

Congreso

SOCIEDAD, FAMILIA Y DROGAS

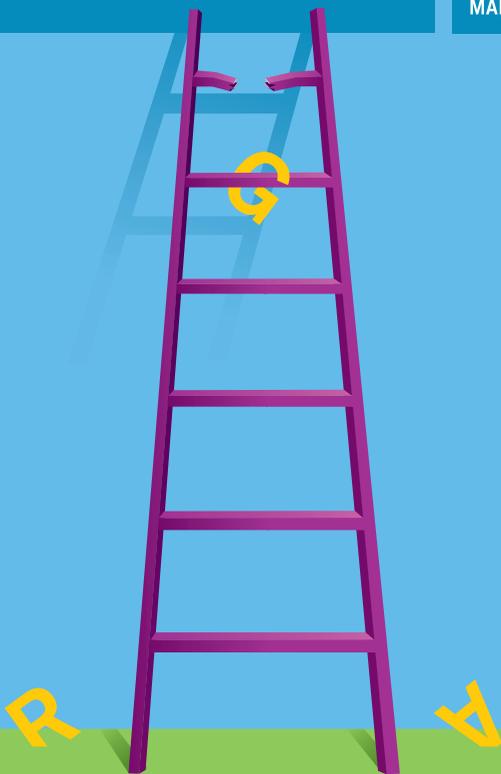


PONENCIAS

SEVILLA, 21 DE NOVIEMBRE

VALENCIA, 23 DE NOVIEMBRE

MADRID, 28,29 Y 30 DE NOVIEMBRE



ORGANIZAN:



FUNDACIÓN DE AYUDA
CONTRA LA DROGADICCIÓN



COLABORAN:



Jornadas

DROGAS: ¿EL PEAJE DEL BIENESTAR?

28, 29 y 30 DE NOVIEMBRE

PROGRAMA

MADRID

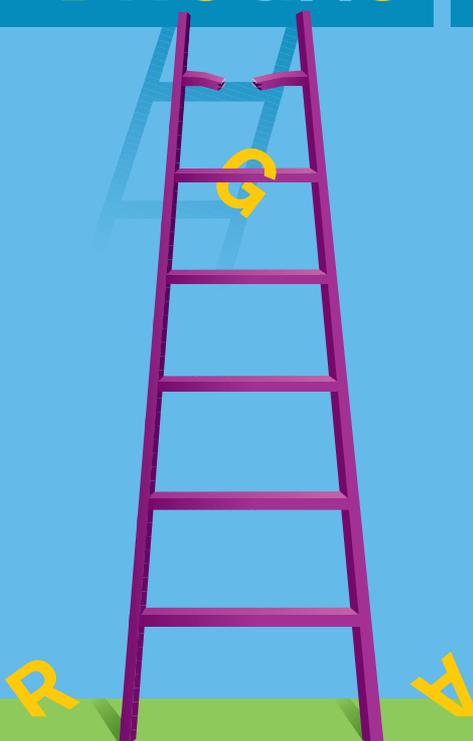
Auditorio de la ONCE
Paseo de la Habana, 208

Congreso



SOCIEDAD, FAMILIA Y DROGAS

Bajo la Presidencia
de Honor de
S. M. la Reina



ORGANIZAN:



FUNDACIÓN DE AYUDA
CONTRA LA DROGADICCIÓN



COLABORAN:



MESA REDONDA 1

LA DERIVA DE LOS PROBLEMAS: CONTEXTOS, SUJETOS, DROGAS

- De la estigmatización a la banalización.* Elena Rodríguez San Julián 154
- Movimientos sociales: entre la agitación y la inhibición.* José Chamizo de la Rubia (ND)
- Las drogas como significante cultural.* Joan Pallarés Gómez 161

CONFERENCIA INAUGURAL

- De la heroína como amenaza al consumo integrador.* Santiago de Torres Sanahuja 168

MESA REDONDA 2

¿HAY QUE OCUPARSE DE LAS DROGAS?

- Drogas, entre las políticas sectoriales y las ambiciones maximalistas.* Javier Ruiz Fernández 170
- Conflictos sociales, riesgos y problemas de drogas.* Andreu López Blasco 175
- Drogas, salud pública y... ¿algo más?* Manuel Araujo Gallego 186

CONFERENCIA 1

- Problemas de drogas, ¿qué problemas?* Oriol Romaní Alfonso 196

MESA REDONDA 3

SOCIEDAD, FAMILIA Y DROGAS. LA DIMENSIÓN ÉTICA

- Drogas, libertad y seguridad en un Estado social y democrático de Derecho.* Xabier Arana Berasategui (ND)
- Las drogas: el peaje del bienestar.* Eusebio Megías Valenzuela 210
- Consumir, ¿por qué no drogas?* Fernando Conde Gutiérrez del Álamo 215

CONFERENCIA 2

- A vueltas con los valores y las drogas.* Javier Elzo Imaz 226

CONFERENCIA 3

- Las Comunidades Terapéuticas como metáfora.* Domingo Comas Arnau 236

MESA REDONDA 4**EXIGENCIAS ESTRATÉGICAS I**

<i>Redefinir el control de la oferta.</i> Teresa Salvador Llivina	257
<i>Prevención: una enmienda a la totalidad.</i> Carlos Alonso Sanz	271
<i>Las redes asistenciales en el tratamiento de las drogodependencias.</i> Tina Ibáñez Pascual	279

CONFERENCIA 4

<i>Socialización, cultura y drogas: aprendiendo de los jóvenes.</i> Jaume Funes Artiaga	288
---------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

MESA REDONDA 5**EXIGENCIAS ESTRATÉGICAS II**

<i>Reequilibrando abstinencia y reducción de daños.</i> Juan Antonio Abejón Merchán	290
<i>La educación o el bálsamo de Fierabrás.</i> Julio Carabaña Morales (ND)	
<i>El desafío de la comunicación.</i> Begoña del Pueyo Ruiz	298
<i>Buscar la complicidad (de los agentes).</i> Gloria García Lalinde	307

CONFERENCIA DE CLAUSURA

<i>Responsabilidad ante las drogas.</i> Diego Gracia Guillén	313
------------------------------------------------------------------------	-----

De la estigmatización a la banalización

Elena Rodríguez San Julián



1. DE LA ESTIGMATIZACIÓN A LA BANALIZACIÓN

Teniendo en cuenta las definiciones que el *Diccionario de la lengua española* (Real Academia Española www.rae.es) ofrece de los términos asociados a los conceptos estigmatización y banalización no sería posible afirmar que, en la actualidad, se haya consumado un proceso en el cual la sociedad española hubiera pasado de estigmatizar las drogas a banalizarlas.

En realidad, y a tenor de los datos disponibles, lo cierto es que estaríamos más bien viviendo un proceso de cambio respecto al estatus y la consideración social de las drogas, en el cual persisten y se regeneran elementos que mantienen espacios de estigmatización a la vez que se desarrollan y consolidan otros elementos que definen otros espacios definidos por posturas banalizantes.

Vamos a intentar profundizar en estos distintos elementos y analizaremos cómo, a pesar de la importancia de los referentes generacionales en este proceso de cambio, no son completamente unas u otras generaciones de españoles y españolas quienes se posicionan más o menos cercanas a cada uno de estos tipos de elementos, sino que en cada grupo de edad se construyen parámetros propios de interpretación de la realidad, que posibilitan definiciones diferenciadoras de esos espacios de estigmatización y banalización.

Figura 1. Importancia del problema de las drogas hoy (%)

	EN ESPAÑA	EN SU PUEBLO O BARRIO
Mucha importancia	32.6	24.2
Bastante	41.2	32.5
Alguna	21.8	30.4
Ninguna	3.4	8.6
NS/NC	1.0	4.3
Total	1.700	1.700

Base: población española 15-65 años.
Fuente: Megías, E. (2005). *La percepción social de los problemas de drogas en España 2004*.

