enfrenta al fenómeno (González et al., 1989). Analizar por tanto los avatares de esa política criminal en el decenio 1982-1992, que coincide en un inicio con la llegada al gobierno del Partido Socialista, y en su final, con eventos internacionales que parecen haber dado el definitivo espaldarazo a la incorporación de España a la escena internacional, puede darnos algunas pistas del lento y tortuoso camino que ha seguido el cambio de orientación de los responsables políticos, desde posiciones de oposición a la burda utilización de la “guerra a las drogas”, como “guerra a la disidencia interna”, a la aceptación acrítica de las tendencias internacionales represivas (Romaní et al., 1995). Pero empecemos por el principio.

El período 1971-1982

Como antes decíamos, el año 1971 España modificó el artículo 344 del Código Penal, dándole la siguiente redacción:

“Los que ilegítimamente ejecuten actos de cultivo, fabricación, elaboración, transporte, tenencia, venta, donación, o tráfico en general de drogas tóxicas o estupefacientes o de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten su uso, serán castigados con penas de prisión mayor (de 6 a 12 años) y multa de 10.000 a 50.000 ptas.

... Los Tribunales, atendidas las circunstancias del culpable y del hecho, podrán imponer la pena inferior o superior en un grado, según proceda”.

Esa regulación, que seguía fielmente las estipulaciones de la Convención Única de 1961, presentaba los siguientes caracteres básicos:

Descripción prolija de las conductas punibles (cultivo, fabricación, elaboración, transporte, tenencia, venta, donación o tráfico), o las que, sin embargo, el legislador añadía una cláusula de incriminación abierta del tenor: “*o los que de otro modo, promuevan, favorezcan o faciliten su uso*”.

Ausencia de definición legal del objeto material del delito (“*drogas tóxicas o estupefacientes*”), que la jurisprudencia entendió que se referían a los contenidos en las listas anexas al Convenio Único de las Naciones Unidas de 1961.

Rigor en las penas (prisión mayor: de 6 años y un día a 12 años), y no diferenciación por razón de la peligrosidad de las sustancias.

Amplísimo arbitrio judicial, pues en atención a “*las circunstancias del culpable y del hecho*” se podían rebajar o aumentar las penas en un grado, con lo cual el marco penal se convertía en casi indeterminado, por abarcar desde los 6 meses y un día a los 20 años.

Indeterminación en cuanto a la incriminación de la tenencia para el consumo. La previsión de la penalización de la tenencia, pero no así la del consumo, provocó una discusión doctrinal que finalmente resolvió el Tribunal Supremo en 1975, declarando la penalidad únicamente de la “*tenencia para el tráfico*”.

Con razón, la regulación había sido criticada ásperamente por una buena parte de la doctrina, por no respetar los principios derivados del principio de legalidad.

Se pretendía resolver un problema social mediante el recurso a la pena, sin acudir a otras vías de intervención, menos costosas y más eficaces.

La no diferenciación de la pena por razón de los tipos de sustancia y de conducta provocaban absurdos tales como que resultara más penado regalar un poco de sustancia que ayudar a otro a quitarse la vida.

La cláusula abierta de incriminación producía la mayor inseguridad jurídica, ya que no había forma de saber con claridad el objeto de prohibición (invitar a un amigo a una fiesta donde se consumiera marihuana, etc.).

Estas críticas, fueron desgraciadamente avaladas por la realidad: a pesar de la doctrina jurisprudencial sobre la no punición del consumo y de la tenencia para el consumo, la criminalización afectaba de manera masiva a toxicodependientes y eslabones más bajos de la cadena del tráfico.

La legislación de 1971 se desarrollaba pues en medio de la oposición de los sectores democráticos de la sociedad, que presionaban en un sentido atenuatorio y racional, pero en un contexto internacional dominado por las tendencias represivas y en un contexto interno de aumento del consumo de drogas ilegales, que comienza a colocar a nuestro país al nivel de los países europeos vecinos.

El período 1982-1988

En 1982 gana las elecciones el Partido Socialista Obrero Español, y una de las primeras reformas que aborda (la llamada parcial y urgente) es la del Código Penal, intentando adecuarlo, según expresión de la propia exposición de motivos, a las exigencias de un Derecho penal ajustado a un Estado de Derecho. En concreto en cuanto al delito de tráfico de drogas, la exposición de motivos de la reforma establece la necesidad de salvaguardar la seguridad jurídica, de forma que el necesario arbitrio judicial no devenga en indeterminación de las conductas punibles y de la pena misma. De esa forma la reforma de junio de 1983 dio una nueva redacción al art. 344 que quedaba redactado como sigue:

“Los que promovieren, favorecieren o facilitaren el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas mediante actos de cultivo, fabricación o tráfico o las poseyeran con este último fin, serán castigados con la pena de prisión menor (de 6 meses a 6 años) y multa de 30.000 a 1.500.000 pesetas, si se tratase de sustancias que causaren grave daño a la salud, y de arresto mayor (de 1 a 6 meses) en los demás casos. Se impondrán las penas superiores en grado, cuando las drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas, se difundan entre menores de dieciocho años, en centros docentes, unidades militares o establecimientos penitenciarios, cuando el culpable perteneciese a una organización que tuviera como finalidad difundirlas, así cuando la cantidad poseída para traficar fuere de notoria importancia”.

Como puede comprobarse los cambios eran notables:

En primer lugar se delimitaban las conductas punibles (desaparecía la cláusula “o los que de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten”), ya que ahora el favorecimiento sólo era punible si se hacía mediante actos de cultivo, fabricación o tráfico. La posesión sólo se castigaría cuando tuviere fines de tráfico, tal como venía proclamando la Jurisprudencia del Tribunal Supremo desde 1975.

Se diferenciaba la penalidad en razón a la peligrosidad de las sustancias. De esta forma, la jurisprudencia posterior, estableció que los derivados del cannabis debían ser considerados drogas “no gravemente peligrosas”, mientras que sí eran gravemente peligrosas todas las demás.

Se determinaban legalmente las circunstancias de agravación (menores de 18 años, unidades militares, cantidad de notoria importancia, pertenencia a organización, etc.)

Las penas experimentaron en su conjunto una rebaja notable.

A pesar de que la nueva legislación seguía teniendo vacíos importantes (no se preveía la posibilidad de atenuar la pena a la figura del traficante-consumidor, subsistían zonas de inseguridad jurídica, tales como las expresiones “destinadas al tráfico”, o “cantidad de notoria importancia”, etc.), la reforma constituía un paso adelante en el intento de poner racionalidad en el tema, y de restituir al derecho penal a sus principios constitucionales.

La contrarreforma de 1988

Pero factores de orden interno y de orden externo, iban a confluír para acabar con ese espíritu en un plazo brevísimo de tiempo.

En primer lugar, la reforma se presentó tanto en los medios de comunicación nacionales como extranjeros como la “despenalización de las drogas en España”, lo cual creó una presión suplementaria al Gobierno español, empeñado ya en aquella época, en conseguir la respetabilidad mundial que le permitiera su incorporación al concierto internacional, después de décadas de aislamiento.

Por otro lado, los organismos internacionales encargados de la represión del tráfico de drogas, comenzaron una presión intensa sobre España a la que acusaron de ser, junto con Holanda, un ejemplo pernicioso para otros países que rompía el consenso internacional de “tolerancia cero”, que ya preconizaba la Administración Reagan en Estados Unidos y en Europa, el Grupo de Trevi.

Por último, también en el ámbito interno español, los sectores policiales más ligados a los organismos dedicados a la represión del tráfico, pudieron sacar partido de la presión de la opinión pública que reclamaban una actuación más decidida contra el tráfico, y denunciaban la pasividad policial frente al pequeño comercio de drogas.

En ese contexto, y sólo 5 años más tarde, el Gobierno decidió cambiar de nuevo el art. 344 del Código Penal, argumentando que la anterior reforma había generado una imposibilidad de perseguir con eficacia al gran tráfico, y que había creado lagunas de punición, tales como la conducta de “donación”, no recogida explícitamente en la regulación de 1983.

Ni uno ni otro de esos argumentos podía considerarse válido. En cuanto a la ineficacia, en la represión del gran tráfico, es evidente que su éxito depende más de otros instrumentos legislativos y sobre todo de una más selectiva actuación policial, que de la gravedad de las penas en sí mismas (de hecho en esa época dos importantes mafiosos ligados al tráfico de drogas, Bardellino y Ochoa, llegaron a estar detenidos en España, y ninguno de ellos llegó a ser juzgado). En cuanto al segundo argumento, lo cierto es que dada la escasa vida que se permitió a la ley, es imposible saber si la jurisprudencia del Tribunal Supremo hubiera llegado a establecer una interpretación que acogiera determinados actos de donación como constitutivos de ilícito penal (por ejemplo: la donación con fines de creación de mercado, o la donación a menores de edad). Al modificar la ley al cabo de cuatro años y medio, prácticamente no dio tiempo al Tribunal Supremo a realizar una interpretación en ese sentido, ya que ese es aproximadamente, el tiempo que acostumbra a durar en España un proceso hasta la sentencia definitiva.

En definitiva, por unas y otras causas en marzo de 1988 se aprobó una nueva redacción del art. 344 del Código Penal, que pasaba a decir:

“Los que ejecuten actos de cultivo, elaboración o tráfico o de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas o las posean con aquellos fines, serán castigados con la pena de prisión menor en su grado a prisión mayor en su grado mínimo (de dos años y cuatro meses a ocho años) y multa de 1 millón a 100 millones de pesetas si se tratase de sustancias o productos que causaren grave

daño a la salud, y de arresto mayor en su grado máximo a prisión menor en su grado medio (de cuatro meses a cuatro años y 2 meses) y multa de 500.000 a 50 millones de pesetas”.

Se añadía un nuevo art. 344 bis a), del siguiente tenor:

“Se impondrán las penas superiores en grado a las respectivamente señaladas en el artículo anterior:

1º Cuando las drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas se faciliten a menores de dieciocho años o disminuidos psíquicos o se introduzcan o difundan en centros docentes, en centros, establecimientos y unidades militares o en establecimientos penitenciarios.

2º Cuando los hechos descritos en el artículo 344 fueren realizados en establecimientos abiertos al público por los responsables o empleados de los mismos.

3º Siempre que fuere de notoria importancia la cantidad de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas objeto de las conductas a que se refiere el artículo anterior.

4º Cuando las citadas sustancias o productos se faciliten a personas sometidas a tratamiento de deshabituación o rehabilitación.

5º Cuando las referidas sustancias o productos se adulteren, manipulen o mezclen entre sí o con otros, incrementando el posible daño a la salud.

6º Cuando el culpable perteneciere a una organización, incluso de carácter transitorio, que tuviere como finalidad difundir tales sustancias o productos aun de modo ocasional.

7º Cuando el culpable fuere autoridad, facultativo, funcionario público, trabajador social, docente o educador.”

Y por último, el artículo, el 344 bis b) añadía que

“si los hechos fueren de extrema gravedad o cuando se trate de los jefes, administradores o encargados de las organizaciones mencionadas en el núm. 6º, la pena se impondrá en el grado superior al de las agravantes”.

Es decir, —para los no habituados a la peculiar matemática penal española— tratándose de drogas gravemente peligrosas —es decir, todas menos la cannabis— la pena podía oscilar entre los dos años y cuatro meses y los **23 años y cuatro meses**, y tratándose de drogas no gravemente peligrosas, la pena podía alcanzar los **17 años y cuatro meses** de duración.

En definitiva, la reforma de 1988 ⁶ supuso en lo esencial:

Un extraordinario endurecimiento de las penas previstas, que pueden llegar a sobrepasar las penas previstas para el delito de asesinato.

La reintroducción de la cláusula abierta de incriminación —“o los que de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten el consumo” — que, con la excusa de incluir las conductas de donación, deja una vez más en la más absoluta inseguridad sobre cual sea la materia de prohibición.

Introducción de nuevas agravantes específicas y aún de agravantes sobre las agravantes, con algunas vaguedades en cuanto a su contenido (“*extrema gravedad*”, etc.), que hacen difícil su delimitación.

SUSTANCIAS PENALMENTE PERSEGUIDAS			
1971	1983	1988	1995
Drogas tóxicas o estupefacientes	Drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas.	Drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas.	Drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas.

(*) Las sustancias psicotrópicas son fundamentalmente amfetaminas y barbitúricos.

LAS CONDUCTAS PROHIBIDAS			
1971	1983	1988	1995
Cultivo, fabricación,	Los que promuevan,	Actos de cultivo,	Actos de cultivo,

⁶ Vid. por todos, Díez Ripollés, J.L.(1989) y la bibliografía allí citada. Por otro lado, un análisis de la evolución de la legislación española, y una propuesta de alternativa a la misma puede verse en V.V.A.A. (1996).

elaboración, transporte, tenencia, venta, donación, tráfico en general, o los que de cualquier otro modo promuevan, favorezcan o faciliten el consumo.	favorezcan o faciliten el consumo, mediante actos de cultivo, fabricación, tráfico, o las posean con fines de tráfico.	elaboración o tráfico, o los que de cualquier otro modo promuevan, favorezcan o faciliten el consumo, o las posean con esos fines.	elaboración o tráfico, o los que de cualquier otro modo promuevan, favorezcan o faciliten el consumo, o las posean con esos fines.
--	--	--	--

PENALIDAD. SUSTANCIAS GRAVEMENTE PELIGROSAS				
	1971	1983	1988	1995
Tipo básico; Error! Marcado o no definido.	De 6 a 12 años.	De 6 meses a 6 años.	De 2 años y 4 meses a 8 años.	De 3 a 9 años*.
Multa	De 6.000 a 250.000 pesetas.	De 30.000 a 1.500.000 pesetas.	De 1.000.000 a 100.000.000 pesetas.	Del tanto al triplo del valor de la droga.
Tipos agravados	De 12 a 20 años.	De 6 a 12 años.	De 8 a 14 años y 8 meses.	De 9 a 13 años y 6 meses*.
Multa	De 250.000 a 375.000 pesetas.	De 30.000 a 2.500.000 pesetas.	De 1.000.000 a 150.000.000 pesetas.	Del tanto al cuádruplo del valor de la droga.
Tipos especialmente agravados	De 12 a 20 años.	De 6 a 12 años.	De 14 años y 8 meses a 23 años y 4 meses.	De 13 años y 6 meses a 20 años y 3 meses*.
Multa	De 250.000 a 375.000 pesetas.	De 30.000 a 2.500.000 pesetas.	De 1.000.000 a 225.000.000 pesetas.	Del tanto al séxtuplo del valor de la droga.
Tipo atenuado	De 6 meses a 6 años.			
Multa	De 125.000 a 250.000 pesetas.	-----	-----	-----

* Estas penas, al contrario que las otras, no gozan del beneficio de la redención de penas.

PENALIDAD. “DROGAS BLANDAS”				
	1971	1983	1988	1995
Tipo básico	De 6 a 12 años.	De 1 mes a 6 meses.	De 4 meses a 4 años y 2 meses.	De 1 a 3 años.
Multa	De 6.000 a 250.000.	No hay multa.	De 500.000 a 50.000.000.	Del tanto al duplo.
Tipo agravado	De 12 a 20 años.	De 6 meses a 6 años.	De 4 años y 2 meses a 10 años.	De 3 años a 4 años y 6 meses.
Multa	De 250.000 a 375.000.	No hay multa.	De 500.000 a 75.000.000.	Del tanto al cuádruplo.
Tipo especial agravado	De 12 a 20 años.	De 6 meses a 6 años.	De 10 años a 17 años y 4 meses.	De 4 años y 6 meses a 6 años y 9 meses.
Multa	De 250.000 a 375.000.	No hay multa.	De 500.000 a 112.500.000.	Del tanto al séxtuplo.
Tipo atenuado	De 6 meses a 6 años.			
Multa	De 125.000 a 250.000.	---	---	---

AGRAVANTES Y ATENUANTES			
1971	1983	1988	1995
<u>Agravante-atenuante</u> Circunstancias del culpable y del hecho.	<u>Solo agravantes</u> 1. Difusión: a) Menores de 18 años. b) Centros docentes. c) Unidades militares. d) Establecimientos penitenciarios. 2. Pertenencia a organización con fines de difusión. 3. Posesión de cantidad de notoria importancia.	<u>Se añaden:</u> 1. Difusión entre disminuidos psíquicos. 2 Establecimientos públicos por responsables o empleados. 3. Facilitación a personas sometidas a tratamiento de deshabitación o rehabilitación. 4. Adulteración o manipulación incrementando el riesgo. 5. Ser autoridad, facultativo, funcionario público, trabajador social, docente o educador.	<u>Se añaden:</u> 1. Introducción o difusión en centros asistenciales. 2. Participación en otras actividades delictivas, facilitadas por la comisión <u>del delito</u> . 3. Utilización de menores de 16 años para la comisión de <u>estos delitos</u> .

AGRAVANTE ESPECIAL			
1971	1983	1988	1995
Casos de extrema gravedad o ejecutados en establecimiento público. Clausura del establecimiento de un mes a un año	Casos de extrema gravedad, ejecución en establecimiento público o, jefes, administradores o encargados de la organización. Pena superior en grado + a) Clausura definitiva de empresa. b) Suspensión de la empresa de 6 meses a 1 año. c) Prohibición de realizar negocios similares de 2 meses a 2 años.	Casos de extrema gravedad, ejecución en establecimiento público o, jefes , administradores o encargados de la organización. Pena superior en 2 grados + a) Disolución organización y clausura definitiva de locales. b) Suspensión de 6 meses a 6 años. c) Prohibición de realizar actividades similares de 2 meses a 2 años.	Casos de extrema gravedad, ejecución en establecimiento público o <u>jefes , administradores o encargados de la organización</u> Pena superior en 2 grados y multa del tanto al séxtuplo + a) Disolución organización y clausura definitiva de locales b) Suspensión por tiempo no superior a 5 años c) Prohibición de realizar actividades similares de 2 meses a 2 años

SUSPENSIÓN CONDICIONAL DE LA PENA. CONDICIONES PARA LA CONCESIÓN	
Artículo 93 bis VCP	Artículo 87 NCP
1. Condena inferior a 2 años de privación de libertad.	1. Condena inferior a 3 años de prisión.
2. Que hubiese delinquido por motivo de su dependencia.	2. Que hubiese delinquido a causa de su dependencia.
3. Que se declare probada la situación de drogodependencia.	-----
4. Que se certifique que el reo está deshabitado o sometido a tratamiento de deshabitación.	3. Que se certifique que el reo está deshabitado o sometido a tratamiento de deshabitación.
5. Que no sea reincidente.	4. Que no sea reo habitual (artículo 94). En caso de ser reincidente, el Juez valorará la oportunidad o no de conceder el beneficio.
6. Que no haya gozado anteriormente de este beneficio.	-----

¡Error! Marcador no definido.

SUSPENSIÓN CONDICIONAL DE LA PENA. REMISIÓN DEFINITIVA	
Artículo 93 bis VCP	Artículo 87 NCP
1. Que el reo no delinca en el plazo marcado (de 2 a 5 años).	1. Que el reo no delinca en el plazo marcado (de 3 a 5 años).
2. Que no abandone el tratamiento.	2. Que no abandone el tratamiento.
3. Que se acredite su efectiva deshabitación. En caso contrario ordenará el cumplimiento de la pena (sin abono del tiempo de tratamiento).	3. Que se acredite la deshabitación o la continuidad del tratamiento. En caso contrario (?) ordenará el cumplimiento de la pena (sin abono del tiempo de tratamiento), pero podrá acordar una prórroga del tratamiento por tiempo no superior a 2 años.

Principales características de la legislación penal española de 1995

Todas esas características, agravadas en su sentido estrictamente represivo, se han visto confirmadas por la Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre que aprobó el texto del Código Penal vigente (Muñoz Conde, F. , 1996).

El artículo 368 dice ahora:

“Los que ejecuten actos de cultivo, elaboración o tráfico o de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas o las posean con aquellos fines, serán castigados con la pena de prisión de tres a nueve años y multa del tanto al triplo del valor de la droga objeto del delito si se tratase de sustancias o productos que causaren grave daño a la salud, y de prisión de uno a tres años y multa del tanto al duplo en los demás casos”.

Como se ve, salvo en la duración de las penas y la cuantía de la multa, nada ha cambiado con respecto a lo previsto en el anterior artículo 344 del Código Penal derogado.

Por su parte el nuevo artículo 369, que recoge las circunstancias agravantes del delito es ahora del siguiente tenor:

“Se impondrán las penas superiores en grado a las respectivamente señaladas en el artículo anterior cuando:

- 1º Las drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas se faciliten a menores de dieciocho años o disminuidos psíquicos o se introduzcan o difundan en centros docentes, en centros, establecimientos y unidades militares o en establecimientos penitenciarios.*
- 2º Los hechos fueren realizados en establecimientos abiertos al público por los responsables o empleados de los mismos.*
- 3º Fuere de notoria importancia la cantidad de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas objeto de las conductas a que se refiere el artículo anterior.*
- 4º Cuando las citadas sustancias o productos se faciliten a personas sometidas a tratamiento de deshabituación o rehabilitación.*
- 5º Las referidas sustancias o productos se adulteren, manipulen o mezclen entre sí o con otros, incrementando el posible daño a la salud.*
- 6º El culpable perteneciere a una organización o asociación, incluso de carácter transitorio, que tuviere como finalidad difundir tales sustancias o productos aun de modo ocasional.*
- 7º El culpable participare en otras actividades delictivas organizadas o cuya ejecución se vea facilitada por la comisión del delito.*
- 8º El culpable fuere autoridad, facultativo, funcionario público, trabajador social, docente o educador y obrase con abuso de su profesión, oficio o cargo.*
- 9º Se utilice a menores de dieciséis años para cometer estos delitos.”*

Y por último, el artículo, el artículo 370 añade que:

“si los hechos fueren de extrema gravedad o cuando se trate de los jefes, administradores o encargados de las organizaciones o asociaciones mencionadas en el núm. 6º la pena se impondrá en el grado superior al de las agravantes y multa del tanto al séxtuplo”.

Fácil es advertir que tampoco las agravantes han experimentado grandes cambios, salvo la introducción de dos de ellas nuevas —la 7ª y 9ª—, y la mejora en la redacción de la 8ª, que exige ahora, como era lógico, que la conducta se realice con abuso de las funciones del empleo o cargo.

A la vista de los escasos cambios producidos, parece conveniente repasar algunas de las cuestiones que han suscitado mayores problemas de interpretación, valiéndonos para ello de la doctrina sentada por el Tribunal Supremo, con el fin de que el lector pueda conocer de primera mano, los límites y alcance de las decisiones de nuestros Tribunales en esta materia.

1 La represión del tráfico

I Las sustancias consideradas penalmente drogas.

Se ha discutido en la doctrina si era necesaria la elaboración de un concepto autónomo de drogas desde la perspectiva penal, concepto que debía estar basado en la capacidad adictiva de la sustancia y en su peligrosidad intrínseca para la salud, o bien será suficiente con acoger las listas elaboradas por los Convenios internacionales, de los que el Estado español es signatario. El Tribunal Supremo desde el principio ha adoptado esta segunda opción, que por cierto, tiene la ventaja de obviar la paradoja de que existan drogas perseguidas de menor potencial adictivo y menor incidencia en la salud de los consumidores que otras perfectamente legales.

“El carácter ilegal o de ilicitud genérica y en el terreno administrativo del consumo de drogas deviene de los compromisos internacionales, adquiridos por España ...(...)... todo consumo de drogas tóxicas, estupefacientes o psicotrópicas que no entre en los supuestos expresamente autorizados por los Convenios y las normas administrativas vigentes en España constituye un «consumo ilegal» a los efectos de cumplir el tipo del art. 344 CP, como destinatario de las conductas de promoción, favorecimiento o facilitación que tal tipo prevé y sanciona penalmente”. (TS 2.ª S 17 Mar. 1994).

El mismo criterio formal se ha adoptado para diferenciar aquellas sustancias productoras de graves daños para la salud y de las demás. En ocasiones el Tribunal Supremo ha intentado centrar la distinción en la existencia o no de las notas de dependencia y tolerancia⁷, pero en la mayoría de los casos se conforma con una explicación tautológica: son gravemente peligrosas para la salud, las que resultan altamente nocivas⁸.

⁷ Olvidando a veces, como veremos, que sin tales notas, no es que ya no podríamos hablar de grave peligrosidad, si no que ya no nos hallaríamos ante drogas.

⁸ “Con carácter general se ha pronunciado la jurisprudencia, respecto de la heroína, incluyéndola en el grupo de las sustancias que causan grave daño a la salud (Cfr. TS SS 31 Ene., 5 Abr. y 19 Sep. 1990, 8 de Feb. y 21 May. 1991 y 23 Abr. y 5 Dic. 1992); también respecto de la cocaína, incluyéndola dentro del mismo grupo (Cfr. TS SS 28 Mar. y 15 May. 1989 y 7 Feb., 22 Jun. y 23 Oct. 1992); y respecto del ácido lisérgico LSD (Cfr. TS SS 31 Mar. 1989, 10 Mar. y 15 Jun. 1990, 21 y 30

No faltan en la jurisprudencia, algunas resoluciones pintorescas, como la que afirma:

“Es conocido de todos el enorme quebranto físico y psíquico que el consumo de cocaína produce y su sola denominación, sin más connotaciones, es suficiente para considerarla como productora de grave daño⁹ para la salud, por lo cual es absolutamente innecesaria la especificación de si es o no droga de las conceptuadas “duras” a efectos de la agravación penológica contenida en el art. 344 CP”. (TS 2.ª S 18 Oct. 1991).

II Las conductas prohibidas. El tráfico.

El Tribunal Supremo acostumbra a distinguir entre conductas de preparación del producto y conductas de distribución del mismo, sin que dicha distinción afecte a la penalidad de una u otra clase de conducta:

“El tráfico de drogas al que el art. 344 CP se refiere supone un ataque a la salud pública, contemplado por dicho precepto por medio de dos actividades criminales distintas entre sí, aunque las dos, independiente y separadamente, conduzcan a la consumación del tipo penal, como delito de consumación anticipada o de resultado cortado. De un lado, la fase previa de elaboración, cultivo, preparación o fabricación de la droga; de otro, la posterior de distribución, expresión amplia en la que cabe cualquier supuesto que implique tráfico con terceros, venta, donación, permuta, etc., es decir, cualquier caso en el que se transfiera, cambie o modifique en favor de un tercero la titularidad, la posesión o la detentación del estupefaciente, sea posesión directa e inmediata, sea posesión indirecta y mediata, en nombre propio o por cuenta ajena. En ambos supuestos la infracción se produce si cualquiera de las dos actividades tenían como finalidad favorecer, facilitar o promover el consumo ilícito de los mismos”. (TS 2.ª S 29 Abr. 1995).

No obstante, el Tribunal Supremo está condicionado por la redacción del artículo 368, por lo que se ve en la necesidad de incluir, entre las conductas punibles, actos que no tienen que ver, ni con la elaboración o la distribución, ni buscan ánimo de lucro, e incluso los que es discutible que se planteen la difusión, como es el caso de la adquisición de drogas. En concreto afirma:

“En el art. 344 CP se incluyen los actos de cultivo, elaboración o tráfico y cualesquiera otros que promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas. Por consiguiente, los actos de fomento, cualquier género de propaganda, la formulación de ofertas, la

Mar., 28 Sep., 30 Oct. y 11 Nov. 1992). Por el contrario, el hachís, la grifa, la marihuana y, en general, todos los productos derivados del cannabis se incluyen entre las sustancias que no causan grave daño a la salud (Cfr. TS SS 22 May. 1990, 30 Ene., 15 y 26 Mar., 24 Jul., 18 y 30 Sep. y 15 Oct. 1991).(TS 2.ª S 1 Abr. 1996).”

“Los psicotrópicos tipo MDMA --metilendioximetanfetamina o éxtasis-- y MDA --metilendioxianfetamina o droga del amor-- deben ser incluidos entre las drogas que causan grave daño a la salud a los efectos de la aplicación del marco normativo más grave de los referidos en el art. 344 CP (Cfr. TS 2.ª SS 23 Nov. y 9 Dic. 1994 y 15 Feb. y 6 Mar. 1995).(TS 2.ª S 18 May. 1995).”

⁹ De lo que parece desprenderse que si la cocaína en lugar de llamarse así, se llamara “gilostro”, por ejemplo, tal vez no fuera tan gravemente peligrosa.

donación y las conductas de auxilio, están subsumidas en el tipo penal (Cfr. TS 2.ª S 15 Mar. 1990)”. (TS 2.ª S 10 Nov. 1993).

“La adquisición de drogas para compartir es típicamente penal y encaja en el art. 344 CP”. (TS 2.ª S 3 Feb. 1993).

III Participación delictiva y formas imperfectas de ejecución.

Una de las principales consecuencias de la existencia de la cláusula abierta de incriminación a la que antes nos referíamos, y de la consiguiente conceptualización del delito de tráfico de drogas como un delito de peligro abstracto, está en que tienden a desaparecer distinciones básicas en la teoría del delito, como lo son las fronteras entre actos preparatorios y consumación del delito, así como entre autoría y participación en el mismo. Así con respecto al primer aspecto:

“Cualquier actividad tendente a promover, favorecer o facilitar la droga, plasmada de una manera concreta, supone la consumación; y en este sentido, disponibilidad implica la posesión o detentación transitoria o permanente, material o espiritual incluso, exclusiva o compartida, de la droga (Cfr. TS SS 19 Feb. y 4 Mar. 1995)”. (TS 2.ª S 18 Abr. 1996).

“El tráfico de drogas es un delito de resultado cortado, de mera actividad o de consumación anticipada y también de peligro abstracto, porque se consume con la posesión, en un sentido meramente natural, de la droga (Cfr. TS S 23 Oct. 1995), existiendo una enorme dificultad jurídica para apreciar la concurrencia de formas imperfectas de ejecución, y de ahí que comúnmente sólo se admitan las formas consumadas, precisamente porque aquella mera actividad no requiere un resultado que supere el contenido del tipo penal, y, por ello, sólo en supuestos muy excepcionales ha sido admitida la imperfección del delito, frustración o tentativa, generalmente por no haber alcanzado el sujeto la posesión material, natural o espiritual de la droga, siempre y cuando a su vez no le fuere achacable cualquier forma de disponibilidad (Cfr. TS SS 1 Abr. y 26 Sep. 1995)”. (TS 2.ª S 18 Abr. 1996).

Y con respecto al segundo:

“Como regla general, todo acto de auxilio al poseedor de la droga con destino al tráfico encaja en alguno de los supuestos del art. 344 CP en calidad de autoría directa, dados los amplios términos en que aparece configurada esta clase de infracción penal, pues constituyen actos que de algún modo promueven, favorecen o facilitan el consumo ilegal de estupefacientes. Pero cuando exista subordinación respecto de una conducta principal que es la que propiamente cabe calificar como de promoción del consumo ilegal o de posesión para el tráfico, pueden existir conductas de cooperación que se adecuan a las figuras de la cooperación o complicidad necesaria (art. 14.3 CP) o no necesaria (art. 16 CP) (Cfr. TS 2.ª SS 3 Mar. y 7 Jul. 1987, 15 Ene. y 30 May. 1991, 14 Abr. y 1 Jun. 1992, 9 y 12 Feb. y 28 Abr. 1993 y 4 y 21 Feb. 1994)”. (TS 2.ª S 28 Nov. 1994).

IV La posesión de drogas. Posesión para el tráfico o posesión para el consumo. La cantidad de droga poseída como criterio de diferenciación.

La punición de la posesión de drogas con carácter general, salvo que tal posesión tenga como fin el propio consumo, plantea dos tipos de problemas: el primero saber de qué elementos valerse para inducir la intención del agente de consumir o difundir la droga

poseída y en segundo lugar, determinar cuando, en ausencia de otros criterios, ha de apreciarse la voluntad de difusión atendiendo a la cantidad de sustancia poseída.

La jurisprudencia viene entendiendo que la posesión de hachís en cantidad superior a los 50 gr. permite inferir el destino a la venta, y algunas sentencias, aun entendiendo y reconociendo la imposibilidad de sentar conclusiones rígidas e inamovibles, porque las necesidades de cada persona son distintas y distintas sus posibilidades económicas, hablan del consumo de 3 o de 5 días a razón de unos 8 g diarios como término límite para diferenciar la tenencia para consumo propio de la posesión punible (Cfr. TS SS 4 May. 1990, 7 Oct. 1992 y 30 Abr. y 26 Jun. 1993)(TS 2.ª S 21 Jul. 1993).

“Tratándose del elemento tendencial en la posesión de drogas tóxicas o estupefacientes, los elementos de que puede inferirse tal elemento subjetivo son múltiples y diversos, habiendo enumerado la jurisprudencia alguno de ellos como son: la cantidad de la droga que exceda de la usualmente poseída para el autoconsumo; su pluralidad impropia de la drogodependencia a una sustancia concreta; el excesivo numerario poseído, incongruente con los ingresos normales del acusado; la tenencia de utensilios propios para la manipulación de la droga como son pesos o balanzas de precisión, etc. (Cfr. TS S 14 Dic. 1992)”. (TS 2.ª S 15 Mar. 1995).

A pesar del esfuerzo por delimitar tan ardua tarea, no faltan como es obvio las sentencias contradictorias con los mencionados criterios. Por ejemplo, parece que la cualidad del sujeto como consumidor habitual, sea una premisa necesaria para la consideración de que la droga está destinada al propio consumo, pero alguna sentencia aislada, ha dejado de lado tal criterio :

“al procesado le fueron ocupadas 17 barritas de cannabis sativa contenidas en un paquete de cigarrillos que llevaba en la guantera del vehículo, sin que del relato fáctico ni en lugar alguno de la sentencia recurrida se diga que tenía la droga con finalidad de tráfico ya que no puede deducirse del único hecho afirmado en la sentencia de que el procesado no es consumidor de drogas, ya que, quien habitualmente no lo es, puede, en alguna ocasión, tener la tentación de consumirla”. (TS 2.ª S 13 Abr. 1981.).

V Dos excepciones a la punición. La facilitación a personas toxicómanas para aliviar el síndrome de abstinencia y el autoconsumo compartido.

A pesar de la amplia interpretación de las conductas punibles, que parecen abarcar casi cualquier conducta imaginable que favorezca el consumo, en los últimos años, se ha venido adoptando en algunas resoluciones una interpretación más acorde con el bien jurídico protegido, admitiendo así la impunidad de conductas de facilitación de drogas a personas drogodependientes, con la finalidad exclusiva de aliviar el síndrome de abstinencia y el llamado autoconsumo compartido. Con respecto al primero el Tribunal Supremo ha declarado que:

“Respecto del delito de tráfico de drogas se debe excluir la tipicidad en aquéllos casos en los que no exista al peligro que caracteriza la acción de estos delitos, por lo que faltará el substrato de antijuridicidad del acto, y ello es lo que ocurre cuando se demuestra no existir posibilidad de facilitación o promoción del consumo a personas indeterminadas y la entrega de drogas se realiza sólo a una persona concreta que ya es consumidora inveterada de las mismas y con un propósito de evitarle los sufrimientos y angustiosa situación generados por el síndrome de abstinencia, lo que excluye también de la conducta del agente el

necesario elemento de culpabilidad para su sanción, siempre que, como ya viene exigiendo la jurisprudencia para descartar cualquier posibilidad de difusión pública de la droga, se constate que la entrega se hace sin exigir contraprestación alguna y el consumidor la tome voluntariamente en presencia del suministrador y de forma inmediata (Cfr. TS SS 3 y 7 Jun. y 2 jul. 1993)”. (TS 2.ª S 16 Feb. 1996).

Con respecto al segundo, una línea jurisprudencial reciente declara que:

“La jurisprudencia ha venido declarando atípico el supuesto de posesión compartida de la droga, con fundamento en que si bien por el TS se ha considerado siempre comprendida en el tipo penal la donación o la invitación gratuita al consumo, en determinadas circunstancias se ha reputado la aportación de varios adictos para formar un fondo común con el fin de adquirir la sustancia que en común han de consumir, o cuando varios drogodependientes comparten el consumo de droga como una modalidad de autoconsumo atípico, con fundamento en que al tratarse el delito contra la salud pública del que se viene hablando de un delito de peligro abstracto en el que en el momento de la consumación anticipada, con la que se configura el tipo, no están concretados o discriminados los sujetos cuyo bien jurídico, cual es la salud pública, puede verse afectado por el agotamiento de la acción, sin que ello signifique que no se dé la posibilidad más o menos remota de que puede producirse el daño; por ello, cuando la posibilidad del daño en tercero no existe porque el consumo queda reducido, exclusivamente, a los poseedores, desaparece el riesgo de que la posesión y reparto de la droga pueda incidir en la salud de las otras personas, por lo que la valoración social de estos actos de «consumo compartido», entre adictos, siempre con carácter gratuito, es la misma que pudieran tener los actos de consumo que estas personas pudiesen realizar aisladamente, de manera que nada valorable como antijurídico tienen estos actos de autoconsumo, ya sean llevados a cabo en común o individual o aisladamente, por lo que los actos de intercambio de droga hecho entre los acusados y la adquisición por el recurrente a la otra condenada de pequeñas cantidades para su propio consumo quedan manifiestamente fuera de tipo”. (TS 2.ª S 27 Ene. 1995).

VI La cantidad de notoria importancia.

Por último y en relación con las circunstancias específicas de agravación, ha producido especiales problemas de interpretación la de que la cantidad poseída fuera de “notoria importancia”. A ese respecto, el Tribunal Supremo ha tratado, con escaso éxito, de unificar los criterios de los diversos Tribunales de instancia declarando a título orientativo los siguientes criterios:

“En relación con los productos cannábicos, cuyo tipo es el cáñamo índico o hachís, se viene fijando el límite mínimo para considerar la notoria importancia en 1.000 g, aproximadamente, si se trata de polvo o fibra procedentes de las hojas de planta, resino común de tal droga, bajando esa cuantía cuando se trate de aceite o extracto de hachís; la concentración de tetrahidro cannabinol —principio activo de esta droga— es distinta según el origen y naturaleza de la planta suministradora del producto (Cfr. TS S 28 Dic. 1987), siendo así que, por regla general, el kg. ha prevalecido a la hora de señalar un límite cuantitativo (SS 12 Jun. y 30 Ene. 1991, aunque, excepcionalmente, la S 13 Jun. 1991 negó tal notoriedad precisamente a un kg. de hachís)”. (TS 2.ª S 30 Nov. 1993).

“Una reiterada doctrina jurisprudencial ha estimado como cantidad de notoria importancia en la cocaína a partir de los 120 g y atendida su pureza (Cfr. TS 2.ª SS 23 Mar., 13 May., 10 Jul. y 20 Oct. 1992)”. (TS 2.ª S 27 Sep. 1993).

“La jurisprudencia actual, a fin de unificar criterios jurisprudenciales y de clarificar la cuestión, ha declarado que la posesión o tenencia de heroína con fines de ulterior

transmisión reviste caracteres de notoria importancia a partir de los 60 gr., situando la Fiscalía del Estado en su Circular 1/1984 de 4 Jun. (LA LEY, 1984-3, 730) la línea divisoria entre lo de notoria importancia y lo que no lo es en 50 gr.”. (TS 2.^a S 13 Oct. 1986).

2 Toxicomanía y responsabilidad penal

I La doctrina jurisprudencial.

Cualquier estado de perturbación psíquica del individuo que delinque y que de alguna forma le merme, para comprender la ilicitud de sus actos, o para adecuar su conducta al conocimiento de esa ilicitud, ha sido tenida en cuenta tradicionalmente en nuestro ordenamiento jurídico para eximir o atenuar la pena correspondiente. Pero, también tradicionalmente, y al menos hasta la aprobación del nuevo Código Penal, ninguna referencia específica se hacía a la influencia de las drogas en tales parámetros de la imputabilidad, con la excepción de la droga más tradicional, el alcohol. De ahí que la posible exención o atenuación de la responsabilidad penal, en atención a las perturbaciones provocadas por la drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas, tuviera que plantearse a través de una interpretación amplia de los términos “enajenación” y “trastorno mental transitorio”, que sí empleaba el artículo 8 del Código Penal derogado.

Al lado de esa dificultad para incardinar los elementos conductuales característicos de la adicción a las drogas, en los estrechos límites de la enajenación y un acusado temor a crear una situación de impunidad, hacia conductas consideradas no solo gravemente nocivas para la sociedad sino, sobre todo, productoras de una considerable alarma social, la jurisprudencia ha sido muy cuidadosa a la hora de incluir a la toxicomanía, entre las causas de disminución o atenuación de la imputabilidad. Una corriente jurisprudencial actualmente todavía vigente, niega capacidad para atenuar o anular la capacidad de culpabilidad a los toxicómanos, por el solo hecho de serlo.

“En el tema de la drogadicción debe procederse con la máxima cautela para evitar claras situaciones de impunidad, requiriendo una prueba siempre próxima a los hechos y no anterior, no siendo bastante determinar una situación de drogodependencia si no se acredita pari passu que la misma se mostró al ejecutar el hecho enjuiciado en forma de síndrome de abstinencia (Cfr. TS S 31 Dic. 1991)”. (TS 2.^a S 23 Oct. 1995).

Una de las cautelas adoptadas, para evitar ese peligro de la impunidad, estaba en negar validez exculpatoria o atenuatoria a la toxicomanía, aún estando bajo los efectos de la droga o en el llamado síndrome de abstinencia, si de alguna manera podía decirse que el sujeto había previsto o debido prever que, en esa situación podría cometer un delito. Es lo que se conoce como “*actio libera in causa*”, y que servía al Tribunal Supremo para negar validez a la toxicomanía, a los efectos de eximir o disminuir la responsabilidad del autor del delito.

Con tales premisas, el Tribunal Supremo establecía una suerte de tres peldaños en cuanto a la apreciación de la toxicomanía y consideraba, que no pudiéndose excluir la aplicación de la completa exención de responsabilidad, ésta debía estar sometida a tales cautelas que la hacían de casi imposible aplicación.

“Los tres peldaños atinentes a la imputabilidad del acusado por causa de su drogadicción son: a) la «atenuante analógica», cuando la influencia de aquella situación en el psiquismo de quien la padece en el momento de la comisión de los hechos es más o menos leve, pero, en todo caso, no actúa bajo el síndrome de abstinencia: b) «la eximente incompleta», cuando a la simple condición de drogadicto se suma una manifiesta crisis de abstinencia, de modo que la aminoración de las facultades intelectivas, pero, sobre todo, volitivas, es intensa, y c) la «eximente completa», para los supuestos, poco menos que impensables, en que la abolición de tales facultades es total, de modo que, más que en delitos de dinámica comisiva agitada y violenta, la conducta parece estar más próxima a formas comisivas de omisión o en aquellas en que el sujeto activo actúa totalmente automatizado por la droga (Cfr. TS 2.ª SS 3 Ene. 1988, 28 Sep. 1989 y 3 May. y 12 Sep. 1991)”. (TS 2.ª S 7 Abr. 1994).

Obsérvese que según el Tribunal Supremo se requiere, para apreciar la exención total de responsabilidad, “la abolición total de las facultades intelectivas y volitivas”, hasta el punto de que el sujeto “actúa como un autómatas”. Parece evidente que, si tal caso se produce, lo que faltaría no sería la imputabilidad del autor, sino la acción humana misma, premisa esencial para poder apreciar cualquier delito. Pero tal criterio restrictivo no es sino el reflejo del temor a la “impunidad” a la que antes nos referíamos o a la posible vulneración del principio de igualdad.¹⁰ Por otro lado, de la anterior doctrina se deduce que para aplicar la llamada eximente incompleta, esto es, la posibilidad de rebajar la pena en uno o dos grados a la prevista por la ley, se exige que el reo haya actuado bajo el síndrome de abstinencia, pues en caso contrario, todo lo más le podrá ser apreciada una atenuante analógica de enajenación mental por drogadicción.

Afortunadamente, parece que en los últimos tiempos ha comenzado a aparecer otra corriente jurisprudencial que, sin desplazar a la anterior, ha conseguido no obstante, coexistir con la anterior, y que reconoce la posibilidad de aplicar la eximente incompleta a los toxicómanos —o mejor dicho, heroinómanos— que, por el solo hecho de llevar mucho tiempo “enganchados” se considera que no pueden ser considerados plenamente responsables penales de sus actos.¹¹

“Es decisiva la existencia, en los procesados, de una adicción continuada a la heroína desde hace años que necesariamente ha repercutido en sus facultades volitivas, dañadas seriamente por las crisis de abstinencia y efectos somáticos inherentes, para quienes han orientado sus actividades de forma exclusiva a la adquisición de la droga bajo la fórmula de venta destinada a sufragar el consumo. Y estas graves situaciones se compaginan mejor con la eximente incompleta del art. 9.1 CP que con la atenuante analógica aplicada por la sentencia recurrida”. (TS 2.ª S 23 Dic. 1994).

Si se tiene en cuenta que la apreciación de la eximente incompleta lleva aparejada, no solo la disminución cualificada de la pena, sino, sobre todo, la posibilidad de realizar un tratamiento que, de hecho, sustituye a la ejecución de la pena¹², se comprende la

¹⁰ Desigualdad, por cierto, que nunca parece haber preocupado al Tribunal Supremo en relación con la embriaguez.

¹¹ Vid. Marín Castan, F. (1993) y Conde-Pumpido Tourón, C. (1993).

¹² Puesto que aplicando el llamado “sistema vicarial”, aunque la medida de tratamiento se impone además de la pena, se cumple siempre antes que ésta, el tiempo de tratamiento se computa como de

importancia de la doctrina que aplica la eximente incompleta en los casos de toxicomanía de larga duración, aunque no esté probado que el sujeto actuó, en el caso concreto, bajo el síndrome de abstinencia. No obstante, también en los últimos tiempos, una corriente jurisprudencial ha admitido la posibilidad de aplicar la medida de tratamiento según el llamado “sistema vicarial”, a aquellos condenados a quienes se les haya apreciado la atenuante analógica, aunque tal medida solo se halle prevista en el Código Penal para los casos de eximente incompleta.

“El art. 25 CE destaca la primacía de los criterios de legalidad, reinserción y resocialización a cualquiera otra finalidad de la pena. Por eso, no se debe renunciar al logro de tales fines, cuando no exista obstáculo legal que lo impida, y ello permite el que se puedan adoptar medidas accesorias de las penas privativas de libertad. Y entre aquéllas, no cabe duda que es válido el que sea viable la adopción de medidas terapéuticas o de internamiento, en los supuestos en que concurre la circunstancia atenuante prevista en el nº 1º, art. 9 CP, y sin embargo no sea dable cuando se aplique que la atenuante analógica 10ª, art. 9, sea ésta o no muy cualificada. Avalan estas consideraciones argumentos de carácter científico y técnico-jurídico, como ya se expusieron en las SS. de esta Sala 13 Jun. 1990 y 29 Abr. 1991, pudiendo destacarse, con la mayoría de la doctrina científica, que la equiparación por su análoga significación no quiere decir solamente que tenga un sustrato fáctico semejante, sino que la respuesta punitiva debe estar orientada en un mismo sentido. De esta forma, si lo estiman procedente los Juzgados y Tribunales del orden jurisdiccional penal, pueden aplicar las medidas sustitutorias de internamiento y tratamiento adecuado, prevista para los supuestos de enajenación mental completa o incompleta”. (TS 2.ª S 29 Ene. 1992).

En definitiva y aún persistiendo las cautelas derivadas del temor a la creación de una sensación de impunidad, parece que la doctrina del Tribunal Supremo va acogiendo con mayor generosidad las posibilidades de aminoración de la responsabilidad penal de los toxicómanos, y al mismo tiempo, potenciando la adopción de medidas de tratamiento alternativas a la prisión.

II La regulación en el Código Penal de 1995.

Esa vía, tal vez deba ser seguida aún con mayor amplitud, tras la entrada en vigor del nuevo Código Penal puesto que ahora, el artículo 20.2º dice:

“Están exentos de responsabilidad criminal:

2º.- El que al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.”

Por su parte el artículo 20 establece que son circunstancias atenuantes:

“2º.- La de actuar el culpable a causa de su grave adicción a las sustancias ,mencionadas en el número 2º del artículo anterior.”

Y permanece la atenuante analógica del nº 6 del artículo 21:

cumplimiento de la misma y, en el caso de que finalizada la medida terapéutica aún quedara por cumplir algún tiempo de pena, el Juez, atendido el resultado de aquella, puede dar por extinguida la condena.

“ 6º.- Cualquier otra circunstancia de análoga significación que las anteriores.”

Tres notas pueden destacarse de la nueva regulación:

- a) Reaparece la referencia a las llamadas “*actio libera in causa*” —“*siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión*”—, aunque su eficacia queda restringida a los casos —menos frecuentes—, en que el autor actúa bajo la influencia directa de la droga, y no a los de comisión del delito para procurársela.
- b) Se amplía el campo de apreciación del síndrome de abstinencia, pues si, como vimos, antes servía tan solo para determinar la apreciación de una eximente incompleta, ahora puede dar lugar a la declaración de exención completa de la responsabilidad criminal.
- c) **Seguimos anclados en un concepto de responsabilidad criminal basado en la consideración de la capacidad intelectual y volitiva** —“*que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión*” —, **en lugar de valorar el marco situacional del individuo y el espacio de alternativas de comportamiento que el sujeto tiene, en atención a sus circunstancias personales y sociales**, lo que haría más sencillo abordar el debate acerca de las alternativas penales a los toxicómanos, sin tener que estar permanentemente prisioneros de la cuestión de la capacidad de culpabilidad y en consecuencia, de la libertad del mismo.

3 Alternativas penales al toxicómano

En el año 1988, a la par que se endureció la represión de los delitos relacionados con el tráfico de drogas, se introdujo la posibilidad de conceder la remisión (suspensión) condicional de la pena, a los penados drogodependientes que se sometieran a un tratamiento de deshabituación y lograran dicho objetivo, pero con tales limitaciones, que había sido objeto de innumerables críticas en la doctrina, y de una casi nula aplicación en la práctica judicial.¹³

El artículo 87 del actual Código Penal dice así:

“1. Aún cuando no concurren las condiciones 1ª y 2ª previstas en el artículo 81, el Juez o Tribunal, con audiencia de las partes, podrá acordar la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad no superiores a tres años de los penados que hubieren cometido el hecho delictivo a causa de su dependencia de las sustancias señaladas en el número 2º del artículo 20, siempre que se den las siguientes circunstancias:

1ª Que se certifique suficientemente, por centro o servicio público o privado debidamente acreditado u homologado, que el condenado se encuentra deshabituado o sometido a tratamiento para tal fin en el momento de decidir sobre la suspensión.

2ª Que no se trate de reos habituales.

¹³ Vid. por todos González Zorrilla, C. (1990); Maqueda Abreu, M. (1989); De La Cuesta Arzamendi, J.L. (1987); Díez Ripollés, J.L. (1989).

2. *En el supuesto de que el condenado sea reincidente, el Juez o Tribunal valorará, por resolución motivada, la oportunidad de conceder o no el beneficio de la suspensión de la ejecución de la pena, atendidas las circunstancias del hecho y del autor.*
3. *La suspensión de la ejecución de la pena quedará siempre condicionada a que el reo no delinca en el período que se señale, que será de tres a cinco años.*
4. *En el caso de que el condenado se halle sometido a tratamiento de deshabituación también se condicionará la suspensión de la ejecución de la pena a que no abandone el tratamiento hasta su finalización. Los centros o servicios responsables del tratamiento estarán obligados a facilitar al Juez o Tribunal sentenciador, en los plazos que se señale, la información precisa para comprobar el comienzo de aquél, así como para conocer periódicamente su evolución, las modificaciones que haya de experimentar así como su finalización.*
5. *El Juez o Tribunal revocará la suspensión de la ejecución de la pena si el penado incumpliere cualquiera de las condiciones establecidas. Transcurrido el plazo de suspensión sin haber delinquido el sujeto, el Juez o Tribunal acordará la remisión de la pena si se ha acreditado la deshabituación o la continuidad del tratamiento del reo. De lo contrario, ordenará su cumplimiento, salvo que, oídos los informes correspondientes, estime necesaria la continuación del tratamiento; en tal caso podrá conceder razonadamente una prórroga del plazo de suspensión por tiempo no superior a dos años.”*

Con respecto a la anterior regulación se introducen *importantes mejoras*, tales como:

- a) La posibilidad de suspensión en caso de reincidentes, siempre que no se trate de reos habituales,¹⁴ y la ampliación de la suspensión —ahora sí— en las penas inferiores a tres años.
- b) El hecho de que ya no se condicione la remisión definitiva de la pena al logro de la efectiva deshabituación, sino que baste acreditar la continuidad del tratamiento.
- c) La posibilidad de incluir a los alcohólicos (por remisión al artículo 20.2).

Permanecen, no obstante, algunas de las principales críticas formuladas a la anterior regulación:

- a) Persiste la perturbadora —para la imprescindible confianza que ha de existir en el tratamiento— *obligación de no abandono*. Como es conocido, la experiencia terapéutica enseña que lograr una rehabilitación completa de la drogodependencia, supone siempre un complejo proceso que incluye recaídas, abandonos parciales o esporádicos del tratamiento y desfallecimientos de la voluntad más o menos graves. La amenaza de revocar la suspensión si se “abandona” el tratamiento introduce, como dice Baratta¹⁵, “*un elemento de precariedad y de amenaza muy perjudicial en el curso de tratamientos*

¹⁴ Es decir, que hayan cometido tres o más delitos de los comprendidos en un mismo capítulo, en un plazo no superior a cinco años, y hayan sido condenados por ello. (Art 94).

¹⁵ Baratta, S. (1988)

“voluntarios”, y puede hacer, en la práctica, que muy pocas de las suspensiones condicionales puedan llegar efectivamente a su término.”

- b) No se entiende el último párrafo en el que se establece la *posibilidad de prorrogar la suspensión*. ¿A quien?. ¿A los que no se hayan rehabilitado?. ¿O solo a los que sin haberlo logrado continúan en el tratamiento?. Parece lógico pensar que se trate de estos últimos, pero la frase anterior ya dice que se puede proceder a la remisión definitiva en ese supuesto. Y entonces no se sabe a quien puede ser aplicado, porque obviamente a los que hayan abandonado el tratamiento ya se les debería haber revocado la suspensión, de acuerdo a lo dispuesto en el párrafo anterior.
- c) Permanece la posibilidad de revocar la suspensión en caso de abandono *sin abono del tiempo pasado en tratamiento*, lo que probablemente hace más beneficioso para el toxicómano, la vía de la medida de seguridad establecida en el artículo 102 en relación con el artículo 104.

En definitiva, se podría haber aprovechado la ocasión para ampliar los límites de la suspensión general a las penas inferiores a tres años, se fuera o no drogodependiente, y dado que, ya que el artículo 83.4 permitía la imposición de un programa educativo — que también podría ser un programa rehabilitador de la dependencia “si se necesitara”—, ninguna merma habría en cuanto al contenido “terapéutico” de la suspensión. Con la ventaja añadida de que en caso de abandono momentáneo del programa de deshabituación, no se impondría la consecuencia inmediata de la revocación de la suspensión, sino que de acuerdo a lo establecido en el artículo 84.2, se podría sustituir la medida por otra o prorrogar el plazo de suspensión.

Los caminos del toxicómano en el nuevo código penal

1ª Posibilidad

Se le aplica la eximente de intoxicación plena del artículo 20.2.



Se le impone, si fuere necesaria, y durante un tiempo que no podrá exceder del que hubiera durado la pena si hubiera sido declarado responsable (pena en concreto), la medida de internamiento o la sumisión a tratamiento externo de los arts 102, 96 y 105, siempre que el juez estime que existe peligrosidad criminal.



Dicha medida podrá ser suspendida, sustituida o dejada sin efecto por el Juez sentenciador a propuesta del de Vigilancia Penitenciaria cuando lo estime pertinente, mediante procedimiento contradictorio.



El quebrantamiento o incumplimiento de la medida dará lugar al reingreso en el mismo centro o al ingreso en el caso de que se tratara de tratamiento externo (artículo 100).

2ª Posibilidad

Se le aplica la eximente incompleta del artículo 21.1 y la pena resultante es superior a tres años de prisión.



El juez podrá imponer, además de la pena, las mismas medidas anteriores, durante un plazo que no podrá exceder del de la pena prevista por el Código Penal para el delito (pena en abstracto), que se abonará como cumplimiento de la misma. Una vez cumplida, el Juez podrá suspender el cumplimiento del resto de la pena o aplicar alguna de las medidas del artículo 105.



Dicha medida podrá ser suspendida, sustituida o dejada sin efecto por el Juez sentenciador a propuesta del de Vigilancia Penitenciaria cuando lo estime pertinente, mediante procedimiento contradictorio.



El quebrantamiento o incumplimiento de la medida dará lugar al reingreso en el mismo centro o al ingreso en el caso de que se tratara de tratamiento externo (artículo 100).

3ª Posibilidad

Se le aplica la eximente incompleta del artículo 21.1 o la atenuante del artículo 21.2 o ninguna circunstancia y la pena resultante es inferior a tres años de prisión.



El Juez podrá suspender la ejecución de la pena,. Siempre que no sea reo habitual, a condición de que se someta a tratamiento de deshabituación y no delinca durante el plazo de 3 a 5 años.



Transcurrido el plazo sin que el penado haya abandonado el tratamiento ni delinquido y acreditada la deshabituación o la continuidad del tratamiento, se acordará la remisión.



En caso contrario (sic) se ordenará el cumplimiento de la pena o una prórroga de la suspensión por plazo no superior a dos años más.

Otras medidas legislativas españolas en materia de drogas

1 Penales

Además de lo ya visto, el Código Penal contempla otras medidas relacionadas con las drogas que se pasan a analizar brevemente.

El actual artículo 379 establece:

“El que condujere un vehículo a motor o un ciclomotor bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas o de bebidas alcohólicas, será castigado con la pena de arresto de ocho a doce fines de semana o multa de tres a ocho meses y, en cualquier caso, privación del derecho a conducir vehículos de motor y ciclomotores, respectivamente, por tiempo superior a uno y hasta cuatro años”.

Por su parte el artículo 371, amplía los delitos contra la salud pública, añadiendo a lo previsto para el tráfico de drogas, *la fabricación, transporte, distribución, comercio o posesión de equipos, materiales o sustancias de los llamados precursores*, incluidas en los cuadros I y II del Convenio de Viena de 1988.

Por último, el Código Penal vigente, introduce en nuestro país la previsión de un derecho premial, es decir, la posibilidad de rebajar la pena en uno o dos grados a los llamados “arrepentidos”. Dice el artículo 376:

“En los delitos [relacionados con las drogas] los Jueces o Tribunales, podrán imponer la pena inferior en uno o dos grados a la señalada por la Ley para el delito de que se trate, siempre que el sujeto haya abandonado voluntariamente sus actividades delictivas y se haya presentado ante las autoridades confesando los hechos en que hubiera participado y haya colaborado activamente con éstas, bien para impedir la producción del delito, bien para obtener pruebas decisivas para la identificación o captura de otros responsables o para impedir la actuación o desarrollo de las organizaciones o asociaciones a las que haya pertenecido o con las que haya colaborado”.

2 Administrativas

La Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana en su artículo 25 define como “infracciones graves” a la seguridad ciudadana:

“El consumo en lugares, vías, establecimientos o transportes públicos, así como la tenencia ilícita, aunque no estuviera destinada al tráfico, de drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas ..., así como el abandono en los sitios mencionados de útiles o instrumentos utilizados para su consumo”.

La sanción (administrativa) prevista para dicha infracción, consiste en una multa que oscila entre las 50.000 y los 5.000.000 de ptas.

Por otro lado, se prevé, como en la legislación italiana y atendiendo la “filosofía” de la Convención de Viena, la posibilidad de suspender las sanciones, “si el infractor se somete a un tratamiento de deshabituación en un centro o servicio debidamente acreditado, en la forma y por el tiempo que reglamentariamente se determine”.

El Tribunal Constitucional ha tenido ocasión de pronunciarse sobre este artículo, en la sentencia 341/93 de 18 de noviembre y lo ha hecho declarándolo constitucional, pero utilizando una argumentación que resulta discutible.

En efecto, el T.C. afirma textualmente: “Si la tenencia ilícita de drogas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas destinadas al propio consumo ha de ser o no objeto de

represión penal o de sanción administrativa es algo sobre lo que no da respuesta alguna la Constitución, que deja al legislador la identificación de los bienes que merezcan ser objeto de defensa por el derecho sancionador”.

Es verdad que en el recurso que se entabló no se cuestionaba la legitimidad de la punición de la tenencia de drogas para el propio consumo, sino, tan solo, la indeterminación del precepto. No obstante, **la afirmación de que el legislador es absolutamente libre para determinar tanto los bienes jurídicos dignos de protección, como la forma en que esa protección ha de instrumentarse, es una afirmación discutible y peligrosa.**

Discutible, porque según el art. 9.1 de la propia Constitución también el legislador, como el resto de los poderes del Estado está sujeto a la Constitución y al resto del ordenamiento jurídico. Y peligrosa, porque en el apartado 3 de ese mismo art. 9 la Constitución garantiza algunos de los pilares básicos de todo Estado de derecho, a saber, el principio de legalidad, la seguridad jurídica y la interdicción de la arbitrariedad de los poderes públicos entre los cuales, naturalmente, se cuenta el poder legislativo. Todos esos principios se hallan amenazados por la afirmación de la absoluta libertad del legislador para reprimir aquellas conductas que tenga por conveniente sin ningún tipo de limitación. Esa afirmación, para ser legítima habrá de entenderse pues, dentro de los límites de ese art. 9.3 y en concreto, respetando el principio de legalidad.

Pues bien, el viejo principio de los iluministas que en el terreno penal ha servido de guía y base al principio de legalidad —“*nullum crimen, nulla poena, sine lege*”— tiene como correlato obligado el principio “*nullum crimen, nulla poena, sine iniuria*” que quiere decir, que el legislador a la hora de determinar las conductas merecedoras de reproche penal, ha de respetar entre otros, los principios de ofensividad y de intervención mínima que se desprenden del de legalidad proclamado constitucionalmente.

El llamado *principio de ofensividad* tiene ya desde Hobbes, Beccaria y Bentham, una formulación que se descompone en dos elementos esenciales: El principio de “*utilidad penal*” y el principio de “*separación del derecho de la moral*”. Según el primero de ellos, siendo la pena la técnica de control social mas lesiva para la libertad y la dignidad de los ciudadanos, solo debe utilizarse frente a conductas gravemente lesivas por sus efectos para los derechos fundamentales de terceros; el segundo, el principio de separación del derecho de la moral, impide la prohibición de comportamientos únicamente inmorales o de formas de ser malvadas u hostiles, exigiendo, en tutela de la libertad de conciencia de la persona y de su autonomía y de la relatividad de la moral, la tolerancia jurídica de cualquier actitud o comportamiento no lesivo para terceros.

El segundo gran principio, el de *intervención mínima*, parte del reconocimiento de que las penas son violencia institucional y que su aplicación, para ser legítima, sólo puede hacerse frente a conductas gravemente atentatorias de los derechos humanos, y sólo cuando no existan formas de respuesta no punitivas más eficaces para prevenir o contrarrestar dichas conductas.

Pues bien, como ya he tenido ocasión de analizar en otro sitio (González Zorrilla, C. (1991), ninguna de tales condiciones parecen cumplirse en la legislación penal en materia de drogas y menos aún, en aquella que penaliza el consumo. Ni el consumo de

drogas supone una violación de los derechos humanos de otros (la aceptación de que el Estado tiene derecho a intervenir para proteger los derechos humanos del propio individuo, nos introduciría en una especie de mundo al revés), ni las penas son proporcionadas al daño causado, ni sobre todo evitan la producción de efectos perversos que agravan la situación social de los propios consumidores y, desde luego, de toda la colectividad. Y además **la clandestinización del consumo agrava las condiciones higiénicas en que se realiza, impide un control acerca de la pureza y calidad de las sustancias, entorpece la formación de hábitos de consumo menos peligroso, empuja a los consumidores en los brazos de la delincuencia organizada, e imposibilita la realización de políticas de educación basadas en el incremento de la responsabilidad de los individuos, en la creación de mensajes positivos por encima de los tabúes, los estereotipos y la angustia.**

3 Penitenciarias

El nuevo Reglamento Penitenciario, aprobado por Real Decreto de 9 de febrero de 1996, establece en su artículo 116 lo siguiente:

- “1.- Todo interno con dependencia de sustancias psicoactivas que lo desee, debe tener a su alcance la posibilidad de seguir programas de tratamiento y deshabituación, con independencia de su situación procesal y de sus vicisitudes penales y penitenciarias.*
- 2.- Dentro del marco establecido en el Plan Nacional sobre Drogas, la Administración penitenciaria, en coordinación con otras Administraciones públicas o con los órganos e instituciones, debidamente acreditados, realizará en los Centros penitenciarios los programas de atención especializada en drogodependencias que precisen los internos que voluntariamente lo soliciten.*
- 3.- Para la realización de programas permanentes relativos a drogodependencias, el Centro Directivo podrá disponer de departamentos específicos ubicados en diferentes áreas geográficas, para evitar en lo posible el desarraigo social de los internos que sigan un programa en ellos”.*

Por su parte el artículo 117 establece las medidas regimentales para la ejecución de programas especializados para penados clasificados en *segundo grado*.

- “1.- Los internos clasificados en segundo grado de tratamiento que presenten un perfil de baja peligrosidad social y no ofrezcan riesgo de quebrantamiento de condena, podrán acudir regularmente a una institución exterior para la realización de un programa concreto de atención especializada, siempre que éste sea necesario para su tratamiento y reinserción social.*
- 2.- Esta medida requerirá haber sido planificada con el interno por la Junta de Tratamiento y estará condicionada a que aquél preste su consentimiento y se comprometa formalmente a observar el régimen de vida propio de la institución y las medidas de seguimiento y control que se establezcan en el programa, que no podrán consistir en control personal por miembros de los Cuerpos y Fuerzas de la Seguridad del Estado.*
- 3.- La duración de cada salida diaria no excederá de ocho horas y el programa del que forme parte requerirá la autorización del Juez de Vigilancia. Si el programa exigiera salidas puntuales o irregulares, la autorización corresponderá al Centro Directivo.*
- 4.- La Junta de Tratamiento realizará la coordinación necesaria con la institución para el seguimiento del programa.*
- 5.- La participación en el programa podrá ser revocada por decisión voluntaria del interno, por el incumplimiento de las condiciones establecidas o por circunstancias sobrevenidas que justifique esta decisión.”*

A su vez, el artículo 182 establece la posibilidad de internamiento en centro de deshabitación y en centro educativo especial, para internos clasificados en tercer grado del tratamiento.

“1.- El Centro Directivo podrá autorizar la asistencia en instituciones extrapenitenciarias adecuadas, públicas o privadas, de penados clasificados en tercer grado, que necesiten un tratamiento específico para la deshabitación de drogodependencias y otras adicciones, dando cuenta al Juez de Vigilancia.

2.- La autorización estará sometida a las siguientes condiciones, que deberán constatarse en el protocolo del interno instruido al efecto:

a) Programa de deshabitación aprobado por la institución de acogida, que deberá contener el compromiso expreso de la institución de acoger al interno y de comunicar al Centro penitenciario las incidencias que surjan en el tratamiento.

b) Consentimiento y compromiso expreso del interno de observar el régimen de vida propio de la institución de acogida.

c) Programa de seguimiento del interno, aprobado conjuntamente por el Centro penitenciario y la institución de acogida, que deberá contener los controles oportunos establecidos por el Centro, cuya aceptación previa y expresa por el interno será requisito imprescindible para poder conceder la autorización.

3.- La administración penitenciaria correspondiente celebrará los convenios necesarios con otras administraciones públicas o con entidades colaboradoras para la ejecución de las medidas de seguridad privativas de libertad previstas en el Código Penal”.

Sin entrar ahora en la discusión acerca de la bondad de establecer programas específicos para toxicodependientes, dentro del ámbito penitenciario, parece acertada la previsión de posibilitar el cumplimiento de la pena en instituciones extrapenitenciarias, tanto si se trata en la forma de salidas diarias, como en la mucho más oportuna de acogimiento en institución externa. Ahora bien, sorprende que esta última medida, la de acogimiento en institución externa, pueda ser decidida solo por la Administración, cuando en realidad supone alterar una condena judicial, que no puede quedar en su contenido, al albur de decisiones administrativas si no se quieren confundir los roles y funciones establecidos en la Constitución para todos los poderes públicos. Sorprende así que la Administración penitenciaria deba solicitar la autorización del Juez de Vigilancia penitenciaria para hacer lo menos —autorizar las salidas diarias previstas en el artículo 117—, y en cambio, no deba hacerlo para lo más, es decir, para decidir el acogimiento en institución externa, pues en este último caso solo debe “dar cuenta” a ese mismo Juez, conforme establece el artículo 182.

Bibliografía

Arnao, G. (1990) *Proibito capire*, Ed. Gruppo Abele, Milano.

Baratta, S. (1988) *Introducción a la criminología de la droga* en Comunidad y Drogas. Modificaciones penales y atención a personas con drogodependencias. Madrid.

Blumir, G. (1976) *Eroina*. Feltrinelli. Milano.

Comas Arnau, D. (1985) “El proceso de incorporación de las distintas drogas a nuestra realidad cultural” en *El uso de las drogas en la juventud*. Instituto de la Juventud, Barcelona.

Conde-Pumpido Tourón, C. (1993) “La delincuencia funcional: El tratamiento penal del drogodependiente que delinque” en *Delitos contra la salud pública. Cuadernos de Derecho Judicial*. Madrid.

De La Cuesta Arzamendi, JL. (1987) “El marco normativo de las drogas en España” en *RGLJ*, nº 3.

De La Cuesta Arzamendi, JL. (1993) “Drogas y política criminal en el derecho penal europeo” en *Delitos contra la salud pública. Cuadernos de Derecho Judicial*. Consejo General del Poder Judicial. Madrid.

Díez Ripollés, JL. (1989) *Los delitos relativos a drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas*. Tecnos. Madrid.

Díez Ripollés, JL. (1992) “Alternativas a la actual legislación sobre drogas” en *Cuadernos de Política Criminal*, nº 46.

Escohotado, A. (1986) “La creación del problema”, en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, Madrid, nº 34.

Escohotado, A. (1989) *Historia general de las drogas*. Alianza, Editorial. Madrid.

González Zorrilla, C. (1990) “Remisión condicional de la pena y drogodependencia” en *Comentarios a la legislación penal*. Tomo XII.. Edersa. Madrid.

González Zorrilla, C. (1991) “Legislación simbólica y adiministrativización del derecho penal: la penalización del consumo de drogas” en *Revista de Jueces para la Democracia*, nº 14.

Hamowy, R. (1989) “Drogas ilícitas y control gubernamental” en Hamowy, R, (ed) *Tráfico y consumo de drogas (Consecuencias de su control por el Gobierno)*. Unión Editorial, Madrid.

Maqueda Abreu, M. (1989) “Observaciones críticas a algunos de los aspectos de la reciente reforma sobre drogas” en *Actualidad penal*, nº 44.

Marín Castan, F. (1993) “Drogadicción e imputabilidad en la jurisprudencia del Tribunal Supremo” en *La imputabilidad en general en Derecho Penal. Cuadernos de Derecho Judicial*. Madrid.

Martí De Vesés Puig, M. (1977) “El derecho internacional público y el consumo y tráfico de drogas y estupefacientes” en VV.AA *Delitos contra la salud pública. Tráfico ilegal de drogas tóxicas y estupefacientes*. Universidad de Valencia.

McDermott, P. (1995) “Representaciones de los usuarios de drogas: Hechos, mitos y su papel en la estrategia de reducción de daños” en VV.AA. *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. IGIA, Barcelona.

Muñoz Conde, F. (1996) *Derecho Penal: Parte especial. 11ª ed. Tirant lo Blanch*. Valencia.

Musto, F. (1989) “La historia del control sobre el opio la cocaína y sus derivados” en Hamowy, R, (ed) *Tráfico y consumo de drogas (Consecuencias de su control por el Gobierno)*. Unión Editorial, Madrid.

Nadelmann, E. (1992) “Régimes globaux de prohibition et trafic international de drogue”, en *Revue Tiers Monde*, nº 131, Julio-Septiembre 1992

Romaní, O. Et al. (1995) *Los estudios sobre drogas en España en la década de los ochenta: hacia un modelo de interpretación*. Grup IGIA, Barcelona.

V.V.A.A. (1996) *Convivir con las drogas*. Grup IGIA, Barcelona.

BLOQUE V: PREVENCIÓN

Existe un amplio consenso en el seno de la sociedad y entre los especialistas, planificadores sociales y responsables políticos sobre la conveniencia de la prevención del abuso de drogas.

El reclamo de la prevención de drogas es potente, porque el sentido común indica que “es mejor anticiparse a que aparezca el problema”. De igual manera desde cualquier política de Salud Pública, se plantean objetivos para mejorar condiciones de vida, sean de orden externo o interno, y capacidades personales para disminuir la vulnerabilidad a la enfermedad de una población determinada. También desde la Salud Pública se generaliza el lema “es mejor prevenir que curar”.

Y ciertamente, si conociéramos procesos seguros a través de los cuales las personas se pudiesen organizar desde parámetros de autocontrol y autonomía, nada deberíamos temer de las drogas por su capacidad de ser objeto de abuso y dependencias.

Objetivos utópicos dirán algunos, poniendo el acento en las propias contradicciones y paradojas sociales en que están atrapados conceptos tales como consumo, control, placer, autonomía-dependencia. Para otros, la prevención, más allá de la posibilidad de lograr objetivos últimos, será un deber social, esforzándose desde muchos caminos posibles en el desarrollo de la educación y de las condiciones de vida favorables, para que emerjan los recursos de autocontrol y autonomía que toda persona tiene, así como los autocontroles sociales que toda sociedad organizada posee.

Desde principios de los años sesenta se suelen distinguir dos categorías básicas de esfuerzos para controlar el uso de drogas y sus problemas asociados: programas de reducción de la oferta y programas de reducción de la demanda.

Los programas de represión llevados a cabo por todo tipo de gobiernos, bajo diferentes formas, concretizan los esfuerzos en la reducción de la oferta. Tienen como objetivo reducir la disponibilidad de drogas o aumentar los precios que los consumidores tienen que pagar para obtenerlas.

Los esfuerzos en el ámbito de la demanda se traducen en programas de prevención y tratamiento. Con los programas de prevención se intenta disminuir el número de personas que consumen drogas, o al menos, retrasar el mayor tiempo posible el inicio de consumo o la escalada en el uso de drogas. Son programas que van destinados en

mayor proporción a los jóvenes y adolescentes y, por tanto, sus campos de actuación suelen estar centrados en el ámbito escolar, familiar y en el entorno social de grupos de iguales.

En estas tres últimas décadas han existido importantes debates en el balance de los programas orientados a la oferta y a la demanda. A menudo se ha dicho que los primeros, con mayores asignaciones presupuestarias, no han logrado acercarse a los objetivos propuestos. Los programas de prevención de la demanda se han realizado lidiando con una serie de dificultades que hacen difícil su evaluación: bajos presupuestos y en consecuencia, dificultad para mantener su acción en un plazo de tiempo suficiente para valorar su influencia. Las políticas preventivas no han conseguido marcos de acción global, por tanto los programas desarrollados han sufrido a menudo de fragmentación, segmentación y descoordinación.

A partir de los años ochenta, aparecen los programas de reducción de daños y riesgos que suponen un nuevo enfoque que puede ampliar el campo de acción. Proponen la necesidad de aceptar que, a pesar de mantener los esfuerzos en acciones preventivas y mejorar y desarrollar estas vías, se seguirán dando situaciones de abuso y dependencia a las sustancias denominadas drogas.

Aceptar esta evidencia significa intervenir también preventivamente sobre las personas que consumen y, en este caso, con objetivos de corto plazo y de consecución concreta que tratan de facilitar e introducir aprendizajes, para que las personas que consumen puedan hacerlo bajo condiciones menos perjudiciales para su salud.

En el presente bloque se discuten de manera detallada y sistemática, en los primeros capítulos (12 y 13), los marcos teóricos y su desarrollo en el campo de la prevención de drogas en general, y los diferentes niveles, ámbitos y modalidades que usualmente han sido referenciadas para las actividades preventivas. En los siguientes cuatro capítulos se exponen distintos programas de acción basados en estrategias preventivas: el primero de ellos dirigido a grupos específicos de población (cap. 14); los otros tres, desde las nuevas perspectivas de prevención sobre el consumo activo de drogas, consisten en la exposición de diversos programas surgidos con la implementación de políticas de Reducción del Riesgo (cap 15), y en dos experiencias concretas dentro de la misma línea: una, donde se discute el lugar y las características de la información como elemento preventivo (cap. 16), y la última en la que se destaca la importancia de la auto-organización de los usuarios de drogas para las políticas de Reducción del Riesgo (cap 17), elemento que desde ciertas posiciones tecnológico-sanitaristas, dentro de dichas políticas, suele olvidarse.

Gemma Bauleñas

CAPÍTULO 12

MARCOS TEÓRICOS Y SU DESARROLLO EN EL ÁMBITO PREVENTIVO

Teresa Salvador LLivina e Isabel M^a Martínez Higuera.

Una perspectiva histórica del concepto de prevención en drogodependencias

Según el diccionario ideológico de la lengua española Julio Casares, entre diversos significados, la palabra *prevención* se define como la acción o efecto de prevenir. También incluye el concepto de preparación o precaución para evitar un riesgo y la provisión de mantenimiento o de otra cosa. Aunque es un concepto que aparece ya en la Grecia clásica, nuestra cultura popular integró perfectamente este concepto hasta tal punto que sin duda ha llegado a ser uno de nuestros refranes más populares transmitido de generación en generación: “más vale prevenir que curar”.

En abstracto, y al margen de los distintos significados que el término ha ido adoptando según distintas épocas y contextos culturales, la palabra *prevención* remite a un concepto de *anticipación*. Si nos centramos en la aplicación histórica de la prevención en términos de actividad social organizada, este concepto surgió modernamente desde la Medicina Preventiva y, consecuentemente, se desarrolló en el ámbito sanitario. Se trataba de intervenciones médicas centradas en informar a los pacientes sobre cómo modificar sus hábitos de vida, con el objetivo de evitar el contagio de enfermedades epidémicas (Piedrola Gil G, 1980). Desde este marco asistencial, el enfoque preventivo se desdobló en tres tipos de acciones: las que trataban de evitar la posibilidad de que un hecho o condición amenazante para el paciente ocurriera o se manifestara; aquéllas que intentaban parar el desarrollo de determinado proceso en sus etapas más iniciales; y aquéllas que trataban de minimizar los posibles daños derivados de la manifestación de tal hecho o condición. Estos tres grados de intervención preventiva se hallan ampliamente descritos en la literatura médica especializada como *prevención primaria, secundaria y terciaria* y se refieren siempre a intervenciones destinadas a afrontar o frenar la expansión epidémica de enfermedades entre la población.

Adoptados inicialmente en el campo de las drogodependencias, en la actualidad estos tres niveles de intervención son cuestionados. Su carácter mecanicista y la dificultad que en relación a los problemas vinculados a las drogas implica establecer claramente dónde termina un nivel y dónde empieza el siguiente han hecho que desde mediados de los años 70 se utilice mucho menos esta forma de categorizar las intervenciones preventivas en drogodependencias (Scharps et al. 1975, Public Health Service, 1978 y Summary Proceedings, 1977).

A comienzos de la década de los 80, diversos autores con varios años de experiencia en la aplicación de intervenciones preventivas propusieron un modelo que permitía

un análisis teórico y el despliegue de estrategias preventivas de forma mucho más acorde con la realidad y las necesidades del sector. Se trata de un modelo tomado del enfoque que proporciona la Salud Pública, adaptado al ámbito de las drogodependencias (Moser 1980, Moore & Gerstein 1981, McAlister 1982 y Low et al. 1982). Este grupo de autores señalan, cómo **mucho antes de la aparición de la Medicina Preventiva moderna, un campo intrínsecamente multidisciplinar como es el de la Salud Pública** (Clark 1981 y Barnard et al. 1987) **había desarrollado** a lo largo de varios siglos, y más intensamente durante todo el siglo diecinueve, **distintas estrategias preventivas** centradas en tres objetivos:

Mejorar la resistencia de las personas ante una condición amenazante para su salud (p.e. administración de vacunas y estrategias de educación sanitaria). Inicialmente, este nivel tuvo un carácter marcadamente intervencionista, pero recientemente se ha complementado con el enfoque propuesto desde la Promoción de la Salud, basado en fomentar la participación de cada individuo en el establecimiento de prioridades y en la toma de decisiones con relación a la adopción de estilos de vida que afectan a su salud, así como en propiciar cambios en el entorno que haga más fácil la elección de estilos de vida saludables (Labonte & Penfold 1981, National Institute on Drug Abuse 1981, International Conference on Health Promotion 1986 y Kickbusch 1986).

Disminuir la virulencia del agente patógeno (germen o virus).

Modificar el contexto ambiental creando barreras entre los factores de riesgo y la población (legislación sobre canalización de aguas residuales, política urbanística, legislación sobre residuos tóxicos industriales, legislación reguladora de las condiciones laborales, etc).

La Salud Pública se articula a través de un modelo multidisciplinario y multisectorial que, hasta el momento y por distintas y poderosas razones ajenas al modelo, se ha podido aplicar sólo parcialmente en el ámbito de la prevención de las drogodependencias. Al ser un modelo que contempla modificaciones importantes en el ámbito de la oferta de drogas (legales e ilegales), su aplicación choca con los intereses económicos de potentes corporaciones industriales y sectores económicos florecientes, que ven peligrar sus privilegios con las medidas de control propuestas desde la Salud Pública.

Aplicado al ámbito de la prevención de las drogodependencias, **el modelo de Salud Pública identifica tres factores clave a tener en cuenta: las personas, las drogas y los entornos**. Estos factores pueden considerarse los objetivos de la prevención del uso problemático de drogas:

En el ámbito *individual* se han identificado diversas variables que intervienen en el uso de drogas: genéticas, psicopatológicas, ambiente familiar, características del grupo de identificación, ambiente escolar, lazos afectivos establecidos, conocimientos referidos a las sustancias y sus efectos, actitudes respecto a las sustancias, intenciones de conducta y habilidades para la vida. Cada uno de estos factores interactúan entre sí, por ejemplo, suministrar nueva información puede modificar las actitudes o las intenciones.

En el marco de las *sustancias* psicoactivas, los factores que intervienen en su uso son: la composición farmacológica de cada sustancia, el etiquetaje o envoltorio a través del cual se comercializa la sustancia (tipo de envase, forma, tamaño, atractivo de la forma adoptada en el diseño estético del propio producto, así como la información contenida o no sobre las características del mismo) y el precio con el que se comercializa cada sustancia. También estas variables interactúan entre sí, por ejemplo, al aumentar el precio, disminuye el consumo.

Con respecto al *entorno*, es decir, al contexto físico, social y cultural en el que los individuos y las drogas se hallan inmersos, los elementos clave para la prevención son: la disponibilidad de la sustancia, es decir, el grado de facilidad o dificultad implícita en su obtención (a mayor disponibilidad -número de puntos de venta, horarios de venta, etc- mayor consumo), el contexto físico donde se comercializa la droga (calles, bares, discotecas, estancos, máquinas automáticas, etc), las estrategias de promoción o de publicidad, el marco legal que regula el uso de cada sustancia (no sólo la legalidad o no de la sustancia, sino la legislación que regula el consumo de cada sustancia y las medidas de control articuladas para asegurar el cumplimiento de cada ley) y, por último, el contexto sociocultural, es decir las representaciones sociales de las drogas, así como los mitos culturales en relación a las mismas, las cantidades de consumo consideradas aceptables, etc.

De este análisis referido a los objetivos de la prevención, se deriva un enfoque preventivo basado en los distintos tipos de estrategias ensayadas hasta el momento que se pueden resumir en (Torjman Sherri 1986):

Estrategias de “influencia”. Su objetivo central es incrementar los conocimientos y cambiar las actitudes de los individuos respecto a las drogas. Incluyen actividades de información, educación y campañas en los medios de comunicación.

Estrategias para el “desarrollo de competencias”. Pretenden mejorar los recursos y las habilidades personales para afrontar las situaciones diarias de la vida. Incluyen acciones para mejorar la auto-estima, la confianza en uno mismo, las capacidades cognitivas y las afectivas.

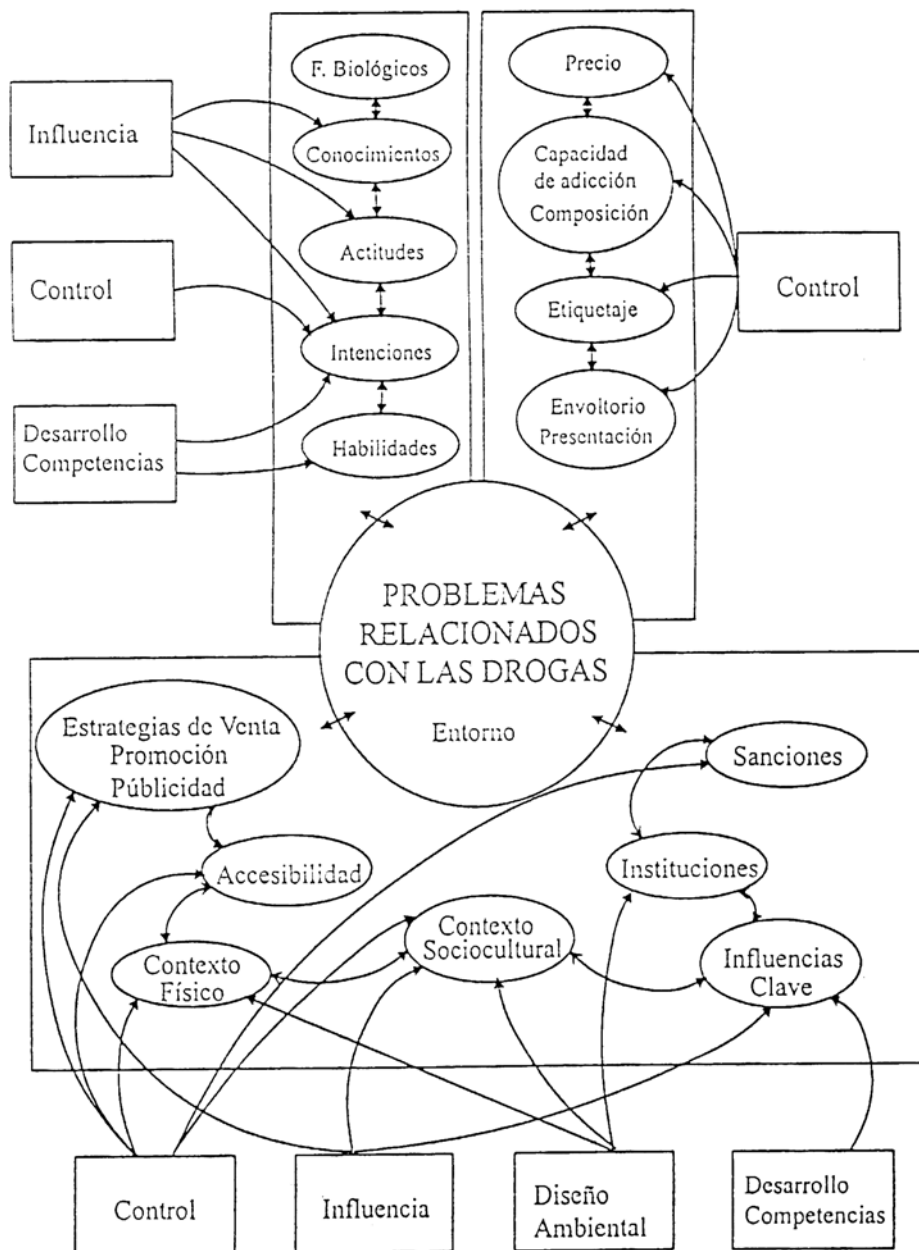
Estrategias de “control”. Se refiere a una serie de actividades que pueden ir dirigidas tanto a los individuos, a las drogas, o a los contextos donde los individuos y las sustancias se ubican. Dentro de este grupo se hallan las medidas legislativas, económicas, de control de las sustancias, de control de la distribución o comercialización, etc., encaminadas a reducir sensiblemente la demanda de drogas.

Estrategias de “diseño medio-ambiental”. Pretenden modificar los entornos en los cuales los individuos viven (la escuela, el lugar de trabajo, el barrio, la comunidad, etc). Se centran en tratar de mejorar la satisfacción del individuo respecto a su entorno y reducir el estrés que determinadas tareas cotidianas pueden implicar.

Las serias dificultades a las que debe hacer frente cualquier intento de aplicación integral del modelo derivado de la Salud Pública (Fig.1), muy especialmente desde un sector joven como es el de la prevención de los usos inadecuados de drogas, han

hecho que, al menos hasta hoy, su aplicación práctica haya resultado parcial y notablemente sesgada hacia los enfoques centrados en algunos elementos del nivel individual (estrategias de influencia y de desarrollo de competencias individuales, dirigidas a factores cognitivos y conductuales).

Fig.1 .- UN MARCO CONCEPTUAL PARA LA ACCIÓN PREVENTIVA



Fuente: Adaptado de Torjman Sherri R, 1986

Una definición operacional de los objetivos de la prevención en el ámbito de las drogodependencias

Desde una perspectiva operacional, las estrategias de prevención propuestas hasta hoy incluyen:

Todo tipo de intervenciones encaminadas a la reducción de la demanda de sustancias psicoactivas capaces de crear problemas de carácter individual o social (ya sea a través de su uso o abuso) , entre ellos la capacidad de generar dependencia o adicción.

Todo tipo de intervenciones encaminadas a reducir los daños individuales o sociales relacionados con las drogas. Estos daños pueden estar vinculados al uso de drogas, a su uso inadecuado o indebido o relacionados con factores que interactúan con el uso de drogas como pueden ser, entre otros, la desestructuración familiar, la emigración, un grado de socialización inadecuado, problemática psicopatológica, etc.

Los objetivos a largo plazo de la prevención, también calificados por algunos autores como utópicos, se centran en promover las condiciones necesarias para conseguir:

Fomentar el mantenimiento de la abstinencia de consumo de alcohol entre los grupos de población no consumidores, así como promover un consumo moderado de bebidas alcohólicas entre los grupos de población consumidora, suficiente para minimizar los efectos negativos del abuso de las bebidas alcohólicas, tanto de carácter individual como colectivo.

Una reducción drástica del consumo de tabaco de acuerdo con el objetivo propuesto por la OMS para el año 2000, en el que se propone que la prevalencia del tabaquismo al inicio del siglo próximo sea inferior al 20% de la población de cada país.

Un uso adecuado de los medicamentos psicotrópicos, restringido a las funciones terapéuticas indicadas y administrados siempre bajo supervisión médica.

La utilización de sustancias químicas inhalables (gases, combustibles, solventes, etc) para uso exclusivamente industrial.

Un descenso significativo de la actual prevalencia de uso de drogas ilegales.

Los objetivos a corto y medio plazo de la prevención, también percibidos por algunos autores como objetivos más realistas y mayoritariamente consensuados, son:

Aumento progresivo de la edad de inicio al consumo de alcohol y tabaco.
Disminución significativa de los consumos de riesgo de bebidas alcohólicas.
Disminución significativa de los accidentes de tráfico derivados del consumo indebido de alcohol.
Drástica disminución de la actual prevalencia del consumo de tabaco en la población general.
Desmitificación social de los mitos culturales referidos a los pretendidos efectos de las distintas sustancias.
Disminución de la actual prevalencia de los consumidores de drogas por vía parenteral.
Disminución del número de consumidores de drogas por vía parenteral infectados por el VIH.
Disminución del número de jóvenes que consumen habitualmente drogas sintéticas.

La consecución de estos objetivos pasa por la articulación de estrategias de “control” y de “diseño medio-ambiental”, junto a las más extendidas hasta ahora centradas en intervenciones de “influencia” y de “desarrollo de competencias”. El incremento de la eficacia y la coordinación entre los distintos ámbitos integrados en el campo de la reducción de la demanda de drogas (información, educación, intervención precoz, tratamiento, mantenimiento e inserción social) facilitarán, además, la consecución de los objetivos señalados, ya que todos estos ámbitos cumplen una función social preventiva.

Marcos teóricos y modelos conceptuales en prevención más consistentes actualmente

Muchos programas de prevención en el campo de las drogodependencias han sido ateóricos, en especial durante las primeras etapas de desarrollo de esta área de intervención, ya que existían pocos datos para orientar las prácticas preventivas. **Según Leukefeld y Bukoski (1995), ni siquiera actualmente están definidas claramente las bases teóricas de la mayor parte de los programas debido a las discrepancias en el propio concepto de *prevención* entre investigadores, administradores y profesionales.** Hoy en día, sin embargo, el cuerpo de conocimiento en el ámbito de las drogodependencias es cada vez mayor, lo que hace inexcusable que cualquier acción preventiva se sustente en alguno de los modelos teóricos que explican el fenómeno del consumo de drogas y que determina las variables sobre las que se quiere influir. Las teorías, pues, proporcionan la base para diseñar las intervenciones no sólo en el ámbito preventivo sino también en el de reducción del consumo o del abuso de drogas (Gorman, 1996).

Del conjunto de modelo o teorías que han ido elaborándose a lo largo de las últimas décadas para explicar el fenómeno de las drogodependencias, no parece existir ninguna que sea definitiva y que explique satisfactoriamente un fenómeno tan complejo como es la adicción a distintas sustancias psicoactivas. La proliferación de teorías existentes en la actualidad proporciona una limitada explicación en este terreno y, más aún, muchas de ellas tienen una escasa o nula base empírica.

Hace más de una década, el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) del Departamento de Salud y Recursos Humanos de la Administración Americana, publicó un compendio (Lettieri, Sayers y Pearson, 1980) que recogía cuarenta y tres perspectivas teóricas contemporáneas sobre el consumo y la dependencia a las drogas. Con fines operativos, los autores establecieron que una teoría sobre las drogodependencias debería dar respuesta a varias de las siguientes preguntas:

por qué algunas personas comienzan a consumir drogas.

por qué algunas personas se mantienen en el consumo de drogas.

cómo y por qué se produce una escalada de la conducta de consumo a la de abuso de drogas.

por qué y cómo algunas personas dejan el consumo de drogas.

qué hace que se vuelva a la/s droga/s una vez que se ha logrado dejar su consumo.

El compendio de Lettieri y cols. organiza las teorías estudiadas en cuatro grandes grupos, facilitando esquemas y estructurando el contenido a fin de poder obtener una panorámica que destaque la diversidad, convergencia y complejidad de los diversos enfoques. Según Botvin y Botvin (1993) muchas de estas teorías son limitadas para la generación de estrategias útiles de cara a la prevención del consumo de drogas, siendo más prometedoras la teoría del aprendizaje social y la teoría de la conducta problemática de Richard Jessor y Shirley Jessor.

En un trabajo más reciente del *Institut für Therapieforschung* (IFT) de Munich (Künzel-Böhmer, Bühringer y Janik-Konecny, 1994), se ofrece una panorámica de los distintos marcos y modelos teóricos que en su opinión se han mostrado eficaces en la prevención primaria del consumo de drogas.

El estudio del IFT analiza las teorías desde tres perspectivas:

Modelos que explican el desarrollo y mantenimiento del abuso de sustancias.

Aquí las propuestas se centran en el planteamiento de una relación causa-efecto en el problema de las drogas. Así tendríamos los modelos que proponen una o muy pocas causas generadoras del problema, basados en conceptos unidireccionales (modelo psiquiátrico, psicoanalítico, etc), y los que proponen una relación dinámica de posibles causas que son los basados en conceptos interactivos y de proceso (modelo del aprendizaje, evolutivo, socio-psicológico, etc). Hay otro grupo de enfoques que trata de identificar algunos factores concretos que sirvan como indicadores de un riesgo probable para el consumo de drogas. Estarían en esta línea, los modelos basados en conceptos relativos a factores de riesgo y los modelos basados en conceptos relativos a factores de protección que presentamos más adelante.

Modelos del campo de la comunicación interpersonal que aportan medidas eficaces para la prevención.

Modelos del campo de los medios de comunicación que aportan medidas eficaces para la prevención.

El modelo basado en el estudio de los **factores de riesgo** identifica, por medio de estudios correlacionales, los siguientes factores asociados al consumo problemático de las drogas:

Factores de riesgo de tipo **biológico**. La mayoría de los estudios para determinar estos factores han sido llevados a cabo fundamentalmente en los Estados Unidos y parecen indicar que, al menos para algunas formas de adicción (gran parte de estos trabajos se han centrado en el alcohol), los factores genéticos juegan un papel importante haciendo que algunos individuos sean más vulnerables que otros. Las evidencias hasta ahora no son concluyentes, pero sí muestran indicios prometedores.

Factores de riesgo **psicológico**. Los factores de tipo emocional son los que parecen estar más asociados con el consumo de drogas (depresión, ansiedad, etc), aunque no todos los investigadores encuentran el mismo grado de relación.

Factores de riesgo **familiares**. Las investigaciones han identificado los siguientes elementos de riesgo: antecedentes familiares de conducta inadaptada o de consumo de drogas, bajo nivel de estudios, padres con escasas o limitadas habilidades parentales, consumo de drogas por parte de los padres y/o los hermanos y familias rotas.

Factores de riesgo relacionados con el **grupo de iguales**. Existe una práctica unanimidad en la comunidad científica en aceptar que uno de los predictores más potentes del consumo de drogas es la implicación de los adolescentes en ambientes donde se consumen drogas.

Factores de riesgo relacionados con la **estructura social**. Los estudios han identificado dos elementos: a) la clase social de la persona en riesgo y b) los patrones culturales con respecto a las drogas (en especial con referencia al tabaco y al alcohol).

En cuanto a la perspectiva teórica que se interesa por los **factores de protección**, las investigaciones hasta la fecha utilizan estudios longitudinales que son complejos y costosos, por lo que existe un número limitado de trabajos en este terreno. Hasta ahora, los mecanismos protectores identificados en la literatura científica sobre el consumo problemático de drogas son:

Reducción del impacto del riesgo mediante el control de la exposición o la experiencia previa de superación del mismo.

Reducción de la reacción en cadena negativa: en muchas ocasiones lo que ocasiona el daño no es la situación de riesgo en sí misma sino todo lo que acarrea, p.e: en la infancia, la muerte de uno de los padres no causa un daño permanente, sino la institucionalización que suele seguir a esta pérdida, y otras circunstancias encadenadas.

Promoción de la **autoestima y autoeficacia**.

Creación de **oportunidades**.

Del campo de la **comunicación interpersonal** los modelos que el equipo del IFT identifica como pertinentes para la prevención de drogas son:

El modelo de la comunicación persuasiva: propone siete pasos entre el momento en que la información es captada y la producción del cambio conductual.

El enfoque de las influencias sociales: basado en la teoría de la influencia social de Bandura, postula que la conducta es resultado de sus consecuencias (positivas y/o negativas). El peso de las intervenciones preventivas bajo esta teoría recae en las influencias externas (p.e. presión social).

El enfoque de las habilidades para la vida: se centra en el desarrollo de un conjunto de estrategias de enfrentamiento útiles para una amplia variedad de situaciones y en la mejora de las habilidades sociales en general. Los programas preventivos tienen como objetivo, promocionar conductas saludables al tiempo que enseñan las habilidades necesarios para resistir las influencias sociales. Se trata de un enfoque no específico de drogas.

La educación para la salud: comparte los mismos conceptos básicos del enfoque anterior. Las intervenciones en este campo comprenden variables tales como el estado afectivo, el estrés, los acontecimientos vitales críticos, las estrategias de afrontamiento, la resistencia personal y el apoyo social.

La promoción de alternativas al consumo de drogas. Los estudios han identificado doce áreas alternativas al consumo de drogas: desarrollar el autoconocimiento (incluido el físico), comprender los mecanismos de las relaciones interpersonales, desarrollar la independencia personal, desarrollar las habilidades profesionales, tener experiencias artísticas, experimentar la propia creatividad, tener experiencias intelectuales, filosóficas-existenciales, espirituales, sexuales, implicación en causas políticas y sociales y tener experiencias de meditación y elevación mental.

Por último, el trabajo del IFT identifica un conjunto de teorías del **campo de los medios de comunicación** que podrían ser oportunas para la prevención primaria del consumo de drogas. Sin embargo, aportan explicaciones de aspectos importantes, pero limitados a situaciones concretas. Su análisis se centra en las teorías que explican qué es lo que hace que las personas utilicen la información que reciben de diferentes modos. Para esta idea, encuentran pertinentes el conjunto de teorías denominadas 'Teorías de los Aspectos Dinámicos de la Persuasión' de William McGuire.

Evolución en la fundamentación teórica de los programas de prevención del consumo de drogas y situación actual.

En los últimos años, la investigación sobre el consumo de drogas se ha preocupado principalmente de desarrollar, implantar y evaluar los programas basados en las estrategias más comunes desarrolladas en el contexto preventivo (estrategias de influencia y de desarrollo de habilidades personales). Estos programas han tenido hasta ahora un carácter universal, es decir, en su mayoría han pretendido ser válidos

para todo el mundo. En el ámbito de la prevención, este tipo de programas han tomado la forma de planes estandarizados, pero el contenido y los modelos sobre los que se han basado han ido cambiando con los años.

En la década de los 60, los programas se basaban en la idea de impartir conocimiento sobre los efectos de las drogas y su consumo. En la década de los 70 estaban más de moda los programas dirigidos al estado afectivo de los sujetos. Muchos de estos programas no eran específicos de drogas, centrándose en aspectos amplios relativos al desarrollo personal que, se pensaba, eran importantes en la etiología del consumo de drogas: toma de decisiones, clarificación de valores y manejo del estrés.

A partir de principio de los años 80 el modelo de influencia social dominó el desarrollo de los programas de prevención (Gorman, 1996). Hay dos tipos básicos de programas de influencia social: a) el entrenamiento en habilidades de resistencia y b) el entrenamiento en habilidades sociales. El modelo conceptual fundamental que subyace a estos enfoques es la teoría del aprendizaje social de Bandura.

Los programas de prevención bajo este modelo parten de la premisa de que una variable clave (o un conjunto pequeño de variables) es fundamental en la etiología del consumo de drogas y que influyendo sobre ella se influirá positivamente en el problema en su conjunto. Actualmente este factor clave está siendo la presión de los compañeros o de grupo.

La investigación evaluativa de estos programas ha empleado fundamentalmente una metodología inductiva, cuyo objetivo es generar sucesivas muestras de confirmación de la efectividad del programa entre estas poblaciones de amplio alcance. Como consecuencia, **la investigación en prevención se ha estancado y no se ha enriquecido con los recientes hallazgos en la investigación básica, como los producidos en el campo de las teorías etiológicas (Gorman, 1996).** Estas investigaciones nos indican que:

La relación entre la afiliación al grupo de compañeros y el consumo de drogas es recíproca y no unidireccional, como se asume en la mayoría de los programas de influencia social.

Las intervenciones deben ampliar su alcance, ya que el proceso de iniciación del consumo de drogas es más complejo de lo que sugieren las teorías en las que se basan las acciones preventivas actuales.

Los programas deben focalizarse en ciertos individuos más que ser de carácter universal, ya que se observa que los problemas relacionados con las drogas no son uniformes ni similares entre los diferentes grupos de jóvenes.

El conjunto de teorías que sustenta las diversas intervenciones preventivas actuales están lo suficientemente desarrolladas, como para que ahora la investigación se

centre en utilizar e integrar los datos provenientes de ellas y los contraste de la forma siguiente: “El programa X es efectivo para reducir el consumo de drogas en el grupo A, pero no para el grupo B o C”, o bien, “el programa Y reducirá el consumo de drogas en el grupo B y el programa Z lo reducirá en el grupo C”.

La mayoría de las teorías vigentes reconocen que son numerosos los factores que influyen en la iniciación y el mantenimiento del consumo de drogas. Tales factores pueden proceder del ámbito individual (incluido el genético), del interpersonal, del familiar y del escolar, así como de los condicionantes sociales y económicos del entorno. Algunos operan a un micronivel de análisis y otros pertenecen más a un macronivel.

Con respecto a los factores bioconductuales que determinan una posible vulnerabilidad diferencial entre las personas que tienen un consumo problemático de drogas, las líneas de investigación actuales se muestran prometedoras según una reciente monografía del NIDA (Gordon y Glantz, 1996). Estas líneas de investigación se centran en aportar evidencias sobre los siguientes aspectos:

Factores genéticos en relación al consumo problemático de drogas. Basada en los estudios de gemelos adoptados donde es posible separar el ambiente y la contribución genética, esta línea de investigación plantea que el sistema genético puede ser uno de los múltiples factores que determinan el abuso de droga. Los estudios actuales no buscan un gen concreto que determine el problema con las drogas, sino un conjunto de genes que determine un actuación disfuncional entre los que el problema de drogas puede ser una manifestación. Otra orientación dentro de los estudios genéticos es determinar la existencia de un pequeño número de genes que dé cuenta de ciertas características conductuales (p.e: estrés) que se han mostrado ser factor de riesgo o determinantes intermediarios para el consumo problemático de las drogas.

Factores neurofisiológicos. Postular que existe una predisposición biológica para pasar del consumo de drogas al abuso y a la adicción significa que deben existir diferencias individuales premórbidas en las variables neurofisiológicas tales como: diferencias en la respuesta regional cerebral, diferencias en el metabolismo cerebral y patrones de activación asociados al abuso de drogas o a sus conductas de riesgo. En este terreno un elemento decisivo es el desarrollo de técnicas sofisticadas y relativamente recientes, que permitan el análisis de las variables neurofisiológicas posiblemente involucradas en la etiología del consumo problemático de drogas. Según vayan avanzando los métodos técnicos de análisis, así se ampliará el conocimiento de las variables neurofisiológicas involucradas diferencialmente en el consumo problemático de las drogas.

Factores neuroquímicos. Esta línea de investigación se centra en las diferencias individuales a nivel de los neurotransmisores. Dada la dificultad tecnológica y metodológica más orientada hacia la investigación con animales, los progresos en este enfoque son aún limitados. Sin embargo, ya se han podido detectar diferencias individuales en el nivel de neurotransmisores relacionado con determinadas conductas. Generalmente se estudia el plasma y/o el fluido cerebroespinal que son indicadores de la actividad metabólica del sistema nervioso central. Los trabajos en este campo, se han centrado fundamentalmente

en el sistema de neurotransmisión dopaminérgico que está relacionado con el sistema de recompensa cerebral.

Del conjunto de investigaciones y planteamientos teóricos expuestos, parece evidente que el consumo problemático de drogas no es sólo un fenómeno heterogéneo sino que también presenta múltiples determinantes. La investigación y la teoría, ante estas evidencias, deben incorporar esta multiplicidad. No cabe duda, pues, que **un planteamiento universalizador y unidireccional como se da en algunos programas de prevención del consumo de drogas, es ingenuo y simplificador de una realidad tan compleja como la que acabamos de ilustrar.**

Elementos para consolidar una tradición teórica en prevención de drogodependencias

Uno de los grandes retos que actualmente debe afrontar el campo de la prevención en el ámbito de las drogodependencias es la necesidad de construir y consolidar una potente tradición teórica, capaz de sustentar los programas de investigación (aumento del conocimiento científico sobre los factores etiológicos y la efectividad de los modelos preventivos) y los de intervención (aplicación práctica que significa la operacionalización del conocimiento científico disponible). La juventud del campo que nos ocupa determina que, por ahora, el desarrollo de ambos aspectos haya sido precario y no exento de debilidades de muy diversa índole. Sin embargo, teniendo en cuenta las coordenadas del sector, las pocas generaciones de investigadores, profesionales y planificadores que ya se han interesado por este campo han contribuido al avance significativo de la prevención de las drogodependencias en las escasas décadas transcurridas desde sus inicios.

La consolidación de una potente tradición teórica en prevención de drogodependencias, dependerá de los avances que se consigan en el desarrollo de ciertos elementos clave tales como:

Enriquecimiento de la base conceptual. La existencia de una base conceptual establece los límites y proporciona el marco del campo, tanto desde el punto de vista de la investigación, como de la formación y de la intervención. Una clara base conceptual implica la existencia de un consenso básico mínimo respecto a los conceptos que habitualmente se manejan en el ámbito de las drogas, incluyendo qué entendemos por prevención y el objetivo último de la intervención preventiva. Tal como apuntábamos al principio, creemos que en la actualidad este consenso básico existe.

Un desarrollo conceptual amplio no puede, por tanto, limitarse a producir definiciones más o menos consensuadas de términos, sino que debe incorporar los conceptos que emergen de los modelos teóricos que hacen posible el avance del conocimiento en prevención. De este modo se lograría la ampliación continua del marco conceptual relevante en este campo con las nuevas aportaciones basadas en la investigación y en el análisis de la práctica preventiva generada sobre el terreno.

La existencia de una base productiva. Este apartado se refiere al conjunto de investigaciones capaces de generar un cuerpo de conocimiento suficiente para proporcionar contenido teórico al campo preventivo, contribuir al avance del conocimiento, informar la política preventiva y orientar las intervenciones posibles en múltiples ámbitos.

Para conseguir este objetivo, no sólo es necesario un mayor apoyo institucional a la investigación (en abstracto/en el discurso), sino que conviene orientar y establecer prioridades sobre el tipo de investigación que es más relevante en la actualidad para la prevención.

En el mundo científico en general, se percibe que el avance de la ciencia, está supeditado a la capacidad y a la posibilidad que tengan los investigadores para fragmentar la realidad en distintos objetos de estudio. Efectivamente, la superespecialización permite profundizar al máximo en el conocimiento de cada pequeña parcela objeto de análisis, pero genera al mismo tiempo crecientes dificultades de integración del conocimiento científico, especialmente en sectores donde la naturaleza de los fenómenos que queremos conocer, como el caso que nos ocupa, está integrada por elementos biológicos, psicológicos, farmacológicos, sociales y económicos. **La fragmentación del conocimiento que existe actualmente en el campo de la prevención de drogodependencias, genera graves obstáculos a sus potenciales usuarios: políticos, planificadores y técnicos sociosanitarios, entre otros.** Los responsables de la toma de decisiones en el campo de las drogas se enfrentan a un fenómeno complejo que requiere respuestas amplias y convergentes, capaces de generar resultados y de demostrar que estos resultados son satisfactorios a la hora de hacer el balance entre gastos y beneficios. Sin embargo, la información disponible hasta el momento, se les presenta fragmentada en pequeñas parcelas inconexas cuya integración, síntesis y operacionalización requiere un importante esfuerzo en recursos económicos y humanos.

Si entendemos que existe una unidad esencial en el *objetivo* de la prevención y que las diferencias radican en los necesariamente distintos niveles/enfoques de *análisis*, parece necesario empezar a priorizar investigaciones integradoras que abarquen desde el nivel individual al poblacional y desde los factores etiológicos hasta las respuestas de consumo. El reto radica en saber seleccionar algunas áreas relevantes, desde el punto de vista de la intervención preventiva, entre todos los aspectos que pueden estar influyendo el fenómeno de los consumos problemáticos de drogas. Se trataría de desarrollar investigaciones capaces de combinar la investigación básica, la investigación comportamental, la epidemiología y los análisis sociales y económicos, así como desarrollar diseños capaces de medir la eficacia y la eficiencia de las respuestas sociales organizadas, cuyo/s objetivo/s explícito/s sea/n prevenir el uso inadecuado y el abuso de drogas, así como, de predecir las posibilidades que dichas estrategias ofrecen para ser adaptadas y reproducidas de acuerdo a cada realidad concreta.

La disponibilidad: una base reproductiva. Este apartado asegura la consolidación y continuidad del desarrollo teórico del campo y, por tanto, la construcción de una tradición teórica sin la cual ninguna iniciativa que pretenda incidir en el contexto socio-sanitario, puede mantenerse más allá de

manifestaciones puntuales y espúreas. Las tradiciones teóricas pueden transmitirse, desarrollarse y evolucionar a través de tres vehículos principales: a) los programas de formación dirigidos a nuevos profesionales e investigadores, b) las publicaciones capaces de diseminar nuevos hallazgos basándose en la experimentación científica y c) los foros multidisciplinarios y multisectoriales de debate para el intercambio de nuevos hallazgos, experiencias y resultados.

El fortalecimiento teórico del campo preventivo en drogodependencias requerirá un esfuerzo considerable para producir publicaciones de mayor calidad, aunque ello signifique disminuir la sobreproducción actual de materiales. Es el propio sector el que debería plantearse una definición de cuáles son los criterios de calidad mínimos exigibles.

Una reflexión especial merecen, a nuestro entender, los aspectos relacionados con el desarrollo profesional (técnico y científico) de los recursos humanos que trabajan en el ámbito preventivo. En la mayor parte de países, la importante cantidad de ofertas de formación en prevención de drogodependencias no parece corresponderse con la calidad de los contenidos ofertados. La formación en este campo aparece siempre como un apéndice de la formación en drogodependencias en general, viene ofertada por un heterogéneo muestrario de instituciones de todo tipo y se caracteriza por una más que mejorable calidad de los programas. Además, los programas presentan importantes lagunas teóricas, falta de directrices capaces de proporcionar pautas para la definición y el desarrollo de intervenciones, poca o nula relevancia de los contenidos ofertados con relación a los ámbitos de toma de decisiones políticas y dificultades de conexión, con la compleja realidad social y científica contemporánea. En síntesis, la calidad de la formación en prevención depende en gran medida de su ubicación en instituciones educativas de probada excelencia, de su especificidad y de la relevancia de los contenidos ofertados, desde dos puntos de vista: el científico y el político.

La presencia de una base de utilización. Este apartado asegura la transferencia del *conocimiento* preventivo en dos tipos de productos: desarrollos tecnológicos (incluidos nuevos esquemas de organización) e información, para que la toma de decisiones se base en procesos más racionales, es decir, contemple, al menos en parte, los resultados de la investigación.

La existencia de una base de utilización depende de la capacidad del sector preventivo para mantenerse permanentemente abierto al contexto dónde se ubica, en dos sentidos: 1º) debe disponer de un sistema permanente de detección de nuevas necesidades que garantice la identificación de nuevas oportunidades de intervención y 2º) debe ofertar nuevos productos y desarrollos tecnológicos que faciliten la aplicación práctica del conocimiento.

Se encuentra fuera del alcance de este trabajo el análisis exhaustivo de los modelos presentados hasta aquí de forma sintética. El presente capítulo sólo ha pretendido mostrar la riqueza de tradiciones teóricas que han intentado aportar algunas claves teóricas en los que se sustentan, o deberían sustentarse, las intervenciones en el ámbito de la *prevención*.

Cada uno de estos enfoques teóricos ha significado una propuesta operacional a dos niveles: el del avance del conocimiento y el de la acción. Así, cada modelo teórico ha desarrollado propuestas tendentes a incrementar el conocimiento sobre los mecanismos que intervienen en el desarrollo o no del consumo problemático de drogas, pero, a la vez, ha significado el despliegue de actuaciones preventivas concretas en distintos ámbitos de intervención, como son la familia, la escuela, la comunidad, el medio laboral, el ámbito legislativo, etc. Los modelos teóricos son, por tanto, un elemento esencial sobre el cual deben asentarse las propuestas para el diseño, aplicación, evaluación y, si procede, posterior reproducción y adaptación a la realidad concreta de cada contexto de las intervenciones preventivas probadamente eficaces.

Bibliografía

Barnard K, Ritsatakis A, Svensson P. (1987) *Equity and intersectoral action for health*. Ed: The Nordic School of Public Health. Göteborg.

Botvin GJ, Botvin EM. (1993) “Adicción juvenil a las drogas: estrategias de prevención, hallazgos empíricos y temas de valoración”. En: J.A. García-Rodríguez y J. Ruiz Fernández (comps.) *Tratado sobre Prevención de las Drogodependencias*. Edit. FAD, Gobierno Vasco y EDEX.

Clark DV. (1981) “A vocabulary for preventive and community medicine”. En: *Preventive and Community Medicine*. Ed: Little Brown and Company. Boston.

Gordon HW, Glantz MD. (eds), (1996) *Individual differences in the biobehavioral etiology of drug abuse*. NIDA Research Monograph 159. U.S. Department of Health and Human Services. Rockville, MD.

Gorman DM. (1996) “Etiological theories and the primary prevention of drug use”. *Journal of Drug Issues* 26(2): 505-520.

International Conference on Health Promotion. (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*. Ed: World Health Organization. Health and Welfare Canada and Canadian Public Health Association. Ottawa.

Kickbusch I. (1986) “Health promotion: a global perspective”. *Canadian Journal of Public Health*. Vol. 77 (5): 321-326.

Künzel-Böhmer J, Bühringer G, Janik-Konecny T. (1994) *Expert report on primary prevention of substance abuse*. IFT Research Report Series. Vol 60. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung. Munich.

Labonte RN, Penfold SP. (1981) *Health promotion philosophy: from victim-blaming to social responsibility*. Ed: Health Promotion Directorate. Western Region Office. Health and Welfare Canada.

Lettieri DJ, Sayers M, Pearson HW. (1980) *Theories on drug abuse: selected contemporary perspectives*. NIDA Research Monograph 30. U.S. Department of Health and Human Services. Rockville, MD.

Leukefeld CG, Bukoski WJ, (1995) “Una introducción a la investigación en programas de prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos”. En: National Institute on Drug Abuse. *Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos*. Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud (versión castellana). Madrid.

Low K, Brown C, Lang V, Hershfield L. (1982) *Papers on prevention in the field of addictions*. Ottawa. No. January.

McAlister AL. (1982) "Social-Psychological approaches in preventing adolescent drug abuse". En: *Preventing adolescent drug abuse: intervention strategies*. NIDA Research Monograph No. 47. U.S. Departemnt of Health and Human Services. Rockville.

Moore MH, Gerstein D. (1981) *Panel of alternative policies affecting the prevention of alcohol abuse and alcoholism*. Ed: National Academy Press. Washington DC.

Moser J. (1980) *Prevention of alcohol-related problems: an international review of preventive measures, policies and programs*. Ed: Addiction Research Foundation (on behalf of the World Health Organization). Toronto.

National Institute on Drug Abuse. (1981) *The health care system and drug abuse prevention: toward cooperation and health promotion*. U.S. Department of Health and Human Services. Rockville.

Piedrola Gil G. (1980) "Concepto, contenido y definición de la medicina preventiva y social. Periodos de su evolución histórica". En: *Medicina preventiva y social, higiene y sanidad ambiental*. Tomo Y. Sexta edición. E: AMARO. Madrid. Pags. 1-19.

Public Health Service. (1978) *Healthy people: the Surgeon General s Report on health promotion and disease prevention*. U.S. Departemnt of Health and Human Services No. 79-44071.

Schaps E, Cohen AY, Resnik HS. (1975) *Balancing head and heart: sensible iIdeas for the prevention of drug and alcohol abuse. Book 1: Prevention in Perspective*. Ed: LAFAYETTE. Prevention Materials Institute Press, California.

Summary Proceedings. (1977) *Tripartite Conference on Prevention*. Ed: Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration. U.S. Departemnt of Health and Human Services.

Torjman Sherri R. (1986) *Preventing in the drug field. Essential concepts and strategies*. Ed: Addiction Research Foundation. Toronto.

CAPÍTULO 13

NIVELES, ÁMBITOS Y MODALIDADES PARA LA PREVENCIÓN DEL USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

Domingo Comas Arnau y Javier Arza Porras

Un aviso importante

La puesta en práctica de programas de prevención de las drogodependencias no responde a técnicas o metodologías precisas o cerradas de alcance universal con resultados conocidos o esperables, todo lo contrario, necesitamos entender la prevención como un programa de investigación, en el seno del cual aparecen diferentes opciones, que deberemos conocer para elegir y combinar en los diferentes lugares y contextos sociales.

Por tanto no hay recetas únicas o mágicas con instrucciones precisas de aplicación, debiendo ser muy conscientes que el trabajo en prevención implica tener un nivel de conocimientos suficientes para poder participar en una búsqueda, una reflexión común, desde la que seguir incrementando el conocimiento sobre el tema. En todo caso el nivel de conocimiento requerido no se refiere a la condición de “ser un especialista”, sino la de adaptar los referentes culturales de los ciudadanos y los conocimientos técnicos de los distintos profesionales a una función particular.

La prevención del uso problemático de drogas

La definición más adecuada que podríamos realizar sobre el concepto de prevención sería probablemente: **Conjunto de esfuerzos que una comunidad pone en marcha para reducir de forma razonable la probabilidad de que en su seno aparezcan problemas relacionados con los consumos de drogas.**

A partir de esta sencilla definición podemos extraer las primeras consecuencias y líneas de trabajo:

Hablar de prevención implica **establecer una definición** para el fenómeno que pretendemos prevenir. Es decir, del fenómeno de los “problemas relacionados con los consumos de drogas”.

Hablar de prevención implica **aislar los factores de riesgo** que se supone intervienen en la creación de la problemática que pretendemos prevenir. Es decir, de los elementos que intervienen en la conformación de “la probabilidad de que en su seno aparezcan ...”.

Hablar de prevención implica **determinar los factores de protección** que es necesario desarrollar para prevenir el fenómeno. Es decir, del “conjunto de esfuerzos que una comunidad pone en marcha para reducir de forma razonable ...”.

En cuanto a la primera cuestión, nuestra propuesta consiste en definir el fenómeno del uso problemático de drogas desde un **modelo de carácter multidimensional**.

Existen varios modelos de comprensión de este fenómeno: médico-sanitarista, ético-jurídico, psicosocial, sociocultural. Unos centran su atención en la sustancia, otros en el individuo, otros en el contexto, pero todos coinciden en su visión parcial de la realidad, ya que ponen el peso en una sola variable. El modelo que nosotros adoptamos busca superar estas visiones simplificadoras a través de una visión multidimensional de la realidad. Desde este modelo se plantea que en cualquier uso de drogas se produce siempre una “interacción entre tres subsistemas” que podríamos organizar en torno a los siguientes núcleos:

La sustancia como elemento material.

Los procesos individuales del sujeto que toma posición ante la sustancia.

La organización social, incluyendo los componentes políticos y culturales, como marco en el que se produce esta relación.

Además, *“esta interacción se ve mediatizada por el factor tiempo, dando lugar en cada momento a distintos resultados”* (GID, 1995).

Desde este modelo podemos observar cómo **los efectos de una sustancia no tendrán que ver únicamente con sus características farmacológicas, sino también con las características del sujeto que la consume, el contexto en el que se produce esta relación entre el sujeto y la sustancia y el momento histórico en el que acontece la interacción.**

Como complemento lógico de la propia definición, los **factores de riesgo** no se relacionan exclusivamente con una única variable, por ejemplo, el grado de maduración del individuo o las características marginales de la zona en la que reside o en los efectos intrínsecos de la sustancia que consume, sino desde la propia multidimensionalidad del modelo.

Los factores de riesgo no pueden entenderse de forma aislada, sino que deben ser considerados en interacción recíproca y dinámica.

Los factores de riesgo explican las condiciones en las que se puede producir el inicio del consumo, pero no se puede considerar que tales factores sean la causa. En este sentido, es imprescindible que hablemos en términos de probabilidad y no de determinación y que eliminemos el paralelismo: factor de riesgo=consumo de drogas. Es más adecuado hablar de: conjunto de factores de riesgo en interacción recíproca y dinámica=probabilidad de consumo de drogas (GID, 1996a).

No entraremos aquí a concretar los diversos factores de riesgo descritos por diferentes autores, pero debemos señalar que se configuran en torno a los siguientes ejes: factores relacionados con el entorno macrosocial, relativos al entorno más cercano al individuo (familia, grupo, escuela, medio laboral, ...) y factores que tienen que ver con las características individuales.

Finalmente, señalar que a la hora de planificar la intervención es esencial que tengamos en cuenta los factores de riesgo generales y su concreción en el colectivo con el que vayamos a trabajar. *"De esta forma rebajaremos los riesgos de realizar actuaciones descontextualizadas, sin fundamentación clara o basadas exclusivamente en las ideas que nosotros tenemos sobre lo que es importante en prevención"* (GID, 1996a).

Asimismo los **factores de protección** se relacionarán con el estudio previo de los factores de riesgo del colectivo con el que vayamos a intervenir. Por tanto, consideramos que los factores de protección deben ser trabajados a partir del desarrollo de la siguiente clasificación de estrategias: estrategias en relación al sujeto consigo mismo (fomento de la autoestima, la autonomía, trabajo sobre los valores ...), en relación al sujeto con su medio humano (presión de grupo, toma de decisiones ...), en relación al sujeto con su entorno sociocultural (promoción de alternativas saludables respecto al tiempo libre, promoción de un discurso alternativo sobre el uso de drogas ...) y estrategias relacionadas de forma específica con las drogas (información sobre el uso de drogas, actuación ante los primeros consumos ...).

Al igual que decíamos con los factores de riesgo, los factores de protección no deben ser entendidos de forma aislada, sino en interacción recíproca y dinámica. Por mucho que trabajemos el fomento de la autoestima o la información sobre drogas, si es de forma aislada, la efectividad de nuestra acción se verá muy reducida. De la misma forma, los factores de protección no son "vacunas preventivas", sino elementos que, en una constante interacción recíproca y dinámica, pueden contribuir a reducir razonablemente las probabilidades de que aparezcan problemas relacionados con los consumos de drogas.

Modalidades en la prevención del uso problemático de drogas

Algunos factores de riesgo analizados en los distintos estudios están relacionados específicamente con el consumo de drogas. Sin embargo, existen otros que también se relacionan con otro tipo de problemáticas de índole psicosocial o sanitaria. Lo mismo podríamos decir de los factores de protección que se pueden desarrollar en prevención. Unos afectarán específicamente al uso de drogas y otros podrán incidir también en la prevención de otro tipo de problemáticas. En este marco, surgió una clasificación de las actuaciones preventivas que, a pesar de intentos ideológicos de negarla, sigue inevitablemente presente en los discursos y debates de los diversos agentes implicados en la prevención del uso problemático de drogas, nos referimos a la división entre una modalidad específica y otra inespecífica en la actuación preventiva.

Para aclarar las características de ambas modalidades, vamos a comenzar proponiendo una división de la prevención en dos grandes bloques:

El bloque de **promoción en general o prevención general**. Los factores de riesgo y protección del uso de drogas no son considerados *"a la hora de establecer la planificación, aunque se pueda esperar que indirectamente se conseguirán beneficios en la reducción del consumo de drogas"* (Calafat, 1989). Son actuaciones de juventud, servicios sociales, educación, salud... No existe en ellas un objetivo prioritario relacionado con el uso de drogas, sino otro tipo de objetivos (asociacionismo, cultura, trabajo, deporte...) muy positivos en sí mismos, pero que no tienen necesariamente, por sí mismos, que ser contradictorios con el consumo de drogas.

Muchos de los programas que son presentados como de prevención del uso problemático de drogas son en realidad de prevención general (por ej: escuelas deportivas, talleres laborales, actividades de aire libre...). Todos estos programas tienen un gran interés social, pero en muchas ocasiones utilizan fondos destinados a la prevención del uso problemático de drogas, dificultando el desarrollo de una auténtica política de prevención en el campo de las drogas, pues "tranquilizan las conciencias" en el sentido de hacer ver que ya se está haciendo algo "contra las drogas".

En relación con este hecho, algunos autores hablan de la "prevención estética o de la inconcreción" (Comas, 1992; Ramírez, 1993; GID, 1995). Algunas características de esta prevención desvirtuada podrían ser las siguientes:

"La relación de la actividad con la prevención del uso problemático de drogas es situada en la forma o imagen exterior (colocar el rótulo de prevención) y no en los contenidos, metodología o grupo al que se dirige. Cuanto más genérica es la actuación más específico sobre drogas, y agresivo, es el título: carrera contra la droga, escuela de fútbol contra la droga, exhibición de taekwondo hostil a la droga, concierto contra la droga,..." (GID, 1995).

Se tiende a desarrollar actuaciones puntuales, pero masivas y muy vistosas, en las que la realización de una actividad "contra la droga" es el fin en sí mismo, sin analizar las posibilidades de incidencia que esa actuación pueda tener sobre los usos de drogas en una comunidad concreta y las repercusiones que finalmente resulten de su desarrollo (GID, 1995).

En este mismo sentido podemos situar *"las campañas contra el consumo de drogas, de discutible eficacia, pero que promocionan socialmente a la entidad que las produce"* (Comas, 1992) o a *"los personajes públicos que son capaces de 'decir' (artistas, deportistas, periodistas, escritores, filósofos, modelos, publicitarios, jet set, etc.) y aprovecharse para cultivar su imagen 'diciendo' lo que todo el mundo ya acepta"* (Comas, 1993).

El bloque de **prevención del uso problemático de drogas**. La principal diferenciación con el bloque anterior reside en que en este caso se considera objetivo prioritario el incidir sobre factores de riesgo concretos relacionados con el uso de drogas y desarrollar los factores de protección necesarios para

contrarrestarlos. No obstante, al coincidir muchos de estos factores con los relacionados con otras problemáticas de índole psicosocial o sanitaria, se puede influir de forma indirecta en la prevención de otro tipo de fenómenos.

La forma en la que aparece tratado el uso de drogas, define la división de este segundo bloque en las dos modalidades distintas de prevención:

Modalidad de **prevención inespecífica del uso problemático de drogas**. *“Es inespecífica porque el destinatario no es consciente de que se están trabajando con él las problemáticas relacionadas con el uso de drogas y su prevención. Para el planificador sí es específica porque se persiguen claramente objetivos de descenso en el uso de drogas, aunque de forma complementaria se produzcan otros avances en el desarrollo del individuo y/o la comunidad”* (GID, 1995). Una actuación de promoción o prevención general (por ejemplo, una escuela deportiva) puede ser transformada en prevención inespecífica del uso problemático de drogas si, por ejemplo, se aporta formación en esta temática a los profesionales que están interviniendo, se analizan los factores de riesgo específicos del grupo con el que se trabaja y se diseñan estrategias para contrarrestarlos.