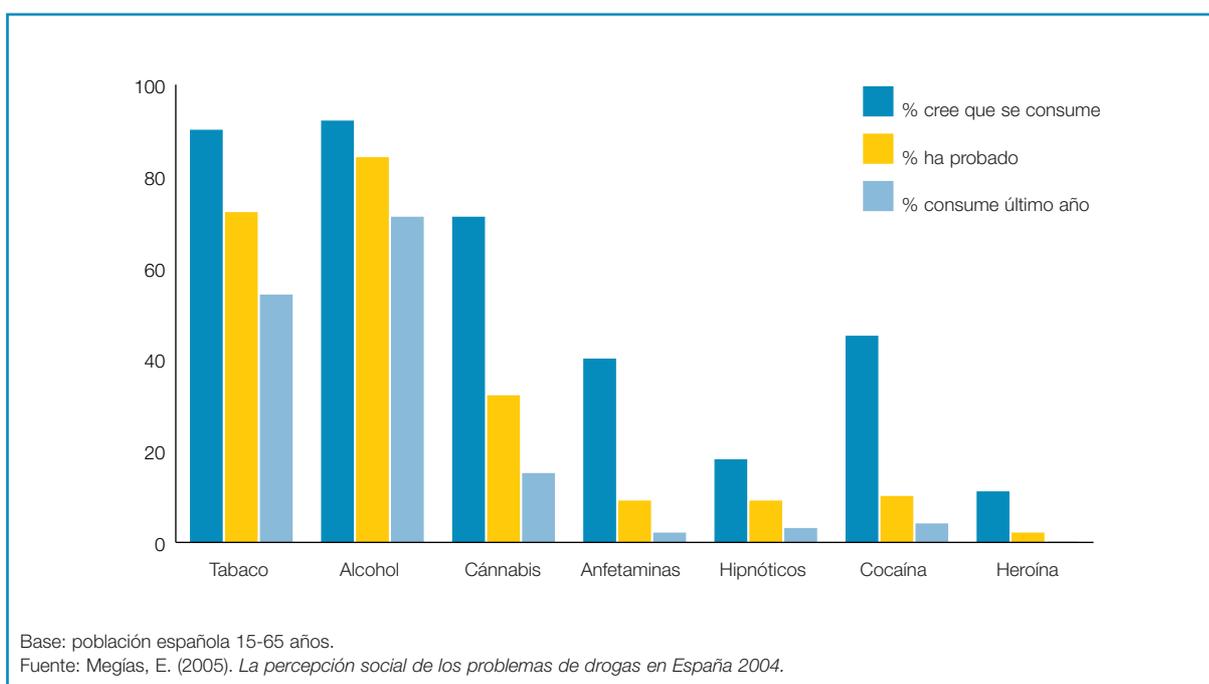
En primer lugar los datos son rotundos señalando cómo, pese a los discursos institucionales que apuntan a menudo a la banalización de las drogas, para una inmensa mayoría de la población española en conjunto, el problema de las drogas es bastante o muy importante en la España de 2004. De hecho sólo el 3.4% de los y las entrevistados (de 15 a 65 años) no atribuye importancia alguna a este problema (figura 1). Estos datos, tal como reflejábamos en el estudio *La percepción social de los problemas de drogas en España 2004* (Megías, E., 2005), son absolutamente consecuentes con el discurso global de la población al respecto: las drogas son malas, representan una amenaza permanente y los problemas —consumos, disponibilidad— no dejan de aumentar. Discurso que, por otra parte, aunque con matices distintos, mantienen prácticamente todos los grupos de edad.

Sin embargo, sí que es cierto que en los últimos años se han producido cambios importantes en la representación social de las drogas que permiten contextualizar e interpretar de modo diferente este discurso globalizador. Si bien, en el momento actual, permanece la opinión problemática sobre el problema podemos decir que no existe la visión totalizadora del icono “la droga mata” que actuaba como referente décadas atrás.

2. UN COMPLEJO PROCESO DE CAMBIO

Los principales aspectos que definen el cambio tienen que ver, en primer lugar, con la consideración de las sustancias. De la imagen monolítica de la droga, que sólo puede crear problemas irresolubles, la sociedad española ha aprendido a distinguir entre unas sustancias y otras. Aprendizaje que no tiene por qué resultar ajustado a lo que sea la realidad de las drogas, pero que abre espacios de maniobra para la reflexión diferenciada sobre un fenómeno tan complejo. La visión de las sustancias y sus consumos sigue resultando terriblemente estereotipada en la opinión pública, de tal manera que es siempre superior la percepción de la presencia social de cada una de ellas que la realidad de consumo e implantación en nuestro país (figura 2).

Figura 2. Percepción de consumo y consumo real de drogas



Sin embargo, aun estereotipada y exagerada, la imagen de las drogas ha experimentado una rápida evolución en relación con su valoración en el eje riesgo-beneficio. Tan sólo en cinco años, entre 1998 y 2003, la opinión de la población española ha pasado de considerar mayoritariamente que las drogas no aportan beneficio alguno, a encontrar algunos aspectos positivos o beneficiosos que se entiende están relacionados o asociados a los consumos (figura 3). Frente al 66.4% de 1998, en 2003 sólo un tercio de la población española no encontraba beneficios en los consumos de drogas.

Figura 3. Beneficios más frecuentes del consumo de drogas

	1998	2003
Diversión y placer	6.2	25.4
Uso terapéutico	4.4	19.2
Evasión de problemas	3.3	18.5
Desinhibición	1.4	12.7
Relajación	0.5	9.2
Seguridad y autoconfianza	2.5	6.6
Beneficios para el vendedor	2.8	
Facilitación de relaciones		6.7
Prestigio social		1.1
Otros	2.8	0.7
Ninguno	66.4	33.0

Base: población española 15-65 años.
Fuente: Megías, E. (2005). *La percepción social de los problemas de drogas en España 2004*.

Pero lo más importante, posiblemente, del cambio que señalan los datos de la figura 3, radica en el hecho de que los beneficios asociados se asocian al espacio de la diversión y el placer hedonistas, junto al uso terapéutico de algunas de las sustancias. Estos dos aspectos, como veremos, resultan extremadamente importantes en la consideración social de las drogas.

Porque este cambio permite alterar absolutamente el foco de atención sobre las drogas, y permite sobre todo reubicar ese foco de unos consumidores a otros. Cuando hablamos de distintas sustancias, y especialmente cuando introducimos el alcohol y el tabaco —las sustancias legales—, abrimos la puerta a experimentar una visión de las drogas que ya no sólo tiene que ver con la heroína marginal, y unos consumidores minoritarios que suscitan preocupaciones puntuales y localizadas, sino que apunta directamente al corazón del ámbito social de preocupación por excelencia: los adolescentes y jóvenes.

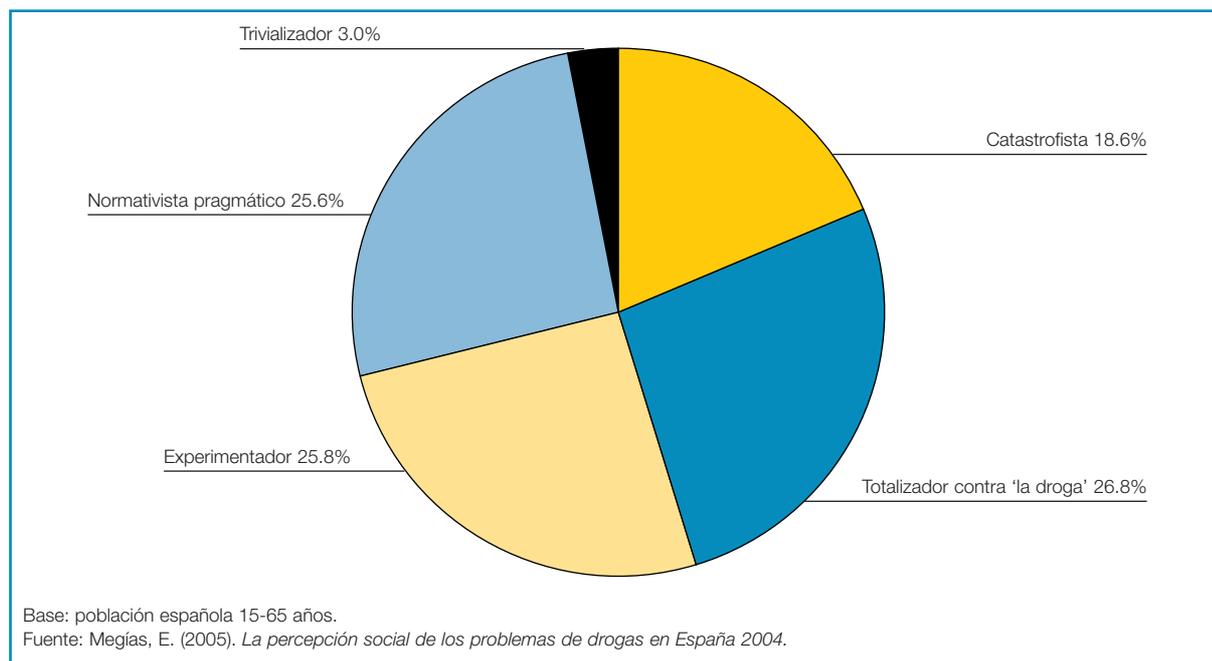
Lógicamente esta maniobra moviliza muchos más elementos en el proceso de cambio: el problema aumenta, porque estamos hablando de mayorías de jóvenes, desde ese momento consumidores que plantean comportamientos de consumo que deben preocupar, pero en los que la propia generación de padres, y posiblemente todas las generaciones, se sienten identificados. En los consumos de alcohol y tabaco, por supuesto. Pero el problema cambia de dimensión: ya no son los consumidores ajenos a la realidad particular, sino los jóvenes reconocibles.