Modalidad de **Prevención específica del uso problemático de drogas**. Son *“aquellas estrategias en las que la intervención de forma explícita y directa recoge la problemática de las drogas, de la cual se hace partícipe al destinatario”* (Calafat, 1989). Esto no quiere decir que en esta modalidad de prevención se hable únicamente sobre el consumo de drogas, sino que se trabajan también el resto de factores de riesgo, aunque explicitando que son trabajados para prevenir el uso problemático de drogas.

No obstante, y una vez realizada esta diferenciación didáctica, es necesario señalar que no existe una modalidad “mejor” y otra “peor”. Debe existir una complementariedad entre ambas. La utilización de una u otra vendrá definida por diversos elementos: el discurso social sobre las drogas dominante, el grado de consolidación de los recursos sociales en la zona, el tipo de relación de los destinatarios con el uso de drogas, si existe una demanda específica de prevención del uso problemático de drogas, el nivel de problemas relacionados con el consumo de drogas en la comunidad.

Un problema que está apareciendo en algunos casos es que se realizan actuaciones de prevención específica aisladas. Por ejemplo, programas orientados únicamente a mostrar a los adolescentes cómo controlar el consumo de bebidas alcohólicas o a reducir los daños que las drogas de síntesis pueden provocar. Si estas actuaciones no son complementadas por otras que se dirijan a contrarrestar factores de tipo más inespecífico (valores, autoestima, presión de grupo.), el esfuerzo preventivo resulta incompleto y quizás inútil

Niveles en la prevención del uso problemático de drogas

Entre la absoluta abstinencia y la instauración de usos problemáticos de drogas, existen muchas otras formas de relación con las sustancias. La intervención preventiva debe adaptarse a esta realidad. Es evidente que no se puede actuar de la misma forma con un grupo que no tiene una relación con las drogas, que con uno que está empezando a consumirlas u otro en el que ya están apareciendo los primeros problemas relacionados con su consumo. Las estrategias que con un grupo serían apropiadas, en otro se pueden convertir en insuficientes o incluso en contraproducentes.

Teniendo en cuenta esta realidad, en el campo de la prevención se distinguen tres niveles de intervención, de acuerdo a la relación que el individuo o grupo con el que intervengamos mantenga con las drogas. Hay que señalar que esta distinción es tanto más útil cuanto más se aleje de aplicaciones mecanicistas, tipo “recetario”; lo interesante es plantearla con una óptica procesual en contextos específicos.

Prevención primaria. Actúa antes de que se produzca el consumo. Su objetivo es impedir o retrasar la aparición de usos de drogas.

Las actuaciones de prevención primaria requieren fundamentalmente una modalidad inespecífica de prevención del uso problemático de drogas, especialmente en colectivos que por su edad o su contexto encuentran muy alejado de sus vivencias el consumo de drogas. No obstante, es conveniente ir introduciendo actuaciones específicas, especialmente en grupos que por su edad o situación puedan entrar, en breve, en relación más cercana con las drogas.

“Los agentes de prevención en este nivel deben ser las personas más próximas al individuo o grupo objeto de la intervención: familia, profesorado y otros mediadores sociales, que cuenten con formación adecuada en prevención del uso de drogas” (GID, 1995).

Prevención secundaria. Actúa cuando ya se han producido los primeros contactos con el consumo de drogas. El objetivo fundamental sería evitar la instauración de usos problemáticos.

Aunque en prevención secundaria es necesario desarrollar actuaciones inespecíficas, es imprescindible incorporar también actuaciones en las que el consumo de drogas sea tratado de forma específica, dada la relación que la población objetivo mantiene ya con las drogas.

Los agentes de prevención son los mismos que en el nivel primario, pero es aún más importante el asesoramiento y seguimiento por parte de especialistas en los problemas relacionados con el uso de drogas.

Prevención terciaria. Es aquella que “una vez instaurado un consumo problemático de drogas, intenta impedir que la situación o acontecimiento se agrave y persigue la disminución de las posibles secuelas asociadas al consumo” (GID, 1995).

Cabe señalar que normalmente se entiende como prevención lo que en esta clasificación corresponde al nivel primario y secundario, estando la prevención terciaria más asociada a las diferentes metodologías de tratamiento a drogodependientes: tratamiento ambulatorio, comunidad terapéutica, programas de reducción de daños o de objetivos intermedios, etc. Lo que implica que *“los agentes de prevención en este nivel deben ser especialistas en problemas relacionados con el uso de drogas, aunque es importante que las personas más próximas al individuo o grupo objeto de la intervención presten también su apoyo”* (GID, 1995).

Los ámbitos en la prevención del uso problemático de drogas

La multiplicidad de factores de riesgo implicados en el inicio al consumo de drogas implica que éstos no pueden aparecer en un único ámbito (por ej. la familia o el barrio o la escuela), sino que se produce una interacción entre los factores surgidos en distintos escenarios. Por lo tanto, la prevención no puede ser desarrollada tampoco en un único ámbito, sino recorrer los distintos contextos en los que se desarrolla la vida de los individuos. Pero al mismo tiempo, no podemos realizar el mismo tipo de intervención en cada uno de los distintos ámbitos, pues lo que vale para intervenir en el ámbito familiar, no tiene por qué servir para el ámbito penitenciario o para el laboral.

Desde esta perspectiva, se han ido desarrollando a lo largo de los años intervenciones especializadas en relación al contexto o ámbito en el que se aplican, comenzando por los ámbitos más clásicos: el escolar, familiar y comunitario, para poco a poco ir incorporando otros ámbitos igualmente importantes para la intervención preventiva: penitenciario, laboral, medios de comunicación social, sanitario.

No obstante, aunque diferenciemos distintos ámbitos de intervención, es importante que tengamos en cuenta la necesidad de enmarcar todas nuestras intervenciones, independientemente del ámbito desde el que actuemos, dentro de una **estrategia general de participación sociocomunitaria**. Es decir, cuando, por ejemplo, nuestro ámbito de actuación sea el medio penitenciario, debemos combinar el trabajo con los internos, junto al trabajo con sus familias y la conexión con los recursos comunitarios (o colaborar con otra entidad que realice esta tarea), o cuando, en otro ejemplo, nuestro ámbito de actuación sea el escolar, hay que formar a los profesores para que actúen con el alumnado. Es importante que conectemos el trabajo en el aula con una intervención dirigida a la familia y con la implicación de los recursos sociales en, por ejemplo, el desarrollo de actividades extraescolares con contenidos preventivos.

Por otra parte, como iremos viendo en las próximas páginas y en el cuadro resumen al final del texto, cada ámbito se vincula preferentemente a distintos niveles y modalidades de prevención, lo que implica que, en la práctica cotidiana, una estrategia general de participación sociocomunitaria supone no sólo la complementariedad de ámbitos sino también de niveles y modalidades.

Concluyendo, la especialización en un ámbito concreto es necesaria e inevitable, pero no podemos olvidar la tendencia hacia la conexión con otros ámbitos y la

construcción, con nuestros esfuerzos y los de otras entidades de nuestro entorno, de una estrategia común de prevención sociocomunitaria que puede englobar distintos ámbitos, niveles y modalidades, aunque en términos conceptuales cada uno de ellos debería quedar perfectamente diferenciado.

Ámbitos definidos por el contexto institucional en el que se desarrolla la intervención.

Su característica definitoria consiste en que se acude a desarrollar la prevención a los contextos institucionales en los que cierta población pasa una importante parte de su vida. No convocan a la población, sino que acuden allí donde ya está reunida.

Ámbito escolar.

Potencialidades:

“La edad escolar es rica en cambios y momentos decisivos para la maduración y, por lo tanto en riesgos, no sólo ante el uso de drogas, sino ante múltiples circunstancias. En el transcurso de la escolarización se van adquiriendo hábitos y modelos de comportamiento en los que se puede incidir con cierta facilidad, dada la ‘plasticidad’ de estas edades”. (GID, 1995).

La escuela dispone de importantes recursos materiales y humanos (fundamentalmente el profesorado, pero también los miembros de las asociaciones de padres/madres y otras asociaciones que en muchos centros colaboran en las actividades extraescolares) que pueden ser muy útiles para el desarrollo de la prevención.

La promulgación de la LOGSE en el año 1990 abrió nuevas perspectivas a la prevención escolar, pues incorporó la educación para la salud como tema transversal (es decir, que debe ser trabajado a través de todas las áreas de contenido), incluyendo en el mismo la educación sobre drogas.

Dificultades:

El planteamiento ideal, consiste en que sea el propio profesorado el que incorpore el trabajo preventivo en el marco de cada una de las áreas de contenido generales del currículo. Sin embargo, en muchas ocasiones, es difícil implicar a un sector del profesorado en una tarea que va más allá de la mera transmisión de conocimientos y se adentra también en otro tipo de aspectos como la transmisión de valores, el modelo, el clima de la clase, el fomento de la autoestima.

La escuela, y el profesorado en particular, se encuentra saturada de demandas procedentes de la sociedad. Por un lado se exige que la escuela prepare al alumnado para una sociedad competitiva y consiga resultados altos en la transmisión de conocimientos, pero por el otro se le pide también que eduque

en la salud, en la paz, en el medio ambiente, la sexualidad, la tolerancia, contra la violencia y a veces ¡contra la excesiva competitividad!

Principales estrategias:

Formación del profesorado para que incorpore la educación sobre drogas a través del tema transversal de educación para la salud.

Elaboración de manuales y unidades didácticas para que sean aplicadas por el profesorado en el aula.

Diseño de proyectos en los que se incorporan elementos preventivos, tanto didácticos como extraescolares, en la programación escolar.

En ocasiones se acompaña la formación del profesorado con la formación de los padres/madres del alumnado.

En la escuela se trabaja fundamentalmente el nivel de prevención primaria, aunque en las últimas etapas, siempre que el profesorado detecte grupos o individuos en situación de riesgo, se puede plantear objetivos y estrategias de prevención secundaria, pero muy adaptadas a los casos en los que se ha detectado esta necesidad.

La modalidad de intervención es prioritariamente la inespecífica, incorporando en los últimos ciclos de la etapa de educación secundaria, una modalidad específica.

Ámbito laboral.

Potencialidades.

Las condiciones de trabajo aparecen en ocasiones como uno de los factores de riesgo que influyen en el inicio o la consolidación de usos problemáticos de drogas.

Un sector de la población pasa una parte importante de su vida en el medio laboral. El lugar de trabajo puede convertirse en un contexto idóneo para difundir mensajes y desarrollar estrategias que contrarresten los factores de riesgo propios y ajenos al medio laboral.

Es clara la influencia que los usos problemáticos de drogas pueden tener en la pérdida de productividad laboral. Este hecho puede predisponer de manera positiva a los directivos y empresarios hacia la prevención.

La existencia de servicios de salud laboral en la mayoría de las medianas y grandes empresas facilita que a través de ellos se pueda trabajar la prevención.

Todos los grandes sindicatos tienen un servicio de drogodependencias, con lo que se puede comprobar la alta motivación que estas organizaciones están desarrollando hacia la prevención.

Dificultades.

La falta de formación en este campo de muchos directivos y empresarios puede provocar que estén más preocupados por detectar y sancionar a los usuarios de drogas que por prevenir el consumo. Asimismo los riesgos asociados al consumo de drogas provoca, especialmente en algunas ramas de actividad, el rechazo de los compañeros.

Ambos hechos producen que el uso de drogas sea un tema “tabú”, difícil de tratar de forma clara en el medio laboral.

La lógica de la economía de mercado, que exige resultados rápidos y tangibles, no se adapta muy bien a los ritmos pausados y a las características de la prevención.

Principales estrategias.

Formación de mediadores: delegados sindicales, personal de los servicios de salud laboral, técnicos de personal, mandos intermedios.

Manuales para la actuación preventiva de los mediadores en el contexto laboral.

Campañas informativas desde los sindicatos y/o los servicios de salud laboral de las empresas.

En el medio laboral se pueden trabajar todos los niveles de prevención, pues nos encontraremos con población que puede tener distintos grados de relación con las drogas. No obstante, y como ya dijimos anteriormente, es necesario adaptar los mensajes y las estrategias al nivel preventivo en el que estemos trabajando.

En cuanto a la modalidad de prevención, se priorizará la específica, puesto que la edad y características de la población con la que se trabaja dificulta que aparezcan riesgos contrapreventivos al hablar directamente sobre el uso de drogas.

Ámbito penitenciario.

Potencialidades.

Las peculiares características de la cárcel la convierten en un contexto institucional de máximo riesgo para el inicio, mantenimiento o consolidación de usos problemáticos de drogas.

La creación en los centros penitenciarios, aunque sólo desde 1994 y no en todas las prisiones, de los Grupos de Atención a Drogodependientes (GAD) facilita que a partir de ellos se puedan desarrollar estrategias de prevención. Los GAD son equipos multidisciplinares compuestos por personal penitenciario y extrapenitenciario. Están encargados de coordinar, programar,

supervisar, ejecutar y evaluar las actuaciones en el ámbito de la intervención en drogodependencias.

En el medio penitenciario se puede trabajar con un tipo de población que no suele acudir a otros recursos sociales, sanitarios o de tratamiento de las drogodependencias.

Dificultades.

Desde los centros penitenciarios se priman habitualmente las cuestiones de seguridad sobre las educativas o terapéuticas, por lo que muchos procesos preventivos pueden verse afectados por la lógica de la vigilancia penitenciaria (traslados de internos, sanciones.).

Todo lo relacionado con el consumo de drogas está prohibido y sancionado en este contexto, por lo que es difícil hablar de ello abiertamente, aunque sea una conducta que afecte a muchos internos.

La masificación de los centros penitenciarios y la falta de recursos humanos dificulta que se puedan llevar a cabo todos los objetivos educativos previstos.

Principales estrategias.

Según el documento sobre “Política global de actuación en materia de drogas en Instituciones Penitenciarias” editado por la Secretaría de Estado de Asuntos Penitenciarios (SEAP, 1995), las áreas de trabajo en el nivel preventivo deben ser las siguientes:

Trabajo con los internos. Se trata de actuaciones dirigidas hacia toda la población penitenciaria y en las que se trabajan aspectos de educación para la salud, información sobre riesgos derivados del consumo, estímulo de hábitos higiénicos y trabajo sobre la motivación. Se prioriza que los responsables de estas actividades sean los educadores, maestros y personal sanitario penitenciario.

Trabajo con el personal del centro penitenciario. Básicamente se trata de formar en drogodependencias a los profesionales que intervienen con la población penitenciaria.

Trabajo con los familiares.

Trabajo con otros centros e instituciones equivalentes. Se trata de fomentar la coordinación con los recursos comunitarios.

Aunque en este medio deben ser trabajados los tres niveles y las dos modalidades de prevención, el alto nivel de consumo de drogas en muchas prisiones exige que en las mismas se prioricen las actuaciones de nivel secundario y terciario y la modalidad de prevención específica.

Ámbitos definidos por la población a la que se dirigen.

Tales ámbitos se definen por el hecho de que la intervención preventiva se dirige a un colectivo en concreto al que hay que localizar y contactar especialmente, un colectivo que nos interesa por sus peculiares características, por el papel que se espera jueguen en la prevención o por los factores de riesgo y protección específicos que poseen.

Ámbito familiar.

Potencialidades.

Los padres y las madres poseen potencialidades insustituibles en la prevención. Algunas de ellas son las siguientes:

La motivación. Están naturalmente motivados respecto al bienestar de sus hijos/as.

La cotidianidad. Los padres y las madres no necesitan horarios ni espacios especiales para realizar la prevención, sino que la pueden desarrollar en el día a día.

La individualización. Pueden adaptar la prevención a las características de cada uno de los hijos/as.

Las raíces del modelado social. Es en el seno familiar donde el ser humano aprovecha su inicial plasticidad, tan flexible como vulnerable, para interiorizar inconscientemente pautas de comportamiento (Oñate, 1992).

Dificultades.

Es muy difícil lograr que los padres y las madres den el paso de transformar su preocupación, e incluso miedo hacia los posibles problemas con el uso de drogas que puedan tener sus hijos/as, en la acción de formarse para desarrollar estrategias preventivas en su familia. En este sentido, se suele llegar al colectivo de padres y madres más motivados y atentos a su papel educativo y en cambio es más difícil acceder al colectivo menos sensibilizado, que es con el que sería más importante trabajar.

Principales estrategias.

Actuaciones formativas dirigidas a padres y madres:

Charlas de sensibilización de 1-2 horas.

Cursos de formación de duración variable. Pueden ser convocados específicamente como de prevención del consumo de drogas o enmarcarse en un proceso de formación de temática más amplia en escuelas de padres y madres.

Edición de materiales informativos dirigidos a los padres y madres.

Las actuaciones preventivas con padres y madres suelen ser de nivel primario, aunque también existen actuaciones de nivel secundario (dirigidas hacia padres y madres cuyos hijos/as están comenzando a consumir drogas) y terciario, esta última organizada habitualmente por los centros de tratamiento con los familiares de los atendidos.

La modalidad puede ser específica si las actuaciones son anunciadas como dirigidas hacia la prevención del consumo de drogas o inespecíficas si son enmarcadas dentro de estrategias de carácter más general. En todo caso, las actuaciones de prevención secundaria y terciaria siempre serán de carácter específico.

Ámbito juvenil.

Ciertamente desde la mayoría de los ámbitos se contempla como población objetivo a la juventud, pero la existencia de recursos institucionales importantes dirigidos específicamente a la misma, nos aconsejan reabrir un ámbito de gran importancia en la primera mitad de los años 80, que después ha sido un poco abandonado, quizás porque las intervenciones generales dirigidas a “los jóvenes” son demasiado abstractas y/o carecen de viabilidad. Por ello nos centraremos en este ámbito en dos tipos de intervenciones muy concretas: las que se dirigen hacia grupos de jóvenes en situación de riesgo y las que se basan en la participación de jóvenes, más o menos organizados en ONG's, como mediadores preventivos.

Jóvenes en situación de riesgo.

Los programas y campañas de carácter general no suelen llegar a los sectores en una situación de especial riesgo, pues no se adaptan a sus características, por lo que se hace preciso adoptar estrategias particulares de acceso, de información y de trabajo con los mismos.

Potencialidades.

Tales grupos suelen mantener un fuerte sentido de identidad, compartiendo similares factores de riesgo y protección.

Se pueden realizar programas muy concretos, aunque complejos en su diseño, y evaluables.

Dificultades.

El contacto con estos grupos suele ser difícil, pues no acuden habitualmente a los recursos institucionales, sino que los lugares en los que se puede contactar con ellos es la calle o los lugares de ocio nocturno.

Principales estrategias.

Programas de educación social, en los que se utiliza la calle como espacio preventivo-educativo. Estos programas suelen ser dirigidos hacia grupos de jóvenes que contemplan la calle como su principal espacio de socialización.

Campañas informativas dirigidas a jóvenes que frecuentan lugares de consumo de drogas (pubs y discotecas, parques u otras zonas en los que se suelen reunir los jóvenes a beber alcohol o consumir otras drogas). Estas campañas suelen estar centradas en informar a los jóvenes sobre los riesgos del consumo y plantear pautas para reducir los daños en el caso en que se decida consumir.

Campañas informativas dirigidas hacia hosteleros. En ellas se recuerda la prohibición de expender bebidas alcohólicas a menores de edad (las normas son distintas en cada CC.AA.) y se motiva a los hosteleros para que participen en la prevención del uso problemático de drogas.

El nivel preventivo que se trabaja en este caso es el secundario. En cuanto a la modalidad de prevención, la prioritaria debe ser la específica.

Jóvenes mediadores juveniles:

Las estrategias de mediación social, utilizadas en todos los ámbitos e incluso en la actuación sobre otro tipo de fenómenos, se basan en la formación de los agentes más cercanos al colectivo en el que queremos intervenir, para que sean ellos los que hagan llegar los mensajes preventivos. Los jóvenes miembros de ONGs (sean o no asociaciones juveniles), así como los monitores juveniles, posibilitan la realización de intervenciones adecuadas a sus contextos particulares y, consecuentemente, más eficaces.

Potencialidades.

El conocimiento que estos mediadores sociales poseen sobre las características del medio en el que actúan.

La posibilidad que tienen de detectar los intereses, necesidades, actitudes y capacidades de las personas con las que trabajan.

La oportunidad de incorporar la prevención, de forma cotidiana, a sus actividades sociales.

Dificultades.

La escasa salud del movimiento asociativo, en general, hace que sean pocos los mediadores juveniles con los que se podría contar y éstos están saturados de otras muchas actividades más (culturales, deportivas, reivindicativas.).

Principales estrategias.

Formación de mediadores juveniles.

Edición de manuales de apoyo a la labor de los mediadores juveniles.

Fomento de la participación.

Los mediadores juveniles pueden trabajar los tres niveles preventivos, aunque cuanto más nos aproximemos al terciario, más necesaria será la colaboración con recursos y profesionales de tratamiento. Las modalidades de prevención deberán ser combinadas, dependiendo de las características de la intervención.

Ámbito de minorías étnicas.

Potencialidades.

Las minorías étnicas suelen vivir en una situación de marginación que acrecienta los problemas causados por los usos de drogas. Es imprescindible intervenir específicamente sobre este colectivo, puesto que sus condiciones de vida y peculiaridades culturales deberán influir poderosamente en las características de las estrategias preventivas que desarrollemos. Las campañas y los programas preventivos generales no conectan nunca con esta población.

Dificultades.

Los condicionantes sociopolíticos (racismo, situación del mercado laboral, falta de vivienda) se constituyen en ocasiones en impedimentos insalvables para los esfuerzos preventivo-educativos.

Su condición de minoría hace que se desarrolle su instinto de protección frente a todo lo que venga del exterior de su comunidad. Por ello, una de las principales dificultades de la intervención con esta población es lograr su confianza y la conexión con sus valores y normas.

Principales estrategias.

En nuestro país, las principales intervenciones preventivas con minorías étnicas son las desarrolladas con el pueblo gitano. Principalmente a través de ONG's gitanas y con el apoyo de las administraciones públicas. Las líneas de trabajo que se están apuntando son las siguientes:

Formación de mediadores gitanos.

Edición de manuales para la intervención desde las asociaciones gitanas.

Incorporación de contenidos de prevención dentro de actuaciones más amplias (educación de adultos, talleres laborales).

En el ámbito de las minorías étnicas se puede trabajar desde los tres niveles preventivos. Las modalidades de prevención deben ser combinadas atendiendo a las características de la intervención que desarrollemos.

Ámbitos definidos por la institución que desarrolla la intervención.

Son aquellos ámbitos en los que una institución particular impulsa en su seno la actividad preventiva, la cual suele determinar de manera importante tanto los contenidos de las actuaciones como los canales que se utilizan para transmitir los mensajes e incluso los sujetos sobre los que se va realizar la intervención.

Ámbito sanitario.

Potencialidades.

Los recursos sanitarios poseen capacidad para contactar con toda la población.

Sus profesionales tienen un reconocido prestigio social.

La inclusión en los centros de salud de profesionales procedentes de disciplinas no sanitarias (psicólogos y trabajadores sociales) facilita un enfoque más amplio.

Algunas Comunidades Autónomas han creado recursos sanitarios con una visión más preventiva y de educación para la salud. Estos servicios pueden convertirse en un óptimo apoyo para desarrollar la prevención del uso problemático de drogas.

Dificultades.

La tradición biológica de los profesionales de la salud dificulta la adopción de un modelo multidimensional que facilite la colaboración, comprensión y actuación hacia este fenómeno.

La saturación de los recursos sanitarios dificulta la asignación de recursos hacia la prevención.

Principales estrategias.

Las tareas de la intervención preventiva desde el ámbito sanitario en los años noventa en España suelen ser complementarias, ya que raramente desarrollan los recursos sanitarios actuaciones por sí solas, sino que participan en programas comunitarios junto a otras instituciones. Los recursos sanitarios suelen encargarse de la prevención de las drogas legales y, dentro de ello, del apartado más informativo.

Queda pendiente el desarrollo de una estrategia, absolutamente esencial y básica, referida a la formación sobre el papel mediador que los profesionales sanitarios podrían jugar en el desempeño de sus tareas cotidianas.

Los niveles de prevención trabajados desde el ámbito sanitario son el primario y el secundario. La modalidad de prevención es prioritariamente la específica. No obstante, desde el ámbito sanitario también se puede intervenir en el nivel terciario, colaborando con los centros de tratamiento en la detección de casos y en la atención de los aspectos más sanitarios de éstos.

Ámbito de los medios de comunicación social (MCS).

Potencialidades.

Gran capacidad para la creación de representaciones sociales.

Enorme poder de influencia en la población.

Dificultades.

Los MCS exigen, con mucha frecuencia, que la prevención se adapte a sus reglas: búsqueda de lo impactante y lo noticiable en detrimento de lo veraz.

Los MCS no permiten fácilmente que los mensajes sean adaptados a las características de los potenciales espectadores, por lo que se pueden correr dos riesgos: que los mensajes sean tan generales que no tengan ninguna incidencia o que estén bien adaptados a un tipo de población y resulten contrapreventivos para otro sector.

Principales estrategias.

Aun siendo conscientes de las limitaciones de las campañas a través de los MCS, en los últimos tiempos están apareciendo algunas iniciativas que intentan limitar los errores cometidos anteriormente. Estas serían algunas de las características que se comienzan a vislumbrar en estas campañas (GID b, 1996).

Iniciativas en las que no se habla sólo de drogas y en las que se proponen abanicos de alternativas.

El desplazamiento gradual de campañas globalizadoras “contra las drogas”, por las actuaciones a favor de la “reducción del daño”, especialmente en el caso de las drogas legales.

Rechazo casi absoluto a la presencia de personajes y caras conocidas en las campañas, sustituidos por imágenes identificables con el teórico receptor del mensaje.

El objetivo de las campañas a través de los medios no busca la disuasión, ni utiliza como herramienta principal la información disuasiva del modelo sanitario, sino que pone el acento en la actuación sobre las percepciones sociales y las imágenes.

La sustitución de una cultura de sustancias por una cultura de usos. Ya no importa tanto qué se consume, sino cómo. La “droga” ha dejado de ser una sustancia determinada, para convertirse en una forma de consumo ligada a un estilo de vida.

Por encima de todo, la constatación de que las campañas sólo tienen sentido si se realizan como un elemento más de una estrategia y no como el único componente de la intervención, como ocurría en etapas anteriores.

Los niveles de prevención que se pueden trabajar desde los MCS son el primario y el secundario. La modalidad de prevención prioritaria es la específica.

Bibliografía

Arbex, C. (1995) *Si te preocupas de los jóvenes y te preocupan las drogas, esta guía te puede interesar. Guía para mediadores en el trabajo con jóvenes gitanos*, Madrid, Secretariado General Gitano.

AUTORES VARIOS. (1994) *Políticas de prevención de las drogodependencias en el medio escolar*, Madrid, CREFAT.

AUTORES VARIOS. (1995) *Metodología de evaluación de los programas de prevención del consumo de drogas*, Cuenca, Universidad Internacional Menéndez Pelayo.

Calafat, A. (1989) “*La prevención comunitaria de la droga*”. Madrid, XVII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol.

Comas, D. (1990) *Las drogas: guía para mediadores juveniles*, Madrid, INJUVE.

Comas, D. (1992) “*La fundamentación teórica y las respuestas sociales a los problemas de prevención*”, ADICCIONES nº.1. vol. 4, Palma de Mallorca, Sociodrogalcohol.

Edex Kolectiboa. (1996) *Éxtasis y otras drogas de síntesis*, Bilbao, Edex.

FAD. (1996) *La incidencia de las drogas en el mundo laboral*, Madrid, FAD.

GID. (1992) *Fundamentos teóricos en prevención*, Madrid, Fundamentos-GID.

GID. (1994) *La evaluación de programas en drogodependencias* (2 vols), Madrid, GID.

GID. (1995) *Materiales de formación en prevención de drogodependencias: Módulo de contenidos generales*, Madrid, PPD.

GID. (1995) *Materiales de formación: Módulo profesorado*, Madrid, PPD.

GID. (1996) “*La prevención en el ámbito de los MCS*”. Madrid (artículo en mimeo).

GID. (1996) *Materiales de formación: Módulo familias*, Madrid, PPD.

GID. (1997) *Materiales de formación: Módulo mediadores sociales*, Madrid, PPD.

González De Audikana M. (1995) *Guía para mediadores juveniles de tiempo libre*, Bilbao, Etorikintza.

Mowbray R. (1994) *Los programas comunitarios de prevención de las drogodependencias*, Madrid, CREFAT.

Ramírez E. (1993) “*Drogodependencias: de la periferia a la estética, pasando por la técnica*”, en AUTORES VARIOS. *Las drogodependencias: perspectivas sociológicas actuales*, Madrid, Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología.

Secretaría de Estado de Asuntos Penitenciarios. (1995) *Política global de actuación en materia de drogas en instituciones penitenciarias*, Madrid, SEAP.

CAPÍTULO 14

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DIRIGIDAS HACIA GRUPOS ÉTNICOS DE USUARIOS DE DROGAS EN UN BARRIO DE PARÍS.

Lia Cavalcanti.

Introducción

La redacción de este artículo ha sido laboriosa a causa de las especificidades francesas. La ley de 6 de enero de 1978 “Informática y Libertad”, o más exactamente la jurisprudencia de esta ley, prohíbe la recogida de datos sobre el origen o el grupo étnico de pertenencia de los usuarios de drogas en Francia. Solo la nacionalidad de estas personas es accesible a través de los informes elaborados por los Centros de Atención que constituyen la red específica de drogodependencias. Sin embargo, la nacionalidad debe interpretarse con precaución, ya que hasta fecha reciente toda persona nacida en territorio francés podía obtener automáticamente la nacionalidad francesa. Por ello, los llamados “emigrantes de segunda generación” (expresión frecuentemente utilizada en Francia) se encuentran eclipsados en este tipo de recogida de datos. El número de usuarios de drogas cuyas familias son originarias del Magreb, del África Negra o de DOM-TOM¹ por ejemplo, no puede determinarse a partir de los usuarios del sistema asistencial francés en drogodependencias, pero la observación empírica indica que existen en cantidad importante. El objetivo de estas medidas es evidentemente la protección del ciudadano frente a eventuales discriminaciones raciales. Sin embargo, en lo referente al objeto concreto de este capítulo, los datos oficiales son prácticamente inexistentes.

Este capítulo se basa únicamente en el trabajo de observación realizado por la autora desde hace más de diez años en la Asociación EGO (Espoir Goutte d'Or), situada en un barrio pluriétnico y multicultural de París: la Goutte d'Or, en el noreste de la ciudad. Este barrio cuenta con una población de unos 28.000 habitantes representando a más de 30 etnias diferentes, según se desprende de varios estudios realizados por el Observatoire de la Vie Sociale. La Goutte d'Or, uno de los últimos barrios populares de París, presenta unos índices alarmantes en lo que se refiere a las estadísticas policiales relacionadas con el tráfico y consumo de drogas en Francia. Casi el 40% de la población es extranjera, con una de las tasas de paro más altas de la ciudad.

La Asociación EGO

¹ Départements et Territoires Outre Mer: Martinique, Guadeloupe, Tahiti, La Réunion, Nouvelle Calédonie, Guyane Française (N. del T.).

En el año 1986 los habitantes, usuarios de drogas y profesionales en drogodependencias del barrio parisino de la Goutte d'Or se movilizaron ante una situación de crisis determinada por la degradación y estigmatización social, económica y cultural del barrio, en relación al consumo de drogas.

Los principios que animaron la creación de la asociación EGO en 1987 perseguían proponer una **alternativa para la reconstrucción del vínculo social, la movilización del barrio en torno a la prevención y el diálogo entre la población y las redes que componían el tejido social**. Aparece, pues, como un lugar para compartir, reflexionar y poner en marcha acciones comunes entre los usuarios de drogas, los habitantes y los profesionales, organizados como un grupo de autoayuda frente al abuso de drogas.

El objetivo principal de EGO es la acogida en primera línea de los usuarios de drogas, pero esta acción se inscribe en un proyecto más amplio en relación con todos los aspectos de la vida de un barrio como el nuestro. Es esta toma de contacto con la realidad social del barrio, la que nos ha conducido a entrar en contacto con poblaciones de diferentes grupos étnicos y a organizar nuestras respuestas en base a las necesidades manifestadas por la población contactada.

Nuestras actividades se organizan, principalmente, a través de:

Centro de acogida: Está instalado en un local situado en el corazón del barrio. En él ofrecemos a las personas consumidoras de drogas, y a cualquiera que lo solicite, respuestas concretas basadas en la escucha y el diálogo, en un clima informal, sobre problemas de alojamiento, acceso a atención médico-social, ayuda a trámites administrativos y jurídicos, búsqueda de empleo, seguimiento de usuarios encarcelados, acogida de familias con problemas relacionados con las drogas, etc.

Revista ALTER EGO: Es un medio para difundir información y prevención de los problemas asociados con el abuso de drogas, de valorización de las personas que participan en su edición y de comunicación social con los actores y habitantes del barrio.

Sector formación: EGO desarrolla una actividad de formación-acción participativa abierta a todos, centrada en el trabajo social comunitario, así como en acciones de prevención y de reducción de riesgos asociados al abuso de drogas.

Grupo de intervención en primera línea: Se basa en desarrollar estrategias para ir al encuentro de los usuarios de drogas más marginalizados, identificar sus necesidades socio-sanitarias de base, informar y prevenir sobre los riesgos asociados al abuso de drogas, ofreciendo la posibilidad de acceso a las redes socio-sanitarias.

Local de intercambio de jeringas (STEP): Allí se establece una relación con los usuarios de drogas más marginalizados para facilitar el acceso a material de inyección estéril y otros materiales de prevención, orientar en función de sus necesidades a estructuras específicas, informar y formar sobre aspectos básicos de una buena higiene de vida y responsabilizarlos en sus hábitos cotidianos promoviendo su participación en el retorno de material de inyección en beneficio de ellos mismos y de toda la comunidad.

Acompañamiento de farmacias del barrio: Tiene como objetivo valorizar el rol del farmacéutico desde una perspectiva de prevención de la salud; sensibilizarlos sobre la reducción de riesgos e integrarlos en la red sociosanitaria del barrio.

Arquitectura del fenómeno drogas

Las realidades y significaciones sociales del fenómeno “drogas” forman parte de un proceso esencialmente dinámico, ya que tráfico y consumo se enraizan en lógicas culturales y sociales en transformación permanente. El conocimiento del fenómeno exige un trabajo de observación constante sobre el terreno para llegar a comprender ¿dónde empieza el consumo?, ¿cómo se reclutan los nuevos grupos de consumidores?, ¿cómo se realiza el paso de un tipo de consumo a otro?, ¿qué factores facilitan o limitan el uso?, ¿cómo se realiza la transición de un uso controlado a la pérdida de control?, ¿qué rol juega en ello el entorno?, etc.

Grandes traficantes, pequeños camellos y consumidores, constituyen un sistema relativamente estable de distribución y de consumo, en cuya estructura y dinámica se incrusta la composición étnica del territorio.

La observación del terreno nos permite acercarnos mejor a la “arquitectura de la droga” y su proceso de cambio, posibilitando así poder intervenir rápidamente frente a las nuevas “bolsas” de consumo. La paradoja de este tipo de intervención es que impone un inevitable desnivel entre la temporalidad propia del trabajo de investigación y los imperativos de urgencia que imponen las realidades de los problemas observados.

El abuso de drogas o la drogodependencia, sólo puede comprenderse en el contexto de la sociedad y la cultura en que viven los consumidores. Sin embargo, las motivaciones, los modos de uso y sus consecuentes riesgos están incrustadas en las culturas, que son, según nuestras observaciones, cada vez más locales, incluso micro-locales.

De la arquitectura a la etnicidad

Todo uso de drogas implica el respeto de ciertas normas de validez y de formas de comportamiento. Nuestra observación, pone en evidencia que el rol del grupo de pares es un factor que puede favorecer el control del uso por la transmisión de reglas y rituales, que tienen más bien que ver con la sustancia utilizada que con el origen étnico del grupo de consumidores. Cada grupo crea su propia cultura de uso fuertemente incrustada territorialmente.

Si el origen étnico parece ser un factor que juega en la organización inicial de estas culturas microlocales, rápidamente la situación social de los usuarios parece tomar el relevo en la incorporación de nuevos consumidores. El caso del *crack* parece ejemplar en este aspecto. Es una droga esencialmente consumida en la Goutte d'Or por personas de origen antillano, pero hemos observado cómo este grupo ha sido rápidamente envuelto por otras poblaciones de origen africano y posteriormente

francés, con una representación importante de personas originarias del Magreb. A pesar de que la “escena” del *crack* en la Goutte d'Or es aún una escena de “predominancia negra” (constituida mayoritariamente por antillanos y africanos), se hace poco a poco polícroma.

La vulnerabilidad social parece ser un factor de reclutamiento más importante que la etnicidad. Uno de los pocos estudios etnográficos realizados en Francia por el Institut de Recherches en Epidémiologie de la Pharmacodépendance (Toussirt et Ingold, 1992) demuestra que el consumo de *crack* está más difundido en las clases sociales más precarias. Es importante señalar que esta marginalización es previa al consumo y explica parcialmente la adhesión de estas franjas vulnerables de la población a las conductas socialmente marginales. Además, la intolerancia social hacia los toxicómanos y su discriminación refuerzan y multiplican los riesgos que corren los usuarios de drogas.

La acción preventiva debe ser necesariamente un proceso dinámico, que será aceptada, o no, por los grupos de consumidores en función de que tenga un sentido para ellos. La búsqueda de sentido nos aleja de las estrategias de prevención “virtuales”, en las que la transmisión de mensajes generales y estereotipados acaba por tener un efecto contrario al que se busca: la idea de que las poblaciones “virtualmente informadas” serán capaces de protegerse. La observación sobre el terreno demuestra exactamente lo contrario, las informaciones recibidas de ésta manera no se traducen en una práctica preventiva, sino al contrario, algunas prácticas de riesgo se justifican entonces a partir de la información preventiva virtual. Podemos citar como ejemplo, el de un grupo de usuarios de drogas que se pusieron a limpiar colectivamente las jeringas usadas en un mismo recipiente con lejía, creyendo que así estarían protegidos de cualquier contaminación.

Un trabajo de prevención amplio que integre las estrategias de reducción de riesgos debe articularse en tres ejes:

Transmisión clara y directa de informaciones, preferentemente a través de personas consideradas relevantes por la población diana.

Acompañamiento de las poblaciones vulnerables desde una perspectiva de proximidad.

Puesta en marcha de acciones progresivas, con diferentes grados de complejidad e integrando la población diana en su elaboración y realización.

Tal como nos lo recuerda una publicación de la Organización Mundial de la Salud (Edwards y Arif, 1981), *“Debemos concebir los programas preventivos sin brusquedad, teniendo en cuenta que estamos trabajando con comunidades vivas y que la acción preventiva debe tener en consideración las características culturales de estas comunidades”*.

Por ello nuestra Asociación ha puesto en marcha una investigación-acción sobre el *crack* en el barrio en el que trabajamos. Sus responsables son miembros remunerados

de nuestro equipo, ex-usuarios de drogas y habitantes del barrio (Hidalgo et al., 1996).

Además del conocimiento de la extensión del uso de *crack*, esta acción pretende aportar a nuestro equipo informaciones de calle, tales como las realidades asociadas a las diferentes formas y organizaciones del tráfico, los riesgos específicos asociados a cada forma de consumo, los desplazamientos frecuentes de las zonas de tráfico y consumo, las nuevas poblaciones consumidoras, las íntimas relaciones entre prostitución, tráfico y consumo de *crack*, etc. Estas informaciones son esenciales para la elaboración de respuestas cada vez más adaptadas a las necesidades de los toxicómanos que viven o frecuentan este barrio. Las acciones de prevención entre pares se construyen a través de estas observaciones cotidianas y toman la forma del trabajo de calle puesto en marcha por nuestro equipo de “primera línea”. Este equipo está constituido por las mismas personas remuneradas, muy cercanos a lo que podríamos llamar “la cultura de la calle” de la Goutte d'Or.

La constatación de la existencia de un número importante de toxicómanos de origen del Magreb (datos que emergen de las evaluaciones realizadas tanto en nuestro centro de acogida como en nuestro programa de intercambio de jeringas), nos han conducido a contratar en nuestro equipo un médico del Magreb, lo que facilita la comunicación con este público y hace el trabajo de prevención y seguimiento más eficaz. El discurso de los toxicómanos en las entrevistas confirma la pertinencia de esta medida.

Conclusión

Estas reflexiones no pretenden ser normas generales o recetas, sino que expresan esencialmente la necesidad de compartir una larga experiencia de trabajo en el que la reflexión y la acción se entremezclan cotidianamente, en una búsqueda de investigación y de cuestionamiento permanente de nuestras “certezas transitorias”. El deber de respeto de la ciudadanía y la promoción de la dignidad de estas poblaciones vulnerables son sin embargo nuestras únicas “certezas definitivas”.

El enfoque comunitario pone en contacto los diferentes aspectos sanitarios, sociales y humanos de las cuestiones que plantea el fenómeno de las drogodependencias y sus daños asociados. El acento se focaliza en el intenso vínculo que existe entre marginación social y prácticas de riesgo. Las intervenciones de EGO pretenden modificar las representaciones sociales asociadas a las drogodependencias y al sida, solicitando para ello la responsabilidad del usuario de drogas como actor y “repetidor” de la prevención. El rol de la asociación consiste en favorecer el paso de la identidad estigmatizada de “toxicómano-enfermo” a la de ciudadano, construyendo con los usuarios de drogas vínculos de colaboración y asociándolos activamente a la elaboración y a la puesta en marcha de acciones de prevención. **La noción de ciudadanía (responsabilidad y consecuentemente derecho a la prevención y a la salud) es el núcleo central de las intervenciones de EGO.**

A partir del trabajo comunitario y de la estrategia de contacto con los diferentes elementos de la realidad del “fenómeno drogas”, se alcanzan todos y cada uno de los componentes de la arquitectura del fenómeno, siendo la etnicidad uno de ellos.

Bibliografía

Edwards G, Arif A. (1981) *Los problemas de la droga en el contexto sociocultural. Contribución a la elaboración de políticas y programas.* Ginebra, O.M.S.

Hidalgo G, Léfort Ch, Ternus A. (1996) *Etude sur le crack.* Paris. Association Espoir Goutte d'Or (EGO).

Toussirt et Ingold. (1992) *Approche ethnographique de la cocaine à París.* Paris, I.R.E.P.

CAPÍTULO 15

LA PREVENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE RIESGOS. ALGUNAS EXPERIENCIAS.

Cas Barendregt.

“Peer-suport” Los grupos de auto-ayuda. El trabajo de calle.

Este capítulo proporciona algunas ideas y reflexiones en torno a la prevención, el apoyo entre pares y el trabajo de acercamiento¹. Están hechas desde la perspectiva de un trabajador de acercamiento y no desde el punto de vista de un director de servicio o un científico. A modo de ilustración se incluyen algunas experiencias personales. Este capítulo trata cuestiones como la reducción de riesgos, la prevención y educación sobre drogas, el apoyo y la educación entre pares, los objetivos y la organización del trabajo de acercamiento, el material utilizado por los trabajadores de acercamiento y la realización de este tipo de trabajo.

El triángulo de Zinberg

Las sustancias que modifican el estado de ánimo se han usado en todos los puntos del globo y en todas las etapas de la civilización. Además de tomar drogas en el marco de rituales, los seres humanos han utilizado sustancias psicoactivas como mero vehículo de placer. No obstante, como indica claramente Zinberg (1984), las drogas y su uso no pueden percibirse como algo que sucede exclusivamente entre la sustancia y el consumidor. Para poder determinar los efectos de la interacción entre una droga y un individuo, es necesario tener en cuenta el contexto en el que se realiza.

1 N. del T: En el original "outreach", se refiere a alcanzar aquello que está fuera de alcance y que requiere un esfuerzo mayor para conseguirlo. Otras posibles traducciones serían: aproximación, atracción, contacto, enlace...

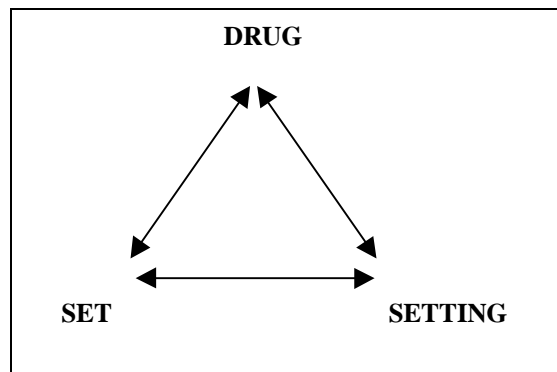


Fig. 1 Triángulo de Zimberg

Los tres conceptos incluidos en el modelo de Zinberg se influyen entre sí. La “droga” puede ser cualquier sustancia psicoactiva, desde la nicotina a la heroína. Definimos “droga” como toda sustancia que modifica la conciencia y que es tomada por tal motivo (Epen, 1988). Además de sus características farmacológicas, el concepto “droga” incluye dosis, modo de administración o impurezas. El “individuo” viene definido por las características de la persona que toma la droga, como pueden ser género, peso, historia personal, expectativas frente al efecto de la droga, etc. El “entorno”, finalmente, es el aspecto más complicado de este triángulo y puede definirse a varios niveles. El nivel inferior es influido por los niveles superiores. Posiblemente, la parte más importante del entorno sean los acuerdos internacionales sobre sustancias psicoactivas, como la Convención Única (Nueva York, 1961) y la Convención sobre Tráfico de Drogas de Viena (1988). Las políticas nacionales sobre drogas, basadas en los acuerdos internacionales, son un importante factor que influye directamente sobre las circunstancias en las que el usuario individual consume una sustancia. A causa del *status* ilegal de ciertas drogas, no existe control alguno sobre la calidad por parte de ningún organismo gubernamental, a pesar de que la fluctuación de calidad en la heroína, por ejemplo, cause muchas muertes.

Muchas drogas ilegales no son peligrosas por sí mismas, siempre y cuando sean puras y se administre la dosis correcta en las circunstancias apropiadas. Los efectos de las drogas sobre la mente y el cuerpo se denominan efectos primarios. Los efectos secundarios tienen que ver con los efectos indeseables del uso de drogas. Normalmente, estos efectos indeseables perjudican al usuario de drogas y a su entorno. En este trabajo nos concentraremos principalmente en ellos.

Gran parte del daño causado por el uso de drogas está relacionado con el entorno, esto es, la prohibición de las drogas y su uso. La tenencia y consumo de drogas ilegales es como un crimen sin víctima. Un usuario que sea arrestado con medio gramo de heroína no está haciendo daño a nadie; a pesar de que algunas drogas en si no son peligrosas, tendrá que enfrentarse a que el *status* ilegal de la sustancia sí lo es.

Reducción de riesgos y prevención

El “movimiento de la reducción de daños” se dio a conocer en la segunda mitad de los ochenta. Usuarios, trabajadores en drogodependencias y algunos políticos sintieron que era una gran injusticia que muchos usuarios de drogas por vía intravenosa se contaminasen con el VIH. La escasez de agujas y jeringas estériles fue considerada como un efecto directo de la política sobre drogas. Indudablemente, el contagio del VIH es un gran perjuicio ‘causado’ a los usuarios por la política sobre drogas.

La prevención desde una perspectiva de reducción de riesgos (prevención secundaria) intenta evitar los efectos no deseados del uso de drogas. Se trata de un enfoque complementario a la estrategia de prevención que promueve la abstinencia (prevención primaria) y que difunde normalmente historias de terror sobre el uso de las mismas. La prevención desde una perspectiva de reducción de riesgos asume como punto de partida el hecho de que la gente joven va a experimentar con drogas un día u otro, a pesar de las historias de horror y la prohibición. La estrategia de prevención orientada hacia la abstinencia se basa en una definición monodimensional de un fenómeno multidimensional. “Simplemente di no” o “Di no a las drogas” es ‘simplemente’ inefectivo y hace que muchos adolescentes se vean atraídos por el fruto prohibido.

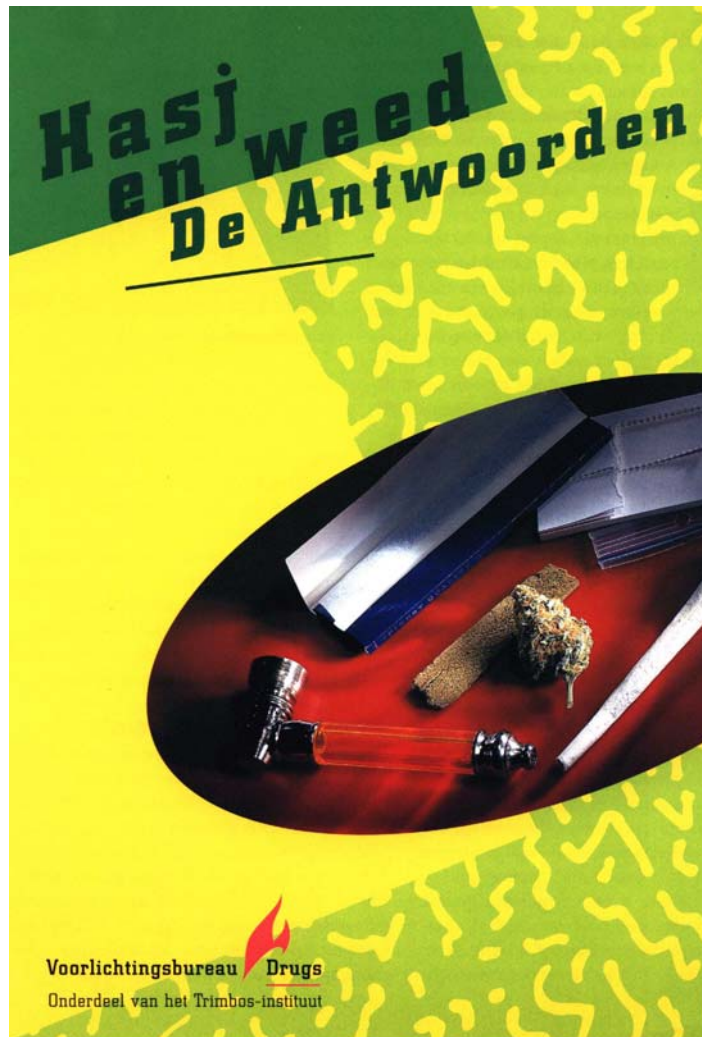
Muy a menudo, las campañas de prevención del tipo “simplemente di no” utilizan fuertes imágenes relacionadas con la muerte, la tragedia y las jeringas. Para algunas personas, esta estrategia podría evitar el iniciarse en las drogas; para otras es ridícula. Los consumidores no asocian el uso de drogas con la muerte, sino con el placer o con una agradable experiencia. Las campañas del tipo “simplemente di no” son rápidamente desenmascaradas como intentos moralistas para el control de adultos burgueses.

De hecho, informar a los consumidores para que no tengan problemas es algo más que prevención: es educación. En los países occidentales europeos la mayoría de personas aprende a beber alcohol en su entorno social básico: la familia y los amigos. El consumo de alcohol se imbrinco en numerosas reglas implícitas y explícitas. Sin embargo, las drogas exóticas (ilegales) carecen de este acoplamiento seguro y socialmente aceptado, por lo que las reglas y regulaciones de su consumo no están tan bien definidas. Las reglas y regulaciones sociales con respecto al consumo de drogas (legales e ilegales) sirven para promover el efecto óptimo y para evitar los efectos secundarios negativos en la medida de lo posible (Grund, 1993). Aquí se perfila el contorno de una potencial estrategia, que nos conduce a ampliarla hacia la educación sobre las drogas.



Fig. 2 Cómo no debe hacerse prevención

Cómo no debe realizarse la prevención primaria. Esta imagen corresponde a un modelo de prevención primaria de escasa calidad. Fue distribuida en forma de adhesivos y de *pins*, habitualmente en los clubes nocturnos. Lo que los diseñadores de la campaña no tuvieron en cuenta es que los jóvenes no usuarios de drogas en ningún caso se identificarán con el consumo inyectado de drogas. Si el grupo diana se viera confrontado a las drogas, lo más habitual sería que éstas fueran *Cannabis* o éxtasis, y no una droga inyectable. Una campaña educativa (del tipo que sea) debería conectar con la realidad del día a día del grupo diana.



Campaña nacional sobre *Cannabis*. El Ministerio de la Salud Holandés estima que entre 600.000 y 1.000.000 de personas consumen de un modo más o menos regular *Cannabis*, de los cuales una parte considerable es menor de 25 años. Estos datos apoyan la idea de que una campaña global resulta eficiente para informar sobre el *Cannabis*. El folleto “respuestas sobre Hashich y hierba” contiene información realista y normas orientadas hacia la reducción de riesgos. Está disponible en las oficinas de correos y librerías. Un spot televisivo estimula a los padres a informarse ellos mismos sobre el *Cannabis* antes de iniciar una discusión sobre el tema con sus hijos.

Educación sobre las drogas

La educación sobre las drogas se focaliza en la eliminación de los efectos secundarios no deseados, incluyendo la sobredosis y la propia adicción. Un enfoque de prevención sobre drogas efectivo promueve una forma inteligente de usar las drogas. El hecho de tomar drogas implica correr ciertos riesgos. Para poder tomar una decisión sensata, la persona debe estar informada de los riesgos que corre. Tomar drogas no es únicamente cuestión de decir ‘sí’ o ‘no’, sino que supone mucho más. Tomar drogas consiste también en elegir una droga específica, colegas con quienes consumirla y un entorno en el que experimentar sus efectos. Para tomar tales decisiones, los consumidores necesitan información fiable sobre los efectos de estas sustancias y sopesar las ventajas y desventajas de la droga de elección.

Una estrategia de prevención adecuada dirigida a usuarios de drogas incluye los siguientes aspectos:

Reconocimiento de que la gente joven se ve atraída por las drogas y van a experimentar con ellas a pesar de la prohibición.

Información objetiva sobre los posibles efectos deseados y no deseados de estas sustancias.

Fomentar el conocimiento de diferentes aspectos relacionados con la droga, el individuo y el entorno.

Saber qué hacer si algo va mal: por ejemplo, pánico, náuseas, sobredosis, adicción...

Las campañas de prevención o educación sobre drogas pueden dirigirse hacia diferentes grupos. En varias ciudades europeas se llevan a cabo campañas de consumo más seguro y, especialmente, de inyección más segura. En Alemania y Holanda, algunas organizaciones actúan en las denominadas *rave parties*² para discutir con los que acuden a dichas fiestas sobre los pros y los contras del consumo de éxtasis. Muchos trabajadores juveniles de toda Europa hablan sistemáticamente con los jóvenes sobre drogas sin rechazar el hecho de que la gente las usa. Estos trabajadores juveniles tratan de concienciar sobre las ventajas y desventajas del uso de las diferentes sustancias (incluido el alcohol). Existen demasiados ejemplos de prevención orientada hacia la reducción de riesgos como para mencionarlos aquí. No obstante, la idea fundamental subyacente es que **promover el “Simplemente di no” no sirve de mucho; lo que sí sirve es establecer y mantener una comunicación con los usuarios sobre el uso de drogas con el menor número de riesgos posible.**

Educación y usuarios de drogas por vía parenteral

2 N.del T: Fiestas organizadas en grandes naves industriales, que giran en torno al consumo de drogas de diseño y a una cierta variedad de música electrónica de baile.

El enfoque de reducción de riesgos para usuarios por vía parenteral comenzó con la prevención del VIH/sida, mediante la distribución de jeringas en las zonas de consumo de drogas. En muchas ciudades, esta estrategia preventiva fue motivo de controversia, aunque la distribución de jeringas se ha vuelto común en toda Europa desde mediados de los noventa. A través del intercambio de jeringas, los trabajadores en el campo de las drogas desarrollaron estrechas relaciones profesionales con usuarios de drogas por vía parenteral. Los equipos médicos se sensibilizaron especialmente respecto a algunos efectos secundarios negativos de la inyección de drogas en la calle. Al encontrarse con múltiples problemas relacionados con el consumo inyectable, como abscesos y venas dañadas, los equipos sanitarios empezaron a enseñar a los usuarios a inyectarse de forma higiénica y más segura.

La educación a los usuarios sobre técnicas de inyección más seguras se lleva a cabo de varias maneras:

De forma individual durante el intercambio de jeringas.

En algún lugar de la zona de consumo de drogas, en casa de alguien, en algún sitio donde se venda droga o donde los usuarios se reúnan para consumir.

Mediante un curso de preparación para usuarios en el lugar del intercambio de jeringas.

Algunos aspectos que abordan los cursos de preparación para usuarios de drogas por vía parenteral son: preparación adecuada de las drogas callejeras, el sistema circulatorio (venas y arterias), tratamiento adecuado de las venas, lugares de inyección apropiados, alternativas a la inyección, prevención de sobredosis y primeros auxilios en caso de sobredosis.

Apoyo y educación entre pares

La opinión pública ve a los usuarios de drogas por vía parenteral como gente marginal e incapaz, cuyo único objetivo y preocupación es conseguir la próxima dosis. Desgraciadamente esta visión se ve confirmada una y otra vez en los medios de comunicación. Lo cierto es que muchos usuarios por vía parenteral no encajan con esta imagen; un gran número de ellos tiene muchos otros intereses y preocupaciones aparte de “colocarse”: tienen una familia, trabajan, leen la prensa y se preocupan por su entorno, amigos y pares. El concepto de apoyo entre pares y de educación entre pares, se basa en la premisa de que los usuarios se preocupan por sus iguales.

A finales de los 70 y principios de los 80 surgieron en Holanda las denominadas *junky bonden*. Se trataba de **grupos de usuarios con objetivos políticos, que solicitaban la despenalización de las drogas y la adaptación de los servicios a las necesidades de los usuarios**. La *junky bond* de Rotterdam fue la primera que empezó a distribuir jeringas para evitar el contagio de hepatitis, en una época en que el VIH aún no se conocía.

En la actualidad han aparecido organizaciones de usuarios en muchos países europeos. Algunas de estas organizaciones están fuertemente orientadas hacia la promoción de los intereses de los usuarios de drogas. Se dirigen a aquéllos que elaboran las políticas para solicitar la despenalización de las drogas y su uso y para exigir la puesta en marcha de servicios pensados para las necesidades de los usuarios. En este sentido, es obvio que la salud tiene un componente político. En muchos países, la petición de accesibilidad a material de inyección estéril tuvo un impacto mayor que el meramente sanitario: el acceso a jeringas nuevas supuso en estos países un cambio en sus leyes. Ofrecer un programa de intercambio de jeringas representa aceptar que existen usuarios que se inyectan y usuarios que están muriéndose de sida a causa de una política sanitaria inadecuada. Es importante que las organizaciones de usuarios se conviertan en grupos con voz de la sociedad, tanto a nivel político como de puesta en marcha de programas sanitarios.

La probabilidad y el éxito de las organizaciones de usuarios depende en gran parte del clima político y de que dichos usuarios puedan beneficiarse de un tratamiento con metadona (Toufik et al., 1994). Cuanto más represiva es una política sobre drogas en un país, más razones tienen los usuarios para organizarse entre sí en respuesta a la misma. Bajo una extrema presión, no obstante, las organizaciones de usuarios no tienen oportunidad de aparecer. Si la represión es escasa, los usuarios son menos, o nada estimulados para emprender una acción política. Por su parte, la introducción del tratamiento con metadona a gran escala, amplificará la probabilidad de aparición de asociaciones de usuarios.

Los fundadores de una organización de usuarios harían bien en hacer participar en su junta a personas no usuarias de drogas sensibilizadas con sus objetivos y que, en caso de conflicto interno, pudiesen desempeñar un papel mediador. Las relaciones adicionales con otras organizaciones existentes (centros de atención a drogodependencias, parroquias, servicios de prevención del sida) son a la vez interesantes y necesarias. Estos grupos pueden ofrecer apoyo a nivel logístico (oficinas, teléfono, fax, etc.), de gestión y pueden cooperar en la ejecución de proyectos de prevención. Ahora bien, las asociaciones de usuarios tendrán que enfrentarse a la resistencia y la desconfianza que puedan mostrar las organizaciones establecidas. Estas últimas adoptarán una actitud de observar lo que la asociación de usuarios realiza, lo que es lógico desde la posición que ocupan. Antes de ofrecer su apoyo, querrán ver qué tipo de iniciativas llevan a cabo los usuarios.

La educación entre pares es una variante del apoyo entre pares. En este caso son los profesionales los que toman la iniciativa de desplegar a los usuarios, que son abordados en función de sus capacidades. **En los proyectos de educación entre pares, los usuarios se distribuyen para llevar a cabo tareas de prevención en las zonas de venta y consumo de drogas.** La ventaja de trabajar con un equipo de usuarios es el fácil acceso que estos tienen a las zonas de venta/consumo: saben cuáles son los lugares y las personas específicas y también conocen las reglas, rituales y sentido social de la ‘escena de las drogas’. A veces son ex-usuarios los que desempeñan el papel de educador entre pares; sin embargo, diversas experiencias han demostrado que los ex-usuarios pueden ser bastante moralistas con los usuarios en activo y, por tanto, no resultan tan bien aceptados en la ‘escena de las drogas’.

La educación entre pares es una forma de trabajar con los usuarios ampliamente practicada. La experiencia demuestra que muchas organizaciones que practican la educación entre pares normalmente emplean a un usuario, que es el que realiza todo el trabajo. Las limitaciones son obvias, pues un único usuario no puede cubrir toda una ciudad; este usuario puede estar familiarizado con una parte de la ‘escena de la droga’, pero es posible que no tenga acceso a otras partes. Broadhead & Fox (1990) han descrito varias de las dificultades que pueden encontrarse los participantes en un proyecto de educación entre pares. Tales dificultades están relacionadas con la fricción que surge casi necesariamente cuando los usuarios encarnan el doble papel de ser al mismo tiempo educador y par.

La remuneración de los usuarios que llevan a cabo apoyo entre pares suele ser un tema complicado en muchas organizaciones. Un trabajo a jornada completa es una amenaza para el trabajador profesional y, en ocasiones, incluso para el mismo usuario implicado. Es posible pagar a los usuarios en base a un precio establecido por hora o por día o bien remunerarlos en función de la prestación desempeñada. Sea cual sea la forma que se elija, el dinero por sí solo no es suficiente. Como todas las personas, los usuarios necesitan ser reconocidos por su contribución (ver más adelante “¿Qué es lo que necesitan los trabajadores de acercamiento?”). Para que un proyecto de educación entre pares tenga éxito, se necesita invertir mucho tiempo y energía en las personas que llevan a cabo el trabajo.

Trabajo de acercamiento con usuarios de drogas.

Desde mediados de los ochenta han aparecido muchos proyectos de acercamiento en Europa Occidental y los Estados Unidos. El surgimiento del sida constituyó el principal estímulo para la impulsión de este tipo de iniciativas. El trabajo de acercamiento se convirtió en el método más importante de contactar y educar sobre temas sanitarios a los usuarios que no se encuentran en tratamiento.

Existen diversos términos operativos para denominar el trabajo de acercamiento: trabajo de campo (*fieldwork*), trabajo de puertas afuera o en el exterior (*outdoor work*), trabajo de calle (*streetcorner work*). Pero todos ellos tienen en común el método para contactar con el grupo-diana en su propio entorno, en contraposición a los servicios en los que la gente tiene que ir por sí misma a solicitar asistencia.

En muchos países la posesión y el uso de drogas es ilegal y firmemente perseguida, por lo que los usuarios no se sienten predispuestos a hablar abiertamente sobre el tema con las autoridades. El *status* ilegal de las drogas (y de sus usuarios) hace que a las autoridades sanitarias les resulte difícil entrar en contacto con los consumidores de todos estos productos. Sin embargo, la comunicación con los usuarios es necesaria por razones de salud pública.

El trabajo de acercamiento es un método para contactar activamente con usuarios en su propio entorno, con el propósito de mejorar su situación por medio del apoyo social y la promoción de intereses, ayudándoles también a hacer uso de otros servicios comunitarios (Fromberg, 1998; de Andrés y Hernández, 1998).

Objetivos del trabajo de acercamiento

El trabajo de acercamiento se lleva a cabo para entrar en contacto con aquellos individuos que no son alcanzados por los servicios convencionales. Las motivaciones que impulsan a contactar con estas poblaciones denominadas “ocultas” son varias: **la salud pública y la mejora de la integración social son dos motivos importantes para iniciar un proyecto de acercamiento.** De estos dos incentivos principales pueden derivarse muchas metas prácticas. En general, el trabajo de acercamiento comprende objetivos como: prevención de enfermedades infecciosas (VIH, hepatitis...), derivación de los usuarios a los servicios adecuados, descripción de las zonas de venta/consumo de drogas, etc.

Un proyecto de acercamiento puede formar parte de una política de prevención del sida, en cuyo caso el objetivo primario está claro: prevenir la propagación del VIH. No obstante, si un programa es iniciado únicamente con la intención de prevenir el VIH (y las hepatitis), su base se revelará demasiado pequeña. Actualmente, los usuarios por vía parenteral son conscientes de los riesgos de infección por VIH. Aunque lo cierto es que, en muchos países, una considerable proporción de usuarios por vía parenteral se ve contaminada por el VIH y/o la hepatitis B/C. Los objetivos de un moderno programa de acercamiento deben ir mucho más allá de la mera prevención. Si recordamos la definición de trabajo de acercamiento descrita anteriormente, los objetivos incluirían una mejora del acceso a tratamiento médico de las personas contagiadas.

Uno de los puntos fuertes de un proyecto de acercamiento es que puede ofrecer una descripción de las zonas de venta/consumo (escena de la droga), que incluye la perspectiva de los usuarios. Dicha perspectiva es necesaria, pues en muchos casos el problema de las drogas se define únicamente desde el punto de vista del orden público y la salud pública. **Una política sobre drogas que se desarrolle sin tener en cuenta las necesidades y el estilo de vida de los usuarios difícilmente tendrá éxito. Además, el trabajo de acercamiento puede proporcionar información a otros trabajadores sobre el desarrollo de la escena de la droga: nuevas drogas, nuevos modos de administración, nuevos usuarios etc.**

Un ejemplo es la aparición y diseminación del crack en la escena de los usuarios de heroína. La información de la calle sobre el uso de crack es importante para los trabajadores de los centros de tratamiento con metadona. En la calle corre información que puede ayudar a los que trabajan en drogodependencias a comprender los modelos de consumo de cocaína, ofreciendo pistas para el tratamiento. Un programa de acercamiento bien orientado: 1) observa los fenómenos y 2) proporciona información sobre los mismos a los servicios de tratamiento.

Recientemente, se produjo en Holanda una expectativa cada vez mayor sobre el problema del uso de crack en la escena tradicional de la heroína. Por desgracia, los conocimientos sobre la cocaína y su uso que poseen los equipos de los programas de tratamiento son muy escasos. Los datos que tienen los trabajadores de acercamiento sobre el uso de crack, se van comunicando poco a poco a otros servicios de atención.

Organización del trabajo de acercamiento.

En términos globales, existen dos conceptos organizativos sobre los que se construye un proyecto de acercamiento:

1. Un programa de acercamiento integrado en un servicio asistencial de drogodependencias.

Una organización establecida lleva a cabo un proyecto de acercamiento utilizando como base su nombre, equipo y oficinas. Uno de los objetivos implícitos, entre otros, es el de facilitar a los usuarios el tratamiento de su adicción. Una ventaja importante puede ser el apoyo y las posibilidades de los servicios de tratamiento de la institución. Por otro lado, el grupo-diana puede ser reticente a entrar en contacto con una institución así, debido a experiencias previas, prejuicios o desconfianza.

Un problema similar ocurre en nuestro Instituto para la Investigación de la Adicción (IVO) de Rotterdam. Por cuestiones de financiación, este Instituto se ve estrechamente vinculado a las autoridades sanitarias municipales (GGD). El GGD desempeña un papel crucial en la política local sobre drogas. En ocasiones, los usuarios muestran desconfianza hacia el trabajo de investigación de campo, pues piensan que la información recogida se comunicará a las autoridades sanitarias municipales (cosa que, por otro lado, es cierta), cuya política sobre drogas no siempre es apreciada.

2. Un programa de acercamiento como proyecto autónomo, claramente separado de los servicios existentes.

Un proyecto autónomo de acercamiento no tiene vínculos organizativos claros con ninguna otra institución. La razón principal para iniciar un proyecto así es la de evitar cualquier desconfianza del grupo diana, por ejemplo, el de la prostitución masculina. La prostitución masculina es una profesión altamente estigmatizada y los hombres y jóvenes que trabajan en ella tratan por todos los medios de mantener oculta su actividad. En casos así, un proyecto autónomo tiene más posibilidades de ganarse la confianza del grupo-diana que un proyecto con claros vínculos a organizaciones establecidas. Por otra parte, un programa autónomo debe realizar mayores esfuerzos para crear o tomar parte en alguna red médico-social.

El equipo de un proyecto de acercamiento

El trabajador de acercamiento ideal no existe y el reclutamiento de este tipo de trabajadores no es fácil. En muchos equipos de acercamiento se emplean tanto trabajadores con una formación profesional, como usuarios antiguos o en activo. **Los requisitos básicos de un trabajador de acercamiento son:**

Comprensión del uso de drogas (problemas, normas, cultura).

Una actitud que no juzgue a los usuarios.

Familiaridad con los sistemas de tratamiento de drogas.

Una sana curiosidad por la cultura del consumo de drogas.

En atención a los trabajadores, es importante que la dirección se preocupe por la planificación de la carrera del trabajador de acercamiento. Este tipo de trabajo se caracteriza por un gran movimiento de personal y el fenómeno que comúnmente se denomina “quemarse”, es bastante conocido por muchos de los que se dedican a este campo. La dirección debería proporcionar preparación y supervisión, así como estimular la formación de forma permanente. Si un trabajador de acercamiento desea abandonar dicha ocupación, debería poseer el suficiente nivel de formación como para lograrlo con éxito.

¿Qué es lo que necesitan los trabajadores de acercamiento?

En primer lugar, los trabajadores de acercamiento necesitan **apoyo de la organización que los contrata**. En este sentido no difieren de los pares en un proyecto de educación entre pares. La tarea que llevan a cabo los trabajadores de acercamiento es frágil, pues actúan en un entorno en el que las palabras clave son ‘desconfianza’ y ‘sospecha’. Ellos establecen contactos en base a la confianza, pero la obtención de confianza puede resultar especialmente difícil en un clima de represión política. Hacerse una buena reputación puede ser cosa de semanas, a veces meses, y no hace falta más que un incidente para tirarla por tierra. Si los trabajadores de acercamiento no se saben apoyados por su organización, se sentirán solos e impotentes para cambiar la más mínima parte de los enormes problemas a los que se enfrentan en la escena de las drogas.

El apoyo que la dirección puede ofrecer a estos trabajadores es diverso. Para permitir que lleven a cabo derivaciones efectivas, la dirección debe procurar que el proyecto de acercamiento sea conocido por organizaciones relevantes, como programas de intercambio de jeringas, hospitales, clínicas, centros ambulatorios, programas de metadona, proyectos de vivienda.

Es importante crear un sistema mediante el cual los trabajadores de acercamiento puedan comunicar sus experiencias y sus ideas sobre los escenarios de las drogas. Esto es importante para el equipo -ya que necesitan ser escuchados-, pero también para el proyecto de acercamiento en sí. La información relevante de la calle tiene que ser comunicada a otras agencias y a los que definen la política.

Una organización debe encargarse de ofrecer unas **buenas condiciones laborales**. Es necesario que la dirección tenga en cuenta que los trabajadores de acercamiento tienen a veces horarios laborales distintos a los del personal de oficina. También deberían disponer de una pequeña cantidad de dinero para invitar a un café o algo de comer a los individuos con los que contactan. La dirección debe asimismo poner un límite al número de horas de trabajo.

Registro

Independientemente del tipo de trabajo de acercamiento, **debería existir alguna clase de registro sistemático de actividades**. El registro es necesario para poder

evaluar un proyecto; se trata de la base sobre la cual el proyecto informa a otras instituciones y a las autoridades sanitarias.

Un registro sistemático de actividades permite al equipo obtener una visión general de sus propias tareas. Pero todavía es más interesante constatar que un registro sistemático beneficia la homogeneidad de las actividades del equipo. El registro sistemático obliga al equipo a mirar hacia la escena de las drogas bajo el mismo prisma y también ayuda a valorar los desarrollos de la escena de la droga con sus protagonistas, sintonizando las ‘antenas’ del acercamiento en la misma dirección. El trabajo de acercamiento es un trabajo en gran medida subjetivo; cada trabajador de este campo tiene su propio tema favorito que sirve para captar la mayor atención. En este sentido, el registro sistemático permite comparar las distintas impresiones subjetivas.

El diario es un tipo de registro cualitativo, si bien requiere bastante tiempo. A muchos trabajadores de acercamiento les gusta porque constituye una plataforma para ‘aventuras’ y experiencias personales. Mantener un diario no es fácil, ya que es necesario estar dotado para la escritura. Además de ello, un diario tiene una utilidad limitada como medio de comunicar los resultados del trabajo a otras instituciones. Su verdadera utilidad consiste en proporcionar ejemplos de la forma en que se realiza dicho trabajo, así como ejemplos de los distintos entornos de los usuarios. La principal desventaja de un diario es su subjetividad y las dificultades a la hora de cuantificar los datos que contiene. Un diario podrá mantenerse mejor si las personas que lo escriben poseen puntos de atención comunes sobre lo que escriben.

El registro cuantitativo no suele gustar demasiado a los trabajadores de acercamiento. El tipo de registro cuantitativo más básico aparece vinculado a la distribución de jeringas y se lleva a cabo de forma rápida y fácil. Ahora bien, el registro de los contactos en la escena de las drogas es ya algo más complicado. En este apartado hay que resolver preguntas como: ¿de qué forma debe tratarse a los nuevos y viejos contactos? ¿Qué temas hay que discutir? (Rhodes, 1996).

Lo más esencial en relación a los registros es que exista entre las personas que los realizan un consenso sobre la forma de interpretar la conducta, los fenómenos y las situaciones.

Por ejemplo: ¿qué es una *sobredosis*? ¿Qué es un consumo de drogas *regular*? ¿Qué se conoce como *acoso policial*? ¿Qué constituye una información *fiable*? Para poder llevar un registro adecuado, tanto cualitativo como cuantitativo, es necesario que exista un consenso sobre la terminología.

Desgraciadamente, muchos proyectos de acercamiento carecen de una forma adecuada de registro, y por ello es difícil saber exactamente qué es lo que hacen y qué es lo que no hacen. A largo plazo, la falta de un registro adecuado constituye una amenaza para la continuidad de un proyecto de acercamiento.

Material que utilizan los trabajadores de acercamiento

La herramienta más importante es una disposición adecuada y la capacidad de ganarse la confianza en un entorno por naturaleza desconfiado. Además de esta

herramienta invisible es posible que necesite algunas herramientas visibles. En este sentido, las jeringas limpias llevan a cabo una tarea múltiple. Además de satisfacer las necesidades reales de los usuarios, la distribución de agujas y jeringas es también una ‘prueba’ de la postura de aceptación del trabajador de acercamiento. Otros materiales relacionados con la inyección de drogas pueden llevar a cabo la misma función; pero, sea cual sea el material que se elija, deberá encajar bien en las necesidades del grupo-diana. Es, por tanto, un deber observar qué tipo de material usa o necesita la gente.

Cuando quedó claro en Holanda que cada vez menos puntos de venta de drogas permitían a los usuarios inyectarse allí mismo, las agujas se convirtieron en un argumento más débil para contactar con dichos puntos. Sin embargo, el equipo de acercamiento quería tener una justificación concreta para su presencia en los puntos de venta y el café se convirtió en un nuevo argumento. Por las noches, el equipo empezó a llevar café en termos, con lo que los miembros pasaron a ser bien recibidos en muchos puntos. Alrededor de una taza de café caliente, iban dándose a conocer entre los visitantes de los puntos de venta.

Distribución de preservativos. Hoy en día, todos los proyectos de acercamiento disponen de una amplia variedad de condones. La distribución incluye condones para el sexo vaginal, anal y oral. Los proyectos de acercamiento con trabajadores específicos en el campo del sexo, cuentan con una variedad aún mayor de herramientas para sexo seguro.

Equipos de inyección. La distribución de equipo de inyección se considera una importante tarea en aquellas ciudades que no disponen de intercambios de jeringas (o donde estos son insuficientes). La elección de materiales depende de las necesidades y hábitos de los inyectores-diana. Si, por ejemplo, la gente se inyecta metadona oral, será necesario que haya disponibles jeringas de gran capacidad para evitar que la gente tenga que inyectarse varias veces con una única dosis. Para disolver la heroína marrón (de Oriente Medio) y convertirla en un líquido inyectable se necesita un producto como el ácido ascórbico o cítrico. En ciudades en las que sólo hay disponible heroína blanca (del Extremo Oriente), el ácido es igualmente útil como vitamina C.

En algunas ciudades, la policía utiliza las jeringas usadas -que contienen partículas de sustancias ilegales- como prueba contra los usuarios. En tales lugares, no cabe esperar que los usuarios guarden en el bolsillo las jeringas usadas hasta que puedan intercambiarlas por una nueva. Bajo estas condiciones resulta inadecuado obligar a los usuarios al intercambio; en una situación así, la distribución de jeringas es mucho más efectiva, en términos de prevención, que el intercambio.

Las agujas y jeringas pueden ser intercambiadas o distribuidas a un nivel individual. Este tipo de distribución, aunque necesario, requiere mucho tiempo y es de alcance limitado. Una interesante opción adicional la constituye el intercambio ‘colectivo’, que se ha definido como: la disponibilidad de grandes cantidades de jeringas estériles y contenedores de seguridad en lugares estratégicos de la escena de las drogas, para que siempre haya jeringas limpias al alcance de la gente en los lugares donde se utilizan (Grund et al., 1995).

Otro material de inyección a distribuir son las toallitas de alcohol, contenedores de seguridad (para jeringas usadas), filtros de algodón y agua bidestilada. Los dos últimos se distribuyen porque la hepatitis C (VHC) puede transmitirse al compartir filtros y agua. En las ciudades donde está prohibida la posesión de jeringas sin receta, también se distribuyen pequeñas botellas de lejía. La lejía correctamente aplicada puede acabar con el VIH; ¡pero atención!, para acabar con el VHC hace falta un procedimiento más largo.

Impresos de educación sanitaria. Los trabajadores de acercamiento topan con muchas preguntas referidas a la salud en las calles. Los folletos de propaganda pueden ser el broche final de una conversación sobre ciertos temas sanitarios como la inyección segura, drogas diversas (crack, éxtasis), VIH/sida, lugares donde realizar la prueba y/o recibir tratamiento, hepatitis, tuberculosis, etc. El estilo de los folletos tiene que ser de lectura fácil (cómic para adultos) y con cierta similitud hacia su estilo de vida. Veamos un ejemplo sobre autoinyección.

Autoinyección

Usa una jeringa nueva cada vez, o, por lo menos, una aguja nueva para evitar cicatrices, morados, agujas atascadas o rotas e infecciones (hepatitis B/C, VIH, otras bacterias).

Elige un punto diferente cada vez; así tendrás menos cicatrices, morados, abscesos, hinchazones, venas en mal estado o problemas de circulación sanguínea.

Busca la vena más grande que puedas y cambia de vena cada vez; si ello no resulta posible, busca un nuevo punto como mínimo a 2,5 cm. de distancia del último lugar que utilizaste.

Limpia el punto de inyección con alcohol y espera a que éste se haya evaporado. Es entonces cuando resulta efectivo y la aguja no duele al ser introducida.

Un torniquete contribuye a que las venas se dilaten; utiliza una goma elástica, ya que es más fácil de aflojar. Si te inyectas en el brazo, primero déjalo suelto hacia abajo para que se llene de sangre y después aplica el torniquete. No aprietes demasiado ni demasiado tiempo (¡protege tu sistema circulatorio!).

Si no logras encontrar una vena, retira el torniquete, haz algo de ejercicio y vuelve a intentarlo otra vez. Antes de meter la aguja asegúrate que podrás aflojar el torniquete. Por ejemplo: ponte en la boca el extremo tirante del torniquete y así, si te colocas demasiado, la boca se te abrirá y el torniquete quedará suelto automáticamente.

No te olvides de sacar el aire de la jeringa. Pon la jeringa hacia arriba y, si es necesario, saca las burbujas dando golpecitos con un dedo y empujando el émbolo con cuidado hasta que ya no quede nada de aire.

Es más seguro aflojar el torniquete antes de empujar el émbolo, ya que, si tienes una sobredosis (y te quedas inconsciente) con un torniquete apretado, lo más probable es que pierdas esa parte del cuerpo que no recibe sangre. Para muchas personas esto es muy difícil, pues también se les “escapa” la vena. Lo mejor es que siempre haya alguna persona contigo, por si acaso.

Introduce la aguja en un ángulo de 15 a 35 grados en dirección a tu corazón, con la punta de la aguja hacia abajo. De esta forma, la aguja se desliza fácilmente dentro de la vena.

Las venas no desaparecen si las aprietas con el dorso de la mano: la aguja se sitúa entonces entre el torniquete y el dedo que mantiene tirante la vena.

Si ves sangre roja cuando tiras hacia atrás el émbolo, es que has entrado en una vena. Si la sangre es rosada o el émbolo es impulsado hacia atrás por sí mismo, se trata de una arteria. Cuando ocurra esto último, afloja inmediatamente el torniquete y saca la aguja. A continuación, aprieta por lo menos cinco minutos sobre ese punto con una venda hasta que estés seguro de que ha dejado de sangrar. Entrar en una arteria puede provocar graves problemas.

Cuando te asegures de haber pillado una vena, empuja el émbolo lentamente. Comprueba varias veces que sigues en la vena, retirando un poquito hacia atrás el émbolo. Con la cocaína uno no se entera si está junto a una vena. Si pierdes la vena durante la inyección, afloja el torniquete y elige otro punto. La aguja no se atascará tan fácilmente si metes un poco más de agua fría. No te olvides de sacar el aire.

Cuando hayas terminado, afloja el torniquete y saca la jeringa en dirección opuesta a como la insertaste. Mantén el punto de inyección apretado durante algún tiempo (hasta que ya no sangre), preferiblemente haciendo presión con el brazo (o pierna) para evitar posibles hemorragias bajo la piel.

Si te has inyectado fuera de la vena o sangras debajo de la piel (hemorragia subcutánea), ponte alguna pomada (heparina) o solución salina y cúbreala con un vendaje compresivo. Los picos fuera del sitio y las hemorragias subcutáneas pueden producir abscesos.

No te olvides de tirar tu jeringa usada de forma segura o de intercambiarla por una nueva.

Trabajo en parejas. En muchos proyectos de acercamiento, el equipo trabaja en parejas. La razón más importante es la seguridad personal del equipo. En ocasiones, dos colegas pueden ayudarse entre sí en situaciones desagradables. Lo que sigue es un ejemplo corriente y extraído de un diario de campo. Los trabajadores de acercamiento son Greet y Cas:

“Estamos en casa de Johnny. Acaba de hacerse un pico de cocaína y tiene ganas de cháchara. De manera que el tío no para de hablar. Greet se ha puesto a charlar con Harry, que está fumándose un poco de heroína en la otra punta de la habitación. Johnny no me da ni la más mínima oportunidad de intervenir en su monólogo de coca. La verdad es que es un coñazo. Menos mal que Greet se da cuenta enseguida de que tengo ‘problemas’. Entonces propone que vayamos a visitar a otras personas y yo acepto complacido. Dejamos unas 20 jeringas, nos despedimos de Johnny y de Harry y nos marchamos del squat”.

Una postura protectora como ésta proporciona también una especie de ‘válvula de escape’ ante la identificación excesiva con el grupo-diana. Un compañero/a puede aportar *feedback* a la relación que uno desarrolla con los individuos del grupo-diana.

La identificación excesiva es una amenaza tanto para el trabajo como para el trabajador. Ejemplos de identificación excesiva son: hacer horas extras sin compensación, compartir dinero con el grupo-diana sin que sea reembolsado por la organización, comprar artículos robados a gente del grupo-diana, usar drogas ilegales con gente del grupo-diana, ponerse físicamente agresivo. Hay que señalar también que, si un programa contrata como trabajadores de prevención a usuarios en activo, resulta mucho más complicado determinar si se produce, y hasta qué punto, identificación excesiva con el grupo-diana.

Trabajar en parejas es hasta cierto punto una garantía de calidad de trabajo. Una pareja de trabajadores de acercamiento se ofrecen *feedback* mutuamente de una forma constante. El *feedback* es importante para mantenerse consciente de la propia conducta en situaciones anormales. Sobre todo en comunidades multirraciales, el *feedback* de un colega étnico puede ser de importancia vital.

Un buen conocimiento del “mapa médico-social” de la ciudad o región constituye un deber para el trabajador de acercamiento. El conocimiento resulta útil en muchas situaciones en las que los usuarios requieren tratamiento ambulatorio u hospitalario. Ahora bien, el mero conocimiento del ‘mapa médico-social’ no basta; el acceso a las instituciones es igual de importante. La dirección puede jugar un papel substancial a la hora de hacer que el proyecto de acercamiento sea conocido por instituciones relevantes.

¿Qué es lo que necesitan los usuarios?

Los usuarios requieren trabajadores que mantengan una “actitud tolerante”. Si los usuarios advierten que el trabajador rechaza su consumo de drogas o su estilo de vida, seguramente lo evitarán. En tal caso, dicho trabajador está fracasando en el objetivo número uno: establecer contacto con el grupo-diana y mantenerlo.

Al mismo tiempo, **es necesario que un trabajador de acercamiento deje claro que es alguien diferente.** “Diferente” por ser una persona que trabaja por unos objetivos, que tiene acceso a las instituciones y que sabe escuchar a otro.

Se habla mucho de los escenarios de las drogas. La gente tiene tendencia a ello, sobre todo cuando está disfrutando los efectos de las drogas. Sin querer decir que este tipo de habla no sea valiosa, a veces el usuario quiere a alguien que sepa escuchar de verdad y ayudar para priorizar sus problemas y obligaciones. La cuestión es, a

menudo, ¿qué problema abordar primero?, si es necesario tomar decisiones radicales o bien elegir un enfoque gradual.

En muchos sentidos, los trabajadores de acercamiento forman un puente entre la escena de la droga y el mundo 'normal'. Por esta razón, automáticamente tienen una responsabilidad en relación a los intereses de los usuarios de drogas. Estos intereses pueden identificarse en diferentes áreas: salud física, salud mental, vivienda, trabajo, tratamiento, etc.

Un proyecto de acercamiento debe mantener un equilibrio entre los intereses individuales y colectivos de los usuarios. La dirección es responsable de la promoción de los intereses de los usuarios como grupo, y el trabajador de acercamiento individual es responsable de los intereses del usuario individual.

Establecer contactos en los escenarios de las drogas

Realizar contactos con usuarios y ganarse su confianza es el primer paso hacia un trabajo de acercamiento efectivo. El lugar de los primeros contactos depende del punto de partida geográfico de un equipo de acercamiento. Está claro que un equipo de cuatro personas no puede cubrir una ciudad de 500.000 habitantes, sino que empezarán a trabajar y se limitarán a los barrios que se encuentren más severamente afectados por las drogas. A través de iniciativas comunitarias, uno aprende rápida y fácilmente dónde se reúnen los usuarios y a veces incluso es posible ponerse en contacto con ellos a través de tales iniciativas. Otros informadores clave son: trabajadores en el ámbito de las drogas, agentes de policía de la comunidad, párrocos y voluntarios de iniciativas parroquiales. En general, la regla siguiente es válida: cuanto más marginalizados están los usuarios, más fácil es ponerse en contacto con ellos.

Contactar con uno o dos usuarios puede llevar fácilmente a contactar con otros. En cada nuevo contacto, es importante que se pueda justificar la presencia y el interés. **Si las intenciones de un trabajador de acercamiento son vagas, no contribuirán a que se establezca una relación de confianza con la comunidad de usuarios. De manera que, antes de iniciar un proyecto, los objetivos deberían quedar claros.** Materiales varios como jeringas, *kits*, material de primeros auxilios o incluso pequeños cuestionarios, pueden ofrecer una justificación plausible de la presencia y el propósito de uno.

Cuanto más severa sea la represión policial, tanto más difícil será ganarse la confianza de la población-diana. Incluso si los usuarios sienten confianza por un trabajador de acercamiento a nivel personal, es posible que en ciertas zonas o situaciones eviten el contacto con el mismo.

Desde principios de 1996, los trabajadores de acercamiento de Rotterdam se han vuelto sumamente cautos a la hora de contactar y visitar puntos de venta. Muchos de estos puntos sufrieron redadas y fueron cerrados, y esto ocurría cada vez que ellos habían entrado en contacto con la gente de dicho punto. Al final, el equipo de acercamiento se volvió reacio a contactar con nuevos puntos de venta. Tenían miedo de perder la confianza de los usuarios y los camellos callejeros. Hasta hoy día, la

relación entre los contactos establecidos por el equipo y las redadas permanece sin esclarecerse.

Un equipo de acercamiento dispone de un local en el que pueden tener lugar las actividades (Barendregt, 1993). Una base tan circunscrita cumple diversos propósitos: oficina para el equipo, almacenamiento del material (de inyección). Depende en gran medida de la actitud del vecindario si este local puede ser también visitado por los mismos usuarios. La experiencia demuestra que, en muchas comunidades, la tolerancia hacia los usuarios de drogas es baja. Por ello, al iniciar un programa de acercamiento en base local, debería hacerse con discreción para evitar una posible resistencia de los vecinos.

Si las circunstancias lo permiten, un local puede servir también como lugar para recibir gente. Los visitantes pueden acudir para mantener conversaciones con el equipo, intercambiar jeringas e incluso beberse una taza de café. Es el equipo de acercamiento quien tiene que decidir los servicios complementarios que desea ofrecer desde su local. Cuantos más servicios y más horas de apertura, más importante será la base local para los visitantes. En un sentido estricto, la oferta de servicios debería limitarse para poder mantener el carácter de un proyecto de acercamiento. La gente -incluyendo el equipo de trabajo- tiende a buscar (y encontrar) lugares seguros. Servicios restringidos con un horario limitado pueden beneficiar ampliamente el trabajo de calle.

Bibliografía

Barendregt C. (1993) *Streetwork in Rotterdam. Streetcorner, Zeitschrift für aufsuchende soziale Arbeit*. 2/93, Vol. 6, Nürnberg.

Broadhead Robert S, Fox Kathryn J. (1990) *Taking it to the streets: AIDS Outreach as Ethnography*. Journal of Contemporary Ethnography, Vol. 19, No. 3, octubre.

De Andrés M, Hernández T. (1998) *Estrategias de acercamiento a usuarios de drogas*. CREFAT Monografías 5, Madrid.

Epen J.H. van. (1988) *Drugs van de wereld, de werel van Drugs*. Rotterdam.

Fromberg E. (1988) “*Je moet het hebben!*”, *Straathoekwerk: roeeping of beroep?* Utrecht.

Grund J-PC. (1993) *Drug use as a social ritual. Functionality, Symbolism and Determinants of Self-Regulation*. Rotterdam.

Grund J-PC, P.Blanken, N.F.P. Adriaans, C.D. Kaplan, C. Barendregt, M. Meeuwssen. (1995) “Alcanzar lo inalcanzable: un modelo de medio abierto para la prevención del sida sobre el terreno entre adictos a la drogas activos fuera de tratamiento” en P.A. O’Hare et al. (Eds.) *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Grup Igia, Barcelona.

Rhodes T. (1996) *Outreach work. Practice and Principles*. Council of Europe.

Toufik A, Mme Sibel Bilal, De la Selle P. (1994). *Substitution and drug-user’s self-organisation in Europe*. Presentación en la V Conferencia sobre Reducción de Riesgos, Toronto.

Trautmann F, Barendregt C. (1995) *Manual Europeo de apoyo entre compañeros*. NIAD. Utrecht.

Zinberg N.E. (1984) *Drug, Set and Setting, The Basis for Controlled Intoxicant Use*, New Haven, Londres.

CAPÍTULO 16

PUBLICACIONES SOBRE REDUCCIÓN DE RIESGOS PARA USUARIOS DE DROGAS EN MANCHESTER.

Michael Linnell.

Lifeline es una entidad benéfica cuyo objetivo es ayudar a los usuarios de drogas, sus familias y sus amigos. Tiene su sede en Manchester, una gran ciudad industrial del noroeste de Inglaterra. Fue fundada en 1971, lo que la convierte en uno de los servicios relacionados con drogas más antiguos de Gran Bretaña.

Filosofía de Lifeline

La filosofía de Lifeline en relación al uso de drogas es moralmente neutra. El punto de vista de la entidad con respecto al consumo de tales productos es ‘agnóstico’, lo cual quiere decir que no lo cree como algo intrínsecamente bueno o malo. Por ello, Lifeline no considera apropiada la adopción de fuertes posicionamientos morales. Son muchos los que en el campo de las drogas mantienen que el consumo de estas sustancias constituye una moderna representación del ‘mal’. Pero, del mismo modo, otros tantos piensan que las drogas son una fuerza positiva permanente en un mundo de gran incertidumbre e inseguridad. Por nuestra parte, no entramos en tales debates y mantenemos silencio en las discusiones relativas a legislación sobre drogas. Lifeline no es una organización política; varios de sus clientes y miembros del equipo sostienen puntos de vista muy vehementes respecto a la legislación sobre drogas, pero se trata únicamente de contenidos de su propia opinión filosófica y moral. Tanto las agencias antidroga como las agencias prodroga tienden a exagerar o distorsionar la realidad para acomodarla a sus objetivos. **El único convencimiento que Lifeline esgrime como filosofía moral colectiva es el compromiso de ‘contar la verdad sobre las drogas y sus usuarios’.**

Uso de drogas en Gran Bretaña

Actualmente hay disponibles en Gran Bretaña más drogas ilegales que nunca. Estas drogas están siendo usadas por un número de personas como no se había conocido anteriormente, y la edad a la que empiezan a hacerlo es cada vez menor. En pocas palabras, el uso de drogas ilegales no había sido nunca una actividad tan ‘normal’. No obstante, esto no equivale a decir que hoy día sea normal depender de las drogas, es decir, ser ‘adicto’ a las mismas. Los ‘adictos’ a las drogas continúan representando una pequeña minoría del total de personas que usan drogas ilegales. Lifeline reconoce que existe una diferencia fundamental entre dos grupos de personas: **los que son ‘adictos’ a las drogas (grupo A) y los que las utilizan de una forma más “lúdica” o selectiva (grupo B).** Sin embargo, Lifeline rechaza también la idea de

que el uso lúdico de drogas sea sinónimo de uso no problemático. Los usuarios recreativos tienen también problemas y, por tanto, necesidades. Tal vez no sean las mismas necesidades que las del adicto, pero están ahí y Lifeline se ha comprometido a dar respuesta a todo tipo de usuarios de drogas y a toda clase de problemas relacionados con ellas.

Uso de drogas en el Grupo A

En Gran Bretaña, las únicas estadísticas oficiales proceden del Home Office (1995). Estas estadísticas muestran el número de personas notificadas como adictos a las drogas (básicamente, las que usan opiáceos y cocaína). Las últimas estadísticas indican unos 34.000 adictos notificados en Gran Bretaña, siendo en su mayoría usuarios de heroína o usuarios de heroína a los que se prescribe metadona. Para obtener una estimación del número de ‘adictos’ que no están en tratamiento es normal multiplicar esta cifra por cinco, lo que nos da aproximadamente unos 170.000 adictos o usuarios del Grupo A en Gran Bretaña. Los programas de reducción de riesgos para este grupo, como intercambio de jeringas y prescripción de metadona, aparecieron porque el gobierno percibía el VIH como una amenaza mayor que el uso de drogas. En casi todas las ciudades de Gran Bretaña hay acceso a agujas nuevas y jeringas. Lifeline dirige uno de los programas de intercambio de jeringas más activos de Manchester, con unos 2.000 clientes registrados y unas 70 visitas al día.

Uso lúdico de drogas (Grupo B)

Los usuarios del Grupo B son usuarios recreativos y, según nuestra experiencia, bastante distintos a los del Grupo A. Desde 1990, Lifeline se ha especializado en este tipo de usuarios. Una investigación llevada a cabo en los colegios por la Universidad de Manchester (Parker et al. 1995) sugiere que, localmente, más del 50 por ciento de jóvenes han experimentado con drogas antes de los 16 años. Manchester probablemente sea un área de elevado consumo, pero todas las demás investigaciones del resto del país sugieren que, a nivel nacional, más de un 40 por ciento de jóvenes han usado drogas a los 16 años (McC Miller and Plant, 1996). Este uso difiere mucho del del Grupo A. Los jóvenes implicados provienen de todo tipo de extracción social y origen étnico, y no son adictos: no se inyectan ni tienen que recurrir a la delincuencia para costearse un hábito. Consumen cannabis, LSD, anfetaminas y éxtasis, además de alcohol; a menudo combinan varias sustancias durante cierto período o durante el fin de semana, y normalmente no usan ni heroína ni cocaína. Consumen drogas ‘por diversión’, como parte de su actividad lúdica; se trata de hedonistas que disfrutan de la vida al máximo, e incluso ellos mismos se consideran diferentes a los usuarios del Grupo A. Esta clase de consumo de drogas es hoy tan frecuente que ya no puede considerarse una ‘subcultura’, sino que se trata más bien de la corriente principal de la cultura juvenil, estrechamente vinculada a la escena nocturna (bares, discotecas...). La cultura de los jóvenes británicos que usan drogas es la cultura del exceso; a nuestro juicio, es muy diferente a la de -por ejemplo- los holandeses, en la que el consumo de drogas parece ser una cosa más planificada.

Campañas de información para usuarios de drogas

Lifeline lleva ya casi diez años desarrollando una campaña de información para usuarios de drogas que consiste principalmente en el uso de folletos de propaganda. Para ello no recibimos ningún tipo de subvención, en parte porque nuestro trabajo se considera controvertido y en parte porque lo preferimos, ya que valoramos el hecho de tener una completa independencia sobre el contenido. Actualmente vendemos una gama de más de 70 folletos, y el año pasado vendimos casi un millón de ellos sólo en Gran Bretaña.

¿Cuál es el fin de la información sobre drogas?

Si uno tuviera que producir información dirigida a la prevención de accidentes de tráfico, podría preparar un póster con el mensaje: “No llevéis coche: son muy peligrosos y matan a la gente”; es decir, algo muy simplista, sin duda inefectivo y por ello una pérdida de tiempo y dinero. Sin embargo, esto es lo que suele ocurrir con los mensajes de prevención sobre drogas. Se descuelgan con eslógans simplistas como ‘Simplemente di no’ y exageran los peligros hasta tal punto que no sólo están distorsionando la realidad, sino que están mintiendo. Gran parte de lo que se disfraza de educación sobre drogas es en realidad propaganda antidrogas. Los insubstanciales mensajes antidroga están a la orden del día entre los políticos y, a menudo, entre la población general, si bien son totalmente inefectivos a la hora de hacer que la gente deje de tomar drogas. Incluso si examinamos la efectividad de enfoques escolares más sofisticados, ninguno de ellos ha demostrado disuadir a la gente del uso de drogas (Ver Coggans et al. 1991; Moskowitz, 1983; y Schaps et al. 1981).

“La exposición a educación sobre drogas de cualquier tipo no pareció tener mucha relación con las pautas de consumo”. (Davies and Coggans, 1992)

A decir verdad, lo que pasa es que no sabemos cómo hacer que la gente deje de tomar drogas, lo cual no es decir que la educación sobre drogas en los colegios sea una pérdida de tiempo. Si, por ejemplo, uno acepta que fomentar la autoestima es algo bueno, entonces lo será independientemente de que haga que la gente deje de usar drogas. A menudo se confunde la educación sobre drogas con la prevención sobre drogas, y se trata de dos cosas diferentes.

Los mensajes de prevención sobre drogas suelen diseñarse para que encajen en el marco moral de las personas que no usan drogas (aparte de las que sí ‘han’ escogido legalizar, como el alcohol y el tabaco). Habitualmente, el único mensaje políticamente aceptable es el que dice a las personas que dejen de usar drogas. Pero nosotros no somos políticos. Si la información sobre drogas ha de ser efectiva, entonces necesita adoptar un enfoque pragmático. Si los mensajes de información sobre drogas no hacen que se deje de consumirlas -y cabría decir que lo que sí harán este tipo de mensajes de corte simplista es alienar a su población diana- significa que el abandono del consumo no debería ser el objetivo de una campaña de información sobre drogas.

La información producida por Lifeline es eso mismo: información. Está diseñada para informar a la gente sobre las drogas, no para advertir de sus

peligros. Si produjéramos una revista sobre cocina y únicamente incluyese información sobre la contaminación en los alimentos, cabe pensar que no la comprarían demasiados amantes de la gastronomía. **Las publicaciones de Lifeline se basan en la investigación, la experiencia y la evaluación de la Educación Sanitaria.** Nosotros no presuponemos que la información por sí sola vaya a desembocar en un cambio conductual importante, pero el punto de partida para cualquier tipo de cambio positivo tiene que ser una información exacta y veraz.

Trasfondo teórico de las publicaciones

Las publicaciones para usuarios de drogas producidas por Lifeline llevan circulando casi trece años. En gran medida se han basado en la intuición y el sentido común, y en conversaciones con la población-diana. No obstante, ha sido posible examinar investigaciones existentes sobre comunicación efectiva y crear un modelo teórico para explicar por qué funcionan. Para ello se utilizaron diversas fuentes: la principal se basa en McGuire, 1974. Lo que sigue a continuación es una breve descripción de la teoría. Lifeline dispone de informes académicos más detallados.

Medios de comunicación de masas

Las formas de comunicación más efectivas para el cambio de conducta son las interpersonales, es decir, yo te explico algo y tú me haces preguntas al respecto. La comunicación de masas (TV, radio, periódicos, publicaciones) es más apropiada para la transmisión de información directa y, por ello, puede llegar a más gente. Con la gran cantidad de personas que usan drogas en Gran Bretaña, la comunicación de masas ha sido manera planteada para llegar a las mismas. Para nosotros la única forma rentable de alcanzar a este público masivo y seguir conservando el control sobre el contenido de los mensajes era a través de la producción de folletos. Para que lleguen a su público-diana, en Manchester se distribuyen en bares y clubs, tiendas de discos, centros juveniles, centros sanitarios y por mediación de nuestros trabajadores de acercamiento (*outreach*) que recorren calles y clubs nocturnos. También se los vendemos a otras organizaciones que a su vez repiten este proceso.

Estilo y credibilidad

El estilo de los folletos se basa en las conversaciones con los usuarios, mediante las cuales averiguamos en qué consistía su material de lectura. Los cómics *underground* son muy populares. El uso de cómics en la educación sanitaria está muy documentado (Leather, 1980). Suelen percibirse como antiautoritarios y además pueden describir las cosas visualmente, lo cual resulta muy útil cuando parte de la población-diana no es sensible a largos fragmentos de texto o tiene tal vez dificultades de lectura. Son asimismo útiles en la ilustración de temas como las prácticas sexuales, a menudo difíciles de articular con palabras (el uso de fotografías infringiría en Gran Bretaña las leyes sobre pornografía). Pero, lo que es más importante, nos permiten reflejar el humor y el estilo de vida de los usuarios de drogas. Resumiendo, pueden representar su estilo de vida, ser humorísticos, ser vistos como antiautoritarios y, por tanto, percibirse como del lado de los usuarios: se

consideran dignos de credibilidad. Todos ellos son requisitos de una comunicación eficaz. Si una comunicación puede conseguir esto, es bastante más probable que se confíe en ella y sea creída (Kar, 1976). Por desgracia, existe un efecto —conocido como “efecto durmiente”— que aminora algunas de estas ventajas. Ocurre cuando la obtención de confianza y credibilidad se pierde porque la fuente de la información queda olvidada al cabo de cierto tiempo. Este ‘efecto durmiente’ puede ser eliminado repitiendo el mensaje o haciendo que éste sea impactante o esté asociado a las personas que lo transmiten. Además, los cómics no sólo han hecho que se repitan los mensajes y que su impacto visual haya sido potente, sino que también se han convertido en objetos de coleccionismo. Los usuarios los conservan y los leen. Al hacer que las publicaciones fuesen creíbles para los usuarios de drogas, hemos tenido que hacer creíble a Lifeline. Lifeline ha tenido que ofrecer una imagen distanciada de la autoridad (sanitaria, servicios sociales, policía, etc.). Ahora mismo nos encontramos en una posición en la que una publicación producida por Lifeline se considera veraz incluso antes de ser leída.

Proceso de producción

Para producir nuestros folletos empleamos diversos métodos. En ocasiones usamos guionistas, todos ellos usuarios de drogas, y siempre consultamos a la población-diana. Un buen ejemplo del proceso de producción es una serie de publicaciones destinadas a jóvenes mujeres usuarias del grupo B: ‘*Claire and Jose*’ (Sherlock, 1994). Por nuestros contactos, quedaba claro que había un vacío informativo de materiales con los que dirigirse a este grupo. A partir de los contactos en clubs nocturnos se formó un grupo focal de mujeres jóvenes que usaban drogas como cannabis, éxtasis, anfetaminas, etc. Este grupo focal se utilizó para determinar el estilo y el contenido del mensaje. Se decidió hacer un cómic. Preparamos un boceto y volvimos a llamar al grupo. Los detalles son vitales: la ropa, el lenguaje y la actitud eran tan importantes como el contenido de la información sobre drogas. El humor era un elemento primordial; los chistes se basaban en cosas que les habían sucedido a las chicas del grupo y que les parecían graciosas. La aceptación del mundo y los valores morales de cada grupo particular es fundamental para este método de trabajo. El cómic fue modificándose hasta que se llegó a algo que satisfizo al grupo. Producir información de esta forma asegura su popularidad entre las jóvenes de la población-diana. Aunque también puede suponer que algunos grupos de profesionales la encuentren inaceptable u ofensiva, al no esgrimir el tipo de mensaje que consideran apropiado. Por nuestra parte, no creemos que el compromiso sea siempre posible, ni tan siquiera deseable. Este tipo de materiales no están destinados a complacer a los padres o los profesionales. Nuestra filosofía es que, mientras la información sea apropiada para la población-diana, la opinión de los otros profesionales es irrelevante.

¿De dónde obtienen la información los usuarios de drogas?

A partir de la evidencia anecdótica y de nuestra propia investigación (Linnell, 1993), está claro que los usuarios de drogas obtienen su información de diversas fuentes. La más importante la constituyen, con diferencia, los otros usuarios de drogas. La primera vez que alguien se inyecta es poco probable que busque técnicas de

inyección en libros, otros usuarios más expertos le enseñarán lo que tiene que hacer. Nosotros hemos utilizado este hecho, en primer lugar para tratar de educar a usuarios influyentes, de forma que se conviertan a su vez en educadores entre pares. En las historietas empleamos también toda una variedad de personajes. A menudo plasmamos a usuarios de drogas mayores y más experimentados que aparecen impartiendo información a los neófitos. De esta forma, un personaje como *Grandpa-smackhead-Jones, The oldest junkie in the world* (El abuelo Jones, “El pasao”, el yonqui más viejo del mundo), traspasa en el cómic sus conocimientos a un usuario neófito e inexperto. La percepción del usuario que lee el cómic es que la información viene de otro usuario más experimentado y, por tanto, de una fuente familiar y fiable.¹

¿Qué efecto tiene la información?

Una vez que la información ha sido producida en un formato verosímil, que nos hemos asegurado de que ha llegado a la población-diana, y que sabemos que no sólo la han leído y pasado a los demás sino que además la han coleccionado, ¿cuál es el efecto que va a tener? Ya hemos señalado que la información por sí sola no produce ningún cambio conductual importante (es decir, que no evita que la gente tome drogas), y que cualquier forma de cambio de hábitos positiva debe comenzar a partir de una información exacta y creíble. La mayoría de evaluaciones sobre materiales de información sobre drogas se concentra en los cambios de actitud. En parte se debe a que son bastante fáciles de medir y en parte a que es más probable que demuestren resultados positivos. Pero, como señala McGuire (1974):

“El uso de drogas es una cuestión de conducta más que de estado mental; por ello, el factor determinante en un programa de educación sobre drogas son los actos, no las posturas”.

En la valoración de uno de los primeros cómics, *Smack-in-the-Eye2*, se hizo un intento de evaluar qué cambios reales (caso de producirse alguno) tendrían posibilidades de ocurrir tras la exposición a una información verosímil como dicho cómic. Se descubrió que, con este tipo de información por sí sola, podían provocarse sencillos cambios de conducta como beberse una cerveza antes de tomar anfetaminas. Se trataba de información que los usuarios podían poner en práctica sin realizar importantes cambios en su estilo de vida.

¹ Nota de los Eds.:

Hay que señalar que, en el contexto español, hubo en 1989-90 una primera experiencia piloto de “Toma de contacto con drogodependientes de alto riesgo”, proyecto auspiciado por el Plan Municipal de Acción sobre Drogas de Barcelona (PMADB), y realizado en el Centro Histórico de dicha ciudad por un equipo de antropólogos y de usuarios activos. De él salió un personaje semejante al descrito en este texto, EL TIO ELVIS, que se inició con el folleto de *Las andanzas de Tio Elvis*, continuó con *Noche de movida*, y ha tenido una cierta continuidad en otros folletos, tanto del PMADB como del PNSD (Plan Nacional Sobre Drogas). Sobre esto, ver Romaní, O. 1992 “Marginación y drogodependencia. Reflexiones en torno a un caso de investigación-intervención” en Alvarez-Uria, F. (Ed.), *Marginación e inserción*, Endymion, Madrid, Pag. 259-281.

² N. del T.: Tiene doble sentido: ‘El caballo por la vista’, en el sentido de visual, ilustrado, que entra por la vista; y también puede ser ‘Un pico en el ojo’.

Los cambios de comportamiento más profundos eran más difíciles de medir. Si, por ejemplo, un usuario de drogas afirma que ya no comparte instrumental de inyección, es probable que sea el resultado de varias influencias; imposible atribuirlo a una sola fuente. Sin embargo, una de las informaciones que se evaluaba en el número de *Smack-in-the-Eye* resultó ser única; en particular, la información sobre una droga que se llama Temazepam. Se trata de una benzodiacepina que viene en cápsulas y que es muy popular entre los usuarios que se inyectan para “ayudar un poquillo” a sus dosis de metadona o cuando hay escasez en el suministro regular de heroína. Los fabricantes la reformularon para tratar de evitar su abuso, convirtiéndola en una sustancia pegajosa de difícil inyección. Los usuarios la calentaron y descubrieron que se deshacía mejor y podían inyectársela. Ello provocó diversos casos de gangrena y algunas muertes. A partir de información obtenida hablando con los fabricantes y con usuarios, pudo determinarse que podía obtenerse el mismo efecto tomando la droga oralmente con una bebida caliente. Este hecho constituyó en su momento una información nueva. Y, aunque seguía usándose la misma droga, el cambio de inyectársela a tomarla oralmente fue considerado como un importante cambio conductual.

La evaluación demostró que **más del 90 por ciento de usuarios de drogas por vía parenteral afirmaba que, si leía en una publicación que fuese creíble, que podía consumir la sustancia de un modo más seguro y aún así experimentar el mismo efecto, actuaría en consecuencia con la recomendación.** De ellos, casi una cuarta parte mencionó la información sobre el Temazepam y aseguró que habían cambiado su comportamiento como consecuencia de haber leído el cómic. Si bien decir que uno va a hacer tal cosa o decir incluso que uno ha hecho X a causa de Y no es lo mismo que hacerlo en realidad, lo cierto es que nos ofrece cierta esperanza. La información veraz puede provocar cambios conductuales menores, aunque también puede contribuir a cambios más importantes si se propone una alternativa realista.

La información sobre reducción de riesgos está aún investigándose. Sabemos mucho más acerca de lo que no funciona que de lo que funciona. Como indicábamos más arriba, no creemos que sea posible hacer que la gente deje de tomar drogas. Es indudable que un mero folleto informativo no puede lograrlo, pero sí que puede generar una información precisa y verosímil. Éste debe ser nuestro punto de partida.

Bibliografía

Coggans N, Shewan D, Henderson M, Davies J. (1991) *National evaluation of drug education in Scotland*. ISDD; Research monograph 4.

Davies J, Coggans N. (1992) *Does drug education work?:* in; Plant M, Rittson B, Robertson R (ed), 1992. *Alcohol and drugs the Scottish experience*. Edinburgh University Press.

Home Office. (1995) *Statistics of drug addicts notified to the Home Office*, United Kingdom: Home Office.

Kar SB. (1976) *Communication research in family planning: An analytical framework*. UNESCO: Paris.

Leather DS. (1980) *Communicating through cartoons*. Community Education Journal.

Linnell M.(1993) *Smack in the Eye: an evaluation of a harm reduction comic for drug users*. Lifeline , Manchester.

McC Miller P, Plant M. (1996) *Drinking, smoking and illicit drug use among 15 and 16 year olds in the United Kingdom*. British Medical Journal: 313;394-7.

McGuire W. (1974) *Communication - persuasion models for drug education:* in Goodstadt M (ed) *Research methods and programmes of drug education*. Addiction Research Foundation of Ontario.

Moskowitz JM.(1983) *Preventing adolescent drug abuse through drug education en;* Preventing adolescent substance abuse, research monograph, NIDA.

Parker H, Measham F, Aldridge J. (1995) *Drug features: changing patterns of drug use amongst English youth*. London: Institute for the Study of Drug Dependence.

Schaps E, DiBartolo R, Moskowitz JM, Palley C, Churggin S. (1981) *Primary prevention evaluation research; a review of 127 impact studies*. Journal of drug issues 11: 17-43.

Sherlock K. (1994) Caire and Jose: An evaluation of three leaflets aimed at young women drug users. Lifeline, Manchester.

CAPÍTULO 17

LA AUTOORGANIZACIÓN DE USUARIOS DE DROGAS.

Pieter De Groot y Peter Boumans.

El MDHG de Amsterdam: cuidando los intereses de los usuarios

Ya hace casi veinte años que el MDHG, abreviación de *Medisch-sociale Dienst HeroïneGebruikers* (Servicio Médicosocial para Usuarios de Heroína), se ocupa de los intereses de los usuarios de drogas duras en Amsterdam. Durante los últimos años, la organización ha adoptado una perspectiva más amplia y trabaja también a escala nacional. Partiendo de una base profesional, la organización desempeña un importante papel en el mundo de los usuarios. El MDHG es reconocido por las autoridades, los políticos y las organizaciones benéficas y es capaz de influenciar en sus políticas. A través de los años, la organización se ha vuelto muy conocida y ha llegado a recibir un amplio apoyo.

En 1975, un grupo de personas de la zona centro de Amsterdam se da cuenta de que por las calles deambulan muchos usuarios de drogas que luego duermen al raso. No tienen ningún ingreso económico legal y se dedican a actos delictivos menores para poder costearse el hábito. Este grupo de personas preocupadas por la cuestión toma la iniciativa de fundar **una organización que se dedique en principio a la legalización de las drogas (tanto duras como blandas) y, mientras dicho objetivo no sea cumplido, a generar circunstancias más favorables para los usuarios: por ejemplo, asegurarse de que éstos reciben apropiados cuidados médicos y sociales** por parte de los servicios, de que no son rechazados de los albergues por el hecho de ser usuarios de drogas, de que son tratados de forma correcta por la policía, etcétera.

Dichos objetivos no se han modificado en absoluto, pues las drogas continúan siendo ilegales y muchos usuarios se encuentran en la calle en circunstancias desfavorables.

Iniciado como organización de voluntarios, el MDHG fue financiándose durante sus primeros años a partir de donaciones. Esta situación cambió en 1977, cuando la asociación, tras dos años de trabajo de *lobby*, logró obtener apoyo financiero de la ciudad de Amsterdam. Ello permitió contratar miembros para el equipo, ampliar las actividades y llevarlas a cabo de una forma mucho más profesional. A partir de ese momento, el MDHG es la primera organización que se ocupa de defender los intereses de los usuarios.

Perspectiva histórica: ámbito de intervención

La historia del MDHG es una historia de acciones, acciones que continúan incluso hoy día. En ellas podemos distinguir cinco tipos diferentes:

1. Acciones a nivel político

Tanto si lo solicitan como si no, el MDHG da consejo a las autoridades locales y nacionales sobre temas como la legalización de las drogas, la prescripción de heroína y otras drogas, y la política holandesa en materia de drogas en general.

Se presiona a las autoridades y a los centros de atención, para que eliminen de su programa la cuestión de la denominada “desintoxicación forzosa”.

2. Acciones enfocadas a los centros de atención

El MDHG ataca a los centros oficiales de atención a causa de su conducta hacia los usuarios y el tratamiento que ofrecen a éstos.

La organización negocia mejores condiciones, basándose en un enfoque humano hacia los usuarios de drogas.

Se presiona a los centros de atención para que estén abiertos a actividades de acogida o refugio nocturno, evitando así el incremento del pauperismo entre usuarios.

Existen programas limitados de prescripción de morfina, los cuales han sido seguidos para cerciorarse de que los intereses de los usuarios se observan correctamente. En ocasiones se han llevado a cabo acciones para asegurar la participación de los usuarios en tales programas.

3. Acciones enfocadas a las autoridades jurídico-sanitarias

El MDHG presenta a las autoridades sanitarias denuncias de usuarios que son tratados de forma incorrecta por el servicio de salud municipal, psiquiatras, etc. También se ha negociado un protocolo más justo de tratamiento con metadona.

El MDHG presenta denuncias a la Ciudad de Amsterdam en razón de usuarios que son maltratados o tratados incorrectamente por la policía o las autoridades de justicia, o bien les anima a que lo hagan ellos mismos. Para esta actividad, la organización recibe apoyo estructural de abogados. El diálogo con las fuerzas policiales se mantiene abierto para producir resultados concretos en su trato a los usuarios.

Con respecto a las autoridades penitenciarias, el MDHG defiende el derecho de los internos adictos a un programa de metadona basado en el mantenimiento. También se les anima a experimentar el intercambio de jeringas en las prisiones.

4. Acciones enfocadas a las autoridades civiles

Ya en 1984, el MDHG fue la primera organización de Amsterdam en iniciar un programa de intercambio de jeringas, dada su preocupación por la situación sanitaria de los usuarios. Posteriormente, el MDHG logró persuadir al Ayuntamiento de la ciudad para que incorporara esta actividad en la labor de distintos centros de atención.

El MDHG fue la primera organización que llamó la atención del Ayuntamiento de la ciudad, sobre el hecho de que el virus del VIH/sida estaba propagándose entre los usuarios de drogas sin techo. El posterior desarrollo de la política sobre sida de Amsterdam tiene su origen en esta advertencia realizada por el MDHG.

Ya hace años que el MDHG viene discutiendo con el Ayuntamiento la posibilidad de las denominadas “salas de consumo” (*users-rooms*), la primera de las cuales, ha empezado a funcionar en 1998.

Más recientemente, el MDHG ha llamado la atención del Ayuntamiento sobre los problemas del estatus legal de los inquilinos adictos, en lo que se conoce como “pensiones sociales” (*social boarding-houses*).

5. Acciones enfocadas a los usuarios

Es importante que las acciones no sólo se emprendan para los usuarios, sino también *con* los usuarios. Ello implica que debe trabajarse para despertar la conciencia de los usuarios sobre su propia situación.

Se informa también a los usuarios acerca de los riesgos sanitarios que pueden ser consecuencia de su estilo de vida, en particular los sin techo.

El MDHG trata de hacer las veces de intermediario entre la población de diferentes barrios de Amsterdam y los usuarios que viven o deambulan en los mismos

Se informa a los usuarios sobre el precio y la calidad de las drogas que hay en la calle. Regularmente, se compran pequeñas cantidades de estas drogas y se analizan en el laboratorio de la policía. Después se pasa a los usuarios información sobre su pureza y los productos con los que han sido cortadas (en Amsterdam, principalmente, paracetamol y cafeína).

6. Acciones dirigidas a atraer la atención

Para atraer la atención de los políticos, las autoridades, los centros de atención y - también muy importante- la población holandesa, sobre la situación de los usuarios de drogas en nuestra sociedad, el MDHG ha organizado toda una gama de actividades diferentes.

Organización de una conferencia sobre el tema de la “desintoxicación forzosa” (en 1981), con el objeto de informar a la gente sobre los problemas reales de los usuarios e influir la política al respecto de este tema.

Organización de una conferencia sobre las perspectivas de la política holandesa en materia de drogas (en 1990).

Salida a la calle de bicicletas especialmente preparadas para provocar debates con los transeúntes sobre la cuestión de la legalización.

Parada en varios puntos de Amsterdam con un viejo autobús, para dar a los usuarios sin techo la oportunidad de consumir sus drogas en un entorno tranquilo y, adicionalmente, generar debates sobre las “salas de consumo” (*users-rooms*) en Amsterdam.

Publicidad: una vez te conocen, estás en su punto de mira

La publicidad es necesaria para el MDHG. La organización necesita una amplia plataforma donde poder expresar sus puntos de vista.

El MDHG posee la ventaja de ser una organización muy solicitada por la prensa, pues las drogas y sus usuarios todavía se consideran noticia. Cuando la prensa quiere la opinión de los usuarios sobre algún tema, se ponen en contacto con el MDHG. Los contactos con la prensa, la TV y la radio son muy importantes, ya que pueden ser usados para influir en las autoridades, los políticos y los centros de atención. A través de los años, los contactos con los medios de comunicación han ido cimentándose gracias a una buena reputación del MDHG a nivel local, nacional e internacional.

El MDHG expone regularmente su punto de vista en publicaciones propias, bien sea en forma de libros o de informes. Ejemplos de ello son:

Dejar el hábito por ti mismo
Vivir positivamente (con VIH)
Perspectivas de la política holandesa en materia de drogas
Drogas y sida en Holanda
Las drogas y el arresto
Informes anuales
La adicción y los sin techo

Estas publicaciones se realizan en ocasiones por el MDHG íntegramente y en otras ocasiones, con la colaboración de investigadores profesionales.

Además de la organización de dos conferencias, el MDHG trata de acudir a otras para informar a los participantes sobre la necesidad de organizaciones como la que se describe y la participación de los usuarios en tales conferencias.

El MDHG informa sobre su trabajo a numerosos visitantes internacionales. Asimismo, se realizan visitas, como -por ejemplo- a colegios.

Y, finalmente, pero no por ello menos importante, el MDHG publica su propio periódico, denominado *Spuut Elf*, tres o cuatro veces al año.

Esta publicación no sólo se realiza para los usuarios, sino *con* los usuarios, que es lo principal. Su opinión es valorada y bienvenida en la lucha para influir en la política holandesa sobre drogas. Además, los usuarios no son los únicos que leen este periódico, sino que lo hace una amplia gama de personas. En ocasiones se publican números especiales sobre, por ejemplo, los efectos del palfium.

Cooperación: formando coaliciones

El MDHG coopera con todas las organizaciones relevantes que puedan ayudar a mejorar la situación de los usuarios. En Amsterdam, ello supone organizaciones que se ocupen de temas relacionados con el VIH/sida, proyectos de vivienda, organizaciones sanitarias, centros de atención, etc. Estas coaliciones son cada vez más necesarias a causa de la creciente complejidad del entorno.

A través del proyecto nacional LSD, el MDHG también trabaja estrechamente con otras organizaciones similares a la suya pero con sede en otras ciudades.

De 1990 a 1994 (año en que expiró), el MDHG estuvo participando en una iniciativa europea de organizaciones que se cuidan de los intereses de los usuarios.

Estructura de la organización

El apoyo financiero del Ayuntamiento de Amsterdam, permite al MDHG emplear a tres miembros para su equipo durante un total de 80 horas a la semana. Estos miembros del *staff* reciben, por término medio, apoyo continuo de unos cuatro voluntarios (todos ellos usuarios) y de unos dos estudiantes de las Academias Sociales que realizan su preparación práctica con el MDHG. En ocasiones y en actividades especiales, se emplean más voluntarios para que ayuden en el trabajo.

El MDHG recibe asimismo apoyo financiero de la Ciudad de Amsterdam para alquilar un lugar en el que los usuarios puedan reunirse y desde el cual puedan planificarse las acciones; y también apoyo financiero para la organización del trabajo y las actividades.

Recientemente, el MDHG ha iniciado el proyecto “Amigos del MDHG”. Con él se pretende generar apoyo financiero adicional con vistas a mantener la publicación del periódico *Spuut Elf* y actividades como las reuniones abiertas.

Desde 1992, el MDHG tiene también un proyecto a escala nacional denominado LSD: *Landelijk Steunpunt voor Druggebruikers* (Punto nacional de apoyo para los usuarios de drogas), cuyo objetivo es el apoyo a (potenciales) grupos de usuarios para que se organicen de la misma forma que ha hecho el MDHG en Amsterdam. La

escala a la que esto tiene lugar varía según la magnitud de las ciudades implicadas. Este proyecto recibe un completo apoyo del Ministerio responsable y permite al MDHG emplear un miembro del equipo a jornada completa.

El MDHG está registrado como organización benéfica y se estructura de forma que la responsabilidad recaiga de hecho sobre los miembros. Todos los usuarios son en potencia miembros de la organización. Una vez al año se eligen nuevos miembros para la junta directiva o se mantienen los que ya están. En la junta, por norma, hay dos miembros que son usuarios. El total de miembros de la junta varía, pero la media es de unos ocho. Además de la junta, el MDHG tiene una serie de consejeros.

El MDHG pretende ser la voz de los usuarios de drogas en un mundo que cada vez es más hostil a los mismos y comprobar que no son ignorados, sino que se les trata de forma correcta en función de los problemas que encuentran en su existencia cotidiana, problemas que provienen principalmente del hecho de que las drogas continúen siendo ilegales.

BLOQUE VI: TRATAMIENTOS

En este bloque vamos a analizar el binomio políticas y prácticas asistenciales por ser estos dos apartados indivisible. Conforman una unidad en tanto que toda política entendida como *modo de conducir un asunto para conseguir el fin deseado*¹, supone un conjunto de normas, valores e imágenes sociales que determinaran una praxis. El modo en el que ha sido abordada la asistencia en drogodependencias, ha estado siempre sujeto al plano ideológico que ha marcado cada momento histórico-social.

En esta introducción intentaremos contextualizar las políticas y las prácticas asistenciales en nuestro país y su evolución en los últimos veinte años.

Si nos situamos el inicio del problema a finales de los años setenta, pasamos del desconcierto inicial, a las primeras movilizaciones ciudadanas de principios de los años ochenta contra la droga, pidiendo mayor protección frente al aumento de delincuencia.

Se genera la conceptualización de drogas como sinónimo de heroína. Y el adicto a la heroína monopoliza todos los significantes. Delincuencia y enfermedad son dos categorías entrelazadas que magnifican el problema.

Las redes asistenciales se desarrollan en función de la demanda social y de los procesos socio-políticos de transformación que vive nuestro país, en plena época de transición.

En este primer momento se van generando recursos específicos, dependientes de entidades religiosas o pseudoreligiosas privadas, y otras, en su gran mayoría dependientes de administraciones locales.

Se corresponde con los primeros intentos de respuesta a la nueva demanda, a partir de la experiencia que existía en nuestro país en torno al alcoholismo, mediante técnicas conductistas y grupales.

Se parte de los conceptos básicos planteados por Lewin a principios del siglo XX. Para este autor, todos los usuarios debían percibir los mismos efectos siempre y en todo lugar, y dicho uso buscado conducía, al repetirse, a los fenómenos de tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia.

¹ Diccionario ideológico de la lengua española. Julio Casares. GG. Barcelona. 1990

Desde esta concepción del individuo y su drogodependencia, la actividad curativa se sustenta fundamentalmente en la prescripción, consejo e información. La acción se dirige a alejar al individuo de la sustancia, apelando a la voluntad del individuo para abandonar su adicción. Sería el que podríamos denominar modelo farmacológico-judicial.

El segundo sería el modelo bio-psico-social, es el que aparece a mediados de los años ochenta.

Se basa en considerar la drogodependencia como el resultado de la interacción de tres grupos de factores que se retroalimentan y perpetúan entre sí: a) La sustancia psicoactiva. b) el individuo y su historia particular, y c) el contexto sociocultural en que se produce el consumo.

La relación del organismo con el tóxico y las consecuencias metabólicas que parecían dar coherencia a la visión biologicista de las conductas adictivas, son cuestionadas desde la clínica cuando, a pesar de presentarse fenomenología adictiva con la misma estructura clínica, el objeto de adicción no era una sustancia psicoactiva, como por ejemplo la patología del juego o la anorexia².

Autores como Cancrini³ nos propone una clasificación en la que tras una adicción, reconoce la existencia de trastornos psicopatológicos diversos, tanto a partir de la estructura individual, como de disfuncionalidades familiares o sociales. Redefine así la adicción como una forma de automedicación.

Se crean equipos interdisciplinarios integrados por médico, psicólogo y asistente social, cuyo objetivo es el abordaje global de la adicción.

Se ordenan los recursos en redes, en las que se distingue: un primer nivel integrado por los servicios ambulatorios a partir de los cuales se podrá acceder a otros recursos, siendo también los referentes que centralizarán el seguimiento de todo el proceso de desintoxicación, deshabituación y reinserción; así como el seguimiento y/o coordinación de la patología orgánica y psiquiátrica concomitante. En el segundo nivel se hallan todos los recursos específicos a los que podrán ser derivados desde el anterior, como Comunidades Terapéuticas, Unidades de Desintoxicación, Talleres Ocupacionales y Pisos Terapéuticos.

El tratamiento de las drogodependencias pasa así a ser considerado un proceso de larga duración, durante el cual la persona usuaria de drogas puede conseguir la abstinencia total definitiva. Son los denominados Programas Libres de Drogas.