Por supuesto que este cambio implica una modificación en la consideración de los problemas, que pasan a convertirse en los problemas de los jóvenes, que es necesario afrontar de otra manera: no desde el rechazo frontal, sino desde la reflexión, el debate, y poniendo en funcionamiento todos los mecanismos disponibles con que cuenta la sociedad para ir parcheando las contradicciones. Podría decirse que esa preocupación global y totalizadora respecto a las drogas se mantiene como tal, pero superpuesta a un cambio absoluto en la consideración de los conceptos droga, consumidor, riesgo, problema...

3. DISTINTAS MANERAS DE PERCIBIR LAS DROGAS

En *La percepción social de los problemas de drogas en España 2004* (Megías, E., 2005) definimos una tipología, en la que se refleja la convivencia y el cambio entre las percepciones, distinguiendo a cinco grupos de población en base a sus maneras de concebir todas estas cuestiones (figura 4).

Figura 4. Cinco tipo de percepciones sobre las drogas



Un primer grupo, denominado **Catastrofista**, integra a un 18.6% de la población total. Su opinión viene definida por las siguientes posiciones: consideran que han empeorado todas las circunstancias relacionadas con las drogas; consideran que las drogas son sustancias muy peligrosas que no deben ni probarse; creen que las drogas han sido traídas de fuera para destruirnos; son partidarios de que se adopten leyes estrictas contra las drogas (también contra el “botellón”); creen en la peligrosidad del cánnabis; contrarios a creer que todos deberíamos probar las drogas y partidarios de aumentar el control policial y de aduanas como forma de solventar los problemas.

El segundo grupo, el que se ha llamado **Totalizador contra “la droga”**, incluye a un 26.8% de la población y se caracteriza por las siguientes posiciones: son contrarios a la administración médica de metadona y heroína, a la legalización de las drogas, a considerar que las drogas siempre estarán ahí y que es necesario aprender a convivir con ellas y trabajar para reducir los problemas.

También se oponen a todo tipo de experimentación. Sin embargo, frente a esta postura frontal contra las drogas (ilegales), niegan la peligrosidad del alcohol y el tabaco y se oponen a la disminución de la publicidad del alcohol.

El tercer grupo, el **Permisivo Experimentador** supone algo más de la cuarta parte de la población. Su posición mayoritaria tiene que ver con la oposición a que se adopten leyes estrictas contra las drogas y al aumento del control y a considerar que las drogas sean sustancias muy peligrosas, negando especialmente la peligrosidad del cánnabis. Consideran que las drogas siempre estarán ahí y eso no supone problema alguno; que son un objeto de consumo, que hay que aprender a convivir con ellas, y que todos deberíamos probarlas.

Son partidarios de la legalización de todas las drogas, y se oponen a la necesidad de aumentar la educación sobre las drogas. Creen, finalmente, que no es posible una sociedad sin drogas.

En cuarto lugar se encuentra el grupo de **Normativistas Pragmáticos**, que supone otro 25% de la población, en cuya conformación se dan las siguientes opiniones: son menos pesimistas ya que consideran que han mejorado, al menos que no han empeorado, las circunstancias asociadas a las drogas. Son partidarios de imponer el tratamiento obligatorio, de que aumente el control policial, legal y aduanero, de la administración médica de metadona y he-

roína y de las campañas publicitarias, de que se disminuya la publicidad del alcohol, y se aumente la educación sobre drogas en las escuelas. Es decir, dan por buenas todas las posibles actuaciones, incluidas las que usan de las propias sustancias para reducir los daños del consumo. Por otra parte, consideran que las drogas siempre estarán ahí pero pueden evitarse muchos de sus problemas, y que el alcohol es una sustancia peligrosa, al mismo nivel que las sustancias ilegales.

El quinto y último grupo, el que más se distancia del resto, es minoritario, pero muy expresivo por su emergencia. Es el denominado **Trivializador** e incorpora al 3% de la población. Los miembros de este grupo niegan la peligrosidad de todas las drogas (legales e ilegales). Son contrarios a aumentar el control policial, legal y aduanero y a considerar a las drogas como un problema a mejorar. Consideran a las drogas como un objeto de consumo como cualquier otro, y que todos deberíamos probar las drogas. No consideran importante disminuir la publicidad de alcohol, ni aumentar y mejorar la educación sobre drogas en las escuelas. Tampoco creen que sea posible una sociedad sin drogas.

Además de las diferencias rotundas en las opiniones hay que señalar dos aspectos importantes. En primer lugar la influencia de dos grandes variables entre sus miembros, la edad y la ideología, pero matizadas por la probabilidad que ambas variables implican de cara a la experimentación. Así, es mucho más probable la presencia de jóvenes y personas de izquierda y centro-izquierda, en los tipos más trivializadores, permisivos y experimentadores, y mucho más probable la presencia de personas de más edad y de centro-derecha y derecha, en los tipos más reacios a la relación y presencia social de las drogas.

En segundo lugar, y fundamental de cara a la reflexión sobre la banalización, que sólo un 3% de la población considera explícitamente inocuas las drogas, todas ellas. El resto, aun con sus diferencias, reconocen la banalización en el sentido académico de "vulgarización", de normalización, apostando unos por el riesgo de probarlas, negando otros absolutamente esta posibilidad.

4. UN CAMBIO SOCIAL

Entre los grandes cambios sociales acaecidos en la sociedad española en las últimas décadas, el paso de los referentes autárquicos a los de la sociedad de consumo opulento, resulta muy significativo en lo que a la percepción de los consumos de drogas se refiere. Este cambio supone un ajuste en las estructuras valorativas, en las que resulta fundamental y funcional a los mecanismos del mercado, que las personas ajusten sus formas de vida a la obtención de beneficios rápidos, fáciles en pro del bienestar, entendido casi exclusivamente desde el punto de vista de la capacidad de consumo y el placer. Este cambio en los referentes de valores, que cuenta con la familia como emblema (soporte del bienestar, del consumo y la confianza), en la que los jóvenes se sienten acomodados y arropados en su tránsito, cada vez más largo, al estado adulto.

Lógicamente, este cambio implica cambios en las relaciones tradicionales entre lo joven y lo adulto, de tal manera que se ha consolidado un estado de opinión mayoritario en el que la sociedad adulta se siente presionada y culpabilizada por todo aquello que suponga una frustración de las expectativas juveniles.