La acción va dirigida a crear un ambiente donde las necesidades queden satisfechas sin tener que recurrir a las drogas. La escucha individualizada empieza a ser considerada como la mejor estrategia. Conseguir períodos de abstinencia, aunque sean breves, tienen el sentido de descubrir lo posible. A pesar de todo, tan solo de un

² La toxicomanía, sujeto, objeto y contexto. J. Fabregas y C. Bardón. Espax. 1988. Barcelona

³ Los temerarios en las máquinas voladoras. Estudio sobre las terapias de los toxicómanos. Luigi Cancrini. Nueva visión. 1991. Argentina

6% al 10 % de la población que acude a tratamiento permanece en él al año de haberlo iniciado.

Desde 1983, en que se producen las primeras notificaciones de infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), las cifras de infectados en nuestro país irán ascendiendo de forma vertiginosa hasta llegar a afectar a un 50-60 % de la población adicta a drogas por vía endovenosa. Siendo esta vía la mayoritaria, aunque con grandes oscilaciones, entre un 90,1 % y un 32,9 %, según las diferentes Comunidades Autónomas⁴.

Y el último sería el **modelo socio-cultural**, lo situamos a finales de los años ochenta, principios de los noventa cuando, desde la vertiente asistencial se constata:

- La marginalización progresiva de muchas de las personas adictas a drogas ilegales.
- Las elevadas cifras de infectados por VIH y de mortalidad por enfermedades infecciosas o por sobredosis.
- Las elevadas tasas de abandonos de tratamiento, con la consiguiente posibilidad de infectarse o reinfectarse.

En 1990 se celebra en Liverpool, la Primera Conferencia Internacional sobre la Reducción de Daños relacionados con las drogas. Los modelos más pragmáticos, holandeses o ingleses, plantean la necesidad de una revisión en el sentido de tener en cuenta lo determinante que es el contexto social, cuando define el consumo de drogas y la reacción frente a los consumidores. Ello nos ayuda a tomar consciencia de la necesidad de dar un salto cualitativo que facilite la evolución hacia una nueva conceptualización de las drogodependencias, permitiéndonos diferenciar entre juicios de valor respecto al consumo de drogas, y la realidad del usuario de drogas con los problemas sanitarios, sociales y jurídicos asociados.

Así los Programas de Disminución de riesgo son definidos como todos aquellos programas y servicios, médicos o sociales, de base individual o colectiva, encaminados a minimizar los efectos negativos asociados a la forma del consumo de drogas.

Para conseguir dicho objetivo, todos los programas deben adaptarse a la realidad y necesidades del consumidor. Deben despojarse de la supremacía de la valoración ideológica social y resituarse al profesional en su rol de cuidador. Esto supone aceptar al usuario, sean cuales sean sus posibilidades, ofreciéndole todo aquello que pueda facilitarle una mejora de su salud.

La aparición en Enero de 1990 del Real Decreto sobre la regulación de la prescripción y dispensación de sustancias llamadas agonistas opiáceos, porque poseen estructuras químicas parecidas y efectos idénticos sobre el ser humano, supuso el impulso necesario para que se iniciaran en España los Programas de Tratamiento con metadona; y abrió las puertas a posibles desarrollos de programas con otros sustitutos como la buprenorfina, el LAAM o incluso la heroína.

⁴ Fuente Dirección General del Plan Nacional Sobre Drogas. Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT). España 1991-1993

Enmarcar los Programas de Disminución de riesgo dentro de este modelo, no supone negar los anteriores, sino redefinirlos hacia un verdadero modelo interactivo de los tres grupos de factores, sustancia-individuo-contexto, donde las expectativas sean las del asistenciable. Donde los programas no sean compartimientos estancos, sino que para cada individuo y según sus posibilidades reales, por los diferentes estadios o formas de relación que se establece entre él y una sustancia, se articule el mejor proceso de tratamiento posible.

El toxicómano o drogodependiente no sólo es observado como consumidor de drogas, sino como aquella persona cuya relación de dependencia con alguna sustancia le ha llevado a una situación existencial de sufrimiento, que hay que relacionar con sus actuales modos de uso, así como con las percepciones y valoraciones que al respecto existen en nuestra sociedad.

Los Programas de Disminución de riesgo han tenido un nivel de desarrollo muy desigual en el territorio español, si bien parece que la progresión puede ser más o menos lenta, pero imparable. Primando la complementariedad entre los Programas Libres de drogas y los Programas con agonistas en los recursos específicos ya existentes.

Los servicios, han tenido que adoptar la flexibilidad y pluriformidad que, como se ha visto, requiere la recuperación y que se describe ampliamente a continuación.

En los capítulos que siguen vamos a ver como A. Minó nos describe la evolución de las políticas asistenciales en drogodependencias en los países de mayor relevancia en nuestro mundo occidental, dedicando un apartado específico a la experiencia de la ciudad de Ginebra que ella conoce muy bien (Cap. 18); un análisis sistemático de un aspecto tan básico como es el de la organización en los servicios asistenciales (Cap. 19); y un ámbito específico como es el tratamiento en las cárceles (Cap. 20).

Nuría Magrí Carles

CAPÍTULO 18

EVOLUCIÓN DE LAS POLÍTICAS ASISTENCIALES EN DROGODEPENDENCIAS.

Annie Mino.

Introducción.

El presente capítulo tiene tres apartados:

a) Evolución de las políticas asistenciales en drogodependencias.

Repasa la evolución de las políticas asistenciales en el campo de las drogas ilegales, fundamentalmente los opiáceos, en los últimos 10 años. Una descripción detallada de la evolución de las políticas asistenciales, aún centrada en Europa, comprendería una gran diversidad de políticas nacionales y locales e implicaría una multitud de discursos sociales y filosóficos, pretensión demasiado ambiciosa para ser cubierta en algunas páginas. En consecuencia, se limita a resumir brevemente la evolución histórica de tales políticas en Inglaterra, Holanda, Australia y Estados Unidos.

b) Las diferentes estrategias terapéuticas: los programas orientados a la abstinencia y los programas sustitutivos.

Describe las diversas estrategias terapéuticas conocidas hoy en día para tratar las dependencias del alcohol, la cocaína y los opiáceos. Estas tres sustancias destacan por su impacto a nivel de salud pública, por la abundante literatura científica que se centra en ellas y por la diversidad de la oferta terapéutica destinada a tratar los trastornos relacionados con las mismas. Sin embargo, no todos los tratamientos han sido validados de una manera clara y definitiva; algunos deben ser considerados como empíricos aunque se los suponga de buena calidad, mientras que otros son más hipotéticos. Se presentará un breve resumen de los datos disponibles, fundamentalmente a partir de estudios americanos.

Partimos de la base de que diferentes estrategias terapéuticas, consideradas hoy en día como válidas, deberán ser revisadas y evolucionar con el avance de la investigación, fundamentalmente clínica y terapéutica. En este apartado se intentará responder a cuatro preguntas:

¿**A quién** se dirigen los tratamientos?; en otras palabras, ¿a qué definiciones de la dependencia nos referiremos aquí? (DSM IV y CIM 10_).

¿**Cómo** se efectúa la evaluación clínica y cómo se establece la orientación terapéutica?; ¿cuáles son sus objetivos?

¿**Cuáles** son los diferentes tratamientos conocidos hoy en día, tanto a nivel farmacológico como psicosocial?

¿En qué marco estos tratamientos pueden administrarse?

Estudiaremos los tratamientos propios a cada adicción, aunque sabemos que un gran número de pacientes son politoxicómanos y que necesitan diferentes tratamientos simultáneos y/o sucesivos para las diferentes sustancias.

c) La ciudad de Ginebra y su política asistencial.

Describe la evolución de la política seguida en la ciudad de Ginebra (Suiza), mostrando que el desarrollo de una política de reducción de riesgos resulta complementaria y no antagónica con las políticas terapéuticas orientadas hacia la abstinencia. Su desarrollo simultáneo permite diversificar y enriquecer el sistema asistencial. La red asistencial mejora en su accesibilidad y responde a las necesidades de los diferentes niveles de la problemática psicosocial.

Evolución de las políticas asistenciales en drogodependencias.

Hacia finales de los años 80, el VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) se constituye en el catalizador de los nuevos modelos preventivos y terapéuticos (Mino, 1994), que se organizan en el **marco conceptual de la política de reducción de riesgos o reducción de daños, definida como el conjunto de acciones individuales y colectivas, médicas y sociales, dirigidas a minimizar los efectos negativos asociados al consumo de drogas, considerando las condiciones jurídicas y culturales del momento.**

Hace aún algunos años, la “guerra contra la droga” era el objetivo casi exclusivo de los gobiernos y de los especialistas. Ésta se basaba en estrategias orientadas paralelamente hacia la reducción de la oferta y de la demanda, privilegiando en el campo terapéutico las prevenciones primaria (prevención del uso) y secundaria (abstinencia rápida).

Esta política sólo fue cuestionada precozmente por un país, Holanda, en el que desde el principio de los años 80 y tras una revisión de la ley sobre el opio (1976), **se estableció una estrategia de reducción de riesgos.** Sus ejes principales fueron (Engelsman, 1989):

La despenalización de facto del consumo de *cannabis* y de su posesión personal; se esperaba con ello disminuir los riesgos de paso de una droga “blanda” a una droga “dura” por contigüidad de las escenas de venta.

El desarrollo de programas de metadona a dos niveles. Uno llamado «de bajo umbral», cuya pretensión era atraer y retener a los toxicómanos en la red sanitaria. El segundo, terapéutico, se orientaba hacia una abstinencia a corto o largo plazo.

El desarrollo de programas de intercambio de jeringuillas, iniciados a partir de 1984 por iniciativa de una organización de consumidores de drogas.

El reconocimiento de la toxicomanía y del consumo de drogas como problemas sociales y de salud pública que deben ser tratados en términos racionales.

Los resultados holandeses son ilustrativos. La incidencia de la hepatitis B en usuarios de drogas inyectables en 1984 era del 26%, pasando en 1988 al 5%; la del VIH pasó del 12% en 1986, al 5% en 1987 y al 3% en 1988. Los resultados de la ciudad de Amsterdam (Buning, 1989; Grund & col, 1991) no indican ningún cambio que justifique las críticas hacia la política de reducción de daños. Se observa:

Un aumento en la edad del primer consumo.

Una estabilización del número de consumidores.

Un aumento considerable de las demandas de tratamiento dirigido a la abstinencia.

Por su parte, el Reino Unido propuso en 1986 y tras la recomendación del Advisory Council on the Misuse of Drugs (1988), el desarrollo de una política de reducción de riesgos. Se dio prioridad a los programas de intercambio de jeringas. Si en 1987 existían tan sólo dos programas experimentales, en 1990 pasaron a ser 120. Simultáneamente la política prescriptiva inglesa vive un nuevo impulso. La reorientación se opera bajo la constatación de que **el SIDA constituye un peligro para la salud pública más grave que el consumo de droga**. Según Stimson (1990), una visión centrada exclusivamente en los comportamientos individuales es insuficiente. La prevención del VIH precisa que la salud pública realice acciones más amplias que aquellas tomadas a nivel individual. Debe considerarse una reflexión sobre los mecanismos sociales de marginación. La región sanitaria de Merseyside elige esta hipótesis desde 1983. Aún hoy en día, la prevalencia del SIDA en esta región sigue siendo la más baja del Reino Unido (cerca de 1% contra 13.5% de media nacional) y los dos condados (Widnes y Warrington) más activos en la diversificación de los programas de opiáceos (metadona oral, inyectable, heroína...) han presentado también una disminución importante de la delincuencia, a pesar del aumento de los problemas sociales en la región. Los programas de intercambio de jeringas y de tratamiento con sustitutivos mostraron su eficacia en la atracción de toxicómanos que se mantenían al margen de los servicios especializados y además se comprobó que eran capaces de modificar sus comportamientos.

El toxicómano deja de ser percibido como un ser inconsciente ("*suspension of rationality*") y destructor, siendo considerado como un agente activo en la prevención, responsable de sí mismo y de los demás ("*health conscious drug user*"). Algunos equipos utilizan incluso a los traficantes como agentes de prevención ya que son personas cercanas a los toxicómanos no contactados por los servicios. Por su parte, **el nuevo "profesional"** de las toxicomanías ("*new drug worker*") se describe en los siguientes términos: **conoce los problemas de las politoxicomanías, posee conocimientos en medicina y especialmente los relativos al VIH, tiene habilidades tanto terapéuticas como comunitarias**. Estas dos nuevas imágenes favorecen que los servicios sean más accesibles, más rápidos en sus respuestas y más diferenciados según el tipo de pacientes.

Keene & Stimson (1993) observan pocas diferencias sociodemográficas comparando los toxicómanos que frecuentan los programas de intercambio de jeringuillas con los que no lo hacen, aunque la diferencia es significativa en términos de compartir jeringuillas (9-10% de los que son clientes, contra 39-41% de los que no lo son).

Jones & col. (1991) demuestran la eficacia de un programa de intercambio de jeringuillas como puerta de entrada hacia los tratamientos. Un 62% de los toxicómanos que frecuentan el centro de intercambio están en tratamiento (26% en 1988); 46% de ellos han sido referidos por los equipos de prevención.

En Estados Unidos la situación de los toxicómanos en relación al problema del VIH es dramática. Más de la mitad de los mismos son inyectores de drogas y entre ellos, del 25 al 75% son seropositivos. La evolución de la política en materia de drogas en EEUU tiene dos ejes principales. Por un lado, uno de los objetivos de los programas de metadona es la reducción de riesgos (por disminución o abandono de la inyección). Por otra parte, desde 1987, aparecen nuevas actividades de tipo preventivo (Friedman, 1989): el trabajo de calle que implica a los líderes de las comunidades más marginales; la educación y la prevención del SIDA en el seno de los programas de tratamiento; la prevención del paso a la inyección intravenosa por los toxicómanos que inhalan; la autoorganización de los ex-toxicómanos y, más raramente, de los consumidores activos. Sin embargo, los programas de intercambio de jeringuillas son escasos.

Un estudio (Clatts & Beardley, 1992) confirma la relación entre las conductas de consumo de drogas y la estabilidad del lugar dónde se vive. **La prevención debe tomar en cuenta no solamente al individuo, sino también las condiciones medioambientales, sociales y culturales.** Sin embargo, si bien al mundo político americano no se le escapa que la implantación de tales programas revela la inadecuación de las estrategias estrictamente orientadas hacia la abstinencia, sus resistencias al cambio son mayores.

Con la excepción del caso de Australia, que adopta en 1987 (NSW, 1991) una política basada en la reducción de riesgos, la mayor parte de los países industrializados se agitan alrededor de intensos debates sobre el correcto fundamento de esta política nueva, siempre con el miedo subyacente de reconocer el fracaso de la tolerancia «cero», el hecho de que los consumidores de drogas, dependientes o no, son ciudadanos con derecho a la salud.

La comunidad científica establece precozmente que la prevención del SIDA implica la responsabilización del individuo y de la colectividad. En el caso de los consumidores de drogas, es impensable que se les considere responsables en el tema SIDA e irresponsables frente a la utilización de drogas (Advisory Council on the Misuse of Drugs, 1988).

Los costes médico-sociales y económicos de las estrategias de abstinencia por sí solas son elevadísimos y presentan numerosos interrogantes, salvo para los que piensan que el consumo de drogas es un problema moral y que todos los frenos creados por la prohibición sólo tienen una función moral, independientemente de sus costes reales y su eficacia limitada. **La política de reducción de riesgos se interesa por la dimensión ética y la inscribe, no en un absoluto histórico, sino en un contexto social y cultural determinado.**

Las declaraciones del Ministerio de la Salud australiano (NSW, 1991) resumen esta nueva orientación:

“La política nacional tiene como objetivo el reducir los efectos negativos que las drogas tienen sobre la sociedad australiana. Su ambición es, por tanto, moderada y circunscrita. No tenemos la ilusión de eliminar las drogas o el abuso de drogas o todos los efectos negativos de las drogas, sino simplemente de reducir ciertos efectos del abuso de drogas en una sociedad permeable a las drogas”.

Las estrategias de reducción de riesgos no son antagónicas con las de reducción de la demanda, pero es conveniente, simplemente, definir los objetivos prioritarios. En 1974, el 20º Informe del Comité de expertos de la OMS (WHO, 1974) declaraba:

“... el Comité piensa que el objetivo más amplio en la prevención sobre este tema debería ser el de prevenir o reducir la incidencia y la severidad de los problemas asociados a un uso no médico de las drogas. Este amplio objetivo es más importante que la prevención o la reducción del uso per se”.

Las políticas de reducción de riesgos deben continuar desarrollándose, priorizando sus acciones en los campos de la política sanitaria y social más que en el marco penal. Según Pearson (1992),

“La minimización de los aspectos más contraproducentes de las estrategias penales, que derivan a los toxicómanos a programas terapéuticos, permiten evitar la utilización de medidas de internamiento en prisión y a su vez aumentan las posibilidades de rehabilitación.”

Para O’Hare (1995) *“La política de reducción de riesgos no puede resumirse en un debate sobre los tratamientos... su principio implica una reflexión global sobre el marco general que organiza el control de las drogas”.*

Puede decirse que en 1999, las diversas políticas nacionales han integrado por completo las estrategias de reducción de riesgos en sus estrategias terapéuticas.

Las diferentes estrategias terapéuticas: los programas orientados a la abstinencia y los programas sustitutivos.

Introducción:

El concepto de alcoholismo o de toxicomanía como enfermedad, nace de un esfuerzo para legitimar el tratamiento de los alcohólicos y de los toxicómanos y para eliminar los estigmas morales que los dominaban. El hecho central en este modelo es la pérdida de control sobre la utilización de drogas o de alcohol, una preocupación constante de obtener estos productos sin tener en cuenta las consecuencias médico-sociales ligadas a su consumo. El desarrollo de los movimientos de autoayuda está históricamente relacionado con el modelo del alcoholismo como enfermedad y más recientemente de las toxicomanías modernas. Aquí, el rol de los profesionales de la salud es tratar las consecuencias médicas de la adicción, pero no se dirige al tratamiento de la toxicomanía o del alcoholismo en sí mismo.

El modelo psicoanalítico de las adicciones, considera que las conductas de dependencia están basadas en una psicopatología o en conflictos psicológicos. Desde esta teoría, algunos psicoanalistas consideran que las diferentes drogas son utilizadas no por azar, sino como automedicación de los propios «dolores» psicológicos. La hipótesis de que los trastornos adictivos son una automedicación de una psicopatología subyacente ha sido reintroducida recientemente en USA (Khantzian, 1985). En Europa, en Francia por ejemplo, este modelo ha dominado precozmente el campo de las adicciones (Bergeret, 1987). Sigue siendo el modelo central en el campo de los trastornos de conducta en los adolescentes.

El tratamiento psicoanalítico de los trastornos adictivos busca ayudar al paciente a poner en evidencia los conflictos escondidos, subyacentes, que han conducido a la utilización de las sustancias adictivas; el “modelo enfermedad” se focaliza fundamentalmente en la sustancia misma (Vaillant, 1983) y su peligrosidad para el sujeto.

La teoría psicoanalítica, sin embargo, no toma en consideración los factores biológicos o genéticos que pueden conducir al abuso de sustancias ni los factores socioculturales que contribuyen a dar un lugar y una codificación particular a una droga en una sociedad determinada.

El modelo actual más completo que rinde cuenta de los trastornos adictivos es el modelo bio-psico-social. Considera que la causa es multifactorial e incluye, por tanto, las predisposiciones genéticas que interaccionan con los factores psicológicos y socioculturales. La contribución de cada factor puede variar de un individuo a otro y uno de esos factores puede predominar en un mismo individuo.

Destinatarios de los tratamientos.

Los criterios retenidos por la Clasificación Psiquiátrica Americana (APA, 1994) y los de la Clasificación Internacional de Enfermedades (WHO, 1993) permiten la existencia de un lenguaje internacional común.

- Criterios de dependencia a una sustancia (DSM-IV).

- Criterios del abuso de sustancias (DSM-IV).
- Síndrome de dependencia (CIM-10/ICD-10).
- Utilización nociva para la salud (CIM-10/ICD-10).

El diagnóstico de abuso de sustancias o de dependencia, variable según el o los productos, se acompaña de una descripción exacta del estado físico y psíquico del paciente en el momento de entrar en tratamiento. Se puede y se debe, a veces, diferir este diagnóstico 2 o 3 semanas para asegurarse que un trastorno ansioso, depresivo o psicótico no es un efecto de las drogas por sí mismas. El diagnóstico de trastorno de personalidad no puede efectuarse antes de 5 o 6 semanas.

Evaluación y puesta en marcha de los tratamientos.

Una evaluación completa e individualizada se fundamenta en que cada paciente es diferente y tiene una necesidad asistencial apropiada a su situación. Desde el punto de vista de los objetivos de tratamiento, ciertos pacientes pueden y quieren llegar rápidamente a la abstinencia de las drogas, otros (una mayoría concretamente para los heroinómanos) necesitan aproximaciones por etapas (reducción de riesgos) antes de llegar a la abstinencia, objetivo que algunos jamás alcanzarán. Estos pacientes pueden sin embargo estabilizarse en el marco de tratamientos de sustitución, tanto en el plano médico como en el psicológico o social.

La evaluación incluye una historia completa del paciente en sus aspectos biológico, psicológico, familiar y social en sentido amplio, con una descripción precisa de los modos de consumo presentes y pasados, los tratamientos anteriores y sus resultados. Es pluridisciplinaria y necesita una estrecha colaboración entre psicólogos-psicopedagogos, asistentes sociales, médicos (psiquiatras y de medicina general) y enfermeros.

La evaluación permite determinar la situación clínica actual de cada paciente y ver la lista completa de sus necesidades terapéuticas. Favorece igualmente la creación de una alianza terapéutica al establecer objetivos —aceptados por el paciente y el equipo— que son periódicamente evaluados en el curso del tratamiento. **La implicación del paciente en la elección de los fines terapéuticos (objetivos, tratamientos, lugares) es fundamental, ya que hoy en día, y sobre la base de la literatura científica existente, es prácticamente imposible determinar que tratamiento conviene más a qué paciente.** Los estudios existentes son limitados en sus conclusiones y, sobre todo, están muy ligados a los contextos socio-culturales en los cuales se han desarrollado, haciendo imposible cualquier generalización.

Es necesario considerar que para la mayor parte de los pacientes la recaída es muy frecuente y que la prevención de ésta debe ser una estrategia fundamental, sea cual sea el objetivo actual del tratamiento. Hoy en día, se acepta que las toxicomanías son problemas crónicos y recidivantes y que los pacientes deben ser ayudados con técnicas apropiadas a responder a su demanda preferencial: la toma de sustancias psicoactivas como respuesta a toda situación emotiva y cognitiva (negativa o positiva).

Estrategias terapéuticas.

Para favorecer la claridad del texto, describiremos separadamente los tratamientos farmacológicos y psicosociales, aunque en clínica se asocian según las necesidades individuales de cada paciente.

Tratamientos farmacológicos.

Los tratamientos farmacológicos tienen 5 objetivos diferentes :

- Tratar la intoxicación o la desintoxicación.
- Disminuir los efectos subjetivos positivos de las drogas.
- Provocar la aversión o bloquear los efectos de las drogas.
- Establecer una estrategia de sustitución por una sustancia psico-activa controlada.
- Tratar los problemas de comorbilidad somática o psiquiátrica.

A. Tratamiento farmacológico del alcoholismo.

Intoxicación.

Los pacientes intoxicados con alcohol necesitan estar en un entorno tranquilo y controlado, con una hidratación y una nutrición adecuadas. La existencia de otras sustancias que pueden influenciar el cuadro clínico debe ser identificada. Debe ser recogida la historia del consumo del paciente y evaluados sus problemas somáticos, así como eventuales problemas psiquiátricos que pueden necesitar un tratamiento adecuado en medio especializado.

Desintoxicación.

Ante de un cuadro clínico moderado, una actitud de apoyo y un contexto relajante son suficientes en la mayor parte de los casos. La tiamina (vitamina B) debe ser prescrita sistemáticamente para evitar complicaciones neurológicas.

Cuando la situación clínica se complica, es necesario hidratar al paciente y administrarle benzodiazepinas (más raramente barbitúricos). La abstinencia aguda debe acompañarse de un control constante para verificar que el paciente no vuelve a consumir alcohol. Las benzodiazepinas (o los barbitúricos) deben dejar de prescribirse algunos días antes del fin del período de abstinencia aguda, para evitar la creación de una nueva dependencia.

En el marco de una manifestación de delirium tremens o de alucinaciones, se utilizan los neurolépticos; también los antiepilépticos si son necesarios.

Disminuir los efectos subjetivos positivos del alcohol.

Dos estudios controlados (Volpicelli & col., 1992; O'Malley & col., 1992) han probado la eficacia de la naltrexona para reducir el consumo de alcohol. Su utilidad es indisoluble de otras técnicas psicosociales, en particular de prevención de

recaídas. La naltrexona parece actuar sobre los opioides endógenos bloqueando su liberación (el alcohol favorecería su liberación).

Tratamiento aversivo.

El más conocido actualmente es el disulfiram (Antabus). Bloquea la actividad de un enzima que permite la metabolización del alcohol. Aparece una acumulación tóxica de acetaldehído que produce en el paciente efectos muy desagradables (calor, dolor de cabeza, náuseas, vómitos, hipotensión, ansiedad y síntomas más graves que pueden ocasionar la muerte). Este tratamiento no tiene sentido si el paciente no está convencido de su utilidad o si presenta algún trastorno somático que podría agravar su efecto. Su prescripción no se concibe sola. Debe acompañarse de todas las estrategias psicosociales necesarias.

Tratamiento de las comorbilidades.

Después de un diagnóstico completo de todos los trastornos psiquiátricos que pueden acompañar la dependencia alcohólica, el médico puede decidir la prescripción de antidepresivos o neurolépticos. La utilización de antidepresivos debe hacerse con prudencia (riesgo de suicidio o de sobredosis) con los alcohólicos. Actualmente, los antidepresivos preferidos en clínica son los inhibidores de la recaptación de la serotonina. Cuando un paciente alcohólico presenta un trastorno ansioso, la prescripción de benzodiazepinas puede desencadenar la instalación de una nueva dependencia.

B. Tratamientos farmacológicos de los trastornos relacionados con la cocaína.

Se han realizado numerosos estudios para intentar determinar cuál es el mejor tratamiento farmacológico de la dependencia a la cocaína. **Ningún medicamento ha mostrado realmente una eficacia superior a los otros.** Por lo tanto, es imposible indicar un protocolo claro para la desintoxicación o el mantenimiento de la abstinencia en los cocainómanos. Solamente la buprenorfina, entre 12 y 16 mg. por día, parece prometedora (Kosten & col., 1993). Deben continuarse los estudios, ya que la mayor parte de ellos han revelado debilidades metodológicas.

C. Tratamientos farmacológicos de la dependencia a opiáceos.

Intoxicación.

Si una intoxicación moderada no necesita un tratamiento particular, en su forma más severa (sobredosis) el tratamiento es urgente. Requiere la utilización de naloxona (antagonista de los opiáceos) y vigilancia constante para verificar que los signos de sobredosis no reaparecen. Toda sobredosis de metadona o LAAM (medicamentos de larga duración de acción) precisa un período de observación de 1 a 2 días. La administración de naloxona debe acompañarse de asistencia respiratoria. En caso de falta de respuesta inmediata, se debe sospechar la existencia de otras drogas como las benzodiazepinas y, en este caso, administrar un antagonista de las benzodiazepinas como el flumazenil (Anexate).

Desintoxicación.

En la desintoxicación de la heroína, la sustitución por metadona y la disminución lenta de las dosis durante varias semanas es corrientemente utilizada. La desintoxicación de la metadona necesita una disminución lenta, que puede alcanzar hasta 3 meses. Las desintoxicaciones lentas permiten una evaluación médico-psico-social completa, la creación de una alianza terapéutica con el paciente, un mayor confort para éste y la posibilidad de establecer intervenciones terapéuticas posteriores bien programadas. Al final de un tratamiento con metadona es posible utilizar la clonidina durante algunos días para mejorar los signos residuales del “mono”.

Otro método consiste en interrumpir bruscamente todo opiáceo y utilizar exclusivamente la clonidina o la clonidina asociada a la naltrexona. Los signos de “mono” se precipitan por la naltrexona y son controlados por la clonidina. La buprenorfina (agonista parcial) parece interesante pero hacen falta más estudios para clarificar los protocolos de utilización.

Es posible emplear transitoriamente benzodiazepinas para luchar contra el insomnio y miorelajantes contra los dolores musculares.

Finalmente hay que recordar los interesantes resultados obtenidos con la acupuntura y con la electroterapia por corriente continua (Anesthelec) (Auriacombe & col., 1993).

Tratamiento antagonista.

Se resume en la utilización de la naltrexona. Su objetivo es el de bloquear los efectos de los opiáceos, con lo que su consumo se reduce. Su larga duración de acción permite la administración 3 veces por semana. La naltrexona no parece presentar ningún riesgo de dependencia pero sus efectos secundarios no son despreciables (ansiedad y trastornos gastrointestinales). Su utilización debe reservarse a los pacientes completamente desintoxicados de opiáceos. Los resultados de los estudios son contradictorios. La naltrexona es muy utilizada en ciertos países como España y, si bien la experiencia clínica es importante, los estudios controlados son muy escasos. En los Estados Unidos, la naltrexona está reservada para pacientes muy motivados con un alto nivel de inserción social y de apoyo familiar (Washton & col., 1984).

Tratamiento de sustitución.

Se trata esencialmente de la metadona aunque la buprenorfina y el LAAM muestran resultados prometedores que deben ser confirmados por nuevos estudios. Las sustituciones experimentales con opiáceos inyectables (Suiza¹ y Holanda actualmente) no serán desarrolladas aquí.

La eficacia de los mantenimientos con metadona, en términos de retención en tratamiento, de reducción del consumo de heroína y de las tasas de encarcelamiento y

¹ Los resultados completos del estudio multicéntrico federal fueron publicados en el otoño de 1997, cuando éste artículo ya estaba entregado para su publicación.

el aumento de la reinserción socioprofesional está demostrada por tres ensayos controlados (Dole & col., 1969; Newman & Whitehill, 1979; Gunne & Grönbladh, 1981).

Los programas de metadona favorecen la reducción de riesgos infecciosos (Ball & col., 1988) por la disminución de la heroínomanía y la mejora de los comportamientos de inyección. Los estudios de observación miden su eficacia en condiciones reales (Ball & Ross, 1991; GAO, 1990).

Faltan estudios sistemáticos sobre la disminución de la mortalidad entre los toxicómanos que han realizado tratamiento de sustitución. Pocos autores se han dedicado a este tema. Grönbladh & col. (1990) demuestran que los toxicómanos no tratados mueren 63 veces más que la población del mismo sexo y de la misma edad; que los toxicómanos que abandonan precozmente el programa sin mejoría significativa mueren 53 veces más y que los toxicómanos curados después de un tratamiento con metadona, mueren aún 4 veces más.

Otros estudios recientes (Ball & Ross, 1991; General Accounting Office, 1990) demuestran variaciones importantes entre los programas en términos de retención, de consumo de heroína ilegal o de otras drogas. La retención en los estudios controlados es superior o igual al 70% después de 1 año; dicha retención no es más del 50%, de media, a los 6 meses en los estudios observacionales recientes. Si el consumo de heroína se reduce significativamente en los estudios controlados, en ciertos programas, los resultados son dudosos mostrando hasta un 67% de orinas positivas.

Un argumento mayor que puede explicar estas diferencias de eficacia, más allá del aspecto “pionero” de todo estudio controlado, es la variación de la calidad de los programas que están, a veces, muy alejados de las recomendaciones iniciales de Dole & Nyswander. Las dosis de metadona son insuficientes; el paciente está sometido a presiones constantes para alcanzar la abstinencia; se ofrecen pocos servicios psicosociales junto a la distribución de metadona.

El estudio, muy completo, de Ball & Ross (1991) demuestra la importancia de los factores ligados a la organización de los programas terapéuticos. **La retención en tratamiento está en estrecha relación con la existencia de servicios de rehabilitación para los pacientes, una filosofía orientada hacia el largo plazo, dosis adecuadas de metadona, directores muy competentes y equipos estables y afables.** Los autores insisten sobre la primacía de los factores-programa sobre los factores ligados a los pacientes.

Ningún parámetro sociodemográfico se correlaciona claramente con resultados favorables. Los pacientes mayores con empleo y apoyo familiar y social tienden a mantenerse en tratamiento y completarlo. La delincuencia, una dependencia importante, la politoxicomanía (abuso de alcohol, etc.) antes del tratamiento y una grave psicopatología se asocian con una baja tasa de retención en tratamiento (Mc Lellan, 1983)

Hace 30 años, los primeros criterios de admisión eran: ser mayor de 21 años, 4 años de dependencia, fracasos sucesivos con tratamientos anteriores, ausencia de politoxicomanía y de psicopatología severa. Hoy en día, estos criterios han sido

flexibilizados aunque las condiciones cambian según el contexto social. Por ejemplo, en Ginebra estos criterios son: 18 años (salvo excepción) y una dependencia confirmada. Excluir los pacientes politoxicómanos supondría reservar la metadona a una élite. Las psicopatologías severas tienden a convertirse en indicaciones para el mantenimiento, además de que los pacientes afectados responden mal a otros tratamientos o son excluidos de ellos. La integración de los pacientes graves en las curas de metadona explica en parte los menores resultados y necesita de dispositivos especiales, concretamente servicios médico-psico-sociales.

La evaluación clínica —médico-psico-social— de los pacientes, debe concebirse como un primer contacto con una nueva modalidad terapéutica y no como una carrera de obstáculos administrativos, destinados a “desencantar” al paciente y deprimir rápidamente a los equipos.

Dosis.

Actualmente, consideramos que dosis inferiores a 60 mg no son dosis óptimas para la mayoría de los pacientes. Dichas dosis están asociadas a tasas elevadas de abandono y a consumos paralelos de heroína (Caplehorn & Bell, 1990; Ball & Ross, 1991). La dosificación de la metadona debe ser un gesto clínico determinado por las necesidades del paciente. Dos estudios han demostrado el interés de una autorregulación de las dosis por los mismos pacientes (Goldstein, 1975; Havassy & Hargreaves, 1979, 1981).

Se observa una tendencia hacia dosis más elevadas para los pacientes de más edad, que consumen más heroína y/o que presentan trastornos psiquiátricos o psicopatológicos importantes (Treece & Nicholson, 1980; Meltzer & Kast, 1980). Estas observaciones corroboran las propiedades antipsicóticas y ansiolíticas de la metadona (Berken & col, 1978; Verebey, 1982).

Los exámenes de orina se practican a veces cotidianamente (en este caso el coste es insoportable tanto en el plano económico como humano) o semanalmente, al azar o no. La objetivación de drogas en orina no debe ser un instrumento punitivo sino clínico. Permite un diálogo con el paciente sobre su tratamiento en términos farmacológicos (dosis), relacionales (necesidades de servicios psico-sociales) y preventivos (riesgos ligados a la inyección).

Duración.

Existen actualmente dos tipos de mantenimiento con metadona que se refieren a dos teorías diferentes. En el primer modelo (llamado metabólico), heredado de Dole & Nyswander, la duración del mantenimiento no está definida. El segundo modelo (llamado psicosocial), está más orientado hacia el corto plazo y basado en un cambio rápido con objetivos de abstinencia. La mayor parte de los autores encuentra una correlación positiva entre retención en tratamiento, disminución del consumo de heroína ilegal, disminución de la delincuencia (Dole & Josef, 1978; Stimmel, 1977; Hubbard, 1989; Simpson, 1979-1981) y resultados positivos después del final del tratamiento (Dole & Josef, 1978; Stimmel, 1978; Simpson, 1979). Según dichos estudios, la duración para obtener resultados significativos durante el tratamiento varía entre 1 y 3 años.

Los pacientes que terminan el tratamiento de manera positiva, con el acuerdo del equipo, tienen mayores posibilidades de presentar una buena evolución (Stimmel & col., 1978). El problema es saber si la duración del tratamiento es un factor en sí mismo o, si las modificaciones positivas del paciente constituyen los factores fundamentales (Simpson & Sells, 1982).

Diferentes autores (Anglin & col., 1989; McGlothlin & Anglin, 1981; Rosenbaum & col., 1988) concuerdan en demostrar que la imposición arbitraria de un límite de tiempo en los tratamientos con metadona (razones financieras o creencia que la confrontación favorece una mejor rehabilitación) no contribuye a mejores resultados para la mayoría de los pacientes, y concretamente para los que tienen una mayor necesidad de tratamiento. Ball & Ross muestran que los programas que tienen una política basada en el largo plazo, combinada con un apoyo de servicios médico-psico-sociales, son más eficaces.

Un empleo, un sistema familiar y social estable son predictores de retención y de resultados positivos. La duración de las curas debe ser individualizada. La mayoría de los pacientes necesita tratamientos a largo plazo o a plazo no definido según sus necesidades médico-psico-sociales y no según criterios administrativos.

Las tres variables —duración, dosis, importancia de las intervenciones psico-sociales conjuntas— tienden a ser consideradas como un todo indisociable. Es importante recordar la hipótesis que a veces son separables y que deben coordinarse con las necesidades clínicas de los pacientes.

Mujeres embarazadas y abuso de sustancias.

La dependencia a las drogas, incluyendo el alcohol, o simplemente su abuso durante el embarazo, representa un riesgo mayor para el feto. El riesgo de aborto, de embarazo complicado, de nacimiento prematuro, de bajo peso al nacimiento y de malformaciones no es despreciable. Para las mujeres mismas, numerosas complicaciones pueden poner su vida en peligro o complicar su situación médico-psico-social. Cuando el niño nace, las complicaciones ligadas a la abstinencia aguda neonatal son bien conocidas y se han estudiado los riesgos sobre el ulterior desarrollo médico-psico-social del niño. (Finnegan & Kendall, 1992).

Es por tanto absolutamente necesario acompañar el embarazo, el parto y los primeros años de desarrollo del niño y de la relación madre-hijo. En el marco de la heroínomanía, los mantenimientos con metadona muestran ser un recurso central en el seguimiento del embarazo, del postparto y posteriormente. En efecto, permiten un contacto cotidiano con las pacientes y un apoyo completo para sus problemas de la vida cotidiana, siempre en el marco de referencia de equipos multidisciplinarios donde todos los problemas médico-psico-sociales pueden ser abordados en el seno de un mismo equipo terapéutico. La experiencia demuestra que las desintoxicaciones de la heroína durante el embarazo deben reservarse a situaciones excepcionales en las cuales se está casi completamente seguro que la recaída no se producirá.

En efecto, en la mayor parte de los casos el reconsumo de heroína representa el exponer el feto a intoxicaciones y desintoxicaciones repetidas (Kaltenbach & col., 1992).

Tratamiento de las comorbilidades.

No se detallarán aquí todos los tratamientos somáticos que pueden ser utilizados como consecuencia de los trastornos infecciosos encontrados en los toxicómanos.

Los tratamientos farmacológicos de la comorbilidad psiquiátrica son los neurolépticos y los antidepresivos. Para los pacientes que presentan una comorbilidad con alcohol, benzodiazepinas o cocaína, deben tenerse en cuenta medidas más estrictas dirigidas a la desintoxicación de estas drogas. La mayor parte de los pacientes politoxicómanos deberían beneficiarse de un mantenimiento con metadona que permita un seguimiento intensivo; los objetivos del tratamiento incluyen la abstinencia a las otras drogas. La utilización del tratamiento con metadona, y concretamente de las dosis, para castigar los pacientes por utilizar otras drogas en paralelo, es absolutamente desaconsejable. Las desintoxicaciones en estos pacientes politoxicómanos deben hacerse en medio hospitalario especializado mientras que el tratamiento con metadona se continúa a las dosis necesarias.

Tratamientos psicosociales.

Las tres orientaciones teóricas de referencia son esencialmente cognitivo-conductuales, psicodinámicas y sistémicas. Desde hace 15 años aproximadamente, los clínicos anglosajones buscan la comprensión de los procesos subyacentes a las toxicodependencias a las drogas ilegales según los modelos conductuales y cognitivos. Este movimiento ha comenzado a tomar una cierta importancia en algunos países europeos aunque el número de especialistas es aún escaso, sobre todo en el medio francófono. **Los resultados de los estudios controlados u observacionales así como la experiencia clínica muestran que los tratamientos psicosociales deben ser adaptados a las necesidades de cada paciente.** Sin embargo, actualmente es aún difícil poder definir un emparejamiento correcto entre los problemas que presentan los pacientes y los métodos terapéuticos utilizados. Los equipos terapéuticos están habituados a ciertos modelos y continúan apegados a ellos, cualquiera que sea su eficacia según los pacientes a los que se dirigen.

Un dato parece cierto: los resultados terapéuticos están ligados a una duración en tratamiento de 3 meses como mínimo.

Los principales tratamientos son:

Las psicoterapias individuales de orientación psicodinámica. Han sido esencialmente exploradas desde la perspectiva de la eficacia en tratamientos que incluyen una farmacoterapia con metadona y grupos de autoayuda (Narcóticos Anónimos). Hasta la fecha, no se ha podido demostrar en estudios controlados su eficacia por sí misma sin otras modalidades terapéuticas asociadas. Parece de efectividad muy limitada clínicamente en los pacientes que presentan trastornos graves de la personalidad, especialmente de tipo antisocial. Las formas de psicoterapia más recientemente desarrolladas modifican el marco psicoterapéutico/psicodinámico tradicional al crear un entorno protector y activo en el cual los pacientes son estimulados para expresar sus afectos negativos y sus dificultades relacionales repetitivas. De esta forma (*“Supportive expressive therapy”*)

en los EEUU) su eficacia parece comparable con las terapias comportamentales. Pero esencialmente, la afirmación de la eficacia de los tratamientos psicodinámicos viene de la experiencia clínica y de los casos individuales que han sido descritos.

Las terapias cognitivo comportamentales: estos tratamientos tienden a modificar los procesos cognitivos que conducen a comportamientos mal adaptados. Permiten así intervenir en la cadena de los comportamientos que conducen a la utilización de sustancias; ayudan al paciente a afrontar sus necesidades imperiosas de droga y promueven o refuerzan las competencias sociales y las actitudes compatibles con una vida libre de drogas.

Las principales formas son:

La terapia cognitiva descrita por Beck para el tratamiento de la depresión y de la ansiedad y que ha sido modificada para los toxicómanos. Esta terapia parte del principio de que la identificación y la modificación de los esquemas de pensamientos mal adaptados permiten reducir y eliminar las conductas de dependencia.

La prevención de recaídas tiende a ayudar al paciente a gestionar por autocontrol todo consumo de droga y en consecuencia la recaída en la dependencia. Las estrategias que la componen son: la evaluación de la ambivalencia frente al abandono de la dependencia, la identificación de las situaciones, pensamientos o emociones que conducen al consumo de sustancias, el desarrollo de estrategias que permiten enfrentarse a ello, la exploración del conjunto de decisiones que conducen a reconsumir sustancias y por último el aprendizaje de que breves episodios de consumo pueden no conducir a la recaída completa al desarrollar técnicas de intervención precoz. En las evaluaciones, las estrategias de prevención de recaídas se han mostrado eficaces y parece ser que son aún más eficaces en pacientes gravemente dependientes que presentan importantes síntomas psiquiátricos.

Las intervenciones breves se han mostrado muy eficaces en los estudios controlados. Consisten en un enfoque a través del cual el terapeuta motiva al paciente para evaluar las consecuencias positivas y negativas de sus conductas y para explorar sus propios objetivos y su ambivalencia en alcanzarlos.

Las terapias comportamentales: comportan sobre todo la utilización de recompensas frente a conductas positivas, por ejemplo “orina negativa” a los opiáceos en los tratamientos con metadona. Estas recompensas se canalizan a través de gestos concretos en relación directa con los pacientes (por ejemplo la posibilidad de llevar a casa la metadona durante el fin de semana) o a través de refuerzos de los miembros de la familia o de los compañeros de la misma edad, que permiten al paciente integrarse en actividades positivas de grupo. Si la eficacia de la utilización de las recompensas ha sido demostrada, ningún estudio ha permitido mostrar que las decisiones punitivas tengan ningún efecto benéfico sobre la evolución de un tratamiento. La exposición de los pacientes a situaciones críticas para prevenir la utilización de drogas, es simplemente anecdótica y necesitaría ser estudiada en el futuro.

Los tratamientos de grupo: todas las formas de grupos han sido utilizadas con los pacientes dependientes, ya sean grupos de inspiración psicodinámica, sistémica, cognitivo-comportamental y psicodrama. Los tratamientos de grupo permiten a los pacientes conocer la experiencia de otros e identificarse con ella, entender mejor el impacto de su comportamiento adictivo en su vida, aprender partiendo de emociones, reacciones y pensamientos de otros y por fin hablar del plan y objetivos de su tratamiento. En los países anglosajones (principalmente en los EEUU), la participación en grupos de autoayuda, tipo Narcóticos o Alcohólicos Anónimos, forma parte íntegra de los tratamientos, incluso en los servicios más profesionalizados. Estos grupos conducidos por antiguos pacientes no entran en competencia o en antagonismo con los grupos conducidos por profesionales. Constituyen un enfoque poco utilizado en Europa y no obstante presentan claras ventajas en la reestructuración de las relaciones sociales.

Las diferentes orientaciones teóricas de terapia de familia incluyen enfoques estructurales estratégicos, psicodinámicos y comportamentales. Permiten intervenir tanto en la familia nuclear o en la pareja, particularmente en el tratamiento del alcoholismo. Incluyen también los tratamientos multifamiliares y de las redes sociales. Los poco numerosos estudios controlados han demostrado su eficacia en el tratamiento de los adolescentes, de los pacientes en mantenimiento con metadona y de los pacientes alcohólicos. En sus formas más estructuradas, los tratamientos de familia tienden a modificar el conjunto del funcionamiento familiar. Los contactos episódicos, aunque regulares con las familias, permiten ayudarles en la dinámica del tratamiento tanto a nivel del mantenimiento de la abstinencia como de la evolución psicosocial de los pacientes. Los pacientes más resistentes al tratamiento pueden, a través de técnicas del enfoque familiar, estar más dispuestos a colaborar.

Tratamientos psicosociales y sustancias.

A. Tratamientos psicosociales del alcoholismo.

Parece cierto que un período no definido de tratamiento psicosocial tras la fase aguda está asociado con mejores resultados terapéuticos. La duración de dicho tratamiento está actualmente más determinada por la accesibilidad del sistema asistencial que por las necesidades terapéuticas.

- Tratamientos cognitivo-conductuales (individuales y/o grupales):

Existe la evidencia de su eficacia en el control del consumo de alcohol. Incluyen estrategias muy diversificadas que van desde la adquisición de competencias sociales, hasta estrategias de prevención de recaídas, al trabajo sobre situaciones de estrés y a tratamientos estrictamente conductuales con recompensas. Parece ser que los pacientes que presentan trastornos antisociales de la personalidad o un alto nivel de psicopatología obtienen más beneficios de estas modalidades terapéuticas (Chaney, 1989).

- Tratamientos psicodinámicos individuales y/o en grupo:

Existen numerosos datos clínicos y empíricos, pero muy pocos estudios controlados. La ausencia de validación de estos modelos los pone en peligro ante los cálculos

coste-eficacia, que acompañarán cada vez más la evaluación de tratamientos (Holder & col., 1991).

- Entrevistas motivacionales:

Sus objetivos son la evaluación del comportamiento alcohólico y de los problemas relacionados con éste. El terapeuta busca motivar al paciente al cambio, permitiéndole hacer un análisis coste-beneficio de sus diferentes comportamientos. Explora con él sus fines y le muestra su ambivalencia. Varios estudios han mostrado la eficacia de este modelo que podría ser comparable a la de los tratamientos psicosociales a largo plazo. Además, mejoran la eficacia de los tratamientos posteriores. Actualmente, dichas técnicas están reservadas a los pacientes menos graves abordados en el primer contacto con la red asistencial (Bien & col., 1993).

- Tratamientos de familia y de pareja:

Su eficacia en grupo (varias familias) o en individual (una sola familia) está demostrada. La implicación de los miembros de una familia en el tratamiento del paciente alcohólico constituye igualmente un factor predictivo positivo del tratamiento (McCrary, 1991).

- Grupos de autoayuda y de autoapoyo:

Según los países y las tradiciones forman parte integrante del tratamiento y los profesionales mismos los utilizan como referencia. En otros contextos socioculturales parecen estar en conflicto larvado o abierto con los modelos terapéuticos profesionales.

Ciertos estudios han mostrado su eficacia en los Estados Unidos y merecerían ser desarrollados en Europa. De todas maneras, los grupos de autoayuda son espacios de resocialización, que deberían ser considerados como un “algo más” positivo de toda forma de tratamiento, destinada a reforzar la autonomía de los pacientes de la red asistencial socio-sanitaria.

B. Tratamientos psicosociales de la dependencia a la cocaína.

Debemos considerar que, hoy en día, ningún modelo psicosocial ha probado su superioridad. Sin embargo, parece claro que los tratamientos psicosociales deben ser intensivos cualquiera que sea el tratamiento (más de 2 veces por semana) (Weddington & col., 1990).

- Tratamientos cognitivo-comportamentales (Mino & Page, 1996).

Los estudios conocidos han explorado estrategias de prevención de recaídas. Los resultados parecen alentadores pero es necesaria su verificación en la experiencia cotidiana de los tratamientos. Hasta la fecha, han sido obtenidos exclusivamente en estudios controlados.

Los estudios de evaluación de los tratamientos comportamentales (implicación de un allegado, recompensas) muestran también resultados interesantes que deben, al igual que los anteriores, ser reproducidos en el mundo real de los tratamientos y sobre todo en otros contextos socioculturales (Higgins, 1993). La intensidad de la oferta

asistencial a los pacientes muestra la necesidad de tratamientos intensivos (Hoffman, 1994) ya sean grupales o individuales.

- *Tratamientos psicodinámicos individuales o grupales :*

Los tratamientos controlados del abuso o de la dependencia son limitados. Experiencias de tratamientos grupales están actualmente en desarrollo. Utilizan un enfoque de inspiración analítica modificada y parecen alentadores (Khantzian, 1985).

En relación con la orientación individual, solo han sido exploradas las psicoterapias focalizadas en las relaciones interpersonales actuales interactivas (“*supportive-expressive therapy*”). Sus resultados parecen comparables con los de los tratamientos cognitivo-comportamentales.

- *Tratamientos de familia o de pareja.*

La literatura no señala nada de particular.

- *Entrevistas motivacionales.*

No se ha encontrado ninguna referencia.

- *Tratamientos grupales.*

Ninguna evaluación ha mostrado su superioridad sobre los tratamientos individuales.

- *Grupos de autoayuda y de “autoapoyo”.*

En los Estados Unidos existen dos grupos de “Cocainómanos Anónimos”. En el marco de los tratamientos profesionales, hay estudios que afirman que grupos de ayuda efectuados por sus “pares”, dan resultados interesantes en el plano de las recaídas. Parece incluso que los grupos de autoayuda serían en sí mismos factores predictivos positivos, independientemente de otros factores terapéuticos.

C. Tratamientos psicosociales de la heroínomanía.

La importancia de los seguimientos psicosociales (*counseling*) en los programas de mantenimiento con metadona es un tema controvertido.

El término “apoyo” o servicios psico-sociales no comporta ninguna definición clara. Es necesario un estudio profundo de los programas (Ball & Ross, 1991), para tener por fin una descripción concreta de las actividades cotidianas de los programas. Aparte de los estudios realizados en el continente americano, solamente el estudio de Baillie & col. (1991) en Australia da una descripción completa de 17 programas de mantenimiento.

La comparación de dichos programas muestra variaciones importantes. En Australia, los equipos psicosociales de los programas de mantenimiento están formados por profesionales, concretamente enfermeros. En Estados Unidos los consejeros son profesionales o antiguos toxicómanos que han seguido una formación. Las actividades respectivas son muy variables: encuentros regulares o informales, estrategias sociales, psicoterapéuticas, trabajo grupal, etc. Cualquier comparación y evaluación de resultados es muy difícil.

Para Dole (1969), los servicios psicosociales son necesarios, no tanto para resolver los problemas de psicopatología pre-existentes, como para ayudar a los toxicómanos a resolver los problemas actuales (diligencias sociales; problemas legales; reorganización de la vida familiar) generados por la vida pasada en la delincuencia y la marginalidad. Como recuerdan Newman & Peyser (1991), existe una creencia bien establecida de que esos servicios son los factores más importantes de los programas de metadona, aunque no exista ninguna evidencia. Esta creencia es la expresión de la dificultad de pensar que la metadona, por sí misma, pueda aportar cambios importantes en la vida de los toxicómanos.

Ball & Ross (1991) describen la importancia acordada a estos servicios tanto por los equipos como por los pacientes. Además, un alto nivel de servicios psico-sociales está asociado a una disminución significativa del uso de la heroína y cocaína y a una menor criminalidad. Retención en tratamiento y servicios psico-sociales están significativamente asociados.

McLellan & col. (1993) demuestra de manera “definitiva” la importancia de los servicios psicosociales. Este estudio comporta tres cohortes randomizadas, en las cuales los pacientes reciben dosis idénticas de metadona y “dosis” crecientes de servicios psicosociales. Los resultados son significativamente diferentes.

Las psicoterapias intentan modificar el funcionamiento mental de los toxicómanos, ya se trate de la concepción psicodinámica de los conflictos inconscientes o del concepto cognitivo-conductual de las conductas, pensamientos o emociones inadaptados. Rounsaville (1983-1986) compara psicoterapia interpersonal (semanal) y entrevista (mensual) con el psiquiatra. No se observa ninguna diferencia ni durante el estudio, ni en el seguimiento después de dos años y medio. La tasa de abandono del tratamiento es incluso más alta en la cohorte seguida en el plano psicoterapéutico. Esta ausencia de beneficios parece asociada a un programa de metadona, que tiene un alto nivel en consejos psicosociales y grupos semanales.

El único estudio que aporta una respuesta positiva a la validez de la psicoterapia en el marco de los programas de metadona es el de Woody & col. (1983-1987). Los pacientes masculinos son asignados al azar en tres condiciones: una psicoterapia de inspiración psicodinámica más un apoyo psicosocial; una psicoterapia de inspiración cognitivo-conductual más un apoyo psico-social; un apoyo psico-social sólo. Las sesiones de psicoterapia y de apoyo son semanales. El estudio se realiza durante 6 meses. Los pacientes que recibieron una psicoterapia muestran mejorías significativas. Las más importantes para el grupo I (psicodinámico) se sitúa en las áreas psiquiátrica y del empleo, para el grupo II (cognitivo-conductual) en el terreno legal. En términos de consumo de opiáceos ilegales, los dos primeros grupos presentan una mejoría más importante que el tercer grupo, aunque este último recibe dosis más importantes de metadona. Los pacientes del tercer grupo reciben más prescripciones de psicotropos que los pacientes en psicoterapia. Doce meses después, los autores constatan que las mejorías se mantienen o aumentan en los dos primeros grupos, contra una disminución de la mejora en el tercer grupo. Los pacientes de los grupos “psicoterapia” continúan recibiendo dosis más bajas de metadona y menos tratamientos farmacológicos.

En otro estudio (McLellan & col., 1986) los pacientes son asignados por azar a una psicoterapia de tipo cognitivo-conductual o a un apoyo sólo. Este estudio confirma los resultados del precedente.

Woody (1984) examina, en el seguimiento a los siete meses de tratamiento, la relación entre la importancia de los trastornos psicopatológicos y los resultados terapéuticos. El score del Addiction Severity Index permite diferenciar tres grupos de pacientes (psicopatología baja, media, alta) y reanalizar los datos al séptimo mes por subgrupos terapéuticos. Las mejorías significativas se encuentran en los pacientes que presentan una psicopatología leve en los tres grupos; la introducción de psicoterapia no ofrece ninguna ventaja. En el grupo con psicopatología media, aparecen cambios positivos en los tres subgrupos aunque los grupos con psicoterapia presentan mejorías más importantes. El beneficio de las psicoterapias es evidente para los pacientes con alta psicopatología. Las mejoras se miden en términos de empleo, de mejora de la situación legal y del funcionamiento psíquico.

En otros estudios (Luborsky & col., 1985), se acentúa el interés sobre el factor terapeuta como elemento significativo de los tratamientos con metadona. Se observan diferencias significativas entre los diferentes terapeutas dentro de una misma modalidad terapéutica. Entre los más de 500 estudios reseñados (años 80) sobre la psicoterapia, muy pocos han examinado estas diferencias entre los terapeutas dentro de modalidades análogas. Los autores reexaminan los datos de cuatro estudios y encuentran diferencias significativas entre los terapeutas. Luborsky (1985) resume las características positivas de los terapeutas:

- Desarrollar una relación afable y de apoyo para crear las bases de la alianza terapéutica.
- Utilizar técnicas terapéuticas que concuerden con la teoría anunciada; los resultados son mucho mejores.

Crits-Christoph & col. (1990) muestran que el efecto terapeuta, representa el 55% de la variabilidad de los resultados observados entre los pacientes y concluyen: *“La mitad de los estudios que muestran una intervención superior a otra parecen ser incorrectos si las diferencias entre los terapeutas no se toman en cuenta”*.

Por tanto, los factores asociados a los psicoterapeutas deberán ser controlados en estudios futuros, antes de poder establecer diferencias de eficacia entre las técnicas. McLellan & col. (1988) confirman estos resultados, así como Zweben (1991) y Miller & Brown (1991) en el campo del alcoholismo.

- *Tratamientos cognitivo-conductuales (Mino, Page, Krokav; 1996).*

La exposición a los estímulos con prevención de la respuesta, interna o externa, se practica *in vivo o en imaginario*, bien en relación con el producto directamente, bien en relación con situaciones provocadoras del deseo imperioso de consumo. Los resultados son contradictorios. La gestión de las contingencias utiliza una gran variedad de refuerzos. Cuando éstos son positivos (metadona para llevar, bonos, etc.) la eficacia aumenta.

La hipótesis, según la cual los toxicodependientes presentan lagunas en materia de competencias sociales que favorecen el consumo de productos ilegales, está muy

extendida. El aprendizaje de las competencias sociales y de la autoestima tienen un impacto sobre el funcionamiento relacional general y la reinserción profesional, aunque su relación con el consumo es anecdótica.

Los disfuncionamientos cognitivos de los toxicómanos, han sido objeto de numerosos estudios que han permitido dar descripciones y definiciones interesantes. Se conoce poco el impacto real sobre el consumo y las hipótesis que los relacionan con dicho consumo necesitan de evaluaciones más precisas.

Las emociones negativas (cólera, ansiedad, depresión, etc.) son consideradas como desencadenantes del consumo. Las investigaciones muestran que cualquiera que sea la naturaleza de la emoción (negativa o positiva), es la capacidad de gestionarla la que conduce al individuo a consumir o no. Las estrategias clásicas de gestión de las emociones no han sido objeto de estudios particulares.

Hoy en día, las estrategias más frecuentemente empleadas son la terapia cognitiva de Beck, la resolución de problemas interpersonales o TIPS, las estrategias motivacionales, la prevención de las recaídas o incluso la terapia de contexto.

- Tratamientos psicodinámicos individuales o grupales.

La única modalidad investigada es la terapia interactiva. Su eficacia parece inferior a los tratamientos cognitivo-comportamentales en los estudios comparativos (Woody, 1984).

- Tratamientos de familia.

Permiten un mejor cumplimiento del tratamiento individual o grupal. Son utilizadas en las terapias de familia propiamente dichas y en las terapias de contexto (Galanter, 1993).

- Grupos de autoayuda y de autoapoyo.

Como para el alcoholismo y la cocainomanía, son empleados sistemáticamente en USA. Son poco frecuentes en Europa bajo su forma tradicional; su existencia parece asociada sobre todo al desarrollo de las estrategias de reducción de riesgos y al derecho a la ciudadanía.

Los contextos terapéuticos: hospitalario, residencial, ambulatorio.

La elección del lugar de tratamiento depende de las necesidades clínicas del paciente, de sus preferencias, del tratamiento propuesto y, sin ninguna duda, de las posibilidades terapéuticas disponibles. Estas posibilidades varían considerablemente de una región a otra y de un país a otro. En general, parece que los pacientes deben ser tratados dentro de un marco que les garantice seguridad, eficacia y que sea lo menos opresivo posible. Es por tanto fundamental que sea objeto de una negociación entre el equipo asistencial, el paciente y su entorno, para asegurar su adhesión al tratamiento y su capacidad de responsabilizarse del contexto de su vida cotidiana y de las necesidades específicas de tratamiento si hay síntomas médico-psiquiátricos, teniendo en cuenta los tratamientos anteriores y las condiciones bajo las cuales se han desarrollado. Cuando la elección de un lugar terapéutico ya se ha hecho, debería ser posible modificarla en función de nuevos datos de evolución observados desde el principio del tratamiento; por ejemplo, para ciertos pacientes se deciden

desintoxicaciones ambulatorias y algunos días después parece evidente que son incapaces de tolerar una situación tan desprotegida y que necesitan una desintoxicación hospitalaria.

Los principales marcos terapéuticos son:

Hospitalario.

Permiten tratar las intoxicaciones, las desintoxicaciones o las complicaciones somáticas y psiquiátricas. Aseguran que los pacientes estén en un marco más seguro cuando el entorno natural presenta carencias marcadas. A veces, tienen un carácter no voluntario, en particular cuando los trastornos psiquiátricos son graves, pero lo más frecuente es que sean realizados sobre una base voluntaria, con el acuerdo explícito del paciente cuando, en concreto, se deben controlar las visitas externas para asegurar la seguridad general. La duración de la hospitalización debe ser dictada por las necesidades clínicas del paciente y por la posibilidad de establecer un seguimiento ambulatorio, en hospital de día o residencial. En este marco, todos los tratamientos farmacológicos y psico-sociales expuestos antes pueden realizarse.

Residencial (comunidad terapéutica).

Cuando el entorno de un paciente es inexistente o patológico o cuando se ha determinado conjuntamente (en el tratamiento de la dependencia a opiáceos) que el mantenimiento con metadona (o buprenorfina, o LAAM) no son adecuados y que es aconsejable trabajar exclusivamente sobre los aspectos psico-sociales, individualmente o en grupo, la indicación de un tratamiento residencial se impone. Hoy en día, en Europa, muchos servicios residenciales no admiten ninguna medicación (neurolépticos o antidepresivos). No reciben por tanto más que los pacientes que presentan una psicopatología ligera (depresivo-ansiosa) que puede ser removida por el apoyo educativo y psico-social. Actualmente, cada vez se desarrollan más los programas específicos para adolescentes o para toxicómanos con sus hijos. El entorno terapéutico se construye en función de las necesidades específicas de estos grupos.

Es muy difícil evaluar la eficacia de los tratamientos residenciales y compararlos. Los criterios de éxito varían de un centro a otro, los métodos psico-educativos y psico-sociales son múltiples, los pacientes admitidos son difícilmente comparables en función de criterios previamente establecidos. Por lo tanto, es más difícil aquí la evaluación de la eficacia que con las curas de mantenimiento con metadona.

Hospital de día o centros de crisis.

Permiten limitar las hospitalizaciones y ofrecer un marco más estable a los pacientes ambulatorios. También se utilizan cuando los pacientes salen del hospital o de un tratamiento residencial, en un momento de crisis con riesgo de recaída. Aquí, los instrumentos terapéuticos son de tipo farmacológico y psico-social.

Ambulatorio.

Incluyen igualmente todas las estrategias farmacológicas y psicosociales. Los modelos varían de una región o de un país a otro. La duración de los tratamientos no está solamente en relación con las necesidades clínicas del paciente sino también con las filosofías terapéuticas de los equipos y no puede ser descrita de manera sintética. Se extiende desde algunos meses a varios años, concretamente en las curas de mantenimiento con metadona.

La mayor parte de tratamientos con pacientes que presentan adicción o abuso de alcohol pueden ser realizados en ambulatorio, en centro de día o en centro de crisis. Los tratamientos hospitalarios y residenciales deben reservarse para los pacientes que han fracasado en los tratamientos ambulatorios, que presentan desintoxicaciones complicadas o una comorbilidad médica o psiquiátrica severa.

En relación con los cocainómanos, ninguna literatura describe actualmente recomendaciones particulares. Pocos equipos en Europa intentan evaluar las diferentes modalidades terapéuticas. Actualmente, no existe ninguna sustitución farmacológica y los tratamientos reposan esencialmente sobre estrategias psicosociales.

En el tratamiento de la heroínomanía, los dos grandes modelos son los tratamientos en comunidad terapéutica y las sustituciones con metadona oral. Actualmente, un cierto número de pacientes heroínómanos, presentan una comorbilidad psiquiátrica o abuso y dependencia al alcohol y a las benzodiazepinas. Se encuentran sobre todo en los programas de metadona y necesitan complejas estrategias asistenciales, ya sea en ambulatorio, ya en tratamientos hospitalarios. La gravedad de sus problemas vuelve prácticamente imposible la indicación de tratamiento en comunidad terapéutica.

La literatura internacional (Apsler & Harding, 1991) intenta desde hace muchos años comparar los resultados según los contextos terapéuticos (hospitalarios, residenciales, hospitales de día, ambulatorios). Desgraciadamente, a la mayoría de los estudios les falta solidez metodológica: incluyen poblaciones heterogéneas, sus criterios de evaluación del éxito son demasiado variables, etc. Frente a estos datos tan poco controlados, ya estén en relación con los pacientes o con los sistemas terapéuticos en sí mismos, **resulta hoy en día muy difícil el determinar cuál es el mejor tratamiento para un paciente determinado**. Además, sus necesidades terapéuticas pueden variar en el curso mismo de su toxicomanía; no se puede excluir que un paciente sea tratado en medio residencial como primera etapa terapéutica y que fracase, que comience un programa de metadona y que después desee volver al residencial con éxito.

Anexo.

I) Criterios para la dependencia de sustancias.

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por TRES (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).

Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síndromes de abstinencia.

La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

II) Criterios para el abuso de sustancias.

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, en la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).

Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).

Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).

Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

Clasificación Psiquiátrica Americana / Clasificación Internacional de Enfermedades

La ciudad de ginebra y su política asistencial.

El ejemplo de Ginebra, dentro de un contexto federal más amplio (Klingenmann, 1996), ilustra la integración entre las diferentes estrategias de reducción de riesgos y de abstinencia (Mino, 1994).

Entre 1985 y 1995 Suiza conoció un deterioro de los problemas sanitarios, psicológicos y sociales relacionados con el consumo de drogas ilegales, constituyendo una preocupación prioritaria para la población y el mundo político. Se estima que el numero de toxicómanos suizos (heroínómanos y cocainómanos) es de 30.000, cifra que se ha mantenido estable en los últimos años. Suiza ha desarrollado múltiples programas de ayuda diversificados en base a las diferentes necesidades de los toxicómanos. En 1996, más de 13.000 personas recibían tratamiento de sustitución con metadona. Se cuenta con 1.300 plazas en comunidad terapéutica y 4.000 personas realizan tratamiento ambulatorio dirigido a la abstinencia. A pesar de todos estos esfuerzos, un numero indeterminado de toxicómanos ha fracasado en estas modalidades terapéuticas. Sus condiciones de vida los sitúan como diana privilegiada para el VIH, otras enfermedades infecciosas y la marginalidad.

En 1989, el informe federal de la subcomisión de drogas propuso algunas medidas para incrementar la prevención y los tratamientos, así como una despenalización del consumo. El mismo año, una moción (Gunter; Parlamento Federal) solicita al Gobierno que estudie la posibilidad de una prescripción de heroína bajo control médico a aquellos toxicómanos que han fracasado en todos los otros tratamientos. En 1992, en base a un informe federal (Expertise fédérale) y tras múltiples discusiones políticas, el Gobierno Federal decidió apoyar la prescripción de morfina y metadona bajo control médico, excluyendo en un primer tiempo la heroína, la cual tras largos debates y consultas fue autorizada a título experimental. La Ley de noviembre de 1992 reguló el seguimiento científico de las experiencias que se iniciaron en 1994. Las decisiones del Gobierno Federal confirman el desarrollo de una política diversificada, pragmática y evaluada. En la mayoría de los cantones, antes o después de estas recomendaciones, las políticas sobre drogas se resumen en cuatro conceptos:

Prevención.
Tratamientos.
Reducción de riesgos.
Represión.

La prevención primaria se desarrolla de manera importante gracias a campañas nacionales y acciones locales; los tratamientos orientados hacia la abstinencia se multiplican con un aumento significativo de las plazas de tratamiento en comunidad terapéutica, hospitalarias y ambulatorias; los programas de reducción de riesgos (metadona, jeringas) se intensifican, aunque existan variaciones intercantonales. La política represiva varía de cantón en cantón aunque se mantiene o, en algunos casos, se intensifica. Oficialmente, se orienta hacia el tráfico y no hacia el simple consumo, lo cual no se ve necesariamente confirmado en los informes anuales. Por otra parte, se ponen en funcionamiento varios observatorios epidemiológicos, de coordinación e información intercantonal. En 1994, los grandes partidos del Gobierno (socialistas, radicales y democristianos) deciden apoyar la política del Gobierno Federal y confirman que no utilizarán los problemas de drogas con fines electorales. Pero la autonomía de gobierno que poseen los cantones en Suiza limita la coordinación a nivel federal al diseño de líneas generales.

Hasta 1985, la única política oficial del cantón de Ginebra tenía como objetivo la abstinencia rápida de los pacientes, con procedimientos de desintoxicación hospitalarios y ambulatorios acompañados de psicoterapia de inspiración psicodinámica. Dos comunidades terapéuticas subvencionadas orientaban también sus objetivos a la abstinencia inmediata de todas las sustancias; su modelo de referencia era sociopedagógico o sistémico. Existían programas de metadona, pero gestionados exclusivamente por la medicina privada y bajo control de la autoridad sanitaria cantonal. De hecho, la ley federal sobre estupefacientes siempre ha previsto, desde su existencia (1951, revisada en 1975), la posibilidad de sustitución con medicamentos legales (fundamentalmente metadona oral). El cantón de Ginebra aplicaba en consecuencia la ley federal, controlando el desarrollo de los programas de metadona en medicina privada pero no se identificaba oficialmente con dicha política asistencial.

Las principales características de aquella época eran las siguientes:

Cada institución vivía “en circuito cerrado”, manteniendo relaciones conflictivas con las demás. **Esta época estaba marcada por la ideología. Los tratamientos no se evaluaban; no se preconizaba ninguna actuación científica, por lo que no existían hipótesis por verificar. Los resultados (no publicados) son sin embargo muy limitados en las instituciones oficiales:** menos del 30% de los pacientes terminan con éxito una desintoxicación física y menos del 10% son aún seguidos un año después en una institución terapéutica. Los otros aspectos médicos y sociales de la problemática de los toxicómanos solo se tienen en cuenta secundariamente. Aunque una minoría de adictos tiene una formación profesional acabada o un esbozo de formación (50%), se llevan a cabo pocas o ninguna reflexión para intentar una estrategia de reinserción.

La prescripción de metadona es concebida como una estrategia de control social y como un grave compromiso con la dependencia. El modelo dominante es el de una causalidad estrictamente lineal entre condiciones psicológicas y/o familiares previas y la dependencia. La hipótesis de trastornos biológicos previos o secundarios es raramente evocada y objeto de rechazo inmediato.

Destacaba la contradicción esencial entre el modelo bio-psico-social, preconizado por entonces como modelo explicativo de las toxicomanías y la realidad clínica de que la única hipótesis etiológica utilizada era la psicológica. La idea central en el plano terapéutico era la siguiente: si las causas psicológicas (o las familiares) son elaboradas, la toxicomanía se extinguirá por sí misma. La experiencia y la literatura han probado las limitaciones de esta concepción reduccionista.

La rápida propagación del VIH entre los toxicodependientes a partir de 1985, genera modificaciones que revolucionan la situación en las instituciones asistenciales de Ginebra. **El VIH produce una verdadera crisis de conciencia:** nuestras instituciones terapéuticas sólo son accesibles a un número muy limitado de toxicómanos, de los que un número aún más limitado se mantiene en tratamiento. **La mayoría de los pacientes son incapaces de soportar la abstinencia y la psicoterapia.** De entrada se definen las siguientes preguntas: ¿Qué hacer para que las instituciones sean más accesibles, para atraer a los toxicómanos y retenerlos?

Al mismo tiempo, la miseria social de los toxicómanos aparece claramente a través del fenómeno de las llamadas “escenas abiertas”, que se desarrollan sobre todo en Zurich y Berna. Aunque Ginebra no conoce estas “escenas”, los expertos temen que tales fenómenos se generalicen si no se mejoran considerablemente la accesibilidad a servicios y tratamientos, y la continuidad de los pacientes en dichos tratamientos.

Se toma conciencia de que los permanentes conflictos entre los diferentes modelos terapéuticos penalizan los objetivos de accesibilidad de los pacientes y de continuidad en tratamiento, además de crear situaciones de pérdida de credibilidad ante el mundo político y la opinión pública.

En este contexto se definen cuatro objetivos generales de los servicios y programas terapéuticos:

- Mejorar su accesibilidad.
- Retener los pacientes en tratamiento.
- Disminuir los riesgos médico-psico-sociales.
- Favorecer la autonomía.

Como consecuencia de ello nacen los programas de intercambio de jeringas - creados en 1986 por los farmacéuticos privados y en 1991 por el propio Cantón de Ginebra (autobús de prevención del SIDA) -, el desarrollo de servicios sociales a bajo umbral y el desarrollo de programas públicos de metadona completamente integrados en los programas tradicionales y ubicados en los mismos espacios terapéuticos. El desarrollo de servicios médico-psico-sociales dentro del marco de cada programa asistencial permite considerar real y globalmente el conjunto de problemas que presenta un paciente en tratamiento. Aparecen iniciativas orientadas a modificar la representación social de los toxicómanos en la comunidad y se crea un equipo de prevención comunitaria en los barrios; se mantiene una información constante de la prensa, así como de la esfera política merced a la intensificación del trabajo de la comisión consultiva del Gobierno Cantonal (existente desde 1980). Se impone la voluntad de evaluar sistemáticamente todas las actividades de prevención y de tratamiento.

En el plano conceptual, se abandona la teorización lineal de la toxicomanía para admitir realmente una multifactorialidad bio-psico-social. Se integra la existencia de un sustrato biológico en las toxicomanías - primario y/o secundario - y se complementan los enfoques sistémico y psicoanalítico, con la elaboración de los aspectos cognitivo-comportamentales relacionados con la toxicomanía.

En septiembre de 1991, un extracto de la declaración del gobierno del cantón de Ginebra resume esta nueva política:

“...el toxicómano que se siente apto para aceptar la desintoxicación debe encontrar las posibilidades y las instituciones que le ayuden a liberarse de su dependencia; el toxicómano no es capaz, o todavía no lo es, de aceptar la desintoxicación debe recibir la ayuda que permita su supervivencia...”.

Por lo tanto, la política de Ginebra se caracteriza por su diversificación y la articulación de diferentes funciones del Estado: preventivas, terapéuticas, sociales o represivas. Ello permite articular una red asistencial rica y variada, adaptada a las diferentes categorías de toxicómanos en el curso de las diferentes fases de su trayectoria individual. La red asistencial está constituida en 3 niveles: el primero, clásico, basado en el objetivo de la abstinencia (desintoxicación ambulatoria y hospitalaria y comunidades terapéuticas); un segundo nivel amplía a la medicina pública los tratamientos de sustitución; por último, un tercer nivel de ayuda sanitaria y social de prevención de las grandes marginalidades médico-psico-sociales, sin exigencia de tratamiento.

En 1995, el Consejo legislativo solicita al gobierno de Ginebra la confirmación de esta política y su extensión a la prescripción experimental de heroína —para los pacientes más graves que han fracasado en todas las modalidades terapéuticas existentes—, así como la distribución de jeringuillas en prisión.

La situación actual es la siguiente: para una prevalencia de toxicómanos estimada en 2.500 (población general inferior a 400.000 habitantes), cada día más de 1250 pacientes reciben un tratamiento de sustitución con metadona; se efectúa un promedio de 400 desintoxicaciones ambulatorias al año, 150 desintoxicaciones hospitalarias y cerca de 100 ingresos en comunidades terapéuticas.

La metadona se prescribe en la cárcel para aquellos pacientes que ya la recibían previamente a su ingreso en prisión, aunque ciertos tratamientos son iniciados si se garantiza su continuidad a la salida; los pacientes hospitalizados en el Hospital General reciben metadona o morfina oral. La presencia de un enfermero clínico especializado en los problemas de toxicomanías y que trabaja en estrecha colaboración con todos los equipos médico-quirúrgicos del hospital, permite una máxima accesibilidad a los cuidados somáticos para estos pacientes. Actualmente, más del 60% de los toxicómanos de Ginebra están en tratamiento cotidiano. La mayoría (90%) de los adictos (demostrado por un estudio sobre el terreno) conocen las instituciones asistenciales. El Hospital General y la prisión indican un elevado grado de inserción en el sistema asistencial, dado que resulta raro que los equipos de especialistas vean a toxicómanos que no se encuentren en tratamiento.

Contrariamente a lo que se temía, **las intervenciones terapéuticas clásicas basadas en los modelos psicodinámico y sistémico son más solicitadas, debido probablemente a la retención de los toxicómanos en tratamiento. Los modelos cognitivo-conductuales están en franco desarrollo. Los programas de metadona permiten identificar a los toxicómanos más graves (politoxicomanía y comorbilidad psiquiátrica importante) y tratarlos en la medida de sus posibilidades.** Hoy en día, la prevalencia del VIH entre los toxicómanos es inferior al 10% (más del 37% en 1987). La incidencia anual de infección por VIH en los programas de metadona es de alrededor del 0.75%. La mortalidad anual de los pacientes tratados es de 0.1% (5 a 10 veces inferior a la mortalidad de los adictos no tratados). Una campaña sistemática de vacunación para la hepatitis B permitió limitar su prevalencia; el problema infeccioso mayor es actualmente la hepatitis C (70 a 80% de seropositividad).

Por último, entre los indicadores compatibles con un impacto positivo de la política seguida, cabe destacar el aumento de la edad media de inicio en el consumo de opiáceos y de instauración de la dependencia (respectivamente, 20 y 23-24 años), así como el hecho de que la primera demanda de tratamiento, es efectuada en el 50% de los casos, en los dos primeros años del inicio de la dependencia (edad media 26 años).

Bibliografía

Anglin MD, Spteckart GR, Booth MW, Ryan TM. (1989) *Consequences and costs of shutting of methadone*. Addictive Behaviors, 14:302-326.

Apsler R, Harding WM. (1991) *Cost-effectiveness analysis of drug abuse treatment: current status and recommendations for future research*, In Background Papers on Drug Abuse Financing and Services approach. Drug Abuse Services Research Series, number 1, DHHS Publication (ADM) 91-17777, Rockville, Md: National Institute on Drug Abuse.

Auriacombe M, Stinus L, Limoge A, Tignol J, (1993) *L'électrostimulation cérébrale transcutanée par courant de Limoge (ESCT-CL): effet potentialisateur sur le système opiacé*. Humeurs, 11:16-19.

Baillie AJ, Webster P, Mattick RP. (1991) *National Survey of Treatment Procedures for Opiates Users*, NDARC, Working Paper n° 5, Sydney : National Drug & Alcohol Research Centre.

Ball JC, Lange WR, Myers CP, Friedman SR. (1988) *Reducing the risk of AIDS through methadone maintenance treatment*. Journal of Health and Social Behavior, 29:214-226.

Ball JC, Ross A. (1991) *The effectiveness of methadone maintenance treatment patients, programs, services, and outcome*. New York, Springer-Verlag.

Bergeret J. (1981) *La psychanalyse à l'écoute des toxicomanes*. (Coll. Inconscient et culture).Paris : Dunod.

Berken GH, Stone MM. et Stones SK. (1978). *Methadone in schizophrenic rage: a case study*. American Journal of Psychiatry, 135:248-249.

Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. (1993) *Brief interventions for alcohol problems: a review*. Addiction, 88:315-336.

Buning EC. (1989) *Effects of Amsterdam needle and syringe exchange*. Drug Department GG&GD, Amsterdam, mai.

Caplehorn J, Bell J. (1991) *Methadone dosage and retention of patients in maintenance treatment*. The Medical Journal of Australia, 154(3):195-199.

Chaney EF. (1989) *Social skills training*: In: Hesster R.K., Miller W.R. Handbook of Alcoholism Treatment Approches. New York: Pergamon Press.

Clatts M, Beardsley M. (1992) *Relationships between drug use behavior and residential stability: Implications for treating intravenous drug users*, Poster presentation, International Conference Reduction of Drug Related Harm, Melbourne.

Crits-Chriostoph P, Beebe KL, Connolly MB. (1990) *Therapist effects in the treatment of drug dependence: Implication for conducting comparative treatment*

studies. In: ONKEN L.S., Blaine J.D. (Eds) *Psychotherapy and Counseling in the Treatment of Drug Abuse*. NIDA Research Monograph, 104.

Dole VP, Joseph HJ. (1978) *Long-term outcome of patients treated with methadone maintenance*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 311.

Dole VP, Robinson JW, Orraca J, Towns E, Searcy P, Caine E. (1969) *Methadone treatment of randomly selected criminal addicts*. *New England Journal of Medicine*, 280:1372-1375.

Engelsman EL. (1989) *Dutch policy on the management of drug related problems*. *British Journal of Addictions*, 84: 211-218.

Finnegan L-P, Kendall SR. (1992) *Maternal and neonatal effects of alcohol and drugs in substance abuse: a comprehensive text-book*, 2nd ed. Baltimore: Williams & Willkins.

Friedman SR, Des Jarlais Don C, Goldsmith DS. (1989) *An overview of aids prevention efforts aimed at intravenous drug users circa 1987*. *Journal of Drug Issues*, 19(1):93-112.

Galanter M. (1993) *Network Therapy for Alcohol and Drug Abuse. A new approach in practice*. New York: Basic Books.

General Accounting Office: Report to the chairman, select Committee on Narcotics Abuse and Control. House of Representatives. (1990) *Methadone maintenance: some treatment programs are not effective; Greater Federal Oversight Needed*, Washington DC: General Accounting Office.

Goldstein A, Hansteen RW, Horns WH. (1975) *Control of methadone dosage by patients*. *Journal of the American Medical Association*, 234:734-737.

Grund JP, Drucker E. (1991) *Drug Use contexts and HIV-Consequences : the Effect of Drug Policy on Patterns of Everyday Drug Use in Rotterdam and the Bronx*. Tiré à part.

Gunne LM, Grönbladh L. (1981) *The Swedish methadone maintenance program : a controlled study*. *Drug and Alcohol Dependence*, 7:249-256.

Havassy B, Hargreaves WA. (1979) *Self-regulation of dose in methadone maintenance with contingent privileges*. *Addictive Behaviors*, 4:31-38.

Higgins S.T., Budney A.J., Bickel W.K., Hughes J.R., Foeg F., Badger G. (1993) *Achieving cocaine abstinence with a behavioral approach*. *American Journal of Psychiatry*, 150:763-769.

Hoffman J.A., Caudill B.D., Koman J.J., Luckey J.W., Flynn P.M., Hubbard R.L. (1994) *Comparative cocaine abuse treatment strategies: enhancing client retention and treatment exposure*. *Journal Addiction Disease*, 13:115-128.

Holder HD, Longabaugh R, Miller WR, Rubonis AV. (1991) *The cost effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation*. Journal Study of Alcohol, 52:517-540.

Hubbard RL, Marsden ME, Rachal JV, Harwood HJ, Cavanaugh ER, Ginzburg HM. (1989) *Drug abuse treatment: a national study of effectiveness*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.

Jones S, Dolan KA, Donoghoe MC, Stimson GV. (1991) *Syringe exchange as a route into other services and treatment*. Symposium : 2nd International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Barcelona.

Kaltenbach K, Silverman N, Wapner R. (1992) *Methadone Maintenance during pregnancy*. In : Parrino M.W., State Methadone Maintenance Treatment Guidelines, U.S. Department of health and human services, 9:173-190.

Keene J, Stimson & coll. (1993) *Evaluation of syringe-exchange for HIV prevention among injecting drug users in rural and urban areas of Wales*. Journal of Addictions, 88:1063-1070.

Khantzian EJ. (1985b) *The self-medication hypothesis of addictive disorders : Focus on heroin and cocaine dependence*, American Journal of Psychiatry, 142, 1259-1264.

Klingemann H. R.H. (1996) *Drug treatment in Switzerland : harm reduction, decentralization and community response*, Addiction, 91(5):723-736.

Kosten T.R, Schottenfeld R, Ziedonis D, Falcioni J. (1993) *Buprenorphine versus Methadone Maintenance for Opioid Dependence*. Journal of Nervous and Mental Disease, 181:6;358-364.

Luborsky L, McLellan AT, Woody GE, O'Brien CP, Auerbach A. (1985) *Therapist success and its determinants*. Archives of General Psychiatry, 42:602-611.

McLellan AT, Arndt IO, Metzger DS, Woody GE, O'Brien CP. (1993). *The Effects of Psychosocial Services in Substance Abuse Treatment*. JAMA, 269:15.

McLellan AT, Woody GE, Luborsky L, Goehl L, (1988) *Is the counselor an «active ingredient » in substance abuse rehabilitation? An examination of treatment success among four counselors*. Journal of Nervous and Mental Disease, 176:434-430.

McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP, Woody GE, Druley KA. (1982) *Is treatment for substance abuse effective?* JAMA, 247:1423-1428.

McCready BS, Stout R, Noel N, Abrams D, Nelson H.F. (1991) *Effectiveness of three types of spouses-involved behavioral alcoholism treatment*. British Journal of Addictions, 86:1415-1424.

McGlothlin WH, Anglin MD. (1981a) *Long-term follow-up of clients of high and low dose methadone programs*. Archives of General Psychiatry, 38:1055-1063.

Meltzer JD, Katz SE. (1980) *Methadone patients: dosage, psychopathology and research participation*. International Journal of the Addictions, 15:1097-1102.

Miller WR, Brown JM. (1991) *Self-regulation as a conceptual basis for the preventive and treatment of addictive behaviours*. In Haether N., Miller W.R., Greeley J. (Eds) *Self-control in the Addictive Behaviours*. Melbourne : Maxwell Macmillan.

Mino A. (1994) *Les nouvelles politiques de la drogue exemple genevois*. Psychiatrie de l'enfant, XXXVII, 2: 577-600

Mino A, Page D, Krokhar M. (1996) *Stratégies cognitivo-comportementales et toxicodépendances (héroïnomanie, cocaïnomanie)*. Therapie comportementale et cognitive, Paris, 6(2):65-69.

Newman RG, Whitehill WB. (1979) *Double-blind comparison of methadone and placebo maintenance treatments of narcotic addicts in Hong Kong*. Lancet, 485-488.

Newman RG, Peyser N. (1991) *Methadone treatment: Experiment and experience*. Journal of Psychoactive Drugs, 23:115-121.

NSW Department of Health. (1991) *NSW Drug Strategy*, Sydney.

O'Hare PA, Newcombe R. & coll. (1995) *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona, Grup Igia.

O'Malley SS, Jaffe A, Chang G, Schottenfeld MD, Meyer RE, Rounsaville BJ. (1992) *Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence : a controlled study*. Archives of General Psychiatry, 49:881-887.

Pearson G. (1992) *Drugs and criminal justice : A harm reduction perspective*. In : O'Hare P.A., Newcombe R., & coll. (Eds), *The Reduction of Drug-Related Harm*. London : Routledge.

Report of the Advisory Council on the Misuse of Drugs (1988,1989): *AIDS and Drug Misuse*, Part I, 1988, Part II, 1989. London: HMSO.

Rosenbaum M, Irwin J, Murphy S. (1988) *De facto destabilisation as policy: the impact of short-term methadone maintenance*. Contemporary Drug Problems, 15:491-517.

Rounsaville BJ, Glazer W, Wilber CH, Weissman MM, Kleber HD. (1983) *Short-term interpersonal psychotherapy in methadone-maintained opiate addicts*. Archives of General Psychiatry, 40:629-636.

Rounsaville BJ, Kosten TR, Weissman MM, Kleber HD. (1986b) *Prognostic significance of psychopathology in treated opiate addicts: a 2-5 years follow-up study*. Archives of General Psychiatry, 43:739-745.

Simpson DD. (1979) *The relation of time spent in drug abuse treatment to posttreatment outcome*. American Journal of Psychiatry, 136:1449-1453.

Simpson DD, Sells SB. (1982) *Effectiveness of treatment for drug abuse: an overview of the DARP research program*. Advances in Alcohol and Substance Abuse, 2(1):7-29.

Simpson DD. (1981) *Treatment for drug abuse: follow-up outcomes and length of time spent*. Archives of General Psychiatry, 38:875-880.

Stimmel B, Goldberg G, Rotkoff E, Cohen M. (1977) *Ability of remain abstinent after methadone detoxification: a six year study*. Journal of the American Medical Association, 237:1216-1220.

Stimmel B, Goldberg J, Cohen M, Rotkopf E. (1978) *Detoxification from methadone maintenance: risk factors associated with relapse to narcotic use*. Annals of the New York Academy of Sciences, 311.

Stimson GV. (1990) *Drugs and public Health in England : new Words, old tunes*. Request for reprint to GVS.

Treece C, Nicholson B. (1980) *DSM-III personality type and dose levels in methadone maintenance patients*. Journal of Nervous and Mental Disease, 168:612-628.

Vaillant GE. (1983) *The Natural History of Alcoholism : Causes, Patterns, and Paths to Recovery*, Cambridge, Mass : Harvard University Press.

Verebey K. (1982) *Opioids in mental illness: theories, clinical observations, and treatment possibilities*. Annals of the New York Academy of Sciences, 398.

Volpicelli JR, Alterman AI, Hagashida M, O'Brien CP. (1992) *Naltrexone in the treatment of alcohol dependence*. Archives of General Psychiatry, 49:876-880

Washton AM, Carter Pottash A, Gold MS. (1994) *Naltrexone in Addicted Business Executives and Physicians*. Journal of Clinical Psychiatry, 45:9(2)39-41.

Weddington WW, Brown BS, Haertzen CA, Cone EJ, Dax EM, Herning RI, Michaelson BS. (1990) *Changes in mood, craving and sleep during short-term abstinence reported by male cocaine addicts*. Archives of General Psychiatry, 47:861-868.

Woody GE, Luborsky L, Mc Lellan AT, O'Brien CP, Beck AT, Blaine J, Herman I, Hole A. (1983) *Psychotherapy for opiate addicts, Does it help?* Archives of General Psychiatry, 40:639-645.

Woody GE, Mc Lellan AT, Luborsky L, O'Brien CP. (1987) *Twelve-month follow-up of psychotherapy for opiate dependence*. American Journal of Psychiatry, 144:590-596.

Woody GE, Mc Lellan AT, Luborsky L, O'Brien CP, Blaine J, Fox S, Herman I, Beck AT. (1984) *Severity of psychiatric symptoms as a predictor of benefits from psychotherapy: the Veterans Administration-Penn study*. American Journal of Psychiatry, 141: 1172-1177.

World Health Organization. (1974) *WHO Expert Committee on Drug Dependence*. Twentieth Report, Technical Report Series 551, Geneva.

Zweben JE. (1991) *Counseling issues in methadone maintenance treatment*. Journal of Psychoactive Drugs, 23:177-190.

CAPÍTULO 19

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES

Eusebio Megías.

Sobre el “modelo de enfermedad” y los objetivos terapéuticos

Gran parte de las discusiones que se han venido manteniendo sobre la naturaleza de los problemas de drogas han tenido que ver con el aspecto transversal de los mismos. La dimensión de esos problemas, los componentes que incluían, la relación de construcción mutua entre los componentes, la fórmula explicativa de los conflictos, etc. Todas ellas eran cuestiones que sustentaban la discusión del modelo del trastorno que se enfrentaba. Los paradigmas biológicos, psicológicos, sociales o morales de “la enfermedad” mostraban una especial preocupación por el análisis de esta estructura transversal de la alteración: cuáles eran los elementos genéticos de la misma, cómo se condicionaban, desde qué perspectiva podrían explicarse, cuál debería ser el abordaje operativo o la perspectiva de interpretación, etc.

En muchas menos ocasiones se ha mostrado una preocupación por el aspecto o el enfoque longitudinal, por el trastorno como proceso. Este aspecto procesual, evolutivo, de los problemas de drogas, si bien desde el punto de vista analítico podría aparecer en segundo plano o implícito en los elementos transversales, tiene una especialísima importancia desde el punto de vista estratégico.

De forma independiente a que los trastornos sean simples o complejos, más allá de que se deban a fenómenos monocausales o de que se construyan dialécticamente a partir de todo un espectro amplio de cuestiones, **los problemas de drogas tienen una dimensión de desarrollo longitudinal, que les caracteriza y que precisa ser abordada de forma prioritaria si se buscan fórmulas operativas de intervención.**

No parece claro que se pueda hablar de problemas o de enfermedad acotando un solo momento, definiéndolos desde una perspectiva de localización temporal concreta; por el contrario, parece que los problemas de drogas se desarrollan en un continuum que, con difícil determinación de espacios intercalares, va evolucionando desde unas etapas constituyentes o de conformación de la situación hasta otras etapas residuales donde se manifiestan con mayor intensidad o con toda su intensidad las consecuencias secundarias de los consumos. Analizados desde esta perspectiva, **los problemas de drogas no serían tanto la situación construida que puede darse en un momento, sino un proceso evolutivo que va construyéndose, sin soluciones de continuidad.**

Desde este punto de vista las actuaciones terapéuticas no pueden en ningún caso limitarse al objetivo de paliar o corregir las consecuencias negativas, obviamente

multidimensionales, de la situación de conflicto, sino que, más allá de eso, tienen que plantearse influir sobre el propio discurso de ese conflicto.

En última instancia, el objetivo terapéutico implícito estaría determinado por la exigencia de acortar en lo posible la evolución del “ser consumidor abusivo de drogas”, intentando que esta evolución no sólo se agote lo más rápidamente que se pueda, sino también (y sería un objetivo terapéutico de igual rango) con las menos consecuencias negativas posibles. Cuando se aceptan estos objetivos finalistas, la intervención terapéutica se convierte en algo más amplio que el puro tratamiento de los trastornos. **Intervenir en problemas de drogas (tratar que el proceso evolutivo se acorte y transcurra con menos consecuencias negativas) es prestar asistencia y actuar terapéuticamente pero también es prevenir, apoyar socialmente, hacer reducción de daños, favorecer la reintegración o la incorporación social; incluso es educar.**

Si los objetivos terapéuticos se entienden así, se hace necesario reflexionar sobre algunas condiciones básicas de las estrategias asistenciales.

Es obvio que cualquier fórmula estratégica de intervención debe plantearse aliviar o corregir las consecuencias negativas. Pero, más allá de eso, si un objetivo terapéutico finalista es acortar la evolución del proceso tratando de minimizar los riesgos implícitos en el mismo, una estrategia fundamental debe ser la dictaminada por la exigencia de impulsar positivamente y orientar de una manera constructiva ese desarrollo.

A partir de ahí no sólo pierden sentido los modelos operacionales reduccionistas, que no sirven para enfrentar los múltiples niveles de conflicto que puedan darse, sino que también pierden sentido las formas de abordaje puntual, que carecen de la perspectiva del discurso del conflicto, del discurso de los problemas. Por el contrario, aparece como necesidad la exigencia de aproximar, multiplicar y diversificar los puntos de contacto para la intervención, en un intento de que ese objetivo de apoyo, orientación e impulso para una evolución positiva tenga muchas más oportunidades de ser alcanzado.

Es claro que esta exigencia de diversificación, multiplicación y aproximación de los puntos de contacto asistencial no puede realizarse sino desde una fórmula estratégica intersectorial, interdisciplinar e interinstitucional. En cualquier caso, antes de ocuparnos de ese aspecto de la cuestión, conviene hacer dos observaciones previas, derivadas de las consideraciones anteriores:

Es difícil que puedan darse intervenciones neutras en y sobre el proceso de “ser consumidor abusivo de drogas”. Para bien o para mal, lo que se haga contribuirá a corregir o a agravar los problemas y, sobre todo, a aproximar o alejar el final del proceso, a acelerar o bloquear el discurrir terapéutico. Independientemente de que se haga o no con esa voluntad explícita, cualquier contacto o interferencia con el proceso (un consejo, una terapia, una confrontación, una ayuda, un castigo, etc.), tendrán un efecto positivo o negativo sobre el discurso patológico en la misma medida en que, también, lo tienen sobre el discurso existencial.

Cualquier actuación profesional de finalidad asistencial deberá tener en cuenta esa doble dimensión de necesidades: corregir trastornos y actuar sobre el proceso. Con diferentes énfasis, a través de equilibrios variables, adaptándose a diversos espacios, momentos y coyunturas, siempre deberá ser planteada la doble necesidad estratégica. Tan exigencia profesional es delimitar los conflictos a abordar y las fórmulas para hacerlo, como contextualizar esos conflictos en una dimensión más amplia y completar las fórmulas de actuación con los instrumentos y los elementos estratégicos exigidos por la ampliación de la perspectiva terapéutica; **lo que se haga no sólo ha de servir para los problemas de ahora sino que debería ser útil para una evolución futura más favorable.**

La fantasía del recurso omnipotente

En la historia de las respuestas asistenciales para los problemas de drogas se encuentran frecuentemente dos tipos de recursos.

Unos que, cerrados en sí mismos y sin más horizonte que el de sus posibilidades inmediatas de acción, se han negado a considerar cualquier aspecto que no fuera abordable desde sus instrumentos más operativos.

A veces considerando que no había más realidad, más realidad conflictiva, que la que era accesible desde sus perspectivas, sus análisis, sus explicaciones o sus mecanismos de acción; en otras ocasiones siendo conscientes de la realidad ajena a sus límites pero sintiendo la legitimidad, científica y ética, de no tener que ocuparse de ella.

Otros que, sin haber reflexionado suficientemente sobre sus posibilidades y límites, han intentado de una manera tan acrítica como voluntariosa, ir dando cuenta de cada uno de los desafíos que la compleja realidad de los problemas de drogas les iba presentando. La ambición de eficacia y la vivencia de responsabilidad de proporcionar una respuesta a todos los problemas, les iban empujando en un movimiento de extensión continua de su campo de intervenciones: distintos niveles y distintos momentos del conflicto, distintas expresiones y distintas dimensiones de lo conflictivo.

En ambos casos se trata de la misma maniobra ingenuamente perversa: intentar hacer más asequible una realidad muy compleja, reduciéndola a la medida de nuestras posibilidades de manejo. En el primer caso, a través de una manipulación muy primaria: sólo existe lo que vemos y sólo vemos lo que nos es directamente accesible. En el segundo caso, de manera más sofisticada: lo que se nos aparece es complicado y difícilmente manejable pero tratamos de acotarlo a través de la fantasía de que nuestras posibles respuestas no tienen límite. En el primer caso se reduce la realidad de forma grosera; en el segundo se la hace accesible potenciando la creencia ingenua en la inagotabilidad de las propias capacidades.

En el primer caso la maniobra defensiva se sustenta en la posición de algunos profesionales. En el segundo, con frecuencia, se asiste a un acuerdo cómplice entre la fantasía de omnipotencia de algunos técnicos y la necesidad del grupo social de tranquilizarse asumiendo, reforzando y proyectando esa fantasía.

Si se procede a una reflexión, aunque sea elemental, a partir de las consideraciones hechas sobre el proceso y sobre los objetivos terapéuticos, es fácil advertir que ni es legítima la simplificación de la tarea ni es factible la organización de un dispositivo autosuficiente. **Ningún recurso, en sí mismo, tendrá la posibilidad de actuar sobre todos los espacios y momentos que van a verse implicados en el proceso patológico.** Esta totalización sólo sería posible en un desideratum absurdo y perverso: si toda la estructura social se convirtiera en estructura terapéutica, si la sociedad entera se articulara como recurso asistencial.

El planteamiento de este dilema totalizador, en muchas ocasiones ha enmascarado otra de las eternas discusiones entre fórmulas asistenciales en drogodependencias: recursos monográficos versus recursos inespecíficos. Esta discusión (en parte delegada), con todo lo que ha tenido de confusión y estéril, al menos ha presentado la virtualidad positiva de demostrarnos que estamos ante un debate inútil. Igual que se ha demostrado que la discusión entre lo específico y lo inespecífico no tiene más salida que la síntesis dialéctica, el dilema entre lo puntual y lo totalizador exige una salida integradora, la búsqueda de un equilibrio (dinámico y particular, en función de los diferentes contextos de realidad de problemas y recursos) entre la necesidad de comprometer cuantos más dispositivos mejor en una estrategia de respuesta múltiple y la exigencia de mejorar y completar hasta unos límites razonables y eficientes, no sólo posibles sino accesibles desde la perspectiva del coste, las prestaciones de aquellos dispositivos

El mandato de trabajar en red

A partir de las consideraciones anteriores parece claro que, a la hora de planificar una fórmula de intervención, es absolutamente necesario tener en cuenta una serie de exigencias estratégicas insoslayables.

Multiplicar los puntos de contacto, de tal manera que se ofrezcan las máximas facilidades posibles para conectar con los servicios a drogodependientes o consumidores abusivos de drogas, en muy diferentes situaciones y con necesidades y planteamientos muy diversos.

Aproximar esos puntos de contacto a los espacios y a las situaciones donde se desenvuelven los problemas.

Diversificar en lo posible la tipología de esos puntos de contacto, para tener más oportunidades de ofrecer servicios necesarios y atractivos a unos perfiles muy diversos de consumidores abusivos.

Establecer distintos niveles de exigencia y ambición en los objetivos y las estrategias de intervención, que permitan mantener una gradación de oportunidades de conexión con los usuarios que, por múltiples razones (dificultades inabordables, incapacidad, falta de acuerdo con la situación...) pudieran haber fracasado en su relación terapéutica inicial.

Todas estas exigencias operativas o estratégicas generan dificultades muy graves a la hora de pensar un modelo de planificación de las intervenciones. Desde luego, tal y como se decía, hacen **inviable la fantasía de ese recurso polivalente, multidimensional, omnipotente, capaz de actuar a diferentes niveles ofreciendo**

una tipología completa de servicios y prestaciones, capaz, en definitiva, de atender todas las necesidades de todos los consumidores en todos los momentos.

Si esto es una fantasía irrealizable, lo que sí parece más acorde con las necesidades y las posibilidades es establecer una red de servicios, una red de intervenciones de apoyo, que constituyan ese entramado de dispositivos capaz de conectar de forma múltiple, temporalizada, jerarquizada en objetivos y estrategias, con la diversidad de problemas a los que hay que hacer frente.

Esta estructura en red debe estar obligatoriamente conformada por dispositivos de muy distinta índole. Acaso **las características determinantes de la estructuración de la red podrían venir significadas por:**

La multiplicidad de dispositivos. Los recursos deberían ser variados y deberían ser aptos para atender a problemas diferenciados, desde los más simples a los más complejos, y de distinta naturaleza.

La diversidad en la dependencia administrativa de los recursos. Como una manera, no sólo de facilitar la diversidad y multiplicidad sino, también, de buscar y apoyar la implicación de distintas administraciones y distintas responsabilidades institucionales, cada cual en los ámbitos que le son propios.

La integración de recursos del sector privado y del sector público. Como una manera de construir una respuesta más completa, más eficaz y más solidaria; también, de aprovechar las potencialidades y capacidades de los diferentes sectores.

La coordinación entre esos recursos. Para que no se produzcan, en lo posible, solapamientos, estorbos funcionales, bloqueos en la acción, estrategias contraproducentes, etc. Coordinación que, no debe olvidarse, nunca puede convertirse en el fin último de la red; es sólo una condición funcional para la eficacia de ésta.

Un modelo teórico de funcionamiento organizado. Para que, al menos sobre el plano del discurso, exista un planteamiento claro y orientador del modelo de recorrido terapéutico o recorrido asistencial que puede vivir una persona con problemas. Igual que en el caso de la coordinación, el modelo de circuito terapéutico no es más que un elemento facilitador de la eficacia, sin que quepa convertirlo en un objetivo en sí mismo.

La ventajas de trabajar en red resultan evidentes por muy diferentes motivos:

Por favorecer el cumplimiento de las exigencias estratégicas que se apuntaron: multiplicidad y diversidad de dispositivos y servicios, posibilitación de que haya siempre alguno más próximo y accesible, multidimensionalidad de los instrumentos utilizables, etc.

Por permitir una complementación ordenada de esfuerzos y recursos, que hacen más factible una actuación eficaz ante situaciones difíciles.

Por hacer posibles procesos terapéuticos que, por su complejidad, nunca podrían abordarse desde un solo dispositivo; procesos que, por ejemplo, combinen actuaciones terapéuticas de distinto régimen o de distintas áreas de intervención.

Por facilitar la transmisión de metodología y fórmulas de intervención, optimizando los esfuerzos técnicos.

Por propiciar y determinar un efecto multiplicador, con mayor impacto, al funcionar como caja de resonancia de las eficacias individualizadas de cada recurso.

Sin embargo, es preciso subrayar que estas evidentes ventajas no justifican que la red (la construcción, organización, coordinación y mantenimiento de la misma) se convierta en una finalidad en sí misma. En primer lugar porque no siempre es necesario; en segundo y sobre todo, porque ese empeño podría llegar a anular las ventajas señaladas y a convertirse en una fórmula contraproducente.

En ese sentido hay que repetir que, ni es necesario que todos los recursos estén conectados, ni se precisa que las conexiones sean totales, ni es preceptiva una homogeneización a ultranza de las maneras de funcionar, ni tiene por qué existir un solo y rígido circuito terapéutico, ni se supone que deba estar estrictamente ordenado desde un modelo inatacable dónde, cuándo y cómo deben realizarse todas y cada una de las intervenciones.

“Red” hace referencia a un instrumento flexible y moldeable, con zonas de inflexión variables, que puede articularse y actuar sobre distintos puntos de su estructura, que funciona integradamente pero de manera no uniforme.

En las intervenciones sobre problemas de drogas estas consideraciones son absolutamente pertinentes. Hay trastornos puramente puntuales que no conviene complicar, hay dificultades que pueden y deben abordarse desde una sola área o un solo sector, hay circunstancias que hacen preferible actuar desde uno u otro instrumento de intervención, hay elementos (desde la imagen de los dispositivos hasta la representación social de los problemas) que matizan decisivamente la posible eficacia de los servicios y recursos. En definitiva, existe esa dimensión longitudinal del proceso patológico que, combinada con la multidimensionalidad de éste, no permite fácilmente “poner vallas al campo” de las actuaciones terapéuticas.

Sobre todo existe ese protagonismo del sujeto del problema que elige, selecciona, prefiere, confía o desconfía y, en última instancia, resulta difícilmente compatible con un esquema de rigideces en el que se establezca férreamente dónde, en qué momento y a través de qué mecanismos puede conseguir ayuda.

La red interna: el equipo interdisciplinar

Que, como se decía al principio de este capítulo, sea necesario prestar una especial atención a los aspectos longitudinales del proceso de ser drogodependiente, no implica que no convenga dar por sentadas una serie de condiciones esenciales para la comprensión o para el abordaje transversal de los trastornos de este tipo.

Efectivamente, por mucho que sea un lugar común, no hay que pasar por alto el hecho de que la situación de drogodependencia afecta globalmente a la persona. No es ya que signifique impactos negativos en distintos niveles de lo personal: lo biológico, psicológico o sociológico. Por supuesto que es así; pero, más allá de eso, la situación de drogodependencia a lo que afecta esencialmente es al conjunto del ser persona, a la totalidad del individuo. En esa afectación de lo personal,

inevitablemente se producen manifestaciones, que aún teniendo su asiento en los distintos niveles constituyentes del individuo (si es que se puede utilizar esta licencia), sobre todo son expresiones de afectación de la persona en su conjunto. Por clarificar el concepto, aún a través de un ejemplo un tanto simple, digamos que **ya no se trata de que una dependencia determinada afecte el nivel biológico de un sujeto, o el nivel psicológico, sino que, afectando al sujeto en su conjunto y siendo este sujeto al tiempo biología, psicología y reflejo de una interacción social, va a producir manifestaciones inevitables en todas y cada una de esas expresiones.** Y va a producir estas manifestaciones en una situación inevitablemente dialéctica, en la que la lesión de cualquiera de los aspectos, en parte constituye, en parte condiciona y en parte modifica (para bien o para mal) la afectación que pueda darse en todos y cada uno de los otros niveles constituyentes de lo personal.

De ahí la necesidad de un abordaje totalizador, que es más que la suma de los abordajes parciales. De ahí la necesidad de ese modelo que se dio en llamar biopsicosocial. Pues bien, **si se entiende que el abordaje biopsicosocial es necesario para intervenir sobre las situaciones de dependencia¹, habrá que concluir que esa forma de intervención sólo puede hacerse a través de una actuación conjuntada, no necesariamente conjunta, de un equipo interdisciplinar.**

Se ha hecho mucha literatura sobre las exigencias de lo interdisciplinar, sobre la composición, sobre su manera y exigencias de funcionamiento, etc. No parece necesario en este momento volver sobre todos y cada uno de los aspectos, sino sólo enfatizar que, siendo necesaria esta intervención en múltiples niveles, puesto que se sabe que cada uno de estos niveles influye y constituye los restantes, parece lógico entender que distintos agentes de intervención, especializados en la actuación sobre cada una de las facetas, deberían actuar integradamente, tratando de que la alteración personal global vaya viéndose modificada desde esa actuación complementada, de pretensión absolutizadora, que el equipo interdisciplinar significa y permite.

Probablemente se pueden establecer a este respecto todas y cada una de las consideraciones que se acaban de hacer en relación con el trabajo en red. La diferencia es que, en este caso, se trata de una red interna al propio equipo. Se trata de una estructura de acción conjunta, intercomunicada, respondiendo a un modelo conceptual y organizativo previo, y que pretende articular sus acciones de una manera pautada, temporalizada, y sobre todo coordinada.

También son válidas las consideraciones hechas en relación con los límites en el planteamiento del trabajo en red, subrayando la perversión que implica convertir a éste en la finalidad de la acción olvidando que no es más que un instrumento; por mucho que sea un instrumento que no sólo pretende aumentar la eficacia sino que, más básicamente, permite poder ser eficaz puesto que es la única manera de empezar a serlo.

¹ Nota: Otra cosa distinta es el abordaje de afectaciones puntuales y parciales del proceso (en alguna medida derivaciones o añadidos que, por mucho que estadísticamente sean frecuentes y continuos, no dejan de ser fenómenos anecdóticos) que sí son perfectamente manejables desde una pura posición sectorial.

Quizás sólo quepa señalar que el requisito absolutamente primario del trabajo en equipo tendría que ver con la comunicación interna. Es una comunicación flexible y eficaz entre los distintos miembros del equipo (sanitarios, psicólogos, trabajadores sociales, pedagogos, etc.) lo que facilita y permite la cumplimentación, sin efectos perversos contraproducentes, de las exigencias que dan carta de naturaleza a lo interdisciplinar. La preservación del modelo de funcionamiento, la temporalización de acciones, la coordinación organizativa, la transmisión de indicaciones, la posibilidad de establecer un continuum en las intervenciones positivas, sin la rigidez y el efecto negativo de fiar excesivamente en un modelo escrito e inmodificable, todo ello va a venir facilitado por la comunicación y condicionado por la existencia de esta comunicación. Más allá de esto, las cuestiones de liderazgo, de trabajo equilibrado, de solución de las hipotéticas rivalidades entre equipos, el reparto armónico de tareas, etc. son cuestiones que no deberían ofrecer mayores dificultades si se ha solucionado el problema fundamental: el de la comunicación.

La derivación terapéutica

Si algo queda patente en todas las consideraciones que preceden es la imposibilidad de que un solo recurso, no digamos ya un solo profesional o un solo equipo, pueda plantearse enfrentar la totalidad de exigencias que significa la asistencia de los problemas de drogas cuando éstos aparecen en toda su complejidad y multiformidad. En esos casos se impone la búsqueda de complementación en las actuaciones terapéuticas, la derivación de la demanda a otros recursos que se consideren adecuados para esa complementación.

Desde ese punto de vista, la derivación tiene el carácter de indicación terapéutica, es una maniobra destinada a obtener, de una forma mediata, unas prestaciones capaces de aliviar una situación que, desde los propios recursos, no es abordable o no es abordable en esos momentos.

En un esquema clásico, la indicación terapéutica es algo que surge desde la atención de la demanda y desde la relectura de ésta a partir de unos instrumentos de análisis profesional. De esa revisión de la demanda surge la determinación de unos objetivos terapéuticos, jerarquizados, y de unas estrategias para alcanzarlos. Esas estrategias terapéuticas pueden estar disponibles de forma inmediata, en el propio recurso, a través de los instrumentos profesionales de que éste dispone o, por el contrario, no son planteables con ese carácter de inmediatez, bien porque el recurso no dispone de los instrumentos precisos para la operativización de esa estrategia, bien porque, aunque sí se disponga de los instrumentos, éstos no son aplicables en ese determinado momento de la evolución del proceso.

Si el propio recurso dispone de los instrumentos precisos para asumir la responsabilidad de enfrentar unos objetivos terapéuticos determinados, deberá ponerse a la tarea revisando el desarrollo de la misma y los logros que va alcanzando, en un discurso funcional no sólo de evaluación de resultados sino de reconsideración de los objetivos terapéuticos y de jerarquización y temporalización de los mismos. Esto quiere decir que, para intentar conseguir determinados objetivos, es preciso haber previamente atendido y logrado modificar otros. Es ese discurso terapéutico de evaluación, intervención, reconsideración y reintervención el que tiene sentido en el

proyecto de atajar los conflictos derivados de los consumos, con sus dimensiones transversales y longitudinales.

En otros casos, por insuficiencias propias o por inoportunidad en la relación terapéutica con la persona necesitada, la única indicación que tiene sentido desde el punto de vista de impulsar de una manera positiva el proceso de evolución del consumo inadecuado de drogas es la derivación a otro equipo, a otro recurso o a otro dispositivo. No es infrecuente que, dada la multiplicidad y variabilidad de los fenómenos negativos ligados a los consumos, nos encontremos con que lo que es urgente, prioritario o sencillamente necesario en ese momento, es algo que se escapa al razonable poder de intervención eficaz de los propios instrumentos; en esos casos la derivación se constituye como la indicación terapéutica obligada.

Obviamente, esta forma de derivación, así entendida, poco tiene que ver con esa otra maniobra, desgraciadamente no infrecuente, que consiste en que el terapeuta o el equipo profesional desvían hacia otra estructura de intervención a una persona que presenta una demanda que crea conflictos o incomodidad en el propio instrumento o que, simplemente, despierta unas vivencias angustiosas de impotencia o de dificultad para la acción. En estos casos, esa derivación, que se podría entender como defensiva, está mucho más al servicio de la tranquilización del propio profesional que de la modificación positiva de la persona con problemas. Simplificando la expresión, podría decirse que es una derivación que se hace, no tanto para enviar a la persona con conflictos al sitio donde mejor se le pueda atender en función de sus necesidades de ese momento, sino para “quitarse de encima” a esa persona, que genera una angustia difícilmente manejable, que significa fantasías de fracaso o, dicho más agresivamente, que incomoda.

Para que la derivación sea realmente un acto terapéutico debe reunir unas condiciones técnicas y conceptuales. En esencia, estas condiciones significan que la derivación:

Debe estar ajustada a los objetivos que se plantean como posibles a partir de la propia lectura de la demanda, de la propia evaluación.

No debe ser total, como norma, sino limitada a aquello que no pudiendo ser cumplimentado en el recurso propio, sí es factible en el lugar de la derivación.

Debe supeditarse y ajustarse a la realidad asistencial y a las condiciones de la misma. No tiene sentido derivar a alguien a un sitio donde no vaya a poder ser atendido con razonable eficacia y rapidez; más vale retener el contacto con esa persona tratando de contener terapéuticamente la situación hasta que la derivación pueda ser atendida.

Debe proponerse de manera alentadora pero realista, evitando las fantasías distorsionadas o mesiánicas. Es preciso evitar esa descripción idealizada y en buena parte mentirosa de las capacidades y virtudes del equipo o del centro al que se deriva, que ocasionalmente se hace para “animar” el traspaso de responsabilidades.

Tiene que razonarse y explicarse lógicamente a la persona interesada, de acuerdo con las necesidades y demandas de ésta. Por mucho que el sujeto con problemas se vea limitado en sus libertades y capacidades no deja de ser protagonista de su proceso. Tiene derecho (y necesita) conocer lo que puede o no puede esperar de cada dispositivo.

Debe articularse coordinadamente con el dispositivo receptor.

Interesa especialmente fijarse en una de las condiciones antedichas, la que determina que sólo se debe derivar para aquello que no pueda ser cumplimentado en todos sus términos en el lugar de recepción de la demanda. Lo inalcanzable desde los instrumentos propios debe ser dilatado y desplazado allí donde se pueda atender. Por el contrario, es evidente que existen muchas posibilidades de que si no se atiende una demanda habiendo podido hacerlo se corre el riesgo de que esta demanda no sea satisfecha o sea satisfecha mucho más tarde, en peores condiciones y, por tanto, más imperfectamente.

Expresada en otra forma, la citada condición supone que, de cada demanda y de las circunstancias de la misma, pueden derivarse diversos objetivos terapéuticos. De ellos, unos serán inmediatos en tanto que posibles y atendibles “in situ” y otros se considerarían como mediatos por no presentar posibilidades de cumplimentación en ese momento y con esos recursos. Estos últimos, que deben aplazarse a otro momento o desplazarse a otro dispositivo, son los que plantean la exigencia de la derivación terapéutica. **Este proceso, esquematizado en el Cuadro I, implica que, de la determinación de los objetivos surge la indicación terapéutica; ésta, llevada a la práctica supone una actuación y, como parte de esa actuación, aparece la derivación.** Bien entendido que, ya se decía, ésta no debe ser total y debe rescatarse la viabilidad de un retorno de la derivación o de una conexión positiva con el sujeto derivado en caso necesario. Este circuito rescatado se apunta en el esquema con la flecha de doble dirección.

Ni que decir tiene que, en el nuevo momento o punto asistencial al que se accede con la derivación, se impone un replanteamiento de los objetivos terapéuticos a la luz de la nueva situación y las nuevas posibilidades y el proceso recomienza. Este discurrir de la atención, **representado en el Cuadro II**, puede desarrollarse en cualquier sentido: de un dispositivo a otro y vuelta al mismo, de un momento a otro dentro del mismo centro, del sitio de la recepción a otro más especializado o al revés. **El esquema, forzosamente simplificador y forzosamente rígido y artificial en su pretendido didactismo, no tiene más valor que señalar las exigencias de relectura continua de los objetivos, de progreso y de continuidad sin rupturas del tratamiento, de cooperación e integración funcional de recursos, etc...** Si el desarrollo de lo que se esquematiza funciona, se irá avanzando hacia metas más ambiciosas. No es una tragedia que se abran paréntesis en el progreso puesto que, a otro nivel, el contacto no se ha perdido; podrán rescatarse expectativas y relanzarse proyectos. Todo ello, sin perjuicio de que, en la cadena asistencial, unos dispositivos tengan más protagonismo, más posibilidades o más responsabilidad en función de sus instrumentos, de su equipamiento o su infraestructura. Sólo se quiere subrayar la convicción de que todos los instrumentos terapéuticos, aún los más limitados, son necesarios para la continuidad eficaz del proceso. Siempre habrá que plantearse la posibilidad de que, lo que pudiéndose hacer no se hace, quizá después ya no sea posible y, en cualquier caso, puede interferir seriamente con las oportunidades de otros agentes terapéuticos.

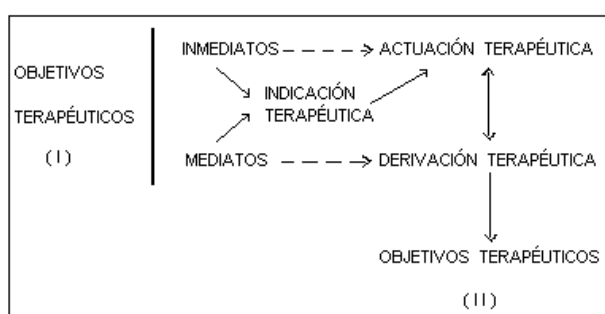
La actuación asistencial (incluyendo la derivación) de cualquier recurso, incluso los más primarios, contempla el requisito metodológico de la indicación terapéutica.

Ésta permanece como el elemento nuclear del sistema, entre los objetivos que la determinan y los instrumentos y recursos que la hacen posible.

La indicación se deriva de los objetivos que se pretende alcanzar y supone la elección de unos instrumentos y unos recursos que se considera idóneos. Por tanto el desafío es correlacionar unas metas con las mejores oportunidades de alcanzarlas.

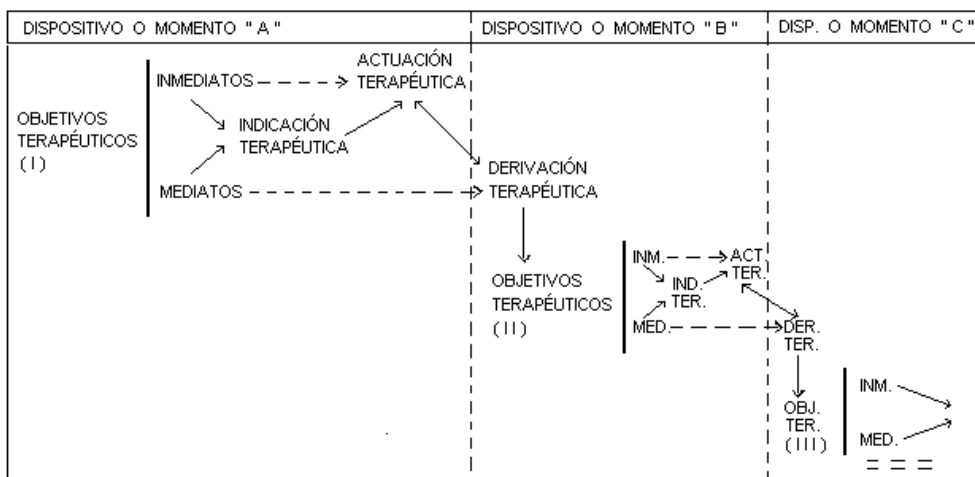
CUADRO I

PROCESO DE DERIVACIÓN TERAPÉUTICA



CUADRO II

DISCURSO ASISTENCIAL



Bibliografía.

Estievenart G. ed. (1995) *"Policies and strategies to combat drugs in Europe: the Treaty on European Union: framework for a new European strategy to combat drugs?"*. Dordrecht: Martinus Nijhoff.

Freixa F, Soler Insa PA. y col. (1987) *"Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinar"*. Ed. Fontanella, Barcelona.

Megías Valenzuela E. (1987) *"Indicación Terapéutica en Drogodependencias"*. Comunidad y Drogas, 4: 9-27.

Megías Valenzuela E. (1990) "Acogida y orientación de drogodependientes", en *"Drogodependencia y Sociedad (estudio interdisciplinario)"*. Serie de estudios sectoriales de la Fundación Caixa Galicia. Santiago.

Megías Valenzuela E. (1990) *"Drogodependientes reclusos. Criterios para las intervenciones rehabilitadoras"*. Revista de Estudios Penitenciarios. Monografía (153-161).

Megías Valenzuela E. (1991) *"Colaboración con otras instituciones responsables de la intervención: equipos sanitarios y sociales de tratamiento, prevención y reinserción"*. Comunidad y Drogas. Monografía nº 13.

Plan Regional Sobre Drogas (1995) *"Dispositivos asistenciales y modelos de procedimiento"*, Madrid.

Rawson, RA, Ling W. (1991) *"Opioid addiction treatment modalities and some guidelines to their optimal use"*. J. Psychoactive Drugs, 23, 2: 151-163.

Sociodrogalcohol (Mateos Agut et. al. Ed.). (1995) *"Equipos interdisciplinarios en drogodependencias: Estructura, estrategias y evaluación"*, Burgos.

CAPÍTULO 20

CONSUMO DE DROGAS Y PRISIÓN

Marco A. y Boguñá J.

El binomio drogodependencia-prisión

El término drogodependencia suele utilizarse habitualmente, y con evidente inexactitud, para designar únicamente los trastornos derivados del uso y/o abuso de sustancias ilegales. La utilización *social* de una determinada droga guarda relación básicamente con los patrones socioculturales de un determinado grupo o comunidad y, raramente, con sus repercusiones sanitarias, ya sea en tasas de prevalencia de enfermedades o en costes de estas patologías. Las consecuencias sociales del consumo responden generalmente al grado de tolerancia social que ocasiona este consumo y, consecuentemente, a la posterior desadaptación social del individuo. Así, en los países occidentales, el uso de drogas legalizadas (tabaco y alcohol, principalmente) es no sólo tolerado, sino en ocasiones estimulado, a pesar de ser las sustancias que causan actualmente la mayor morbilidad de todas las conocidas.

Es muy probable que la prohibición del uso de determinadas sustancias ocasione una menor demanda del consumo, pero es evidente también que distorsiona la oferta, generando un mercado ilegal de elevados beneficios financieros y nulo control sanitario. Las medidas represivas aplicadas a la producción, distribución y utilización de algunas drogas suelen producir notables problemas sanitarios, como ocurrió con las hepatopatías alcohólicas en Estados Unidos durante la vigencia de la conocida *ley seca*. También se ha demostrado que favorecen, por otra parte, la aparición de importantes alteraciones sociales: actividades delictivas y adulteración de la sustancia y el mercado, entre otras. El binomio *drogodependencia-prisión* es consecuencia del comportamiento social, y por tanto jurídico-penal, adoptado ante el uso de determinadas sustancias.

Prevalencia de consumidores

En la población penitenciaria de los países desarrollados, la prevalencia de consumidores de drogas legalizadas es extraordinariamente elevada, aunque el consumo de estas drogas guarda relación directa con el delito cometido sólo en contadas ocasiones. En cambio, es habitual que en estos países y en los consumidores de sustancias no permitidas la comisión del delito se relacione con el uso o distribución de la sustancia y, muy frecuentemente, con atentados contra la propiedad que permitan la obtención de dinero con la que mantener la adicción.

Se estima que en los países de la Unión Europea (UE), el 25% de la población penitenciaria presenta el antecedente de consumo de drogas ilegales. España es el país europeo que en 1994 declaraba un mayor número de consumidores por vía endovenosa: 40% del colectivo recluso. Se ha observado en los últimos años, sin embargo, un cambio en el patrón de consumo de los heroinómanos españoles y es probable, en consecuencia, que esta proporción haya disminuido significativamente. Es de destacar, no obstante, que las estadísticas sobre prevalencia de consumidores en el medio penitenciario son, en el caso de ser conocidas, difícilmente extrapolables entre diferentes países y no es infrecuente, por otra parte, que algunos Departamentos Penitenciarios muestren reticencias a hacerlas públicas.

Rehabilitación de presos drogodependientes

En general, la rehabilitación del colectivo drogodependiente se ha basado durante muchos años en la consecución de un único objetivo: la abstinencia. La no obtención de este único e indispensable objetivo se consideraba un fracaso que evitaba el planteamiento de otros objetivos intermedios que, como la prevención de enfermedades infectocontagiosas, ahora entendemos no menos útiles.

El proceso rehabilitador se considera un proceso de acompañamiento constructivo, habitualmente prolongado, con avances y retrocesos, en el que el terapeuta ha de intentar comprender y ayudar; aspecto especialmente necesario en un medio hostil como el penitenciario. La planificación programática de las actuaciones penitenciarias ha de evitar, además, sistematizaciones rígidas, diseñando sus actuaciones en función de la demanda, de la jerarquización de intereses y de las posibilidades terapéuticas. Una oferta rígida genera exclusiones o autoexclusiones y, consecuentemente, evoluciones espontáneas de una buena parte de los drogodependientes al margen del sistema asistencial. Es imprescindible, a este respecto, **que la institución penitenciaria sea reflejo programático, dentro de sus condicionantes específicos, de cualquier intervención efectuada fuera del entorno de la prisión**, previniendo con ello que el ingreso en la cárcel pueda motivar la interrupción o evitación de una actuación asistencial que se efectúa extrapenitenciariamente. Experiencias, entre otras, como las de intercambio de jeringas realizadas en la prisión de Hindelbank (Berna, Suiza) o la de la prisión de Vechta (Basse-Saxe, Alemania), recientemente iniciada, han de ser observadas y, en caso de presentar óptimos resultados, añadirse con las adaptaciones necesarias a la oferta asistencial básica de tratamiento de drogodependientes. Por otro lado, el diseño de estrategias imaginativas ha de considerarse siempre necesario, si con ello se reduce significativamente la proporción de pacientes crónicamente alejados de los clásicos recursos sociosanitarios.

Oferta asistencial

La oferta asistencial dirigida al colectivo drogodependiente de prisión es extraordinariamente variable y escasamente uniforme. Las primeras experiencias de tratamiento fueron efectuadas por Lichtenstein, en 1914, en Estados Unidos. A pesar de los años transcurridos, todavía hay países de la Unión Europea que en la actualidad carecen de una oferta asistencial reglada y programada. Así, mientras que

en algunos países existen experiencias históricas de utilización de metadona en programas de desintoxicación, otros, en cambio, carecen de cualquier protocolo de actuación con éste u otros fármacos. A pesar de ello, **las mayores aportaciones terapéuticas penitenciarias de los últimos años se han basado, precisamente, en la incorporación de programas de mantenimiento con metadona a gran número de prisiones.**

España dispone en la actualidad de una oferta asistencial variada, que incluye: a) programas ambulatorios libres de drogas, en ocasiones asociados a programas con fármacos antagonistas; b) programas libres de drogas residenciales o en *comunidad terapéutica* intrapenitenciaria; c) programas de mantenimiento con metadona, prácticamente en todas las prisiones del territorio español y d) programas de reinserción social. Es de resaltar que en muchos de estos proyectos colaboran profesionales extrapenitenciarios y, sobre todo, que ha mejorado notablemente la coordinación intra-extrapenitenciaria, introduciendo incluso dispositivos penitenciarios como eslabones básicos de la Red Pública de Atención a las Drogodependencias. Ciertamente es, también, que aunque variada, la oferta asistencial penitenciaria de nuestro país continúa siendo incapaz de dar respuesta a la demanda existente y precisa de un incremento de recursos y también de estrategias imaginativas que permitan el acceso de los drogodependientes reticentes a la actual oferta asistencial.