En ese escenario, de sobreprotección y de permanente infantilización de lo joven, en el que se ha transformado la expectativa de construcción (esfuerzo personal) por la de aprovechamiento (compra y consumo de beneficios), el concepto de riesgo al que se enfrentan los jóvenes queda casi exclusivamente reducido a aprender a bregar con los elementos del contexto que puedan interponerse en el proceso de maduración (que se entiende concluso cuando se consigue trabajo estable, casa y familia propia). Las drogas son uno de esos elementos, cada vez entendidos como más funcionales para el consumo y la diversión, e incluso legitimadas ("todos lo hemos hecho y están en la edad de divertirse, mis padres también lo hacían") en los espacios de ocio y diversión.

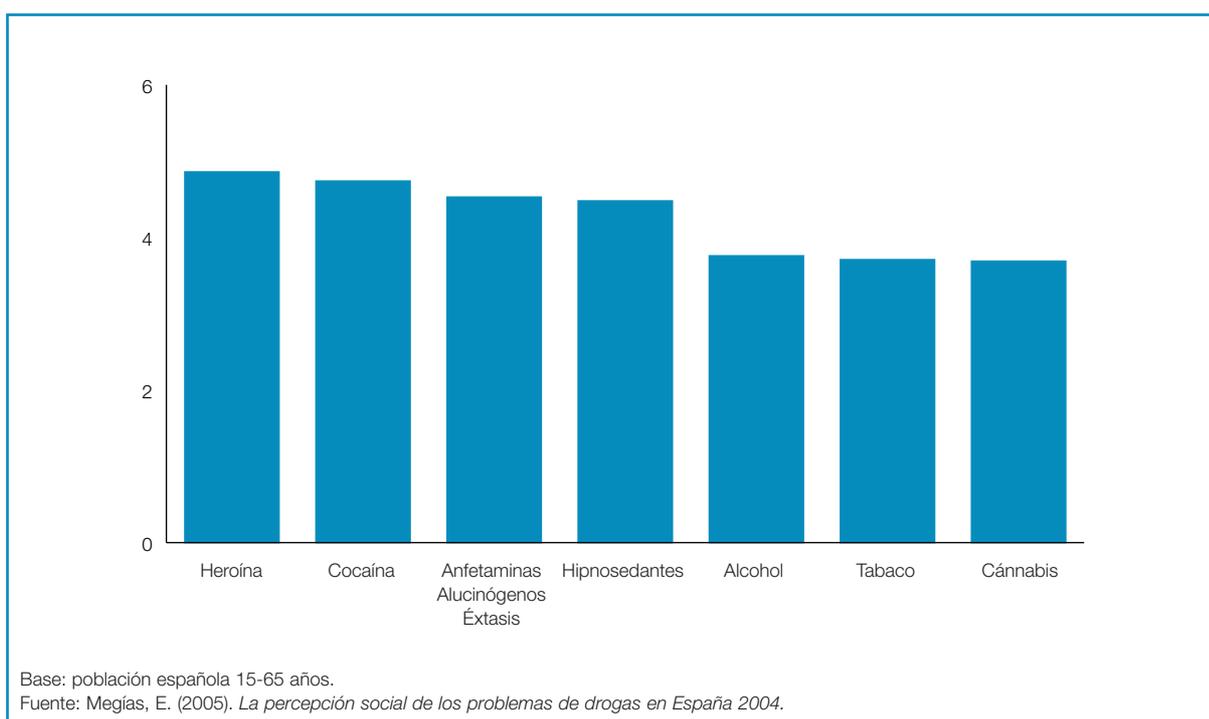
Y, en ese escenario, podemos apuntar a los elementos de estigmatización y banalización que siguen, modificados algunos, perviviendo en nuestra escena opinática. Con la particularidad de que, en contra de lo que pudiera parecer, son también los jóvenes, quizá en algunos aspectos sobre todo ellos y ellas, quienes mantienen y refuerzan estos

estereotipos de nuevo cuño: manteniendo el espacio de la estigmatización para unos casos (los que se salen de la norma de consumo) y la banalización para otros (los que se acercan a los parámetros de normalización vulgarizada).

- En primer lugar las drogas son malas (estigma) y quienes las consumen están en riesgo (estigma), pero unas mucho menos que otras (trivialización). Los casos paradigmáticos son el cánnabis y la heroína, en los dos extremos de la percepción. El primero porque se justifica como la sustancia más inocua (más que el alcohol incluso), asociándole características fantásticas de sustancia natural, que se cultiva en casa si se quiere; la heroína porque permanece como reducto imprescindible en la justificación del máximo ejemplo de problemas a los que se puede enfrentar un adicto (ver figuras 5 y 6). Es importante hacer notar que la cocaína sigue manteniendo muchos de los elementos estigmatizadores de las drogas duras de antaño.
- “Todos los jóvenes consumen drogas” (estigma que banaliza), pero es normal que lo hagan, para divertirse, porque están en la edad: ya madurarán (ver figura 7).
- Es *normal* y aceptable que se consuma en los tiempos y espacios asociados a la diversión (banalización). Cualquier persona, también los jóvenes, que consuma fuera de esos espacios será un adicto: tendrá problemas (estigmatización).
- El *control* es el concepto básico que construye el universo perceptivo: no es adicto el que consume, sea habitual o esporádicamente, sino el que *no controla*, el que *desfasa*. Probablemente el concepto de control, tal como se refleja en los discursos, especialmente de los jóvenes, es el que reúne más elementos tanto del señalamiento de los consumidores como de la trivialización de los consumos.

El control (o su falta) señala, indefectiblemente, a los chivos expiatorios que hacen que los consumos sigan siendo problemas. Todo el mundo reconoce a quien consume fuera de los márgenes de la normalidad (que se excede), sorprendentemente marcando bien a los más jóvenes que quien habla o bien a adultos que, habiendo tenido que superar la normalidad irresponsable, siguen consumiendo. Pero también se usa de coartada banalizadora para justificar los consumos propios o de los más cercanos (hijos, amigos) que, aun consumiendo o excediéndose, no dejarán de ser chicos y chicas normales a los que no se puede señalar.

Figura 5. Jerarquización de la percepción de peligrosidad de las drogas (Escala 1/5)



Las drogas como significante cultural

Joan Pallarés Gómez



1. INTRODUCCIÓN

En el presente texto se pretende analizar desde una perspectiva cultural, los cambios acaecidos en los treinta últimos años en el ámbito de las drogas abarcando desde la fase de contestación de los inicios de la década de los setenta, que caracteriza la aparición de la “crisis de heroína”, hasta la de la celebración festiva de los noventa. En este recorrido se pretende hacer especial hincapié en los cambios relativos a los significados de las drogas para los jóvenes y la sociedad en general, desde la escenificación de la contestación y de la voluntad rupturista, hasta los más recientes en términos de integración.

Más allá del número de consumidores y de los problemas objetivos que en términos sociales y sanitarios en cada época las drogas han ocasionado, éstas han sido utilizadas como símbolos, referentes, o significantes para reforzar distintos discursos sociales sobre sus supuestos consumidores, sus características y los problemas que entre todos acarrearán, incidiendo en la manera de reordenar los problemas sociales y en la de percibirlos. De manera que contribuyen a constituir una parte central de la visión sobre el mundo, que ha sustentado la sociedad española en los últimos años en que han sido consideradas como uno de los problemas más importantes.

Para entender el alcance de las representaciones y los significantes culturales de las drogas debemos considerar los discursos sobre los consumos de drogas, y cómo se relacionan con otros relativos a la situación de los jóvenes, sus formas de ocio y diversión, los espacios que ocupan, las culturas que generan y los mercados juveniles¹.

En todo ello han acontecido variaciones que además de con variables ideológicas (religión y perspectiva política) han tenido que ver con la difusión de una “subcultura de las drogas” en los “territorios” juveniles, por lo que el aspecto generacional (socializarse en contextos de proximidad a la subcultura de las drogas) puede ser fundamental. Como plantea Megías et al. (2004) es previsible que en un futuro se produzcan cambios en las percepciones sociales, que serán más significativos cuando desaparezca la generación que se socializó en un contexto ajeno a las drogas.

2. UNOS REFERENTES SOCIOCULTURALES PARA APROXIMARNOS A LAS CULTURAS DE LAS DROGAS

Desde que a principios de los años ochenta Edwards y Arif (1981) potenciaron el análisis de los aspectos socioculturales como referentes para comprender los modelos de consumo de las drogas en diferentes culturas, se difunde con fuerza la perspectiva que sostiene que los comportamientos desarrollados por el consumo de una droga tienen que ver no sólo con lo farmacológico (dosis, frecuencia, pureza, vía de administración, etc.) sino también con las características psicosociales de los consumidores y con variables relativas al contexto de consumo.

1. Aunque por cuestiones de espacio no podemos referirnos a ellos.

Ya antes, en 1969, Laurie (1987), en su sugerente trabajo había señalado que las drogas pueden cumplir distintas funciones, puesto que actúan cual llave que permite acceder a determinados estados o comportamientos, no sólo químicos, sino también sociales, por lo que debemos agrandar nuestra concepción sobre los efectos inducidos por el consumo de drogas, y aunque sin minusvalorar lo farmacológico, estar atentos a los significados sociales otorgados a dichos consumos, puesto que lo social puede incidir y moldear las expectativas de los consumidores, y su percepción sobre los efectos. De esta forma se consigue dotar de sentido a los consumos y con ellos escenificar otros comportamientos o significados sociales: la persona dependiente, la que se arriesga, la irresponsable, la “fiestera”, etc.

Creemos que lo propuesto por Laurie debería inducirnos a dar mayor peso a los aspectos sociales y culturales (junto y frente a lo farmacológico) para encontrar sentido a los diferentes consumos y para poder analizar los cambios de significado otorgados al consumo en un periodo histórico determinado. Así, siguiendo este planteamiento, debemos referirnos a dos elementos centrales a tener en cuenta para interpretar los cambios en las apreciaciones y discursos sociales producidos en los últimos años. Nos referimos por una parte a la situación social de los jóvenes, a su papel social, y por otra, a las representaciones sociales mayoritarias sobre los consumidores de drogas y especialmente de los jóvenes.

3. PERCEPCIONES SOCIALES Y DROGAS

Cada grupo interpreta el consumo de drogas, sus consecuencias y sus respuestas, a partir de referentes sociales y culturales que les confieren sentido. Son las representaciones sociales que entre otras cosas, sirven para incidir en el nivel de comprensión e interpretación del fenómeno, así como en las prácticas reales que los individuos desarrollan respecto las drogas. Por lo que podemos asegurar (Pallarés, 2000) que las representaciones sociales influyen en las expectativas o motivos para acercarse a una sustancia y si se da el caso para seguir utilizándola; en las visiones sobre los efectos, y en la forma de gestionar en sentido amplio la cuestión drogas. En definitiva, las representaciones sociales condicionan a los consumidores, a sus contextos más inmediatos y a la sociedad en general.

Entendemos por representaciones sociales «...el conjunto sistemático de valores, nociones y creencias que permiten a los sujetos comunicarse y actuar, y así orientarse en el contexto social donde viven, racionalizar sus acciones, explicar eventos relevantes y defender su identidad. Una característica importante de las representaciones sociales es que representan un conocimiento compartido de todo el grupo acerca de algo, bajo la forma de una ‘teoría del sentido común’ y, en este sentido, estarían en la base de la opinión pública. Por lo tanto, además de unos valores, nociones y creencias, implican unas actitudes; y todo ello se relaciona con unos comportamientos» (Megías et al., 2000:14).

Las representaciones están influenciadas por los medios de comunicación, que como en tantos otros temas, suelen responder y escenificar las visiones de los grupos sociales con más poder. También reciben y exteriorizan el impacto de los paradigmas que fundamentan el tipo de gestión social sobre las drogas, médico y jurídico principalmente durante la época que analizamos (Romaní, 2004).

En sociedades complejas como la nuestra, pueden existir representaciones sociales, y entre ellas, ejercerse múltiples influencias e interferencias. Desde hace décadas, existe una representación que ha sido dominante basada en distintos estereotipos: la heroína como prototipo de la droga y las drogas como problema que viene de fuera y nos acecha permanentemente. Frente a ella, existen discursos y representaciones más minoritarios, que aunque influenciados por la visión dominante contienen aspectos matizados e incluso contradictorios o críticos con ella, especialmente, subculturas generadas por los consumidores y que llegan en cierta medida a los que están próximos a ellos, pero que no tienen la misma capacidad de difusión e influencia que la representación dominante.

Junto a este imaginario social debemos señalar que conviven y mantienen ciertas conexiones, las representaciones sociales sobre los jóvenes. Estos, aparecen como si fueran los únicos consumidores de drogas, ya que las interpretaciones, imágenes y estereotipos así lo plasman, escondiendo otros tipos de consumos y consumidores. Aquí, como en tantos otros textos, aunque vamos a centrarnos en las culturas juveniles y sus consumos de drogas, queremos

referirnos a que estos, no pueden seguir escondiendo a los de otros grupos, por lo que abogamos por investigaciones específicas sobre otros grupos de edad.

Atendiendo a su situación social, los jóvenes se han interpretado desde perspectivas muy distintas en las épocas que analizamos. A grandes trazos, en los setenta son vistos mayoritariamente como positivos: agentes de cambio, modernizadores, o esperanza para un posible cambio y ascenso de estatus social. En los ochenta, cuando existe constancia de que padecen una alta tasa de paro, surge todo un discurso negativo hacia ellos que engarza con la visión de lo que se denominó la generación “pasota” y que los relaciona con lo definido como “problema de la droga”, centralizado en el consumo problemático de heroína. A partir de mediados de los noventa, el discurso se vuelve más heterogéneo y reaparecen visiones menos negativas hacia ellos.

4. DE LA CULTURA DE RUPTURA A LA CULTURA DE LA INTEGRACIÓN: PERCEPCIONES SOBRE LAS DROGAS HASTA FINALES DE LOS OCHENTA

«...en las representaciones sociales predominantes en la España de los 80 acerca de cómo es el mundo, ‘la droga’ ocupa un lugar central. Lugar que, hoy por hoy, podemos considerar que forma parte del acervo cultural básico que permite a los españoles contemporáneos comunicarse y actuar, y así orientarse en el contexto social donde viven, racionalizar sus acciones, explicar eventos relevantes y defender su identidad» (Megías et al., 2000: 20-21).

Por cuestiones de espacio es imposible analizar todos los cambios acaecidos en los usos y en las percepciones sobre las drogas legales e ilegales en nuestro país en los últimos años, por lo que analizaremos las tendencias que creemos más relevantes para su interpretación.

Romaní (1983, 1999) ha descrito profusamente el papel simbólico de rebeldía política y contracultural que se asociaba al hachís y a sus consumidores durante los años setenta. Comas (1989) ha subrayado que hasta principios de los años ochenta la mayoría de los que se inician al consumo de heroína, son jóvenes que buscan escenificar con ello su ruptura e insatisfacción con la sociedad de la transición.

Hasta avanzados los años setenta, la mayoría de consumos de las drogas ilegales son minoritarios, y para acceder a estas sustancias hay que pertenecer o estar estrechamente relacionado con estas minorías, por lo que un elemento importante para ello, es compartir los valores subculturales relacionados con los consumidores. Por ello, pese a la heterogeneidad de consumidores existentes, hay mayor homogeneidad entre los consumidores que la que se dará en posteriores épocas, y la pertenencia a la subcultura es fundamental para conocer y consumir las drogas ilegales.

En aquella década, el consumo juvenil de drogas y la incorporación de formas subculturales de consumirlas estaban ejerciendo de “marcador social” del cambio que significaba el fenómeno de la “modernización”, ya que durante la autarquía estábamos al margen del complejo cultural de las drogas ilegales implantado en otros países desarrollados (Comas, 1994, 2002). A pesar de ello, el discurso dominante empezará a asociar estos jóvenes y estas prácticas, con la mayoría de los jóvenes, especialmente con aquellos que simbolizan una oposición política o cultural al régimen franquista. Desde entonces se refuerza la asociación de las drogas por una parte, con los jóvenes y sus producciones culturales, por otra (Pallarés, 2003).