Corolario

De forma resumida, el marco terapéutico de atención a drogodependientes en el medio penitenciario ha de englobar las siguientes consideraciones:

El consumo de drogas ilegales se asocia con frecuencia a conductas delictivas que generan ingresos en instituciones penitenciarias.

Los internos con historia de consumos de drogas han de disponer, intrapenitenciariamente, de la posibilidad de someterse voluntariamente a programas de tratamiento.

La oferta asistencial para drogodependientes ha de diseñarse de forma que impida, con las correspondientes adaptaciones al medio, la interrupción o evitación de actuaciones asistenciales extrapenitenciarias.

Asimismo, la oferta asistencial ha de evitar rigideces que ocasionen exclusiones o autoexclusiones del colectivo drogodependiente.

El proceso rehabilitador se ha de entender como un proceso de *acompañamiento constructivo* con fases de avances y, en ocasiones, de retrocesos.

El tratamiento ha de establecer y diversificarse en objetivos intermedios, fijando metas accesibles para cada persona, grupo o situación.

Las intervenciones penitenciarias han de enmarcarse en la Red Normalizada de Atención a las Drogodependencias.

Bibliografía

Commission des Communautés Européennes. Group Pompidou. (1994) *Management of drug addicts in prison*. Athens.

de Andrés M. (1996) *Intercambio de jeringas en prisiones. La atención de drogodependientes y la prevención de enfermedades infecciosas en la prisión de Hindelbank (Berna, Suiza)*. Interdependencias, 17: 22-23.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (1996) *Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union*. Ed European Communities. Lisbon.

Inciardi JA, Martin S. (1993) *Drug Abuse Treatment in Criminal Justice Settings*. J Drug Issues, 1: 1-6.

Magura S. (1993) *The effectiveness of in-Jail Methadone Maintenance*. J Drug Issues, 1: 1-6.

Marco A, Mallada P, García J, Boguñá J, Ballester J. (1995) *Incorporación de los programas de metadona a la atención de drogodependientes en las prisiones de Cataluña*. JANO Monográfico: Drogodependencias diez años después del SIDA, 49: 789-792.

Martín Sánchez M. (1990) *Programa de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles en Instituciones Penitenciarias*. Revista de Estudios Penitenciarios. Monográfico de Sanidad Penitenciaria. Madrid-Extra 1: 51-67.

Megías E. (1990) *Rehabilitación de drogodependientes en prisión. Criterios básicos. Comunidad y Drogas*. Monografía: Atención a reclusos con drogodependencias ,12: 27-41.

Miranda P, Marco A, Martín V, Caylà JA. (1996) *Influencia de las instituciones penitenciarias en el tratamiento de las toxicomanías en España. A Propósito de la reforma del Código Penal*. Quadern CAPS, 24: 64-68.

BLOQUE VII: LA EVALUACIÓN

Según la definición que propone el diccionario, “*evaluar es estimar el valor de una cosa (no material)*”; por otra parte, se entiende por servicio todo “*bien que se adquiere en la relación entre un usuario y la institución, organización, persona o estructura que lo presta*”. En muchos casos, la evaluación de un servicio determinado —por ejemplo, una carrera en taxi— se basa en una serie de criterios centrados en el propio servicio, en medir hasta qué punto se ha alcanzado la finalidad del servicio (¿el viajero llegó a su destino?), en cómo se ha prestado (amabilidad, comodidad, tiempo) y en sus costes.

Cuando se evalúa un tratamiento, nos referimos a una intervención que se prolonga durante un período de tiempo más o menos definido durante el cual tienen lugar una compleja trama de interacciones entre el sujeto (y sus propias características psicológicas, médicas y sociales) y una serie de profesionales que intervienen, su entorno y una serie de eventos externos que escapan al control del proceso terapéutico.

A ello debemos añadir el hipotético “bagaje” terapéutico de las múltiples intervenciones que han precedido, eslabones previos de una cadena que supuestamente influirá en el impacto terapéutico de la intervención que se pretende evaluar; los resultados de este complejo proceso serán evaluados, no tanto en función de cómo se haya realizado el propio proceso si no ante todo en función de los cambios obtenidos a nivel del usuario del servicio. Como señala *Maurizio Coletti*, será difícil llegar a conclusiones fehacientes si no se controla esta multitud de interacciones mediante la metodología experimental con asignación randomizada, metodología que comporta importantes limitaciones prácticas cuando se pretende aplicar al colectivo de los usuarios de drogas.

La evaluación de resultados a nivel terapéutico se centra básicamente en los cambios obtenidos a nivel psicológico y a nivel del comportamiento; son estos últimos los que con más frecuencia se intenta medir. En el caso de las acciones preventivas, el impacto que éstas suelen pretender alcanzar es evitar que aparezca un comportamiento. Se tratará entonces de medir en qué medida una acción consigue que determinados comportamientos - por lo demás relativamente poco frecuentes - aparezcan con menor frecuencia de la esperada. No se nos escapa la complejidad de la tarea, aunque tampoco la necesidad de concentrar por lo menos tanta energía y recursos en afinar instrumentos de evaluación de las acciones preventivas como en las propias acciones. Si en el campo del tratamiento ya es frecuente que se emplee tiempo y recursos en procesos de dudosa “rentabilidad terapéutica”, probablemente en el ámbito de la prevención sea muy elevado el riesgo de reproducir *ad infinitum*

campañas que responden más a la tradición o a la publicidad de la propia campaña que a un modelo de intervención con efectos conocidos y bien evaluados.

Es pues evidente que en el campo de las adicciones el proceso evaluativo es particularmente complejo. Sin embargo, independientemente de los modestos resultados hasta ahora obtenidos, creo que conviene resaltar los aspectos positivos que tiene sobre las mismas intervenciones que se evalúa. Recordemos la definición propuesta por *Spinoza* en 1970 para la evaluación: “...es el proceso de comparar en un instante determinado lo que se ha alcanzado mediante una acción con lo que se debería haber alcanzado de acuerdo con la programación previa”. Ello introduce una disciplina demasiado olvidada en el campo de la intervención en drogodependencias, la *programación*. El propio evaluador obliga al profesional a un mayor rigor en diversos ámbitos, particularmente en la definición del problema y de las metas que se derivan, la identificación de factores de riesgo y los objetivos generales que se derivan, así como los factores contribuyentes y los objetivos específicos correspondientes. Nos obliga también a una descripción más fina del proceso y a investigar nuevos instrumentos que objetiven los cambios obtenidos. En un ámbito en el que históricamente la mayoría de intervenciones se han implantado precipitadamente y bajo una fuerte presión política y social, y en el que la elección de modelos de intervención ha respondido con frecuencia a criterios tan pintorescos como las habilidades del supuesto “especialista”, su ideología o la moda del momento, podemos agradecer a la evaluación su aportación al introducir la metodología de la planificación sanitaria.

Por otra parte, si bien hemos señalado las importantes limitaciones a las que se confronta la metodología de la evaluación en el campo del consumo de drogas, bien es cierto que nos vamos enriqueciendo con sus aportaciones. En el campo del tratamiento parecen especialmente prometedores los estudios multicéntricos, que nos permiten evidenciar el impacto terapéutico de factores relacionados con los programas. Refiriéndose a la escasez de literatura centrada en las características de los programas, Thomas Payte comparaba a los mismos con cubos agujereados y más o menos capaces de retener el agua (los pacientes) durante un tiempo significativo. La abundancia del agua (los pacientes) permitiría que los cubos se mantuvieran llenos, dando la ilusión de que el modelo responde a las necesidades. Tradicionalmente se han llevado a cabo múltiples estudios sobre el agua para intentar explicar su incapacidad de mantenerse en el interior de los cubos. Si bien se ha adquirido muchos conocimientos sobre el agua, no ha cambiado la habilidad de ésta para permanecer en el cubo. El evaluador nos obliga a definir unos objetivos (en esta metáfora, el objetivo de proceso sería la retención en tratamiento) y su metodología nos permitirá un conocimiento cada vez mayor sobre nuestros “agujeros” en lugar de lamentarnos con sentimiento de impotencia sobre la “poca motivación” de los pacientes que no responden.

La evaluación continuada de nuestras acciones debería conducirnos poco a poco a encontrar respuestas a la pregunta básica aún no resuelta: “¿Qué tipo de intervención es la apropiada para qué tipo de usuario de qué drogas, con qué características y problemas personales y en qué estadio evolutivo de su adicción?”.

Espero que el capítulo que sigue nos ayude a percibir la evaluación como un aliado gracias al cual mejorará sin duda la efectividad de nuestro trabajo.

Miguel del Río

CAPÍTULO 21

LA EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN.

Alberto Tinarelli, Cristina Sorio y Mauro Battaglia.

Premisa

La apertura y la consolidación de un debate científico sobre el tema de la evaluación de las intervenciones de prevención constituye un momento importante, porque estimula las organizaciones públicas y no gubernamentales a experimentar modelos de análisis de los procesos realizados, con el fin de aumentar la transparencia de los procesos operativos y de mejorar la calidad de las intervenciones.

Configurado el contexto de tal modo, la evaluación se convierte en un elemento fundamental del proceso de decisión, sobre todo si se investiga en la construcción de diseños de trabajo, compatibles con las dinámicas que regulan el funcionamiento de la organización.

Advertencias

En el campo de la prevención, el único dato sobre el que parece haber común acuerdo y respecto al cual existe además escasa literatura, es la ineficacia de las intervenciones puramente informativas; ya ha sido desestimada la hipótesis de poder modificar actitudes y comportamientos solo centrándonos en peligros, reales o presumibles. Por este motivo hay acuerdo sobre la necesidad de pasar de informaciones “frías” transmitidas de diversos modos y bajo diversas calificaciones sobre las drogas, a estrategias dirigidas a comunicar, a facilitar la relación entre las personas, a proponer acciones positivas y capaces de producir cambios que favorezcan la adquisición de comportamientos efectivos, para impulsar la resistencia de un grupo o de una comunidad a la penetración de los problemas de drogas.

Para quién trabaja en el sector de la prevención de las toxicomanías la necesidad de evaluar tiene su origen en varias exigencias. La primera es interna al sistema y es de tipo deontológico: **se debe evaluar porque también la prevención, como todas las otras actividades, debe tener el soporte de un marco teórico que la justifique y ser verificada sobre el terreno comprobando las consecuencias y el nivel de eficacia.** En este sentido hay que superar la larga fase donde se ha entendido la prevención como *algo que hacer*, para pasar a una etapa de mayor profundidad que nos permite poder definir *qué hacer y cómo hacerlo* en base al contexto social y cultural en el que se interviene.

La exigencia externa está relacionada con los niveles de decisión superiores, constituidos normalmente por administradores y políticos, y con la necesidad de definir los campos de interés sobre los que invertir recursos y energías una vez definidos los objetivos estratégicos a perseguir.

Por tanto, **resulta necesario verificar la “productividad” de la inversión sobre la prevención. Se deben utilizar modelos de trabajo que permitan en el ámbito de las acciones preventivas disponer de los datos y las informaciones necesarias para encaminar los objetivos estratégicos.**

Introducir la evaluación como método de trabajo significa en parte cumplir una acción de normalización, incluyendo la prevención en el ámbito de las disciplinas que pueden ser medidas y verificadas y por otro lado, producir un cambio de tipo cultural y epistemológico en el interior del área de las toxicomanías que marca el paso de la improvisación y de la experimentación descontrolada, a una fase más consciente y concreta.

Según este enfoque **la evaluación no se caracteriza como una intervención puntual y por tanto como una actividad con principio y final; se trata en realidad de una filosofía de trabajo que conforma la actividad de todo un sistema.** Es una necesidad que, si es compartida, determina el estilo de trabajo de un grupo que se acostumbra a razonar y a programar controlando todas las fases de las propias acciones en términos de recursos, de su utilización, de las intervenciones realizadas, de los resultados obtenidos y de los efectos asociados observados.

Objetividad y subjetividad de la evaluación de la prevención

Según el estado actual de los conocimientos, objetivar todas las variables que componen las intervenciones en el ámbito preventivo parece estar fuera del alcance de cualquiera, mientras que resulta posible elaborar metodologías capaces de ordenar los datos objetivos y a la vez tener en cuenta la experiencia y el juicio clínico de quién interviene en este campo. La aportación de datos objetivos y subjetivos puede conducir a la metodología de evaluación más apropiada para la prevención.

Hay problemas específicos relacionados con el contexto social y cultural de referencia. El tema tratado aquí se resiente más que otros de los condicionantes externos, tanto que podría decirse que **cada intervención está influenciada o, mejor dicho, caracterizada por la situación social, ambiental y cultural en la que se interviene: las mismas intervenciones en diferentes situaciones producen resultados diferentes.** La aplicación de un mismo programa de prevención tendrá un impacto distinto si cambian las condiciones de ilegalidad o legalidad de las drogas, el nivel de tolerancia, la alarma social, el tipo de legislación existente, el colectivo implicado, la representación social del fenómeno, o la presencia de oportunidades para jóvenes en términos de trabajo, tiempo libre y sistemas de relaciones con el mundo adulto.

Otras dificultades para el análisis de evaluación derivan también de la incertidumbre en la definición de un “grupo diana”, que a menudo se define de un modo aproximado como objetivo a escoger: la “población de riesgo”. En realidad, los

jóvenes de un determinado territorio que se convertirán en toxicómanos son un porcentaje relativamente bajo y son detectables en términos de riesgo real sólo con una relativa aproximación, ya que no se puede identificar la probabilidad de ser toxicodependiente ni a nivel individual ni de grupo. Por estos motivos, la intervención preventiva se dirige a menudo a sectores de población poco definidos, y se basa en actividades estandarizadas que dan vía libre a efectos no deseables, como una inducción involuntaria al consumo de quienes viven al margen de situaciones de riesgo, ya que pueden correr el doble peligro de ser atraídos por el grupo que consume o bien ser involucrados por algún programa de prevención secundaria que puede transformarse en un buen curso propedéutico del consumo de drogas.

Un modelo multicriterio

Los modelos de evaluación que se pueden elaborar están ligados a la complejidad inherente al proceso de realización de la función preventiva.

Se trata de una complejidad debida a diversos factores que interaccionan de una forma no siempre lineal, no siendo por tanto completamente controlables y que pueden ser identificados como:

Factores directamente ligados a la especificidad de la intervención preventiva

Según algunas críticas, la dificultad de diseñar acciones relacionadas con los objetivos, con los resultados observados y con la elección de los instrumentos de medida; se debe al escaso control de los eventos externos que actúan sobre el grupo diana y con la dificultad de adelantarse puntualmente a los tiempos de difusión del proceso de cambio, que no posee un ritmo constante.

Factores de naturaleza organizativa

Se trata de elementos que tienen un punto crítico al adoptar modelos experimentales o cuasi-experimentales en diversos contextos organizativos, siendo necesario seleccionar modelos de evaluación escasamente influyentes, y que no produzcan efectos paralelos sobre la intervención.

Es obligada la exigencia de encontrar modelos de valoración que puedan producir resultados a corto y medio plazo, con el fin de poder ejercer un rol de apoyo en los procesos de decisión.

Finalmente debe tenerse en cuenta que el actuar organizado no está determinado solo por decisiones racionales, sino que está anclado en el sistema de valores y en las expectativas de los sujetos involucrados en la gestión del proceso de decisión y que el mismo sistema no es capaz de conocer ni de controlar todas las variables que acaban por determinar el desarrollo de la intervención.

Factores metodológicos

Estos últimos tratan de la definición de un sistema de ordenación de los objetivos de las actividades de prevención, la traducción del sistema de referencia a un modelo de evaluación y de éste a indicadores observables, clasificables y medibles.

Al manejarse en un contexto incierto y poco conocido, las prioridades que acompañan la acción organizada pueden reconducirse por la exigencia de reducir la incertidumbre y de aumentar la racionalidad de los procesos. Por tanto puede pensarse en la evaluación como instrumento capaz de reducir la incertidumbre en el proceso de decisión y de mejorar la calidad del servicio ofrecido.

A través del **proceso de decisión** hay diferentes momentos en los que se pueden activar los **mecanismos de evaluación**:

En la fase de planificación de las actividades la evaluación adquiere una función de **supervisión interna** con el fin de especificar las directrices de la organización.

El objetivo consiste en determinar la finalidad organizativa y en la traducción de las orientaciones de la evaluación en factores-objetivos hacia donde dirigir la acción preventiva. En esta fase los objetivos estratégicos definidos se reparten en una escala de abstracción según el nivel de complejidad de una hipotética dinámica de cambio y del nivel de prevención a conseguir. En último término para cada objetivo estratégico se asignará el proyecto operativo más congruente y compatible con el sistema de valores implícitos.

En la fase de programación de las intervenciones la valoración permite mejorar los procesos y por tanto aumentar la calidad de las intervenciones.

La **valoración como soporte de la programación** permite valorar “ex ante”:

El contexto a través de la decodificación de la demanda del sujeto, o la definición de las necesidades de la población de referencia.

La estructura de los proyectos que deben respetar algunos criterios de forma además del requisito de la adecuación a la naturaleza del problema en cuestión.

Debe explicitarse particularmente el tipo de contrato establecido con el organismo gestor en lo referente a los **Objetivos** (finalidad general, objetivos prioritarios, objetivos intermedios), a la **Naturaleza del cambio** que se piensa conseguir (informaciones, actitudes, motivaciones, comportamientos), al **Grupo diana** (individuos, grupos, comunidad), a la **Estrategia operativa** (tipo de intervención, actividades planificadas), al **Procedimiento** (método, roles de los participantes), a la **Técnica de evaluación** (tipo de valoración prevista, indicadores, instrumentos para la recogida de datos), a la **Temporalización y recursos** (definición de tiempos y de los recursos económicos y humanos para cada fase del proyecto) y al nivel de **Resultados esperados**.

En la fase de aplicación de los proyectos la acción evaluadora adquiere la connotación de:

Evaluación de impacto cuando apunta a determinar los factores de incidencia sobre el proceso de aplicación de las decisiones e intente por tanto producir una previsión sobre los efectos de una intervención preventiva.

Partiendo de la premisa de que cada intervención produce efectos diferentes según el grupo de referencia, en la reproducción de proyectos internos a la organización o en la aplicación de proyectos procedentes de organizaciones externas es conveniente y deseable activar una valoración en cuanto a:

- las características del grupo diana bajo el aspecto de la tensión hacia el cambio, de la percepción de las posibilidades de éxito, de las anteriores experiencias de cambio;
- las características de los agentes que desempeñan el rol de facilitadores del proceso;
- la naturaleza del cambio en relación a los modelos culturales de referencia;
- los eventos que acompañan el desarrollo del proceso de cambio con una visión de la crítica que acompaña al proceso;
- las dinámicas ambientales o los sub-sistemas involucrados en el cambio.

Evaluación del proceso con el fin de controlar en qué medida los esfuerzos realizados se orientan en la dirección deseada y por tanto dan soporte al proceso previsto. Para poder controlar la calidad del proceso es necesario definir el objetivo final del proyecto, las etapas secuenciales que permiten su realización, los tiempos iniciales y de conclusión de cada una de las etapas, los sucesos críticos.

En la fase concluyente de las intervenciones la acción evaluadora puede orientarse hacia la certificación de calidad verificando el grado de satisfacción del cliente o como alternativa, hacia la medición del output de cada intervención y de la valoración del resultado (outcome).

Evaluación del output entendido como calidad del servicio ofrecido. La valoración a partir del juicio del usuario nace de una acción preliminar de definición de las exigencias, explícitas e implícitas, en términos de características con elevados niveles de deseabilidad y concluye con un juicio capaz de determinar las posibilidades de mejora del servicio.

El sistema de valoración utiliza en este caso indicadores capaces de extraer el **nivel de satisfacción de la demanda real** en relación a la **Calidad recibida** o capacidad de dar respuesta a las exigencias del grupo diana, a la **Utilidad** o capacidad de ofrecer un servicio eficaz; **Accesibilidad** entendida como acceso a los productos ofrecidos por el servicio y a la **Visibilidad** de los productos de la organización.

En el caso de programas formativos la evaluación es indispensable al comienzo para sincronizar las intervenciones en cuanto a las expectativas, y al final para evaluar la satisfacción de los usuarios en relación con el producto propuesto.

Evaluación del output: En el ámbito de proyectos dirigidos a la modificación de las relaciones y de las actitudes del grupo diana es posible aplicar dos diseños de evaluación.

Evaluación pre y post intervención sólo en las expuestas en el programa. Este tipo de valoración mide el cambio a corto plazo, pero no permite controlar el efecto de variables externas y por tanto la incidencia real del proyecto sobre la variabilidad evidente. Aún así, en relación a programas informativos o de promoción de acciones positivas, la valoración “ex ante” permite definir el perfil del grupo diana con la finalidad de programar una intervención centrada sobre necesidades específicas, y la valoración “ex post” tiene una función de control de los efectos de la intervención.

Evaluación a través del contraste entre un grupo experimental y un grupo control. En este caso es posible controlar el cambio producido por la intervención y establecer si el cambio es debido al proyecto o a otros factores. En cuanto a las potencialidades de este diseño de evaluación hay que evidenciar algunas críticas atribuibles, por una parte, a la ausencia de informaciones sobre la replicabilidad de los proyectos y, por otra parte, a la dificultad de definir un grupo control que tenga las mismas características del grupo experimental.

Evaluación del outcome. Consiste en la verificación de la eficacia a través de la comparación entre los objetivos propuestos y los cambios observados. La evaluación de los resultados exige de entrada la definición del concepto de éxito y su traducción en efectos producidos en el grupo diana.

En el ámbito de proyectos dirigidos a la modificación de las conductas se pueden aplicar dos diseños evaluadores.

El control a medio y largo plazo de los cambios del grupo experimental permite a su vez el control de la relación entre el proyecto y la evolución de los cambios en el tiempo.

La **Recogida sistemática de datos sobre diferentes muestras**, pero equivalentes, que pertenecen al mismo universo, permite el seguimiento de los procesos de cambio sobre toda la población y establecer por consiguiente, la incidencia de las acciones de prevención sobre los procesos de cambio en activo.

EVALUACIÓN DEL RESULTADO (OUTCOME)

MODIFICACIÓN DE CONDUCTA	Indicadores de la calidad de vida del grupo diana
--------------------------	---

EVALUACIÓN DEL PROCESO (OUTPUT)

MODIFICACIÓN DE LAS RELACIONES Y DE LAS ACTITUDES	Valoración de la intervención ex ante - ex post Grupo experimental - grupo de control
CALIDAD DEL SERVICIO OFRECIDO	Valoración output Juicio de los expertos

EVALUACIÓN DEL PROCESO

OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO	Valoración del alcance de los objetivos intermedios
--------------------------	---

EVALUACIÓN DEL IMPACTO

APLICACIÓN DE LOS PROYECTOS	Valoración de la replicabilidad de los proyectos
-----------------------------	--

EVALUACIÓN DEL PROYECTO

ADECUACIÓN DE LA OFERTA PERTINENCIA DE LA DEMANDA	Valoración estructural y de contenido del proyecto
---	--

El modelo presentado y sintetizado en el esquema anterior responde a las exigencias de una organización que se ocupa de intervenciones de prevención, y que dispone en consecuencia de un sistema capaz de aumentar la eficacia y la racionalización de la acción de prevención, de garantizar una calidad homogénea de las intervenciones y de aportar elementos para el control de la gestión interna y de valerse de procesos de comunicación fundados en el juicio del cliente/usuario. Se trata de un modelo de valoración multicriterio que permite controlar no sólo los proyectos sino también los procesos de decisiones y los resultados en términos de eficacia.

Conclusiones

Como integración de lo anteriormente descrito es útil volver a proponer algunas sugerencias, que fundamentan el sistema propuesto y que pueden favorecer el desarrollo de metodologías de trabajo común y contrastables entre ellas, de las que pueden obtenerse modelos operativos propios validados.

Se trata de utilizar métodos de trabajo descriptibles y contrastables, de explicitar el método que se piensa seguir, de documentar rigurosamente las actividades, de explicitar y justificar las metodologías elegidas que se llevan a cabo, de definir los objetivos generales y específicos de los proyectos y su plazo y, finalmente, de determinar e integrar los indicadores objetivos y subjetivos que se quieran tener en consideración.

Cada proyecto deberá fundamentarse en el análisis de la realidad en la que se intervendrá y contrastarlo con ulteriores comprobaciones para verificar los cambios si es que suceden. Aunque lamentablemente es evidente para quienes intervienen en este campo que la mayor dificultad consiste, como es obvio, no tanto en la observación de los cambios, sino en establecer relaciones con las intervenciones realizadas.

Teniendo en cuenta la imposibilidad de contar con modelos unívocos de referencia capaces de controlar todas las variables que intervienen cuando se analizan situaciones de incomodidad, evitación y consumo de drogas la valoración puede utilizarse como parte de un proceso circular, del que forman parte la programación, la realización de proyectos y la redefinición de los objetivos, capaz de concentrar en juicios sintéticos los efectos de la acción organizada.

Bibliografia

AA.VV. (1991) *“Prevention plus III”*, U.S. Department of Health and Human Services, Rockville.

Bassanini Setti MC. (1993) *“Valutazione degli interventi di prevenzione”*, in Constanzi C, Laveno C. (a 1993 cura di). *Adolescenti e prevenzioni dell’AIDS*, F. Angeli, Milano.

Bernardi L., Tripodi T., 1981. *“Metodi di valutazioni del programmi sociali”*, Fondazini Zancan, Padova.

Bertin G. (a cura di) (1995). *“Valutazioni e sapere sociologico”*, F. Angeli, Milano.

Bertin G. (1996) *“Tossicodipendenze e pratica sociologica”*, F. Angeli, Milano.

Bezzi C, Scettri M. (1994) *“La valutazione”*, Studi e informazioni, IRRES.

De Haes W, Schurman J. (1973) *“Results of an evaluation study of three drug education methods”*, International Journal of Health education, supp.to vl. XVIII-Issue. N°4 october-december 1975.

Hawkins DJ, Britt N. (1978) *“Handbook for Evaluating Drug and Alcohol Prevention Programs”* (STEPP), U.S. Department of Health and Human Services, DHHS Publication, Washington.

Merlo R. (1990) *“Verifica, valutazione e validazione”* in Rivista “Servizi Sociali” Fondazione Zancan, anno XVII, n. 3, 1990, Padova.

Patton MQ. (1980) *“Qualitative Evaluation Methods”*. Sage, Beverly Hills.

Regoliosi L. (1994) *“La prevenzione del disagio giovanile”*, NIS, Roma.

Rosas A. (1992) *“La valutazione di un intervento preventivo: quali indicatori di efficacia?”* in Regoliosi L. (a cura di) *Un approccio formativo alla prevenzioni*, F. Angeli, Milano.

Scaratti G. (1994) *“Aspetti di analisi valutativa del lavoro preventivo”*, in Regoliosi L., *La prevenzione del disagio giovanile*, NIS, Roma.

Scaratti G. (1995) *“La valutazione dei servizi socio-educativi”*, Impresa sociali n.19 Gen-Feb, Brescia.

Vecchiato T. (a cura di). (1995) *“La valutazione dei servizi sociali e sanitari”*, Fondazione Zancan, Padova.

CAPÍTULO 22

LA EVALUACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS

Maurizio Colleti.

Consideraciones previas

La aparición en la sociedad del problema de las toxicomanías ha provocado desde el comienzo, una importante alarma y una serie de reacciones a menudo muy cargadas de prejuicios.

Esto ha tenido consecuencias en los tratamientos al consolidarse las intervenciones espontáneas y voluntarias, suponiendo paralelamente, un retraso por parte del colectivo de los agentes profesionales y de los investigadores para implicarse en ellos. Una especie de urgencia, donde todo ha sido posible, gracias al lema: “hacer algo de inmediato; cualquier cosa, pero ya”. A partir de aquí han aparecido propuestas que variaban desde el uso de técnicas orientales, empleo de saunas, “bombas vitamínicas”, cruceros “terapéuticos” en veleros, al uso de raras “máquinas de la verdad”. La intervención terapéutica ha sido un sector en el que han prevalecido incursiones de grupos y personajes de dudosa fiabilidad.

Todo esto (junto al predominio de programas y tratamientos con una importante carga ideológica y frecuente participación del voluntariado, con una aversión preconcebida por la evaluación entendida como un instrumento de control indebido) ha retrasado, de hecho, la cita con la evaluación.

Durante mucho tiempo la evaluación ha sido reducida, como mucho, al análisis del proceso (output) y no ha hecho frente al análisis de los resultados (outcome).

Hoy en día, la cuestión de la evaluación de los tratamientos es uno de los campos de mayor interés y que mayor esfuerzo de investigación ha suscitado en el sector de las toxicomanías, como demuestra el aumento de las contribuciones científicas fiables; y la creciente exigencia de dotar los programas terapéuticos de sistemas de valoración que permitan a su vez la comparación con distintos programas.

Distintas perspectivas de la evaluación.

Actualmente parecen emerger dos objetivos prioritarios:

1. Una valoración que tiende a discriminar los tratamientos a partir de los resultados obtenidos y del análisis de costes/beneficios.

2. Una evaluación que tiende a mejorar determinados tratamientos partiendo de los resultados obtenidos.

El primer objetivo parece indispensable para definir aquellos tratamientos que presenten excesivas disparidades entre efectos obtenidos y recursos empleados, o que directamente, no obtengan efectos positivos. Tanto las Organizaciones Sanitarias Públicas como los Seguros Privados exigen condiciones básicas mínimas para admitir un determinado método como tratamiento. Se habla de un “Certificado de Calidad” que sería la base indispensable para la admisión. En los países donde existen listados especiales de Centros dedicados al tratamiento y a la rehabilitación de las toxicomanías, sólo una valoración científica, constante y actualizada en cuanto a los resultados permitiría ser incluido en los listados; además estos Centros deben mantener un alto nivel de resultados oportunamente evaluados.

El segundo de los objetivos tendría la finalidad de perfeccionar un programa, de mejorar procesos y fases, de enriquecer los resultados. La valoración de los tratamientos, en realidad, puede ofrecer datos fiables en cuanto a los efectos en el conjunto de un programa, así como de las partes por separado. Además, como repetiremos más adelante, **la práctica de la evaluación ayuda a los agentes profesionales a precisar los objetivos marcados y a adaptar mejor los instrumentos utilizados.**

Desde otra perspectiva (Kufner, 1994), se pueden identificar siete tipos de evaluaciones orientadas a los siguientes objetivos:

Especificar resultados y nivel de eficacia de un único programa en concreto; este tipo de estudio de valoración es necesario cuando se quiere tener una idea sobre la temporalización y los recursos necesarios para lograr resultados específicos y para establecer así la compatibilidad económica de los programas con las limitaciones impuestas por las Compañías Aseguradoras.

Estudiar los resultados finales y globales de un tratamiento.

Estudiar el proceso del tratamiento; es decir, el análisis de la secuencia de las intervenciones y de los cambios obtenidos para cada paciente.

Estudiar la calidad del tratamiento, con la finalidad de mejorarlo.

Relacionar las características de los pacientes con el tratamiento, con el fin de establecer como predicción las posibilidades de éxito con categorías de sujetos más restringidas.

Analizar costes/beneficios de un determinado tratamiento.

Realizar estudios de metanálisis con la finalidad de resumir y relacionar significativamente los diferentes resultados de investigaciones sobre la evaluación.

Como último punto de vista, el de la investigación, se apunta a la diferencia entre estudios dirigidos a un único programa y estudios que relacionan diferentes

programas de la misma área o de diversas áreas (por ejemplo, un estudio que evalúe diferentes programas residenciales o que valore programas residenciales comparándolos con programas psicoterapéuticos o con tratamientos farmacológicos).

En general, las grandes dificultades halladas al sistematizar modelos fiables de evaluación se pueden relacionar con tres grandes variables:

El carácter, a menudo ideológico, de las teorías de fondo de varios programas. El elevado nivel de complejidad de cada uno de los tratamientos, que nunca queda delimitado ni bien definido, siendo un proceso dinámico en el que pueden haber diversas aproximaciones diferenciadas. Esto implica la dificultad para la evaluación de cada una de las partes del proyecto terapéutico.

Las variables de tipo social que intervienen, a veces notablemente, complicando el proceso de la intervención. Un ejemplo podría ser la intervención de los Tribunales durante los tratamientos, o el problema añadido de los tratamientos conocidos como “alternativos” a la reclusión.

Existen otros problemas metodológicos que pueden incidir en la evaluación de un tratamiento. Mencionaremos los problemas relacionados con el estricto seguimiento de criterios para incluir a los pacientes en las muestras estudiadas, que puede ofrecer resultados paradójicos, al admitir en el estudio pacientes que consumen estupefacientes con una finalidad estrictamente médica. Y sobre todo los problemas de tipo ético. Se sabe que un estudio científico debe comparar los efectos de un tratamiento suministrado a un determinado grupo, con las modificaciones observadas en un grupo control bajo una intervención placebo o directamente sin tratamiento. Aquí se hace evidente el delicado problema de conciencia que se daría, en el caso de que el grupo control fuera constituido bajo la responsabilidad de los agentes profesionales o de los investigadores. Concluyendo, hay que recordar que es muy recomendable una asignación randomizada de los pacientes a los diferentes tratamientos; esto es particularmente difícil, sobre todo por la marcada participación de los usuarios en la elección del tratamiento. Por tanto, si quisiéramos comparar un tratamiento residencial (Comunidad Terapéutica), con un tratamiento de sustitución farmacológica (Programas con Metadona), resultaría difícil una asignación aleatoria que no tenga en cuenta las demandas de los pacientes (a su vez muy marcadas por las modas y los factores ideológicos). Un último problema metodológico es el alto nivel de complejidad de numerosos programas. Por poner un ejemplo, un programa residencial se apoya sobre diferentes enfoques (y por lo tanto cuenta con ellos), a veces incluso muy diferentes entre ellos: actividades laborales, terapia de grupo, entrevistas individuales, etc. En el momento de valorar será por tanto; muy difícil medir las diferentes contribuciones a los cambios observados. Uno se pregunta; si es más correcta una evaluación realizada por un grupo externo al personal o por el mismo personal; también esta observación trae consigo muy variadas consecuencias tanto metodológicas como prácticas.

Y, desde luego, **no se puede pensar en un proceso de evaluación tan perfecto que llegue a ser imposible o impracticable.**

Criterios básicos para la evaluación de los tratamientos.

Para evaluar un tratamiento sobre toxicomanías es necesario tener en cuenta tres áreas fundamentales:

La descripción del paciente/cliente

Es indispensable hallar instrumentos adecuados para la descripción no equívoca y homogénea de los pacientes. De hecho, solo comparando los efectos de un tratamiento a partir de una población homogénea se podrán obtener datos fiables. La mayor dificultad para describir adecuadamente un paciente toxicómano reside en la extrema complejidad de la situación, en la que interaccionan numerosas áreas con diferentes niveles. Realmente, **definir un paciente toxicómano en relación sólo a su comportamiento en el consumo es absolutamente insuficiente**. Aún el intento de agrupar, de sumar las diferentes descripciones, renunciando a una interacción dinámica de las mismas, es limitado. Por ejemplo, muchas toxicomanías están definidas en la actualidad en términos de “doble diagnóstico”; se trata de pacientes que presentan relevantes características típicas de pacientes psiquiátricos; ¿qué aspectos prevalecerán? ¿Les trataremos preferentemente como toxicómanos, como psicóticos o como “borderline”? ¿O buscaremos una integración entre las diversas opciones?

Para describir al paciente es necesario tener presentes los siguientes aspectos:

Las sustancias de consumo, las formas de consumo, los tiempos y la frecuencia de consumo.

Las condiciones de salud, en particular las relacionadas con las patologías recurrentes.

Las características psicológicas y psiquiátricas individuales.

Las características del entorno microsocial (familia).

El nivel de integración social (colegio, trabajo, amistades, etc.).

La relación con la justicia.

Estos datos deben ser rigurosamente evaluados y para ello sería preferible la utilización de instrumentos ya existentes y validados.

La descripción del tratamiento/servicio

Este aspecto es reconocido universalmente como el más difícil en el terreno de la evaluación. Aunque la descripción del paciente puede contar con un quizás excesivo número de instrumentos posibles, **la descripción del tratamiento es un sector relativamente pobre en cuanto a experiencias e investigaciones**.

Esto se debe básicamente al modo en que surgieron los programas, a cómo se consolidaron (nos referimos a las consideraciones expuestas al principio del capítulo) y a la complejidad de la intervención integrada ya mencionada. No es fácil, por tanto, definir el tratamiento o el servicio donde se efectúa el tratamiento.

En realidad, para comparar experiencias diferentes deberá considerarse la organización de las estructuras estudiadas y los recursos con los que se puede

contar. No resulta igual poder ofrecer oportunidades de tratamiento desde estructuras generosamente dotadas de locales y equipamientos, que tener que trabajar en centros con carencias de este tipo. Así como no es lo mismo poder trabajar con un equipo compuesto por varios agentes profesionales con jornada completa, ya formados, que trabajar con un pequeño grupo de voluntarios a media jornada y carentes de formación de base y/o específica.

Por tanto, un primer punto está relacionado con la descripción de los recursos existentes en términos de:

Equipo, su composición, número de horas disponibles para cada profesional.
Locales y equipamientos.

Un segundo punto está relacionado con la descripción del proceso.

Además de la ya mencionada dificultad para describir las intervenciones integradas, en las que resulta casi imposible medir la importancia y la eficacia de una o de otra “parcela” de la intervención, existe el problema de la asignación de la etiqueta en lo que respecta la intervención en su conjunto.

Términos como: intervención de tipo médico, de tipo psicológico, de tipo social, de sustitución farmacológica, no ofrecen una información suficiente. Tampoco son satisfactorias las etiquetas que se refieren a particulares enfoques: psicoanalítico, sistémico, cognitivo-conductual.

Frente a estos problemas (y a la espera de una etapa de simplificación de los procedimientos, de los enfoques, de los programas), **parece útil tomar posición por una descripción objetiva de las estructuras y por una subjetiva y exhaustiva descripción de los procesos terapéuticos.**

Los indicadores

Tal como se puede imaginar, es un punto importantísimo. Es necesario clarificar los indicadores de éxito en cuanto al *proceso* (output) para cada programa:

¿Ha sido posible recorrer todas las fases del tratamiento?
¿Ha sido posible respetar los plazos propuestos?
¿Ha sido necesario recurrir a intervenciones complementarias?

Está clara, además, la importancia de los indicadores de efectos obtenidos (outcome). En este ámbito, la dificultad reside nuevamente en la complejidad del problema de las drogas y toxicomanías.

Pueden, en efecto, considerarse de muy poca utilidad los efectos de aquellos programas que se limitan a obtener, por ejemplo, únicamente la desintoxicación física de los sujetos. Los elementos más importantes a tomar en consideración son las modificaciones que intervienen en:

Abuso de drogas.

Condiciones de salud física (consecuencias del abuso).

Condición psicológica en relación al sujeto, visto como individuo y perteneciente a un ámbito microsocial (familia).

Condición social, en el sentido de sus competencias psicosociales y de su posible participación en redes sociales.

Un punto muy importante de los indicadores de outcome es el de su *especificación antes de dar comienzo al tratamiento*. De hecho, **solamente habiendo declarado con anterioridad el efecto deseado, podrá, la evaluación de un programa o de una intervención, ofrecer datos fiables acerca de la congruencia con las hipótesis iniciales.**

Es necesario, finalmente, que el diseño de un programa incluya una evaluación en un plazo de tiempo determinado (*follow up*) planificado con anterioridad y que evalúe la estabilidad de los efectos (o las modificaciones realizadas), una vez superados los tiempos establecidos desde la finalización del tratamiento. Normalmente se prevé un *follow up* tras un período que va de los seis meses, hasta tres años contados tras la conclusión del tratamiento.

Recientemente, los investigadores están realizando notables esfuerzos para tratar de concluir estudios de evaluación multicéntricos que logren evaluar y comparar los resultados de diferentes programas de tratamiento, aunque no exista homogeneidad entre ellos.

Pero el verdadero y gran problema es el de la adecuación de los instrumentos de la forma más unitaria posible. Por ejemplo, para describir el usuario/cliente se utilizan más de cincuenta instrumentos diferentes, lo que hace imposible una comparación efectiva entre los tratamientos.

Lamentablemente, la adecuación de determinados instrumentos más ágiles y sintéticos es criticada por no incluir áreas de datos considerados muy importantes.

A pesar de todas estas dificultades y el retraso con el que se está haciendo frente al tema de la evaluación, no cabe la menor duda acerca de su importancia. Teniendo en cuenta las limitaciones mencionadas, sin duda **es mejor efectuar una evaluación, aún siendo imperfecta, que perderse en el intento de respetar todas las condiciones científicas correctas.**

La evaluación debería convertirse en una práctica corriente en el colectivo de los agentes implicados en el tratamiento de las toxicomanías, porque además les ayuda a precisar sus objetivos.

Bibliografia

Coletti M. (ed.) (1997) *Minimum criteria and set of instruments for the evaluation of treatment for professionals and administrators*. Cedis, Rome.

Coletti M. (ed.) (1999) *Evaluation of Treatment: an European overview*. Cedis, Rome.

Gottheil E, McLellan TA, Druley KA. (eds.) (1981) *Matching Patient Needs and Treatment Methods in Alcoholism and Drug Use*. C.C. Thomas, Springfield, ILL. USA.

Who. (1992) *Approaches to Treatment of Substance Abuse*. WHO. Geneva.

BLOQUE VIII: PERSPECTIVA INTERNACIONAL

Vivimos en un mundo cada vez más interdependiente, tanto a nivel político como económico, en el que las drogas viajan desde los países productores hacia los consumidores, se crean nuevas sustancias o viejas sustancias llegan a nuevos países y en el que los aspectos sociales, políticos, culturales, económicos, legislativos y religiosos de cada país ejercen una influencia propia a los diferentes consumos y fenomenologías de las drogas, creando nuevos escenarios, que a su vez cambian con rapidez ante la aparición de “nuevas” sustancias. Y todo ello dentro del marco de la economía mundial y sus mercados y de las redes de criminalidad, narcotráfico y blanqueo de capitales.

Existen múltiples Organismos nacionales y supranacionales que se ocupan a diferentes niveles de intercambiar información, regular, controlar, reprimir, prevenir o asistir en el ámbito de las drogas y las drogodependencias. La mayoría de ellos están regulados por Naciones Unidas, Unión Europea, Consejo de Europa, Parlamento Europeo, etc. Todas estas organizaciones se enmarcan en los objetivos de las Convenciones internacionales sobre drogas hoy en día en vigor: la Convención Única de las NNUU (1961) y su protocolo (1972) y la Convención contra el Tráfico ilegal de estupefacientes y sustancias psicotrópicas de las NNUU (1988), conocida como la Convención de Viena. La primera ha sido firmada por 149 países y la segunda por 103, lo que denota su importante efecto desde una perspectiva política supranacional.

Las respuestas políticas se han ido organizando poco a poco, en paralelo a la comprensión del fenómeno y de su complejidad. La simple guerra contra las drogas ha fracasado, permitiendo una política más integradora en la que la represión mantiene su prioridad, pero en la que se le da un mayor énfasis a la prevención y atención de los consumidores, incluyendo la limitación de los daños asociados al consumo de drogas.

Los gobiernos occidentales proponen medidas para contrarrestar el cultivo, tráfico y consumo de drogas ilegales y de sus precursores, que circulan por un mercado en el que la realidad de los países productores (en lo que se refiere a heroína y cocaína) es bien diferente que la del campesino que cultiva la planta. Durante todo este siglo la economía de los países subdesarrollados se ha basado en la progresiva exportación de pocos productos, sobre todo materia primas agrícolas y mineras. De ello se deduce la importancia de las políticas agrícolas en los mercados internacionales y en la producción de drogas. La situación es bien distinta, pero igualmente compleja, en lo

que se refiere a las drogas de síntesis, fácilmente elaboradas en sencillos laboratorios de cualquier ciudad occidental y distribuidas en mercados locales.

En estos dos capítulos se analizan aspectos relacionados con las repercusiones de las drogas en el contexto internacional. En el capítulo 23 se describen los Organismos Internacionales competentes en la materia. En el capítulo 24 se aborda el fenómeno de las drogas desde la perspectiva Norte/Sur.

Miguel de Andrés

CAPÍTULO 23

LAS DROGAS EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL.

Santiago de Torres.

El fenómeno de las drogas en el contexto internacional.

Relaciones norte-sur en el ámbito de las drogas.

La evolución de la producción, tráfico y consumo de drogas, a lo largo de los últimos veinte años, desde mediados de los setenta, hasta nuestros días, ha seguido un proceso paralelo al fenómeno de la globalización de la economía y de los procesos productivos. Así, de forma tradicional, los derivados opiáceos se obtenían a partir del opio, cultivado en determinadas regiones del mundo, en particular del sudeste asiático, y tras sufrir varios procesos de elaboración y manipulación llegaban hasta los consumidores de heroína, mayoritariamente ubicados en los Estados Unidos y Europa occidental.

En el caso de la cocaína, el proceso era bastante similar, es decir, a partir de la coca, cultivada en la región andina, se obtenía la cocaína y se transportaba hasta América del Norte y Europa para su consumo.

Este ha sido, de forma sucinta el modelo clásico de producción y tráfico, pero una serie de factores aparecidos en los últimos años han venido a modificar sustancialmente este escenario.

En primer lugar la misma evolución económica de algunos de los países cultivadores, su entrada en los circuitos económicos de producción de objetos de consumo, su integración en regiones de enorme crecimiento económico y en algunos de ellos su nivel de desarrollo democrático ha frenado, y en algunos casos, ha reducido a la mínima expresión sus cultivos de drogas.

En segundo lugar, la existencia de ciertos niveles de control por parte de los Estados Unidos y de algunos países de la Unión Europea de las sustancias químicas destinadas a la fabricación de drogas, conocidas con el nombre de precursores químicos, ha provocado determinados cambios en la estructura clásica del tráfico; así, en algunos países, resulta más difícil exportar un determinado precursor químico que importar la materia prima de la droga correspondiente antes de su manipulación, y por ello, en los últimos años se han detectado en Europa laboratorios de síntesis de cocaína, que a partir de la pasta base, y con los precursores necesarios, obtienen cocaína para su distribución. Este fenómeno ha demostrado cómo una determinada medida fiscalizadora, en este caso la derivada de la Convención de NNUU de 1988

por la que debían establecerse mecanismos de control de los precursores químicos, ha provocado una modificación de los procesos clásicos de producción y tráfico ilícito de alguna de las drogas más relevantes.

En tercer lugar, el mismo fenómeno de globalización de la economía y la facilidad de generar, gracias al avance tecnológico, complejas ingenierías financieras, ha posibilitado que el dinero producido a partir del tráfico de drogas, se integre y se confunda con otros capitales y fuentes de ingresos productos de comercios lícitos.

La lucha contra el blanqueo del dinero producto del tráfico de drogas encuentra su máxima limitación en las medidas liberalizadoras de la economía mundial y en las posibilidades, cuasi infinitas, de transmisión de capitales de un lugar a otro del mundo, sin más limitaciones que aquéllas que puedan surgir de los procedimientos telemáticos de transmisión de datos y éstas son prácticamente inexistentes.

El mantenimiento de varios paraísos fiscales viene a dificultar aún más este control. Se podría resumir diciendo que **la economía del tráfico de drogas se integra de forma difusa en otras economías de corte legal y que esta integración difusa se demuestra muy difícilmente fiscalizable.**

En cuarto y último lugar, **la estructura clásica de producción, tráfico y consumo, por la cual unos países, mayoritariamente situados en el hemisferio sur del mundo, producían drogas, y otros, situados en el hemisferio norte las consumían, está cambiando radicalmente.** El ejemplo que lo muestra es la aparición de forma masiva de las denominadas drogas de síntesis o de diseño que consisten en moléculas químicas sintetizadas y consumidas en los países del norte, es decir, en los países tradicionalmente consumidores. Esta clase de drogas ha modificado de forma sustancial los mecanismos de control, fiscalización y represión, por cuanto no existe un transporte prolongado de una región o otra del mundo, la forma de consumo no tiene “per se” características excepcionales, vía parenteral o inhalatoria, presentándose en la mayoría de los casos en forma de cápsulas que se ingieren acompañadas de alcohol, pero cápsulas cuya forma de presentación no difiere de las numerosas especialidades farmacológicas de uso terapéutico.

La misma variabilidad en la composición molecular de estas drogas y por tanto su potencial modificación hace muy difícil que el actual sistema de fiscalización, sustentado en los convenios de Naciones Unidas (NNUU) sea eficaz y útil. Estas nuevas drogas, no sólo han puesto en cuestión el modelo tradicional de producción-tráfico-consumo, sino que están cuestionando, y de forma muy seria, los propios sistemas de control y fiscalización existentes.

De todo ello se puede concluir que nos encontramos ante un escenario totalmente nuevo, en cuanto al fenómeno de las drogas se refiere, con nuevas sustancias, con cambios en los escenarios de producción y tráfico, con transformaciones vertiginosas en todo lo relativo a los métodos de blanqueo del dinero procedente del narcotráfico; y que todos estos cambios no han ido parejos a las adecuaciones y modificaciones de los organismos internacionales responsables de controlar y fiscalizar las drogas que, todavía hoy, siguen con unas estructuras diseñadas para dar respuesta a las características que el fenómeno tenía a finales de los años setenta.

Función de los organismos internacionales competentes en la materia.

En el mundo, existen numerosos organismos supranacionales dedicados de forma más o menos exclusiva al tema de las drogas. Los objetivos que persiguen estas estructuras son diversos y variados, pero se pueden resumir de la siguiente manera:

Obtener información y conocer de la magnitud del fenómeno: Aquí se incluyen todos aquellos organismos tendentes a captar datos e información que sean de interés, tanto en el ámbito de la reducción de la demanda como en el control de la oferta.

Elaborar regulaciones y normativas, preferentemente de fiscalización: Dependiendo del ámbito territorial competencial tendrá más o menos relevancia. Así las convenciones de NNUU tienen un impacto importante, comparadas con las regulaciones de carácter regional.

Instrumentar acciones concretas de control y represión: Son todas aquellas organizaciones del ámbito policial y aduanero que tienen competencias de operatividad concreta.

Intercambiar información en todos los ámbitos: Preventivo, asistencial, represivo, de cooperación internacional etc. Constituye el grupo más numeroso, y engloba organismos sin competencias propias, en ocasiones prácticamente sin regulación de su propia configuración, que sirven de lugares de intercambio de información en el más amplio sentido de la palabra. Son claramente intergubernamentales y definen la eficacia de sus actividades en el nivel en que los estados participantes lo deseen en cada ocasión.

Algunos de los organismos, en especial los de carácter mundial, asumen de una u otra manera las cuatro características reseñadas, algunos tres, otros dos y una mayoría solo una. También hay que tener en cuenta que muchos de los organismos son parte de otros mayores, por ejemplo los que dependen de NNUU o los diferentes grupos de la Unión Europea y que sólo en el nivel superior, Asamblea General para NNUU y Consejo Europeo para la Unión Europea, se produce la integración de las cuatro características referidas.

Perspectivas de futuro de las políticas supranacionales.

Es enormemente difícil prever el futuro de las políticas supranacionales, si bien la evolución del fenómeno en los últimos años permite analizar algunas cuestiones.

Parece claro que el diseño de las políticas relativas al control de la oferta y las grandes líneas relativas a la reducción de la demanda, se están tomando a nivel supranacional, es decir, a nivel regional (en este caso región se entiende como región mundial, ej. Europa, América del Sur etc.). Criterios de eficacia en las acciones relativas a la represión y de coherencia en las políticas preventivas y asistenciales, en zonas del mundo en las que están desapareciendo las fronteras reales entre los estados orientan hacia esta situación.

Por tanto podemos afirmar que **el futuro, en parte, es de las políticas supranacionales y, por consiguiente, de los organismos supraestatales**. Por todo ello están creándose cada vez más organismos a estos niveles y se van aprobando convenciones, convenios, regulaciones directivas y acuerdos de varios estados para identificar y ejecutar políticas comunes.

Si bien todo esto es cierto, también lo es que últimamente han ido cobrando fuerza las políticas concretas a nivel preventivo y asistencial desarrolladas por las administraciones más próximas al ciudadano, locales, comarcales, provinciales etc. y no tan sólo a nivel de reducción de la demanda, sino que existe una corriente de pensamiento cada vez más hegemónica, que defiende la necesidad de que sean las policías locales las que ejerzan un destacado papel en la prevención y represión de cierto nivel del tráfico de drogas. Todo ello, y en especial en el ámbito europeo, está prefigurando **un escenario para el próximo siglo que vendrá compuesto por unas instancias europeas que definirán, regularán y ejecutarán determinados niveles de la política de drogas y otras instancias, las administraciones más próximas al ciudadano, que desarrollarán y concretarán la mayoría de esas políticas, produciéndose un vacío competencial, que de hecho ya se está produciendo, en el ámbito de las administraciones centrales de los estados**. En este sentido es del todo indicativo la situación de Bélgica, Alemania y Austria, que, siendo los tres miembros de la U.E. y por consiguiente actores de todos los acuerdos, directivas y normativas emanadas de la misma, poseen una estructura de estado que delega en los niveles regionales o provinciales, la ejecución de la mayoría de esos acuerdos comunitarios.

Este modelo de desarrollo futuro se está plasmando en muchas zonas del mundo, estructuras supranacionales de diversos niveles, que definen y diseñan políticas, que son aplicadas en niveles administrativos próximos a los ciudadanos. Es obvio que aquellas acciones de represión del tráfico que precisan de la coordinación y la cooperación supraestatal son tomadas y ejecutadas por organismos supraestatales.

ORGANISMOS INTERNACIONALES Y COMPETENTES EN LA MATERIA.

Organismos internacionales.

Naciones Unidas N.N.U.U.

Las Naciones Unidas constituyen el organismo de mayor nivel en el ámbito de la reducción de la demanda y el control de la oferta de drogas. Siendo la Asamblea General la instancia suprema que toma las decisiones últimas, a lo largo de los años la estructura de NNUU se ha ido dotando de instancias específicas dedicadas cada una de ellas a aspectos diferentes del problema.

Las NNUU poseen una enorme autoridad y sus acuerdos y convenciones definen las grandes líneas de la política de drogas en el mundo. La tendencia a la globalización de las relaciones mundiales le ha ido confiriendo a este organismo una importancia cada vez mayor. Si se analiza la evolución del número de países que han participado

en la elaboración de las diferentes convenciones de NNUU, las de 1961, 1971 y 1988, así como el proceso de ratificación de las mismas, se concluirá que los estados le dan cada vez mayor importancia a los acuerdos emanados de esta institución.

Así los informes que anualmente realiza de la situación del fenómeno en el mundo son tenidos cada vez más en cuenta y los medios de comunicación se hacen eco de ellos de forma cada vez más relevante.

Junto a este nivel de reconocimiento y autoridad, la propia composición de los organismos de NNUU en materia de drogas, y sus dimensiones representa en ocasiones una dificultad clara para la toma de decisiones, que se requieren ágiles. A título de ejemplo, el actual sistema de fiscalización de las nuevas drogas se demuestra poco eficaz para las drogas de diseño o de síntesis, dado que está pensado para una época en la que aparecía una nueva droga cada varios años y no como ahora que se sintetizan varias drogas diferentes cada año.

Los organismos de NNUU específicos para el ámbito de las drogas son:

Comisión de Estupefacientes CND

Fué creada en 1996, y constituye una de las siete comisiones técnicas del Consejo Económico y Social (ECOSOC) de las NNUU. Se trata de un órgano responsable del control internacional del abuso de drogas. Su principal función es supervisar la ejecución del Programa de las Naciones Unidas para el Control Internacional de Drogas y aprobar el presupuesto de este programa.

Posee también la competencia de proponer en las sesiones anuales ordinarias, la fiscalización de las nuevas drogas que se han ido detectando y, mediante votación de sus miembros, decidir en qué lista de las convenciones se incluye cada una de las nuevas sustancias.

Las decisiones y las recomendaciones tomadas por esta Comisión son sometidas al ECOSOC para su aprobación o rechazo y a través de esta vía pueden dar lugar a decisiones o resoluciones de la Asamblea General.

Esta Comisión de Estupefacientes está constituida por 53 miembros y tiene su sede en Viena.

Programa de las Naciones Unidas para el Control Internacional de Drogas PNUCID

Programa único, creado en 1991, a partir de la fusión de las tres unidades existentes hasta la fecha en el seno de NNUU: la División de Estupefacientes, el Secretariado del Comité de Control Internacional de Estupefacientes y el Fondo de las Naciones Unidas para la Lucha contra la Droga (UNFDAC).

Este Programa persigue disponer de una visión global del fenómeno y desarrollar acciones equilibradas que consideren tanto los aspectos preventivos como los de fiscalización y cooperación.

La sede del Programa está en Viena.

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes JIFE.

Se trata de un órgano independiente, formado por 13 miembros que son elegidos por el ECOSOC, entre personas de prestigio del ámbito de la farmacología, la medicina, la fiscalización de drogas, la diplomatura, la administración pública etc.

Tiene una responsabilidad específica en la recogida, el análisis y la diseminación de datos sobre el tráfico ilícito de estupefacientes, de sustancias psicotrópicas y de precursores químicos sometidos a fiscalización internacional.

En la práctica, se asemeja a un comité auditor del cumplimiento por parte de los países signatarios de las convenciones de NNUU. Sus valoraciones y juicios sobre el nivel de cumplimiento son muy tenidos en cuenta por la comunidad internacional.

La sede de la Junta se encuentra en Viena.

Organización Mundial de la Salud OMS

Creada en 1946, depende del ECOSOC. Posee un programa específico sobre el abuso de drogas, dirigido desde la sede de la organización en Ginebra, y otro a nivel europeo desarrollado desde Copenhague.

La OMS goza de un enorme prestigio entre la comunidad científica y médica internacional y ha diseñado políticas muy activas en los ámbitos de las drogas legales, en especial del tabaco y del alcohol.

Es el organismo encargado de informar a la Comisión de Estupefacientes de las características toxicológicas, epidemiológicas y sanitarias de las drogas de nueva aparición. A partir del informe de la OMS, la Comisión de Estupefacientes actúa en consecuencia y propone su fiscalización en una u otra lista de las convenciones.

Responsables Nacionales de represión en materia de estupefacientes HONLEA

Se trata de una estructura de reciente creación. Está configurada en forma de reuniones a nivel regional de los responsables de los estados en materia de represión. Los objetivos que se persiguen son los de mejorar el nivel de cooperación entre los servicios represivos y de fiscalización.

La HONLEA europea se reúne cada dos años en Viena.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura UNESCO

La Unesco, creada en 1945, tiene su sede en París. Su objetivo es favorecer el conocimiento y el desarrollo de la educación.

Existe una sección para la prevención del abuso de drogas, integrada en la división responsable de la renovación de estructuras educativas. Esta sección se encarga de desarrollar un Programa de educación específico para la prevención del abuso de drogas.

Organismo de la Naciones Unidas responsable de la Investigación, la Formación y la Cooperación Técnica en los ámbitos de la Criminalidad y de la Administración de justicia. UNICRI

Su objetivo es el de desarrollar actividades de análisis y de prevención en los ámbitos judiciales a partir de las solicitudes hechas por los Estados miembros de NNUU.

Su sede está en Roma.

Comisión para la Prevención del Crimen y la Justicia Penal

Se trata de una Comisión creada en 1992 por el ECOSOC con el objeto de reemplazar el Comité para la Prevención y el Control del Crimen.

Es el organismo encargado de formular las orientaciones políticas en materia de justicia penal.

Está constituida por 40 miembros y se reúne anualmente en Viena.

Grupo de Acción Financiera sobre el Blanqueo de Capitales. GAFI.

Creado en 1989 por el G7 (Grupo de los 7 países más industrializados), su objetivo consiste en prevenir y reprimir el blanqueo de dinero, en especial aquél que proviene del tráfico ilícito de drogas.

El GAFI ha elaborado un informe que contiene 40 recomendaciones tendentes a modificar ciertas características del sistema financiero, de manera que se potencien los dispositivos nacionales destinados a combatir el blanqueo de capitales.

Su secretariado está ubicado en la OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económico) en París.

Grupo de Acción sobre los Productos Químicos. GAPC

Creado en 1990 por el G7. Su objetivo es elaborar recomendaciones a los estados que permitan hacer efectiva la fiscalización de los precursores químicos. Hasta la fecha ha establecido un total de 46 recomendaciones. En definitiva, se trata de un organismo creado por los países desarrollados para concretar la aplicación de la convención de NNUU de 1988 en todo lo relativo a los precursores químicos.

Grupo de Dublín.

Creado en 1990, se trata de un grupo informal de contacto entre los Estados de la Unión Europea y Australia, Japón, Estados Unidos, Canadá y Noruega. Su constitución se acordó en el Consejo Europeo de Dublín, con el objeto de facilitar el intercambio de información entre los estados que aportan la casi totalidad de los recursos financieros para la cooperación internacional en materia de drogas.

El grupo se estructura en subgrupos regionales, que analizan las políticas de cooperación en cada una de las regiones del mundo e intentan complementar las acciones de los diversos estados, impidiendo las duplicidades que se suceden en ocasiones.

La secretaría del Grupo de Dublín la ejerce la Secretaría General del Consejo de la Unión Europea, con sede en Bruselas.

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD

Consiste en una comisión especial de la OEA (Organización de Estados Americanos) creada en 1987.

Su objetivo es el de reforzar la capacidad de sus 37 Estados miembros para disminuir la demanda de drogas, prevenir el consumo y combatir la producción y el tráfico ilícitos.

Las líneas prioritarias de actuación son:

- Elaborar programas educativos para la prevención y el consumo de drogas.
- Movilizar a la comunidad en la lucha contra las drogas.
- Crear un sistema uniforme de intercambio de datos.
- Potenciar el Sistema Interamericano de Información y Documentación en Materia de drogas (IADIS).

Su sede es la misma que la de la OEA, la ciudad de Washington.

Organismos Europeos No Comunitarios.

Grupo Pompidou

Creado en 1971 a iniciativa del Presidente Pompidou, depende del Consejo de Europa y su sede se encuentra en la ciudad de Estrasburgo.

Su objetivo es examinar la problemática desde un punto de vista multidisciplinar, contemplando tanto los aspectos relativos a la reducción de la demanda como al control de la oferta y también, los problemas del consumo y tráfico de drogas.

Existen numerosos subgrupos de contenido específico: epidemiología, precursores químicos, blanqueo de dinero, control en aeropuertos, medios de comunicación, etc.

Está constituido por la mayoría de los países pertenecientes al Consejo de Europa, que nombran a un Corresponsal Permanente para el grupo Pompidou. Estos corresponsales permanentes se reúnen dos veces al año.

En la actualidad constituye el foro en el que los países de Europa central y del este, algunos de ellos de creación muy reciente, intercambia información y criterios con los países de Europa occidental.

Comité Europeo para los Problemas Criminales CEPC

Creado en 1957 por el Comité de Ministros del Consejo de Europa, se trata de un comité de expertos compuesto por altos funcionarios de las diferentes administraciones nacionales, especialmente de los Departamentos de Justicia.

Su objetivo es la cooperación y la posible armonización de la política europea en el ámbito de la represión de la criminalidad

Tiene su sede en Estrasburgo y se reúne una vez al año.

Unión Europea U.E.

El análisis de la política que en materia de drogas ha desarrollado la Unión Europea debe dividirse en un antes del Tratado de Maastricht y un después. Previo al Tratado, se definieron un conjunto de acciones y programas sustentados más en el ámbito intergubernamental que en el comunitario, es decir que, en la medida en que no existía base jurídica, debía aprobarse todo a partir de un acuerdo unánime de los Estados miembros.

El Consejo Europeo de Roma de los días 13 y 14 de Diciembre de 1990 aprobó el Primer Plan Europeo de Lucha contra la Droga. En dicho Plan destaca la importancia de dar una orientación global al fenómeno de las drogas, es decir, considerar de forma conjunta tanto los elementos relativos a la reducción de la demanda como al control de la oferta. Esta es una de las características fundamentales que ha orientado desde entonces el diseño de la política de drogas de la Comunidad Europea. La elaboración de ese primer Plan, constituyó un esfuerzo de equilibrio que obligó a incorporar diferentes visiones y conceptos sobre la política en esta materia.