En los años ochenta las drogas ilegales, aunque minoritarias, dejarán de tener, paulatinamente, el carácter subcultural y de ruptura que habían tenido para sus consumidores, y se establece un contexto de consumo y celebración unido al consumo de alcohol en espacios abiertos y de ocio, donde también tiene relevancia el cánnabis. No obstante, el alcohol aparece en un segundo plano, y muy desenfocado, por el protagonismo que tiene la heroína, y ese contexto festivo y de celebración no consigue en aquellos momentos la suficiente fuerza como para imponerse en los discursos y percepciones, a pesar del número creciente de consumidores de cánnabis, y de la lenta pero paulatina difusión de la cocaína y otros estimulantes.

Romaní (2004) ha planteado que, desde finales de la década de los setenta a finales de la de los ochenta el discurso sobre “la droga” en términos de problema, se situó en una posición central en el imaginario de la sociedad española debido a varios factores confluyentes: la novedad de ciertos usos, la utilidad del discurso de “la droga” para expresar inseguridades y angustias que provocaba aquella situación de cambio político y social, y la utilización por parte de ciertos sectores políticos para ejemplificar los “males de la democracia”. En esa época, en la visión del mundo que tienen los españoles, la droga ocupará un lugar central. Y además surgió otro elemento indispensable para poder hablar de un problema social: la institucionalización de la intervención sobre drogas.

Esta representación social dominante sobre las drogas que ha estudiado Romaní, durante mucho tiempo ha sido bastante monolítica, e incluso luego cuando se han producido cambios significativos en los consumos, desde los años noventa hasta la actualidad, se ha tardado en asimilarlos (Pallarés, 2003) y no se han incorporado totalmente en las nuevas representaciones. Aunque, con el tiempo, como se ve en Megías et al. (2004), está sufriendo modificaciones que en un futuro llegarán a ser manifiestas, puesto que pueden producir un contraste con los estereotipos que mayoritariamente difunden los medios, ya que la población tiene cada vez más en cuenta criterios pragmáticos para valorar la cuestión drogas y su impacto en la sociedad.

En los años setenta y en los ochenta, en el imaginario social español, los efectos de las drogas, son causantes directos del comportamiento social asignado a sus consumidores: delincuencia, problemas, marginación, y voluntad de situarse fuera de la sociedad. Cuando empieza a detectarse la presencia y los efectos de determinados consumidores de heroína, esta sustancia servirá como arquetipo para construir las actitudes respecto el resto de drogas y el “yonqui” aparecerá como el único modelo de consumidor de drogas: joven, problemático, degradado, delincuente, sin salud y que vive entre agujas. En cierta manera esta imagen arranca, aunque sin tener continuidad, del prototipo anterior de consumidor de drogas, construido desde los primeros “fumetas” de cánnabis en los años setenta, especialmente a partir de los rockers y hippies: pelo largo, formas y vestidos despreocupados. Símbolos, en el imaginario juvenil y en el adulto, de una distancia respecto a la “sociedad” adulta y conservadora, quizás incluso, de una ruptura con la misma.

«La mitología y la forma de vida del consumidor de heroína juegan un papel tan importante en la totalidad del fenómeno como el quimismo de la droga.» (Laurie, 1987:22).

Se quisiera o no, se construyó y se afianzó el estereotipo que relacionaba inevitablemente a los jóvenes con las drogas y tal asignación se incorporó como un elemento de la identidad juvenil, que poco a poco ha conseguido incorporar en las construcciones culturales de los jóvenes formas y estéticas de los consumidores de drogas (argot, formas de salir de marcha, tipos de itinerarios de salida, etc.) que se han ido asociando a lo extraordinario y festivo, y por tanto se han difundido en los contextos de consumo y en general entre los jóvenes.

5. LOS NOVENTA Y EL DESCUBRIMIENTO DE LA FIESTA: CONSUMOS INTEGRADORES

Desde finales de los ochenta empieza a apreciarse un retroceso en el número de consumidores de heroína, pero especialmente de su exhibición pública y una disminución de los problemas sociales y sanitarios que quedan focalizados en grupos muy marginalizados pero aislados y apartados del resto de consumidores de drogas y por supuesto de los jóvenes. La imagen del consumidor de heroína degradado y con distintos problemas (*yonqui*) es la imagen en negativo de la cual los consumidores de otras sustancias quieren apartarse, así como de las formas de consumo y las consecuencias que hagan referencia a este tipo de consumidores.

A la vez, se introducen pautas nuevas y cambios respecto a las etiquetas y formas de consumir las drogas más extendidas entre los jóvenes. En los noventa se habla de “nuevos consumos”, no tan sólo para justificar la presencia de las drogas de síntesis, sino para escenificar las transformaciones en las pautas de consumo de sustancias ya conocidas (alcohol, cánnabis y cocaína). Además, se han estado produciendo cambios significativos respecto la simbología de los consumos de drogas, legales e ilegales, y respecto las representaciones sociales que les otorgan sentido.

A diferencia de la década de los años setenta y ochenta en las que el uso de drogas se relacionaba con causas sociales y psicológicas achacables a los consumidores, que además servían tanto de explicación de los motivos de inicio como de las consecuencias del consumo, desde los años noventa, progresivamente, se asociarán cada vez más a lo lúdico y hedonista, más acorde con lo farmacológico de cada sustancia: desinhibición, estímulo, tranquilizante, desfase, etc.

La mayoría de consumos juveniles de drogas se dan en espacios y tiempos de ocio y fiesta, poco relevantes para la toma de decisiones, y dichos consumos se consideran aceptables, puesto que se aprecian como riesgos necesarios que los jóvenes deben experimentar. Fuera de este ámbito festivo los consumos se consideran problemáticos y no integrados. Antes, todos los consumos se consideraban problemáticos, excepto los de drogas legales.

Simbólicamente, lo que distingue a los jóvenes de los adultos es fundamentalmente el tipo de consumos de unos y otros, y el peso diferencial del trabajo, de la responsabilidad, y del ocio. Las drogas contribuyen a lo informal, a la celebración extraordinaria, a la desinhibición, a la fiesta continuada.

Las drogas en los contextos de fiesta se están "normalizando" y en algunos casos puede que se estén banalizando algunos comportamientos que pueden generar riesgos concretos. No sólo entre los consumidores, sino en la sociedad en general, se aprecia la normalización, unos haciendo más abierto el consumo de cánnabis, los otros tomándolo como inevitable. Así, el cánnabis es representado por el buen rollo que se les supone a sus consumidores: "majetes", "enrollados", desinhibidos, buscadores, experimentadores, exploradores. Algunos padres también fuman, y algunos abuelos se medican con cánnabis. La cocaína, por otra parte, sigue manteniendo una simbología de éxito y de distinción.

«En suma, en España, como en otras sociedades industriales y postindustriales, el consumo de cánnabis se ha normalizado, se ha convertido en una tradición, una costumbre 'normal' y aceptable. Esta 'normalización' no es sólo cuestión de un aumento de la oferta, de la disponibilidad y ni siquiera del consumo, sino que es, sobre todo, un cambio en las normas que regulan esas conductas y, por tanto, en los valores y significados que predominan.» (Gamella, Jiménez, 2004:36).

Elzo et al. (2000) recogen la asociación que los jóvenes hacen entre drogas, y entre fiesta y drogas, de manera que incluso los jóvenes llegan a creer que los que más se divierten son los que consumen más drogas. Los consumidores se ven a sí mismos como más abiertos, tolerantes o progresistas, y casi nadie explica el consumo por razones de marginación y ninguno por la existencia de problemas personales o familiares.

Aunque el cambio en las representaciones es lento y no acaben de integrar los nuevos significados del consumo de drogas, en los últimos años, desde los inicios de los noventa progresivamente, los consumos de drogas ilegales, dejan de significar o simbolizar un posicionamiento de ruptura o de marginación frente a la sociedad. Desaparecidas, o muy minoritarias, las connotaciones subculturales, el consumo de drogas pasa a significar en el sí de las culturas juveniles más un factor de integración social a los grupos de iguales, que de marginación o rechazo a la sociedad.

Megías et al. (2004) analizan las representaciones sociales existentes y encuentran que las drogas preocupan porque tienen que preocupar, pero porque lo dice el estereotipo. Pero, se ven como inevitables, puesto que ya forman parte del paisaje de lo cotidiano, y aunque suponen algún tipo de amenaza, es especialmente en el imaginario de los más mayores y alejados de experiencias reales con ellas. Se consideran cosa de jóvenes y no se asocian a problemas, y los consumidores se perciben como integrados.