El Plan Europeo de 1990 está articulado en cinco ámbitos que se configuraron para el futuro como los cinco elementos básicos de la política comunitaria.

Acción de coordinación de los Estados Miembros.

Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías.

Acciones tendentes a la reducción de la demanda.

Acciones tendentes a la represión del tráfico ilícito.

Acciones a nivel internacional.

El desarrollo y puesta en práctica de muchas de las medidas contenidas en este primer Plan Europeo ha posibilitado la creación de un auténtico acervo comunitario en materia de drogas y, lo que es más importante, a pesar de la ausencia de una competencia comunitaria clara tanto en el Tratado de Roma, como en el Acta Única Europea.

El Consejo Europeo de Edimburgo de los días 11 y 12 de Diciembre de 1992 aprobó el Segundo Plan Europeo de Lucha contra las Drogas, que consiste fundamentalmente en una actualización del primero, a la luz de las experiencias adquiridas. Destaca en este Plan el definitivo impulso a la puesta en marcha del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (O.E.D.T.), y la organización de la Semana Europea de Prevención de las Toxicomanías, cuyo interés fundamental radica en que constituye la primera acción conjunta de todos los estados miembros.

Finalmente, el Consejo Europeo de Cannes, de los días 15 y 16 de Junio de 1995, aprobó un Plan de Acción Global de la Unión, en materia de drogas, que propone nuevas acciones a la luz del marco establecido por el Tratado de la Unión (T.U.E.).

El Tratado de Maastricht, pone de manifiesto la voluntad de establecer una colaboración más amplia y profunda a nivel de los quince, conteniendo artículos que mencionan específicamente el tema de las drogas, tanto en materia de Salud Pública como en materia de Justicia e Interior.

En concreto, en el artículo 129 del Título X se contienen las siguientes frases: *"La acción de la Comunidad se encaminará a la prevención de las enfermedades, especialmente de las mas graves y ampliamente difundidas, incluída la toxicomanía, apoyando la investigación y la educación sanitarias"*. Este artículo, ofrece por primera vez un nuevo marco de actuaciones relativas a los aspectos sanitarios del problema de las drogas. **La Comisión ha elaborado recientemente un documento en el que subraya que la toxicomanía es un aspecto prioritario de la política comunitaria en materia de Salud Pública.**

En el título VI del T.U.E., y en concreto en el artículo K.1. se recoge lo siguiente: *"Para la realización de los fines de la Unión, en particular de la libre circulación de personas, y sin perjuicio de las competencias de la Comunidad Europea, los Estados miembros consideran de interés común los siguientes ámbitos:*

La lucha contra la toxicomanía en la medida en que dicha materia no esté cubierta en los apartados 7 a 9 siguientes.

La cooperación judicial penal.

La cooperación aduanera.

La cooperación policial para la prevención y la lucha contra el terrorismo, el tráfico ilícito de drogas y otras formas graves de “delincuencia internacional”.

Finalmente hay que comprender, que en el momento actual, es decir cuando la Conferencia Intergubernamental está en proceso de revisión del TUE, existe un amplio debate sobre el nivel de competencias que debe poseer la Unión Europea y cual debe quedar reservado a los estados, en la justa aplicación del principio de subsidiaridad, por el cual una administración no debe ejercer una competencia que pueda ejercerla una administración de nivel inferior y, por consiguiente, con mayor nivel de eficacia y proximidad al ciudadano.

A rasgos generales, se puede afirmar que existe una tendencia cada vez más intensa en aproximar las políticas que sobre drogas desarrollan los quince estados de la Unión, tanto en el ámbito preventivo-asistencial como en el jurídico-represivo y que, si bien un análisis comparativo de las legislaciones nacionales en la materia nos demuestra que existen importantes divergencias (ver cap. 4), una comparación de la aplicación concreta de las mismas nos lleva a reconocer que los elementos de convergencia son mucho mayores que los de divergencia.

El peso político de la Unión Europea en la esfera internacional, en relación al problema de las drogas es muy importante. Las políticas de cooperación y las cantidades económicas que las sustentan son, con diferencia, las de mayor peso de todo el mundo y la actitud y el criterio con que la Unión Europea y sus estados miembros abordan determinadas cuestiones relativas al tema de las drogas son tenidas en gran consideración por las NNUU. Todo ello, y la progresiva supresión de las fronteras internas y por tanto la libre circulación de personas, mercancías y capitales entre los quince, ha potenciado la necesidad de aproximar los criterios entre las administraciones estatales y las de las instituciones de la Unión.

Consejo Europeo.

Grupo de Coordinadores Drogas

Se trata de la reunión de los Coordinadores Nacionales de Drogas, convocados a propuesta de la presidencia de turno de la Unión. No posee un ámbito específico de actuación, pero es el grupo que persigue reforzar la visión global del fenómeno de las drogas, es decir, integrar las políticas de reducción de la demanda con las de control de la oferta.

La dificultad que existe es que el nivel administrativo del coordinador de drogas en cada estado de la U.E. es muy diferente y ello provoca en ocasiones que los acuerdos adoptados tengan diferentes posibilidades de ser llevados a la práctica.

Comité K.4.

Consiste en un comité de coordinación compuesto por altos funcionarios. Creado por el Tratado de la Unión Europea (toma su nombre del artículo k.4 del Título VI), aborda las cuestiones relativas a la justicia y los aspectos de interior.

Bajo el comité K.4. existen tres grupos directores que cubren las siguientes materias:

- Asilo e inmigración.
- Cooperación policial, aduanera y lucha contra las drogas.
- Cooperación judicial.

Cada grupo director posee a su vez varios grupos de trabajo. En concreto el grupo director II tiene los siguientes:

- Terrorismo.
- Cooperación policial.
- Droga y criminalidad organizada.
- Cooperación aduanera.
- Grupo ad-hoc Europol.

Cada grupo de trabajo eleva sus informes o dictámenes al correspondiente grupo director y éste, a su vez, al grupo K.4 que remite todas sus propuestas al Consejo de Ministros de Interior y Justicia, que es en definitiva el organismo último encargado de las tomas de decisiones concretas.

Política Exterior y de Seguridad Común PESC

Es el grupo encargado de las cuestiones relacionadas con el tráfico ilícito de drogas en el ámbito de la política exterior de la Unión. En la mayoría de tratados de cooperación bilateral entre la U.E. y otras regiones del mundo se incluyen menciones explícitas a la colaboración mutua para reprimir el tráfico de drogas y mejorar el control de los precursores químicos.

Se trata de un ámbito intergubernamental, en el que la Comisión no tiene competencias específicas. Requiere por tanto que el Consejo Europeo determine en cada caso las cuestiones que son de interés común para los quince y, en este sentido, el Consejo Europeo de Lisboa de Junio de 1992 identificó el tráfico de drogas ilícitas como ámbito de interés común.

Grupo Drogas y Salud

Es el grupo del Consejo que aborda los aspectos preventivo-asistenciales del fenómeno de las drogas. Está constituido por altos funcionarios de los estados responsables de estas cuestiones y reporta al Consejo de Ministros de Salud sus conclusiones. En los últimos años ha tenido gran relevancia en la instauración de la “Semana Europea de Prevención de Drogas”, en el desarrollo de acciones relativas al consumo de drogas y SIDA, así como en el conjunto de trabajos preparatorios para la creación del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías.

Parlamento Europeo.

El Parlamento Europeo ha desarrollado una considerable actividad en este ámbito. Inició sus trabajos en el año 1985 con la creación de una comisión de encuestas para conocer la dimensión del problema de las drogas en Europa, que constituyó en su momento el primer informe global de la situación europea.

En el marco de la Comisión de Libertades Públicas toma conocimiento y debate el conjunto de actuaciones e iniciativas tanto del consejo como de la comisión. Sin tener todavía capacidad legislativa propia, sí posee la competencia de aprobar el presupuesto anual, lo que le permite jugar un rol muy activo en la valoración y análisis de los costes de las actividades que sobre drogas se desarrollan en el ámbito de la U.E.

Comisión Europea.

La Comisión Europea consta de un Colegio de Comisarios y de 22 Direcciones Generales que son las responsables últimas de ejecutar las políticas concretas. Teniendo en cuenta que el fenómeno de las drogas es muy amplio y abarca cuestiones muy diversas, son varias las Direcciones Generales que tienen una determinada competencia en la materia.

Secretariado General

Unidad Coordinación Drogas.

Es la unidad encargada de coordinar el conjunto de servicios y unidades de la Comisión que tienen alguna relación con el tema de las drogas. Tiene también la responsabilidad de hacer de enlace entre el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías y la Comisión Europea.

Task Force Tercer Pilar.

En la secretaría general se encuentra una Task Force (grupo de trabajo) encargado de desarrollar las competencias del tercer pilar del TUE. Dado que contempla los aspectos de interior y justicia, asume las cuestiones relacionadas con la represión del tráfico ilícito, así como los análisis y sugerencias que faciliten una aproximación de legislaciones de los quince en materia de drogas.

DGI. A y B. Relaciones Exteriores

Se trata de las dos direcciones generales responsables de política exterior, una más orientada a las cuestiones económicas y la otra a las políticas. Ambas realizan actividades sobre el tema de las drogas en concreto:

Programa de cooperación Norte-Sur.

Coordinación de las actividades externas de la Comisión en el ámbito de la lucha contra las drogas.
Coordinación del programa PHARE.
Enlace con el grupo de drogas PESC del Consejo.

DGIII. Industria

Tiene la competencia del control de los precursores químicos utilizados para la fabricación de drogas y que están sometidos a fiscalización por la convención de NNUE de 1988.

DG V. Empleo, Relaciones Industriales y Asuntos Sociales

Desarrolla las siguientes actividades:

Programa de acción comunitaria en materia de prevención de las toxicomanías.
Acciones tendientes a la reducción de la demanda.
Coordinación de la Semana Europea de Prevención de la Toxicomanía.
Coordinación de las acciones del programa de acción sobre el SIDA con el de Drogas.

DG VIII. Desarrollo

Relación con los países ACP (África, Caribe y Pacífico). Existen cuatro convenios que unen 70 Estados de estas regiones con la Unión Europea, el último, la convención de Lomé IV, contiene dos artículos relativos a las drogas, uno referente a los ámbitos de la salud y la prevención y el otro prevé la cooperación en la lucha contra el tráfico de drogas.

DG XII Ciencia, Investigación y Desarrollo

Incluye la dimensión droga en el 4º programa marco de investigación.

DG XV. Mercado interior y Servicios financieros

Es la Dirección encargada de velar por el cumplimiento de la directiva sobre el blanqueo de dinero. Esta directiva está basada asimismo en la convención de NNUE de 1988 y detalla a nivel de la Unión Europea los procedimientos que deben seguir las instituciones financieras para perseguir el delito del blanqueo de dinero procedente del tráfico de drogas.

DG XXI. Aduanas y Fiscalidad indirecta

Se ocupa de las siguientes competencias:

- Cooperación aduanera.
- Cumplimiento del reglamento sobre el control de los precursores químicos.
- Elaboración de las estadísticas de decomisos de drogas en el conjunto de la Unión.

Otros organismos.

Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías. OEDT

Se trata de la Agencia europea encargada de la cuestión droga. Su objetivo principal es el de suministrar a la Unión y a sus Estados miembros todas las informaciones objetivas, fiables y comparables a nivel europeo sobre el fenómeno de las drogas y sus consecuencias.

Para poder ejercer correctamente su función, el OEDT ha creado una red informática, REITOX, que enlaza todos los estados miembros con la sede del Observatorio.

El OEDT elabora anualmente un informe sobre la situación de las drogas en Europa, que engloba todos los factores que inciden en esta materia. Este informe anual es presentado al Parlamento Europeo y al Consejo y se distribuye entre los estados miembros.

Constituído en 1993, tiene su sede en Lisboa.

Unidad Drogas Europol. UDE

Europol es la oficina europea de policía, instituída por el Tratado de la Unión Europea. En el marco de ésta, se encuentra la Unidad de Drogas Europol, UDE, que funciona como un equipo no operacional compuesto por una red de oficiales de enlace, destacados por cada estado miembro, así como de analistas encargados del intercambio y del análisis de las informaciones relativas al tráfico ilícito de drogas, las organizaciones criminales y las actividades de blanqueo de dinero, que afecten a dos o más estados de la Unión.

La sede se encuentra en La Haya.

Programas comunitarios de cooperación.

PHARE

Se trata de un programa regional de drogas con su correspondiente dotación presupuestaria, que incluye a los países de Europa Central y Oriental, PECOS. Contempla cuatro ámbitos de actuación:

- Lucha contra el tráfico ilícito de precursores químicos.

Lucha contra el blanqueo de dinero.
Desarrollo de sistemas de información sobre drogas.
Apoyo a los programas de reducción de la demanda.

TACIS

Programa de asistencia técnica a las Repúblicas de la antigua URSS. No contempla actualmente un programa específico sobre drogas, pero no se excluye en el futuro.

Países del Pacto Andino.

El Pacto Andino se constituyó en 1969 y su sede se encuentra en Lima. Su objetivo es el de crear una Unión Aduanera entre los países miembros: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.

En el marco de las relaciones con la Unión Europea, existe un sistema de preferencias generales, que consiste en una serie de ventajas aduaneras y comerciales particulares a favor de estos países, particularmente afectados por el fenómeno de las drogas. En concreto se trata de una supresión de aranceles aduaneros a una larga lista de productos que son potencialmente cultivables en lugar de drogas, para favorecer así las políticas de cooperación al desarrollo.

Asociación de Naciones del Sudeste Asiático. ASEAN

Creada en 1967, su sede está en Jakarta. Engloba a los siguientes países: Brunei, Indonesia, Malasia, Filipinas, Singapur y Tailandia. Persigue crear una zona de preferencia aduanera, así como contribuir a la expansión de su comercio y asegurar la estabilidad política de la región.

Existe un acuerdo de cooperación entre la Unión Europea y los países del ASEAN en el ámbito del control de los precursores químicos.

GLOSARIO DE SIGLAS

ASEAN:	Asociación de Naciones del Sudeste Asiático
CEPC:	Grupo Europeo para los Problemas Criminales.
CICAD:	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas.
CND:	Comisión de Estupefacientes.
ECOSOL:	Consejo Económico y Social.
G7:	Grupo de los 7 países más industrializados.

GAFI:	Grupo de Acción Financiera sobre el blanqueo de capitales.
GAPC:	Grupo de Acción sobre los Productos Químicos.
Grupo Dublín:	Grupo informal de contacto entre la UE y Australia, Japón, Estados Unidos, Canadá y Noruega.
HONLEA:	Responsables nacionales de represión en materia de estupefacientes.
JIFE:	Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.
NNUU:	Naciones Unidas.
OCDE:	Organización de Cooperación y Desarrollo Económico.
OEA:	Organización de Estados Americanos.
OEDT:	Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
PESC:	Política Exterior y de Seguridad Común de la Unión Europea.
PHARE:	Programa regional para los países de Europa Central y Oriental.
PNUCID:	Programa de las Naciones Unidas para el Control Internacional de Drogas.
TACIS:	Programa regional para las Repúblicas de la antigua URSS.
TUE:	Tratado de la Unión Europea.
UDE:	Unidad Drogas Europol.
UE:	Unión Europea.
UNESCO:	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
UNICRI:	Organismo de las Naciones Unidas para la investigación, la formación y la cooperación técnica en los ámbitos de la criminalidad y de la administración de justicia.

CAPÍTULO 24

EL FENÓMENO DE LAS DROGAS DESDE LA PERSPECTIVA NORTE SUR

Concertacions

Introducción

“La coca va a existir mientras en las comunidades indígenas exista hambre, miseria, abuso, humillaciones y explotación. Cuando desaparezca esto, la coca volverá a hacer parte de la religión y dejará de ser símbolo y bandera de resistencia y lucha contra la opresión y el colonialismo que sufre la cultura andina” (Valentin Mejillones, médico tradicional de Tiwanaco, Bolivia).

Veinticinco años después de que estalló la primera “epidemia” de heroína en el mundo occidental, todavía existe una gran confusión sobre lo que debería ser una política eficaz frente al fenómeno de las drogas. En este cuarto de siglo que acaba de pasar, la producción, el tráfico y el consumo de drogas ha llegado a tomar dimensiones globales, sin que las autoridades hayan podido hacer mucho para frenarlo.

El programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de las Drogas, (UNDCP) que desde 1973 se dedica a la lucha contra las drogas a nivel internacional reconoce que en 1992 se produjeron 3.700 toneladas de opio y 340.000 toneladas de coca, respectivamente. Tres y seis veces más que cuando fue fundada la organización. Además estima que, en el mismo año, las ventas anuales del tráfico ilícito de drogas ascendieron a alrededor de los 500 mill millones de dólares. Y que, sólo el número de consumidores de cocaína en todo el mundo, aumentó en un 15%; para llegar a ser 12 millones de personas. (UNDCP: Drugs and Development, a discussion paper. Viena, enero de 1994).

Y estamos hablando sólo de los estupefacientes tradicionales (cocaína, opio y sus derivados, cannabis, etc.) Al tiempo que la desregulación de la economía pone en grave peligro las actividades formalizadas, permite el reciclaje masivo de dinero sucio. Estamos ante una situación en la que las actividades criminales y las actividades legales son indisociables, en la que las organizaciones criminales tienen capacidad de crear dinero y de adquirir una parte importante de las deudas gubernamentales, y su capacidad de inversión en el negocio inmobiliario o en los mercados financieros comienza a ser incluso vital para la especulación que reina en los mismos. Muchos bancos del Norte, y en especial los de los países del este de Europa, están hoy controlados por organizaciones criminales.

De todo este movimiento de dinero, los campesinos productores están recibiendo menos del 0,1% de los beneficios totales. En Bolivia, se calcula que el precio del kg. de hoja de coca es para el campesino de apenas un dolar USA, pero convertido en un kg. de pasta básica (se necesitan unos 100 kg. de hoja) alcanza ya los 680\$ y, en cocaína (3 kg. de pasta básica) los ascendería a 1800\$, cantidad que puesta en el mercado europeo subiría a los 23 000\$ y cortada para el consumo, los 135 000\$ (sobre unos 285\$ invertidos en la materia prima).

A pesar de que los beneficios quedan claramente en manos de aquéllos que la distribuyen en el Norte y de que este recupera luego una gran parte, se calcula que el valor de las exportaciones de pasta base y cocaína supone para los países productores unos 5 mil millones de dólares. Si hablamos de otras sustancias, las cifras son más aproximadas, pero también importantes. Estos ingresos han terminado por resultar vitales para unos estados que han sufrido las drásticas políticas de ajuste impuestas por el FMI. En Bolivia, la coca proporcionó las divisas necesarias para enjugar una deuda que superaba ya al mismo PNB del país. También dió empleo a más de 20 000 mineros despedidos al hundirse la economía del estaño, y a muchos miles de funcionarios que al terminaron en el paro al reducirse las prestaciones estatales y privatizarse las empresas.

Cuando en 1987 se presentó ante el FMI un balance positivo de la balanza de pagos boliviana, que generaba 417 millones de dólares, 226 de los mismos aparecían en el apartado de “errores y omisiones”, denotando claramente un origen poco confesable. Samuel Doria Molina, asesor económico presidencial, calculó que, para mantener la rentabilidad y el ingreso generados actualmente por la coca, haría falta invertir un capital aproximado de 3.500 millones de dólares.

Realmente, la producción de estupefacientes, se ha convertido en el medio de integración de algunos países en circuitos de una economía mundializada de la que habían sido prácticamente expulsados.

Pero no todo han sido resultados positivos en los países andinos. Estos beneficios han favorecido el “monocultivo” y han multiplicado los canales ilegales de la producción, impidiendo cualquier mejora no estrictamente monetaria de la situación de los trabajadores. Además, una parte pequeña pero importante de los beneficios son reinvertidos en la adquisición de propiedades agrarias, reforzando la gran propiedad rural, y creando formas de desarrollo totalmente dependientes.

En estos momentos, unas 600.000 personas se dedican a la producción y comercialización de coca.

Parece como si las actuales políticas represivas del tráfico se sostuvieran no por criterios de salud pública -según los cuales se han manifestado abrumadoramente ineficaces- sino por razones económicas -la ilegalización permite sostener estos importantes circuitos financieros- y geopolíticas. La presión ejercida sobre los países productores, el condicionamiento de las aportaciones financieras del Norte a la adopción de políticas que resultan -según estos datos- suicidas para las economías del Sur, permite mantener una argolla que condiciona otras muchas negociaciones y les sitúa en condiciones de inferioridad.

No obstante, la reciente sesión especial de la Asamblea de las NNUU celebrada en junio de 1998 no ha hecho más que ratificar la vigencia de las políticas actuales. El paradigma sigue siendo la represión y apenas se toman en cuenta en estas discusiones las repercusiones en el primer eslabón de la cadena del narcotráfico: los productores de plantas que sirven para la producción de drogas.

Hasta ahora, la política occidental frente a estos cultivos ha sido dirigida a un solo objetivo: eliminarlos completamente. La actual guerra contra las drogas tampoco distingue entre productor de materia prima y narcotraficante. En los últimos años, miles de campesinos empobrecidos en Colombia, Perú y Bolivia, por citar tan sólo el área andina productora de hoja de coca, han sido el blanco de operaciones militares, violaciones de derechos humanos, erradicaciones con métodos que provocan daños al medio ambiente etc. Mientras tanto, los actuales precios que han recibido por sus productos lícitos, les dan pocas opciones para sobrevivir.

La materia prima de las drogas como salida de emergencia.

Durante todo este siglo, la economía de los países eufemísticamente llamados “en vías de desarrollo” se ha basado cada vez más en la exportación de pocos productos, sobre todo materias primas agrícolas y mineras. Desde los años 50, los países occidentales crearon productos de reemplazo a los productos del Sur. Así, el comercio entre Norte y Sur, ha ido aumentando en beneficio del Norte, como resulta de las siguientes cifras: en 1930, la participación de América Latina en el mercado mundial era del 30%. En 1960, había bajado a un 14% y en 1994, a menos de un 3%.

Por otra parte, la política de los gobiernos de los países productores ha sido un fracaso rotundo. Desde los años 60 los gobiernos intentan solucionar el problema de un sector campesino cada vez más empobrecido mediante la colonización. En el área andina, mandando a los campesinos desde el altiplano hasta las áreas tropicales, los gobiernos esperaban al mismo tiempo generar una nueva fuente lucrativa de ingresos: el monocultivo de productos agrícolas exportables como arroz, maíz, café o cacao. Fue en esa época que en las regiones del Chapare (Bolivia), Alto Huallaga (Peru) o Guaviare (Colombia) entraron miles de campesinos en busca de una vida digna.

Otro golpe a la salud económica de estos países ha sido la eliminación de las tarifas de importación para los productos extranjeros. Esta medida fue tomada dentro del marco del programa de ajuste estructural. Este programa es la receta del Fondo Monetario Nacional que asesora a los países deudores en la forma de como sanear su economía. Desde entonces, en estos países han entrado muchos productos agrícolas de los países occidentales altamente subvencionados por sus respectivos gobiernos. En consecuencia, la producción nacional ha recibido graves daños debido a la falsa competencia con los productos extranjeros, que resultan más baratos. Ante esta situación ¿qué otra solución les quedaba a los campesinos de estas zonas que no fuera sembrar la única cosa por la que obtendrán unos mínimos beneficios que les permiten al menos, sobrevivir?

Nuevo concepto de país productor, país consumidor.

En la era de la globalización en la que hemos entrado, donde es más fácil comprar algo en la otra punta del planeta a través de INTERNET que yendo al tendero de la esquina, nuestros esquemas tradicionales de la concepción del mundo necesitan una revisión.

La imagen tradicional del Sur inundando el Norte con sus productos ilícitos forma parte del pasado. Actualmente el primer país productor de cannabis son los Estados Unidos de Norteamérica y los holandeses lo tienen todo a punto para dominar el mercado una vez este producto sea legalizado. El opio, cuyo feudo tradicional se situaba en el Triángulo de Oro asiático, está siendo producido masivamente en diversas zonas del continente americano. Los “precursores químicos”, absolutamente necesarios para la producción de cocaína y heroína, se fabrican masivamente en Europa y todos los esfuerzos para controlar su exportación para fines ilícitos han resultado y resultarán, vanos. “*Bussiness are bussiness*” reza la sentencia. El entramado y complejo sistema bancario, elemento también esencial para la producción, ¿en qué país se encuentra?... ¿podemos hablar de países productores y países consumidores? Al igual que ya no se puede hablar de países del primer mundo y países del tercero, sino de sectores de población ricos y sectores pobres, la respuesta es no. El negocio ilícito de las drogas, como el del comercio de armas, como el de la especulación financiera ha dejado de tener fronteras.

Cooperación al desarrollo versus la cooperación a la erradicación

En vista del fracaso de la política destinada a reducir la demanda, los gobiernos han volcado su interés hacia los lugares de la oferta. Así, la guerra contra las drogas se ha convertido en una guerra contra la hoja de coca, el opio o el cannabis y en esta guerra se usan armas económicas y armas bélicas.

Con instrumentos económicos se intenta substituir la economía de las drogas con alternativas legales. Esta opción, en principio da buenas perspectivas. Siguiendo con el ejemplo de la hoja de coca, los gobiernos de los países andinos se aferraron a ella con ambas manos. Desde 1990, su propuesta era la del “*desarrollo por coca*”. Los gobiernos solicitan a la comunidad internacional una fuerte inyección financiera para el desarrollo del país. Con estos recursos, invirtiéndolos en programas sociales, se reduciría el impacto negativo en las economías campesinas de una medidas comprometidas a erradicar las plantaciones de hoja de coca.

En 1992, los presidentes de Perú y Bolivia inventaron el eslogan “*coca para el desarrollo*”. Intentaban convencer al mundo que la hoja es benéfica, que en lugar de erradicarla habría que transformarla en productos sanos que podrían ser el motor del desarrollo de la región. Merece la pena recordar el “show” de la hoja de coca incautada en el pabellón de Bolivia durante la Expo-92 y a la Reina Doña Sofía tomando infusión de hoja de coca durante su visita oficial a aquel país.

Ninguna de estas dos propuestas fueron tomadas en serio y actualmente, los gobiernos nuevamente parecen estar dispuestos a erradicar los cocales y ejecutar otras medidas represivas con el fin de obtener ayuda financiera.

En los EEUU, palo...

La opción represiva es la que domina los Estados Unidos. Es el arma de la presión, incluida la militar, destinada a eliminar el cultivo. Las autoridades norteamericanas consideran la erradicación de las plantas como uno de los elementos centrales en la estrategia para contrarrestar el narcotráfico. La efectúan directa e indirectamente. Condicionan la ayuda económica a los países productores de materia prima a los resultados obtenidos en la guerra contra las drogas y destinan la mayor parte de la “ayuda” a la vía represiva (asesoramiento y equipamiento militar, etc).

Sin embargo, la erradicación forzosa ha tenido un resultado ambiguo. En el caso del Perú, por citar un ejemplo, desde 1981 se erradicaron 31.000 Has. Pero como no hubo alternativas reales para los productores, éstos se vieron forzados a migrar hacia zonas menos accesibles para las fuerzas de represión y volver a sembrar coca. Actualmente se estima que el hectareaje de coca que existe en el país asciende a 250.000.

Mientras tanto, aumentan las voces de los que opinan que detrás de la guerra contra las drogas, otros intereses, de carácter geopolítico, están en juego. Para muchos latinoamericanos, el narcotráfico no es más que un pretexto para los Estados Unidos para mantener su presencia militar en la región. Cada vez más, la presión del vecino del Norte se siente como una violación a la soberanía nacional de los países involucrados.

Según el escritor colombiano Gabriel García Márquez, las drogas sirven al gobierno norteamericano para justificar invasiones a los países latinoamericanos como es el caso de Panamá. Según este enfoque, la guerra a las drogas ha reemplazado a la guerra fría, tras la caída del muro de Berlín.

...y en la UE, zanahorias

Generalmente, las autoridades europeas buscan un camino más pacífico. Los países miembros de la UE han financiado varios programas de desarrollo alternativo, destinados a proveer los campesinos en un lugar específico con alternativas viables. La ejecución de estos proyectos ha sido encargada por instancias como el UNDCP, el Programa Internacional de Naciones Unidas para la Fiscalización de las Drogas.

Pero los campesinos involucrados en estos proyectos han expresado severas críticas al manejo de los mismos. Los estudios preparatorios de estos proyectos, muchas veces han sido insuficientes. No han distinguido entre el cultivo de plantas para fines tradicionales y para la producción de drogas ilegales. Finalmente, se ha concluido con un planteamiento impuesto, sin dar posibilidades de participación a las poblaciones involucradas. El único objetivo de estos proyectos ha sido sustituir el cultivo de la materia prima por otros productos comerciales, sin considerar su posibilidad de comercialización ni su efecto ecológico.

Pese a estas circunstancias, los campesinos han reaccionado positivamente a los programas de desarrollo alternativo. Según la Federación del Trópico de Cochabamba, entre 1983 y 1993 se invirtieron en la región boliviana del Chapare, 100 millones de dólares en estos programas. Los campesinos calculan que han

perdido 160 millones de dólares erradicando la coca y no han tenido sustituto viable. Sin embargo, si los campesinos dejan de aceptar estas “alternativas”, sus gobiernos igualmente les reprimen violentamente.

Asimismo, la UE ha otorgado a los países andinos la reducción de tarifas de importación sobre una serie de productos, mediante el Sistema de Preferencias Generalizadas (SPG), para estimular la producción y exportación de productos legales de la región. Sin embargo, hay pocas evidencias de que estas preferencias hayan producido algún tipo de beneficio a los campesinos involucrados en el cultivo de coca. Dado que generalmente no tienen acceso a grandes capitales, no pueden ampliar su producción significativamente, carecen de facilidades de transporte o de procesamiento de sus materias primas y han de venderlas a los intermediarios, que sí se han aprovechado algo de las nuevas medidas. La política del SPG parece estar dirigida a favorecer a sectores diferentes a la población campesina e indígena.

Una opción del Sur: desarrollo integral

Frente a las políticas antidrogas occidentales, represivas o no, los productores han desarrollado su propia diplomacia. Ya han manifestado varias veces su deseo de sentarse a la mesa de negociaciones con los representantes de la comunidad internacional. Pero no será para calentar las sillas. Será para entrar en un verdadero diálogo directo y honesto. Según los campesinos, se trataría de la única manera pacífica de solucionar el problema.

Para que este diálogo tenga lugar, necesariamente se tiene que dejar de condicionarlo a la erradicación previa de la materia prima. En el caso de la hoja de coca, y parafraseando las opciones oficiales mencionadas anteriormente, la propuesta tomó el nombre de “*desarrollo integral con coca*”.

La primera condición es retirar la hoja de coca de la lista de sustancias prohibidas y distinguirla claramente de la cocaína. Mientras la hoja de coca sea ilegal, los que la cultivan son considerados criminales, lo que impide el diálogo para lograr una buena solución. Con la plena participación de los campesinos, se iniciaría un verdadero desarrollo alternativo, erradicando no a la coca sino a la pobreza. Este desarrollo se basaría principalmente en garantizar la autosuficiencia y la producción para el mercado regional y nacional. Entre las líneas productivas de este programa estaría la coca y su industrialización en productos benéficos. Los campesinos productores hasta ahora no han tenido la oportunidad de explicar esta propuesta a los representantes de la comunidad internacional. Es aquí donde entran en juego las organizaciones sociales del Norte

El rol de las ONGs en el ámbito de la cooperación.

Dentro de este panorama, las ONG europeas son utilizadas desde hace mucho tiempo como herramientas eficaces de la cara amable de la política represiva, la que centra su discurso en la consecución de un desarrollo alternativo y la sustitución de los cultivos susceptibles de ser utilizados en el mercado de los estupefacientes. Los sonoros fracasos que en estos ámbitos cosecharon numerosos organismos bi o multilaterales de cooperación, como el programa PNUD de Naciones Unidas, han

hecho poner inversiones algo más grandes -no mucho, ciertamente- en manos de asociaciones de todo tipo que ofrecían una gestión más eficaz y transparente, capaz de satisfacer a la opinión pública y convencerla de que la postura de los países más desarrollados no era únicamente cómplice o represiva.

Pero a los que llevamos algún tiempo colaborando en este ámbito, la constatación de tales realidades no nos ha llevado a pensar en la retirada como alternativa a las contradicciones impuestas por nuestro mismo trabajo. Éste también nos ha proporcionado un contacto directo con la realidad de los países andinos, africanos o asiáticos involucrados en el problema, con los colectivos sociales que están sufriendo con más dureza, con mucha dureza, tanto los efectos del narcotráfico como los de la represión y este contacto nos impone la continuidad de una colaboración que debe cobrar, sin embargo, nuevas dimensiones.

Superando una óptica asistencialista, presente tan a menudo pese a discursos que afirman lo contrario, las ONG pueden por esta misma razón convertirse en privilegiado puente de diálogo en un tema que preocupa tanto a las sociedades del Norte como las del Sur, un problema que permite visualizar rápidamente hasta qué punto son interdependientes nuestras realidades y globales los problemas, pero que también puede ser motivo de incompreensión y enfrentamiento, como tantas veces lo han sido las políticas aduaneras o los movimientos de población, que operan en el mismo sentido.

Más que nunca se necesita diálogo, debate para obrar con eficacia y prudencia en un tema tan sensible, donde no siempre resulta fácil evitar los errores y superar los malentendidos. Las ONG en Europa pueden así contribuir a la generación de un arsenal teórico y entretejer una red de recursos humanos estrictamente necesarios si se quiere evitar el seguidismo de la política norteamericana, prepotente y agresiva, totalmente ajena a la tradición que durante los últimos años había establecido la UE, y generadora de grandes sufrimientos en los países productores, puesto que se ceba, cuando alterna el garrote con la amenaza, en los sectores más desfavorecidos.

Esta acción de publicidad y cabildeo no permanece del todo ajena a ciertos peligros, inherentes a las tareas de interlocución. Aunque es necesario contar con el apoyo de los sectores, no se puede ignorar que existe una tirantez latente e incluso a veces manifiesta, entre los grupos de cultivadores, muchas veces indígenas, y los expertos en la problemática de la droga, frecuentemente blancos, de los sectores urbanos, a los que se acusa de apropiarse de una problemática que nunca ha afectado a su clase. Además, resulta legítimo complementar los mensajes procedentes del Sur con nuestra óptica europea, pero ésto debe suponer la presencia de dos mensajes que se interpelan, no la sustitución de uno por otro o la tergiversación que supone una integración forzada y manipuladora.

Se hace necesario traducir las numerosas reuniones de estudio que se han organizado sobre el tema en campaña efectivas de concienciación frente a la opinión pública. A falta de otros demonios más tradicionales, la sociedad europea ha hecho de la droga un nuevo Satán que justifica cualquier postura si es que sirve para la luchar contra él. Se ha de intentar introducir la racionalidad en el debate, huyendo tanto de la infravaloración del problema como de la histeria o la sensiblería. Tan sólo desdramatizando la cuestión podremos alcanzar alguna posible solución para la

misma. Prestar apoyo a las comunidades humanas del Sur, permitir la diversificación más que la sustitución de productos, presupone también introducir los mismos elementos de libertad y de racionalidad, supone romper círculos viciosos que hacen a las gentes dependientes y atemorizadas, supone abrir puertas al conocimiento y al encuentro. Justifica, por sí solo un trabajo y la inversión que los europeos podamos hacer en él, una inversión que siempre será rentable, sea cual sea la posible solución del problema.

Por una política de drogas justa y eficaz.

En este sentido, es interesante señalar que la última y más interesante iniciativa de las ONG que trabajan en Droga y Desarrollo, tanto del Norte como del Sur, fue la elaboración de un manifiesto, con motivo de la ya mencionada Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas de junio de 1998 en Nueva York, en el que se proponen alternativas a las políticas internacionales actualmente dominantes. Creemos que la mejor manera de finalizar este capítulo es reproduciendo el texto del mismo, para conocer propuestas concretas en torno a algunos de los principales problemas aquí abordados.

Manifiesto por una política de drogas justa y eficaz

"Como ONGs¹ preocupadas por el creciente impacto del tráfico de drogas ilícitas, y las políticas destinadas a controlarlo, sobre el desarrollo mundial, deseamos presentar las siguientes consideraciones y la subsecuente propuesta a la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre Drogas, a realizarse los días 8 a 10 de junio de 1998, en Nueva York.

Comprobamos que en la mayoría de los países, las políticas de control de drogas actualmente intentan cumplir plenamente con las Convenciones Internacionales sobre Estupefacientes (de 1961, 1971 y 1988); que estas políticas han probado ser insuficientes para contrarrestar el tráfico de drogas ilícitas y, al contrario, han contribuido a su incremento; que han causado efectos dañinos y contraproducentes; que los eslabones más débiles de la cadena del tráfico de drogas ilícitas (consumidores de drogas, correos y poblaciones rurales involucradas en el cultivo ilícito) han sufrido de manera desproporcionada los efectos negativos de las políticas de control de drogas. Entre estos efectos se mencionan:

Violación de derechos humanos básicos (políticos, económicos, culturales, sanitarios, etc.) de los eslabones más débiles de la cadena del tráfico de drogas;

Criminalización y discriminación, que provocan la marginalización de consumidores de drogas y agricultores involucrados en el cultivo ilícito, así como de otros sectores pobres de la población vinculados con la producción y el tráfico de drogas ilícitas, con baja o ninguna responsabilidad;

Desgaste de fondos destinados a la interdicción que serían mejor utilizados para establecer programas adecuados de prevención, reducción del daño y tratamiento;

Daño causado al medio ambiente por métodos no-sostenibles de erradicación y sustitución;

¹ El término ONG se emplea en su sentido más amplio, a fines de incluir a todas las asociaciones, instituciones y organizaciones populares".

Violaciones de la soberanía nacional de los estados firmantes de las Convenciones de Naciones Unidas sobre Drogas y en particular los llamados países productores de drogas;

Erosión del Estado de Derecho con la creación de órganos de control nacionales e internacionales que escapan del control democrático y la extensión de la arbitrariedad y la corrupción.

Por ello, consideramos que estas políticas de control de drogas son ineficientes, inútiles, y un importante impedimento a la introducción de estrategias innovadoras para dirigirse al fenómeno de las drogas ilícitas tanto de manera global y local. Tememos que el reforzamiento de la política actual generará un deterioro de la situación de las drogas y una creciente falta de credibilidad de estas políticas en la opinión del público en general.

Además, notamos que la política actual de control de drogas ha tenido lugar en el contexto de una globalización de la economía y una liberalización del comercio y que tales procesos pueden crear condiciones que dificultan la implementación efectiva de la mayoría de políticas de control de drogas.

Opinamos que las políticas de control de drogas deben ser subordinadas a los principios básicos de buen gobierno, tales como los que han sido integrados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención sobre Biodiversidad y otros acuerdos internacionales. Mencionamos en particular los principios que garantizan el respeto a los derechos sociales, económicos y políticos y a la diversidad cultural de todos los individuos y a aquéllos que toman en cuenta la sostenibilidad del planeta. Creemos que tales políticas deberían ser destinadas primordialmente a apoyar la creación de estructuras destinadas a reducir el daño eventual que la producción, tráfico y consumo de drogas pueda generar.

Por ello, proponemos a los gobiernos del mundo tomar las siguientes medidas para mejorar las políticas actuales de control de drogas, incrementando con ello su eficacia, viabilidad y credibilidad:

No perseguir el cultivo de plantas que se utilizan en la producción de drogas ilícitas, por parte de pequeños productores, e implementar medidas estructurales a nivel económico, político y social, consensuadas con todos los sectores implicados, para ofrecer alternativas reales a la dependencia de dicho cultivo;

Suspender operaciones de erradicación forzosa y aquellas medidas de destrucción de cultivos que tengan un impacto negativo sobre el medio ambiente y la salud humana, tales como las prácticas devastadoras de fumigación aérea con herbicidas y defoliantes;

Desligar al aparato militar de tareas antidrogas, incluyendo la desmilitarización de zonas de cultivos ilícitos;

No perseguir el consumo de drogas, buscando formas de regulación que sean socialmente y culturalmente aceptables a las poblaciones locales involucradas e implementar medidas amplias para prevenir y tratar el consumo problemático de drogas y para la reducción del daño;

Abolir cualquier legislación excepcional de control de drogas que viole garantías legales y procesales acordadas universalmente;

Garantizar todos los derechos que pertenecen a una sociedad pluralista caracterizada por la tolerancia y un espíritu de apertura consideradas esenciales en un sistema democrático y en particular, la libertad de expresión y palabra sobre temas relacionadas con las drogas para todos los individuos.

Garantizar la soberanía de los países y pueblos sobre sus sistemas legales y evitar todas las posibles imposiciones sobre los llamados países productores de drogas;

Garantizar la transparencia y el uso socialmente útil de los dineros y bienes confiscados al narcotráfico;

Además de todo ello, proponemos un nuevo método de clasificación de sustancias psicoactivas, sean actualmente lícitas o ilícitas, basadas en datos científicos contrastados sobre el daño que producen a la salud humana;

De acuerdo con las observaciones y propuestas formuladas en el presente texto, les pedimos que permitan un margen más amplio a los Estados firmantes para experimentar localmente con políticas alternativas (que puedan incluir pasos hacia la legalización de ciertas sustancias), de las que la comunidad internacional pueda sacar aprendizajes útiles en su búsqueda hacia una política más justa y eficaz”.

Bibliografía

Lanza G. (1994) *La coca prohibida*. CEDIB. Bolivia.

Levine M. (1994) *La guerra falsa*. CEDIB. Bolivia.

VV.AA. *Drogues. Un estat de dependència*. Ed. Concertacions N/S

VV.AA. *Revista INTERDEPENDENCIAS. Alternativas N/S a las drogas y a las toxicomanías*.

VV.AA. (1991) *Geopolitique de la drogue*. Ed. La Découverte. Paris.

VV.AA. (1998) *Democracias bajo el fuego, drogas y poder en América Latina*. TNI Amsterdam. Ed. Brecha Uruguay.

VV.AA. *Boletín electrónico “drogas y desarrollo”*.

E-mails y Webs de interés

Centro de documentación e información de Cochabamba, Bolivia:

e-mail: cedib@cedib.org

Web: www.cedib.org

Concertación Norte/Sur. ONG española especializada en el tema de la geopolítica de las drogas. Posee un pequeño centro de documentación especializado.

e-mail: ofibcn@concerta.fdh.org

Web: www.crm.es/concerta

ENCOD. Consejo Europeo de ONGs que trabajan el tema Drogas y Desarrollo:

e-mail: encod@glo.be

Web: www.worldcom.nl/tni/drugs

ANEXO

DIRECTORIOS. CENTROS DE DOCUMENTACIÓN Y DIRECCIONES DE INTERNET.

Miguel de Andrés.

BUSCANDO INFORMACION SOBRE DROGODEPENDENCIAS

Este anexo pretende dar una visión panorámica de los recursos disponibles para encontrar información sobre drogodependencias. La progresión alcanzada por Internet en estos últimos años ha revolucionado el mundo de la información y hace de esta herramienta el medio más potente para la búsqueda de información. Las bases de datos en formato CD-ROM siguen siendo un instrumento de utilidad que puede consultarse en algunas bibliotecas y también por Internet. Por último los Centros de Documentación almacenan en sus archivos tanto las revistas, libros y otras publicaciones, disponiendo algunos de ellos de acceso a bases de datos e Internet.

Bases de datos

Los clásicos sistemas en base de datos como MEDLINE, HEALTH-PLAN, IME, PSYCLIT solo eran accesibles desde bibliotecas o centros de documentación que disponían de las bases de datos en formato CD-ROM. Actualmente son también accesibles a través de Internet. La mayoría de ellos requieren un código de acceso y una cuota, pero algunos son gratuitos. En general disponen de sencillos menús diseñados para personas con pocos conocimientos informáticos

MEDLINE es probablemente el sistema más utilizado en el campo de la medicina. Se trata de la base de datos bibliográfica de la National Library of Medicine de los EEUU. que contiene la información del Index Medicus. La información cubre 3.700 revistas de todo el mundo, desde 1966 hasta la actualidad. Está disponible en CD-ROM, versión impresa (Index Medicus) e Internet. Se puede encontrar en múltiples direcciones, p. ej: <http://igm.nlm.nih.gov> o en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/medline.html> y tener acceso a otras bases de datos como AIDSLINE, AIDSDRUGS, TOXLINE, etc. Un listado de los diferentes accesos a MEDLINE se puede encontrar en:

<http://personal.redestb.es/jose.castello/medline.htm>

EMBASE es la base de datos bibliográfica que recoge información de Excerpta Médica, editada por la fundación internacional Excerpta Médica de Amsterdam. Abarca la literatura médica de 100 países y es especialmente buena en farmacología

y toxicología. Contiene información de unas 3.500 revistas y tienen una extensa cobertura de material europeo que cubre desde 1974 hasta la actualidad:
<http://www.elsevier.com/journals/dnarep/jnl/embase/abstracts>

Biblioteca Cochrane. Es una biblioteca electrónica que se actualiza periódicamente; proporciona evidencias para la toma de decisiones en atención sanitaria. Existe un grupo español: Centro Cochrane Español:
<http://www.altaveu.chpt.es/cochrane/cochrast.htm> .

Índice Médico Español. Elaborado por el Instituto de Estudios Documentales e Historia sobre la Ciencia de la Universidad de Valencia. Recoge información de unas 200 revistas españolas del ámbito de la medicina y ciencias afines
<http://www.csic.es/cbic/bbdd.htm> .

Otras bases de datos que han dado el salto a Internet son MEDSCAPE:
<http://www.medscape.com> Science Citation Index: <http://www.isinet.com> y PsycINFO: <http://www.apa.org>

Internet

Internet es simplemente una red de potentes ordenadores interconectados. Millones de personas navegan cada día por las páginas de Internet buscando o difundiendo informaciones y constantemente aparecen nuevas páginas en nuevas direcciones. La World Wide Web (WWW) o telaraña mundial se ha convertido en el mayor y más rápido mercado mundial de información y en un instrumento cotidiano para muchos profesionales.

Dado el funcionamiento cambiante de la red hemos preferido incluir en este anexo unos conceptos de base, de poca utilidad para navegadores avanzados, y algunas direcciones de interés, válidas en el momento de editar este manual (abril 1999).

Correo electrónico

Permite enviar y recibir mensajes con otras personas que dispongan de dicha herramienta de manera inmediata a bajo coste (coste de llamada telefónica urbana). Es similar al correo postal, sólo que mucho más rápido, barato y potente. Se dispone de una dirección electrónica (p. ej: <mailto:igia@bcn.servicom.es>) que es dónde se almacenan los mensajes que se envían hasta que se decida abrir el buzón a través de un código secreto. Un mismo mensaje se puede enviar a cientos de personas en un periquete. También pueden enviarse archivos de imágenes sonido, gráficos y archivos de texto. Es una de las aplicaciones más utilizadas de Internet que permite también acceder a otras dos aplicaciones: Listas de distribución y Grupos de noticias.

Listas de distribución

Funcionan como un club de socios en el que sus miembros, interesados en un tema concreto, envían mensajes a la lista (un ordenador), la cual los reenvía a todos sus asociados. La inscripción es gratuita. Funciona bajo la idea todos para todos ya que todos los mensajes los reciben todos los inscritos a la lista. Pueden funcionar bajo

coordinación de una persona, pero en general lo hacen bajo un software que la gestiona automáticamente.

Hay que diferenciar la dirección dónde enviar la demanda de inscripción, que suele tener el formato: `mailto:Listserv@direccion`, que es donde enviaremos la solicitud de suscripción o de baja, de la dirección donde se envían los mensajes que normalmente tienen el formato: `mailto:lista@dirección`.

Para suscribirse hay que enviar por correo electrónico un mensaje con el texto “SUBSCRIBE nombre de lista, mi nombre”; a vuelta de correo se recibe la confirmación de la inscripción y las reglas de funcionamiento.

Algunas de ellas son:

ADDICT-L: `mailto:listserv@vm1.nodak.edu`

ALCOHOL: `mailto:listserv%lmuacad.bitnet@vm.usc.edu`

DRUGABUS `mailto:listserv@umab.umd.edu`

Para conseguir una lista de todas las listas en castellano debe enviarse un mensaje de correo electrónico a `mailto:listserv@listserv.rediris.es` escribiendo en el cuerpo del mensaje: GET LISTAS.ES

Grupos de Noticias

También llamadas News. La única diferencia entre las listas y las news es que en estas se debe visitar un tablón de anuncios en el que están escritos los últimos mensajes. Algunas son moderadas y otras no. Es necesario configurar el servidor de News y recibir el listado de grupos existentes, para luego escoger aquellos a los que se desea suscribir.

Un listado de grupos de news se puede encontrar en:

<http://www.ihr.com/newsgrp.html>

World Wide Web

El desarrollo de la WWW ha desbancado a otras herramientas (FTP, Gopher, Telnet; Wais), aunque algunas de estas no han perdido su utilidad específica. A nivel de usuario general, nos focalizaremos en la WWW.

A través de un programa sencillo llamado navegador (Explorer, Netscape) se pueden ver pantallas con textos, color, imágenes, sonidos, gráficos y enlaces, es decir cualquier documento multimedia.

Existen dos vías para acceder a la información. La primera es tecleando la dirección (URL) de la página que se desea visitar (por ejemplo: <http://www.who.ch/>, que es la página de la OMS). La otra opción es cuando se busca algo, para lo que tendremos necesidad de lanzar un buscador, que es el punto de inicio de una búsqueda de información sin saber dónde se encuentra.

Buscadores en castellano

<http://www.es.lycos.de>
<http://www.ole.es>
<http://www.ozu.es>
<http://biwe.cesat.es>
<http://www.vindio.com>
<http://www.encuentrelo.com>
<http://trovator.combios.es>

Buscadores en inglés

<http://www.yahoo.com>
<http://www.lycos.com>
<http://www.altavista.digital.com>
<http://www.search.com>
<http://www.excite.com>
<http://infoseek.com>
<http://magellan.excite.com/>

Páginas web de interés

En castellano

Instituto para el Estudio de las Adicciones http://www.arrakis.es/iea/
UNAD. Unión española de asociaciones de asistencia al drogodependiente http://www.supex.es/unad/
Idea-Prevención http://www.idea-prevencion.com
Asociación de Estudios sobre el Cannabis http://www.pangea.org/org/arsec/
Universidad de Oviedo. Area de Psiquiatría http://www3.uniovi.es/~psiquiatria/Enlaces/drogas.htm
FAD Fundación de Ayuda contra la Drogadicción http://www.forofad.org
ITACA. Red Europea de profesionales con intervención en drogodependencias http://www.ddnet.es/itaca
Coordinadora de ONGs que intervienen en Drogodependencias http://www.magic-es.com/coordinadora
Asociación EDEX http://www.edex.es
Centro de documentación de drogodependencias de Euskadi http://www1.euskadi.net/drogodep/
Revista Prebentzioa http://194.224.78.3/revistas/PREBENT/
GID. Grupo Interdisciplinar sobre Drogas http://www.ddnet.es/gid/
Instituto de Investigación de Drogodependencias http://medicina.umh.es/inid/inid.html
Plan Nacional sobre Drogas http://www.mir.es/pnd/index.htm
SET. Sociedad Española de Toxicomanías http://www.setox.org

Adicciones http://www.nuestra-net.com/adicciones
Plan Nacional de Sida http://www.msc.es/sida
Centro Nacional de epidemiología http://193.146.50.130/
Drogas y democracia http://www.worldcom.nl/tni/drogas/index.htm
Teseo (todas las tesis) http://www.mec.es/teseo/
Proyecto Hombre http://webs.adam.es/projectehome/icaste.htm
Librería Díaz de Santos http://www.diazdesantos.es/

Otros idiomas

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction http://www.emcdda.org
Addiction Research Foundation Ontario Government http://www.arf.org/
NIDA. National Institute on Drug Abuse http://www.nida.nih.gov/NIDAHome.html
SAMHSA. Substance Abuse & Mental Health Services Administration http://www.samhsa.gov/
Journal of Psychoactive Drugs http://mind.net/cns/jpd.htm
Centers for Disease Control and Prevention (CDC) http://www.cdv.gov/
UNAIDS http://www.us.unaids.org

Hyperreal Drugs Archive http://www.hyperreal.com/drugs
Entheogenyc Library http://www.lycaeum.org/
Carl Olsen's Marijuana Archive http://www.calyx.com/~olsen/
MAPS. Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies http://www.maps.org/
DGV European Commission http://europa.eu.int/comm/dg05/index_en.htm http://europa.eu.int/comm/dg05/index_fr.htm
DG XII European Commission http://europa.eu.int/comm/dg12/index_fr.html http://europa.eu.int/comm/dg12/index_fr.html
Centre Européen pour la Surveillance Epidémiologique du SIDA (CESES) http://www.ceses.org/
Heffter Psychedelic Research Institute http://www.heffter.org/
EUROCARE http://www.ias.org.uk/eurocare
Island Group Psychedelic Culture http://www.island.org/
Marijuana and Psychedelic Magazine http://www.hightimes.com/~hightimes/welcome.html
The National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information http://www.health.org/
FDA. The Food and Drug Administration http://www.fda.gov/
United Nations International Drug Control Programme http://www.undcp.org/
Canadian Foundation for Drug Policy http://fox.nstn.ca/~eoscapel/cfdp/cfdp.html
The Canadian Centre on Substance Abuse http://www.ccsa.ca/

British Medical Journal http://www.bmj.com/bmj/
WHO http://www.who.ch/
Association for Medical Education and Research in Substance Abuse http://center.butler.brown.edu/AMERSA
CESAR. Centre for Substance Abuse Research http://www.bsos.umd.edu/cesar/cesar.html
Cocaine Anonymous http://www.ca.org
Danish Drug User Union. http://www.brugerforeningen.dk/
ERIT. Federation of European Professionals Working in the Field of Drug Abuse http://www.erit.org/
Euromethwork http://www.infobond.gggd.amsterdam.nl/methwork
European Addiction Training Institute http://www.eati.org/
Manchester Police. Drugs data. http://www.gmp.police.uk/highlow/druginfo/
ISDD. Institute for the Study of Drug Dependence http://www.isdd.co.uk/
Addiction http://www.carfax.co.uk/add-ad.htm
Observatoire Français des drogues et toxicomanies http://www.ofdt.fr/
Qualitative European Drug Research http://www.qed.org.uk/
DEA. Drug Enforcement Administration http://www.usdoj.gov/dea/

<p>ONDCP. Office of National Drug Control Policy http://www.whitehousedrugpolicy.gov/</p>
<p>SANO. Substance Abuse Network of Ontario http://sano.arf.org/</p>
<p>The Lindesmith Centre http://www.lindesmith.org/</p>
<p>Web of Addictions http://www.well.com/user/woa</p>
<p>IHRA. International Harm Reduction Association http://www.ihra.org.uk/</p>
<p>Travel Regulations for Methadone Patients http://home.muenster.net/~indro/travel.htm</p>
<p>United Nations International Drug Control Programme http://undcp.org/undcp.html</p>
<p>Virtual Clearinghouse on Alcohol, Tobacco and Other Drugs http://www.atod.org/</p>
<p>World Health Organisation Programme on Substance Abuse http://www.who.int/psa/</p>
<p>DrugText. http://www.drugtext.nl/</p>
<p>Reitox Distributed Bibliographic Database. http://www.ofdt.fr/reitox65/</p>
<p>TOXIBASE http://www.ofdt.fr/bulletin/toxibase</p>
<p>The North American Syringe Exchange Network http://www.nasen.org/</p>

American Academy of Addiction Psychiatry http://members.aol.com/addicpsych/private/homepage.htm
UK Drug Services http://area51.upsu.plym.ac.uk/infoserv/drugs/graphical/main.html
Scottish Drugs Forum http://www.sdf.org.uk/
Safer Injecting http://www.clinipath.com.au/~gpguide/hepc/hepsafe.htm
Narcotics and Substance Abuse http://www.usia.gov/topical/global/drugs/subab.htm#new
Drug Users Movement http://www.glitzy.demon.co.uk/
Human Rights&The Drug War http://www.hr95.org/
Harm Reduction Coalition http://www.harmreduction.org/
Anti-Prohibitionist Radical Co-ordination (CORA) http://www.agora.stm.it/coronet/
CIRC. Collectif d'Information et de Recherche Cannabique http://fra.drugtext.nl/circ/default.htm
Department of Addictive Behaviour and Psychological Medicine http://www.sghms.ac.uk/addictive-behaviour/frames.htm
Centre for Education and Information on Drugs and Alcohol http://www.ceida.net.au/druginfo/index.htm
Centres for Disease Control and Prevention http://www.cdc.gov/
Website for hepatitis C http://www.clinipath.com.au/~hepcare/
Buffalo Addiction Research Unit http://wings.buffalo.edu/arv/
American Society of Addiction Medicine http://207.201.181.5/

Alcohol & Public Health Research Unit http://www.aphru.ac.nz/
The Junkie Home Page http://cures-not-wars.org/junkie/index.html
Lifeline http://www.lifeline.demon.co.uk/home.html
Drug Watch International Advocacy Organisation http://www.drugwatch.org/
The Central Internet Resource for Drug Policy Reform http://www.drcnet.org/
American Society for Action on Pain http://www.druglibrary.org/schaffer/asap/
Marijuana Policy Project http://www.mpp.org
Media Awareness Project http://www.mapinc.org
Medical Marijuana Magazine http://www.marijuanamagazine.com
Lawyers and Drug War http://www.vcl.org/
The Partnership for Responsible Drug Information http://www.prdi.org
National Drugs Strategy Network http://www.ndsn.org
Mothers Against Misuse And Abuse http://www.mamas.org
Stop the Drug War http://www.stopthedrugwar.org
Online Library of Drug Policy http://www.druglibrary.org
Drug Policy Foundation http://www.dpf.org

Marijuana Laws Reform Http://www.natlnorml.org
Families Against Mandatory Minimum's Foundation Http://www.famm.org
Global Anti-Prohibition Movement Http://www.legalize.org
Safeworks Aids Project Http://www.safeworks.org/
National Alliance of Methadone Advocates Http://www.methadone.org
Drug Policy Reform Http://www.drugsense.org/dpfhi/
Families and Friends for Drug Law Reform Http://www.wps.com.au/druglawreform/
The November Coalition Http://www.november.org
Forum on Drug Policy Http://www.reconsider.org

Feliz travesía... y no olvide que “Quién no sabe lo que busca...no lo encuentra”.

Directorio de centros de documentación

Se trata de servicios de documentación en los que se suelen hallar libros, revistas, videos, materiales educativos y bases de datos (INDID, IKONOS, ISDD). En general ofrecen servicios de consulta, reprografía. Algunos editan boletín de sumarios, catálogos y cuadernos de información. En aquellas CCAA en las que no hemos hallado la existencia de un centro de documentación específico hemos contactado con los Planes Autonómicos de drogodependencias que han comunicado los nombres de aquellas bibliotecas más especializadas.

ANDALUCÍA

Edificio Junta de Andalucía
Avda. Héroes de Toledo, 14
41006 SEVILLA
Tel.: 954 554 220
Fax: 954 554 135
Correo electrónico: cdrogand@arrakis.es

ARAGÓN

Centro de información y documentación en drogodependencias y Salud
Federación de Barrios de Zaragoza
C/ San Vicente Paul, 26
5001 ZARAGOZA
Tel.: 976 393 305
Fax: 976 395 434
Correo electrónico: fabz@Pangea.org

ASTURIAS

Plan Regional Sobre Drogas
Consejería de Servicios Sociales
General Elorza, 32
33001 OVIEDO
Tel.: 985 106 507
Fax: 985 106 520

BALEARES

Centro de documentación sobre drogodependencias
Servei d'Acció Social i Sanitaria
General Riera, 67
07010 PALMA DE MALLORCA
Tel.: 971 761 121
Fax: 971 761 746

CANARIAS

Dirección General de atención a las Drogodependencias
Rbla. Gral Franco, 53
38071 SANTA CRUZ DE TENERIFE
Tel.: 922 474 369
Fax: 922 474 365

Dirección General de atención a las Drogodependencias
C/ Alfonso XIII, 4
35003 LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
Tel.: 928 452 287
Fax: 928 452 316

CANTABRIA

Plan Regional sobre Drogas
Dirección General de Bienestar Social
C/ Hernán Cortés, 9
39003 SANTANDER
Tel.: 942 207 792 / 942 207 799

CASTILLA-LA MANCHA

Fondo de documentación Sanitaria. Escuela regional de Salud Pública.
C/ de Extremadura Km. 114
45600 TALAVERA DE LA REINA.
Tel.: 925 804 700
Fax: 925 804 815

CASTILLA-LEÓN

Centro de documentación sobre drogodependencias Ayuntamiento de Salamanca
Pza. Mayor s/n
37002 SALAMANCA
Tel.: 923 279 100 (ext. 548)
Fax: 923 279 114
(Este fondo de documentación es para uso interno)

CATALUNYA

Biblioteca especializada en toxicomanías. IPSS.
París 179-181.
08036 Barcelona
Tel: 932 021 616
Fax: 932 020 019
Correo electrónico: ipss@ssc.es

Centro Bibliográfico St. Pau-Citran. Unitat de Toxicomanies.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
Avda. Pare Claret 167.
08025 Barcelona.
Tel.: 932 919 131
Fax: 932 919 178

CEUTA

Centro de Documentación sobre Drogodependencias
Plan Sobre Drogas
C/ Juan de Juanes, 4
51002 CEUTA
Tel.: 956 503 359
Fax.: 956 507 432
Correo electrónico: psdceuta@iponet.es

EXTREMADURA

Consejería de Bienestar Social
Secretaría Técnica para el Plan Integral Sobre Drogas
Pº de Roma s/n Bloque B 2ª planta
06800 MERIDA
Tel.: 924 385 377

Fax: 924 385 781
Correo electrónico: jescudero@bs.juntaex.es

EUSKADI

Centro de documentación sobre drogodependencias del País Vasco
C/ Reina Regente, 5 bajos
20003 DONOSTIA
Tel.: 943 423 656
Fax: 943 293 007
Web: http://www1.euskadi.net/drogodep/indice_c.htm.

GALIZA

Biblioteca Servicio Galego de Saude
Edificio San Lázaro s/n
15771 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Tel.: 981 542 868
Fax: 981 542 882
Correo electrónico: ana.calvo.ferrer@xunta.es

MADRID

Centro de documentación sobre drogodependencias de la FAD
Avenida de Burgos, 1-3
28036 MADRID
Tel.: 913 024 047
Fax: 913 026 979
Correo electrónico: fad.indid1@fad.es
Web: www.fad.es

Centro de documentación especializado en prevención de drogodependencias CDOC
Idea Prevención. Apartado de correos 57067
28223 POZUELO DE ALARCÓN
Tel.: 913 515 361
Fax: 913 515 337
Correo electrónico: ceps@mad.servicom.es

Centro de Documentación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
Ministerio del Interior
C/ Recoletos, 22
28071 MADRID
Tel.: 915 372 691
Fax: 915 372 788
Correo electrónico: cendocu@pnd.mir.es

MELILLA

Consejería de Bienestar Social y Sanidad
Fundación de Asistencia al Drogodependiente.
Avda. de la Marina Española, 6
52001 MELILLA
Tel.: 952 675 424 / 952 676 790
Fax: 952 678 080
Correo electrónico: cbs01@melilla500

MURCIA

Centro de Documentación
Consejería de Sanidad y Política Social
Dirección General de Salud
Ronda de Levante, 11
30008 MURCIA
Tel.: 968 362 034
Fax: 968 201 614
Correo electrónico: crdcs@carm.es y cdss@carm.es

NAVARRA

Plan Foral de Drogodependencias
Consejería de Salud
C/ Amaya nº 2
31002 PAMPLONA
Tel.: 948 421 440
Fax: 948 423 510
Correo electrónico: pfd@eusnet.org

LA RIOJA

Plan Riojano de Drogodependencias
Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social
C/ Villamediana, 17
26071 LOGROÑO
Tel.: 941 291 100 ext. 4173 y 5071
Fax: 941 291 147

COMUNIDAD VALENCIANA

Centro de Documentación sobre Drogodependencias REDOC
Avenida Navarro Reverter, 17 bajos
46004 VALENCIA
Tel.: 963 525 478
Fax: 963 528 605
Correo electrónico: redoc@iponet.es

Centro Valenciano de Documentación Sobre Drogodependencias
C/ Juan de Garay 21
46017 VALENCIA
Tel.: 963 865 782 / 963 865 783
Fax: 963 865 784
Correo electrónico: cvdd@tra.gva.es

INFORMACIÓ D'ÚS INTERN SOBRE EL DOCUMENT	
Ubicació del document	Ordinador Cal Fuster, ZIP
Ruta	C:\WINDOWS\Escritorio>manual IGIA\llibre sencer.doc
Tamany del document	5319680
Pàgines (inclosa aquesta)	438
Creat el dia	jueves 27 de mayo de 1999
Guardat el dia	12/07/99 20:26
Data impressió	lunes 29 de agosto de aa
Còpies de seguretat	* Al mateix directori CS auto de Word * Ordinador casa JR (sense darreres modif)