Haciéndose eco de algunos de estos cambios, Comas (2005) plantea que en la percepción social de las drogas que mantienen los padres, los efectos sobre la salud a medio y largo plazo, se tienen poco en cuenta, frente a lo que sí consideran como importante, la posible interferencia en un proyecto planificado de emancipación e integración social ascendente. Por lo cual, concluye Comas, el problema no son las drogas en sí, sino sus efectos sobre el posible incumplimiento del proyecto.

Estas nuevas formas de apreciar los consumos están siendo interiorizadas por los jóvenes y adultos, aunque los discursos y representaciones dominantes estén todavía empañados de imágenes de los ochenta y son reticentes a incorporar los nuevos comportamientos.

Los jóvenes, por su situación social más expectante que en otras épocas, gozan de más tiempo libre y de espacios y ocasiones de celebración festiva. Las drogas (alcohol, cánnabis y cocaína) y sus mezclas, son funcionales para la fiesta (espacio en el que adquieren identidad) y para sentirse conectados a ese mundo extraordinario, ya que en la fiesta deben estar activos y abiertos, y deben relacionarse con los semejantes.

Aunque el consumo de drogas forma parte de un sentido festivo relacionado con los acontecimientos especiales, cada vez se semeja más a una rutina, oficializada en el ritual de cada fin de semana. Estos comportamientos no son aislados, pues están incluidos en la necesidad de consumir productos considerados como “juveniles”, cada vez más esenciales y cotidianos para poder reproducir y exteriorizar la condición juvenil.

Para finalizar, podemos concluir que en la actualidad, como en décadas anteriores, los consumos de drogas juveniles no se producen en un contexto exento de significantes culturales, por ello, en parte, los jóvenes se han adaptado a las exigencias que las representaciones sociales proyectan sobre ellos respecto su situación social y respecto al consumo de drogas. Las drogas sirven como llaves o mecanismos para escenificar transiciones personales (adolescencia, juventud, adultez) y grupales (no ser un bicho raro) en contextos festivos. Por eso, al extenderse su consumo, se han librado del estigma que las veía como marcadores de los problemas sociales y que asociaba a sus consumidores con los situados fuera de la sociedad, para celebrar el consumo como integrador, siempre y en cuanto que se dé en contextos de diversión y lúdicos, alejados del mundo del trabajo.

Aunque apreciamos cambios importantes en los consumos de drogas ilegales (y en parte en las legales) y en las subculturas juveniles que les dan sentido, vemos que las representaciones sociales no se transforman con la misma rapidez y siguen otorgando a las drogas ilegales un papel como significantes de transformaciones y problemas sociales propios de otras épocas.

BIBLIOGRAFÍA

- Comas, D. (1994). *Los jóvenes y el uso de drogas en la España de los años 90*. Madrid, Injuve.
- Comas, D. (2002). “La percepción social de los problemas”. En: *FAD y colaboradores. Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años*. Madrid, FAD: 77-94.
- Comas, D. (2005). “Emancipación y riesgo en la serie de informes juventud ¿una perspectiva generacional?”. *VIII Forum d'Estudis sobre la Joventut*. Lleida. (mimeo).
- Edwards, G.; Arif, A. (comps.) (1981). *Los problemas de drogas en el contexto sociocultural*. Ginebra, OMS.
- Elzo, J. (dir) et al. (2000). *Las culturas de las drogas en los jóvenes: ritos y fiestas*. Vitoria, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Gamella, J.F. y Jiménez, M.L. (2004). *La cultura cannábica en España: la construcción de una tradición ultramoderna*. En: *Monografías Humanitas Fundación Medicina y Humanidades Médicas*, 5:23-54.
- Laurie, P. (1987) [1969]. *Las drogas: aspectos médicos, psicológicos y sociales*. Madrid, Alianza.
- Megías, E.; Comas, D.; Elzo, J.; Navarro, J.; Romani, O. (2000). *La percepción social de los problemas de drogas en España*. Madrid, FAD.
- Megías, E.; Comas, D.; Elzo, J.; Navarro, J.; Romani, O. (2001). *Valores sociales y drogas*. Madrid, FAD.
- Megías, E. (dir), Rodríguez, E.; Megías, I.; Navarro, J. (2004). *La percepción social de los problemas de drogas en España*, 2004. Madrid, 2004.

De la heroína como amenaza al consumo integrador

Santiago de Torres Sanahuja



INTRODUCCIÓN

Análisis comparativo de los indicadores de evolución del fenómeno del consumo de drogas.

- De 1995 a 2005: Aumento del consumo de cannabis, cocaína e hipnosedantes.
- Estabilización del consumo de tabaco, alcohol, éxtasis, anfetaminas y alucinógenos.
- Disminución del consumo de heroína.

El incremento de cannabis y cocaína se constata en toda la Unión Europea. En combinación con alcohol y éxtasis.

- Se trata de un consumo intenso e intermitente.
- Cannabis en 1995: prevalencia de 7,5% en población de 15 a 64 años (consumo últimos 12 meses).
- Cannabis en 2003: prevalencia de 11,3 % en población de 15 a 64 años.
- Cocaína en 1995: prevalencia de 1,8 % en población de 15 a 64 años.
- Cocaína en 2003: prevalencia de 2,7 % en población de 15 a 64 años.
- Datos muy superiores en edades de enseñanza secundaria.
- Los estudiantes atribuyen al cannabis: pérdida de memoria, dificultad para estudiar, tristeza, ganas de no hacer nada.
- A la cocaína atribuyen: insomnio, pérdida de memoria, depresión, problemas económicos.
- Policonsumo como forma generalizada de consumo de drogas.
- Disminución del riesgo percibido ante el consumo esporádico de cannabis y de cocaína.

IDEAS PARA LA REFLEXIÓN

- En los últimos 20 años la sociedad ha dado respuesta al consumo de drogas mediante políticas tendentes a la reducción de la oferta y la demanda.
- En especial generalizando programas preventivos en los entornos educativos y sociales.
- Ofertando recursos socio-sanitarios para atender adecuadamente a las personas con problemas de adicción. Recursos variados y versátiles.
- Implantando soluciones de reinserción social.
- Atendiendo al adicto como un enfermo.
- En definitiva, creando una respuesta normalizada frente al problema.

Drogas, entre las políticas sectoriales y las ambiciones maximalistas

Javier Ruiz Fernández



El consumo de drogas en España es un fenómeno antiguo y cambiante, pero la incidencia de problemas graves en colectivos importantes de personas y la preocupación social por este motivo se remontan no mucho más de treinta años. En este tiempo, las estrategias de actuación han ido cambiando bien aparentemente, bien de manera profunda, pero en general, para entender las motivaciones de estos cambios, es necesario tener en cuenta muchos elementos, algunos de los cuales parecen claros.

En primer lugar, el propio consumo de drogas ha cambiado. De una sociedad en que el consumo de alcohol está bien aceptado, pasamos a una pequeña alarma, que comienza en los años setenta al producirse la grave situación de un ocho o diez por ciento de la población con consumos regulares de alcohol en grandes cantidades. Grupo que corresponde en su mayoría a varones de edad madura, con las importantes repercusiones en la esfera de las relaciones de pareja, de la educación de hijos e hijas y los riesgos producidos en el ámbito laboral. En los ochenta nos encontramos con una llamada “epidemia” de consumo de heroína, y otras drogas desconocidas para el público en general, consumidas por población muy joven, con graves repercusiones de salud, de seguridad ciudadana y angustia social por el desconcierto que supone la incidencia de la adicción en jóvenes de cualquier estrato social, económico y familiar. Más adelante, nos encontramos con formas de consumo en que es más difícil discriminar los grupos de población que consumen las distintas drogas. Los adultos van disminuyendo el consumo excesivo de alcohol, los jóvenes lo van aumentando y cambiando a consumos excesivos de tipo esporádico. Las drogas “nuevas”, no integradas socialmente, se van integrando, son consumidas por población de cualquier grupo de edad.

En segundo lugar, la preocupación de la población es otro elemento que puede explicar las respuestas que se producen. En general, el consumo adulto de alcohol no ha sido nunca una gran preocupación, en todo caso, se entendían las propuestas de reducir la ingesta para evitar la aparición de problemas graves de salud. La entrada de drogas ilegales, desconocidas, sí genera una gran preocupación que se centra, por un lado, en la necesidad de atención a los jóvenes enfermos y, por otro, en la necesidad de control policial para evitar los delitos y acabar con el problema de las drogas terminando con su tráfico ilegal. Sin embargo, el alcohol sí que ha supuesto una preocupación cuando se ha asociado al consumo juvenil, en modos de diversión que rompen la tranquilidad de la ciudad por ruidos, suciedad o alteraciones del orden. De nuevo se han focalizado “las soluciones” en un mayor control policial de la venta y el consumo de alcohol por los jóvenes en la calle.

El tercer aspecto que debería orientar las intervenciones, y aunque pueda parecer el más importante no siempre lo es, es el de las evidencias científicas. Hay que decir que ante las drogodependencias no ha existido no se ha producido gran esfuerzo en la investigación, se ha elegido el modelo “observatorio”, de forma que conocemos con mucho rigor cómo va evolucionando el consumo de drogas y sus efectos, a través de indicadores, pero difícilmente somos capaces de establecer las razones de que se produzcan cambios en el fenómeno y, por lo tanto, tampoco podemos predecir cuándo se producen los mismos.

En todo caso, las patologías asociadas a un consumo regular y excesivo de alcohol, se asocian de forma causal al efecto fisiológico de la sustancia en personas que, desconociendo los efectos adversos y perdiendo los controles culturales por diversas razones, acaban desarrollando una adicción grave. Sin embargo, con las nuevas y desconocidas drogas consumidas por jóvenes, se describen, no siempre con la adecuada comprobación científica, fenómenos

como el consumo experimental no problemático, la escalada en las drogas, la capacidad adictiva casi inmediata de algunas drogas, que intentan explicar por qué hay grupos de personas que consumen alguna droga y no se enganchan y otras en los primeros consumos generan una adicción, por qué los consumos en algunas personas producen efectos devastadores, y en otras los efectos son casi intrascendentes, incluso la razón de que unos grupos consuman drogas y otros no.

Dada la dificultad de dar respuesta a los diversos aspectos de las drogodependencias, desde el modelo biológico tradicional, se desarrolla con una óptica biopsicosocial un intento de comprender la aparición del fenómeno, tanto desde la patología individual, como desde el fenómeno social en que se ha convertido. De una manera simplificada, predecir los riesgos de aparición de consumos individuales y de grupo altamente problemáticos necesita tener en cuenta tres aspectos principales.

Las drogas que se consumen, ya que cada una tiene efectos fisiológicos diversos, utilizan vías de administración con diversos riesgos para la salud, su integración social es distinta, y la oferta, promoción y disponibilidad es muy variada.

El individuo que consume la droga condiciona los efectos en función de su edad, madurez, desarrollo personal, vulnerabilidad o predisposición a determinadas patologías, etc.

Finalmente, el medio en el que se desenvuelve el individuo que puede consumir drogas. Puede producir diferencias el tipo de familia y sus conflictos, la educación recibida en el medio escolar, su socialización, los recursos del entorno en el que vive, el barrio, el municipio, etc.

Cualquier disfunción en alguno de estos elementos, o el conjunto de los mismos, se engloba en la definición de “factores originantes del consumo de drogas”, que Ramón Mendoza, a principios de los ochenta, en una publicación del Gobierno Vasco, organizaba en factores sociales, familiares, escolares, presión de grupo, y factores individuales. Casi cualquier aspecto del funcionamiento individual y social podía convertirse en un factor de riesgo para el consumo problemático de drogas.

Desde esta óptica se establece una estrategia de actuación que se denomina de intervención comunitaria, y que parte de unos supuestos básicos:

- Entender las drogodependencias como un fenómeno social, en el que inciden los más variados aspectos del funcionamiento social.
- Multicausalidad.
- La intervención ha de inscribirse en un contexto de salud comunitaria, que parte de una responsabilidad individual, y en el la promoción de la salud es una tarea interdisciplinar que tiene que contar con la participación de toda la comunidad.

La estrategia comunitaria presenta como características principales:

A. Globalización, en tanto que se abordan aspectos sanitarios, sociales, educativos, económicos, delictivos, etc., derivados del uso inadecuado o abusivo tanto del alcohol, tabaco y psicofármacos, como de las denominadas drogas ilegales.

B. Normalización, ya que plantea la respuesta a las distintas necesidades que surjan de las drogodependencias, desde las estructuras ordinarias que la sociedad vasca tiene para responder a necesidades similares: sanidad, educación, servicios sociales, policía, etc.

C. Planificación, ya que obliga a las distintas Administraciones Públicas a organizar de una manera coordinada, planificada y permanente, la diversidad de intervenciones sectoriales necesarias para abordar la prevención, la asistencia, la inserción y el control de la oferta de drogas.

D. Participación, consagrando la necesidad de contar con las distintas representaciones sociales del fenómeno, y estableciendo los cauces de participación ciudadana imprescindibles en la búsqueda de soluciones a las drogas.

No cabe duda, que una propuesta tan ambiciosa requiere de una estructura organizativa que permita asegurar que se cumplan los principios expuestos. Respecto a las administraciones públicas, lo habitual, casi como una tendencia natural difícil de romper, es actuar desde compartimentos estancos, con dificultades para trabajar sobre objetivos comunes, con poca comunicación entre las profesionales y poca coordinación de las actuaciones. Por ello, implementar una estrategia como la expuesta necesita de algunos elementos indispensables:

- Una voluntad de la institución, claramente definida por los responsables, para realizar un abordaje global del fenómeno, traducido en una estructura interdepartamental (áreas, ministerios, departamentos, etc.) que posibilite de manera jerárquica compartir los objetivos desde todos los sectores, de manera coordinada.
- Un instrumento de planificación temporalizado (plan, estrategia, etc.) que incluya la participación de todos los sectores de la administración, que presente la cobertura organizada y normalizada de todas las necesidades que surgen de las drogodependencias.
- Una estructura representativa del entramado asociativo de la comunidad, de manera organizada, que asegure que la planificación se realice enriquecida con las distintas sensibilidades y contando con los importantes recursos que la iniciativa social tiene.

En los últimos años, la mayoría de los textos de leyes sobre drogas que tienen casi todas las Comunidades Autónomas, planes y programas, recogen elementos comunes de comprensión de las drogodependencias, que se convierten en ideas de consenso, al menos *a priori*, para los proyectos de actuación.

Así, la propia Estrategia Nacional sobre Drogas, aprobada por Consejo de Ministros, mediante Real Decreto en diciembre de 1999, plantea en los diez puntos en que la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas la resume:

1. Un plan participativo e integrador

Se trata de un Plan que está abierto a la participación del conjunto de las Administraciones Públicas, instituciones y sectores de la sociedad interesados por los problemas de las drogas y que integra la totalidad de las estrategias necesarias para enfrentarse a este fenómeno: desde la prevención, rehabilitación e inserción de los afectados hasta el control de la oferta de drogas.

2. Un plan global

El nuevo Plan Nacional sobre Drogas aborda el fenómeno de las drogas desde una perspectiva global, lo que supone incorporar todas las sustancias que puedan ser objeto de uso y abuso, con especial atención al alcohol y al tabaco.

3. Generalización de la prevención escolar

El Plan prioriza la prevención como la estrategia más importante para enfrentarse al problema de las drogas y tiene muy en cuenta los consumos de carácter recreativo de fin de semana. Propone una prevención basada fundamentalmente en la educación y en la utilización saludable del ocio por los jóvenes. Para ello, se propugna una generalización de los programas preventivos a toda la población escolar, superando las actividades aisladas y puntuales y priorizando los grupos de alto riesgo.

4. Prevención en el medio laboral

Se promueve el establecimiento de acuerdos de colaboración entre los Planes Autonómicos sobre Drogas y las organizaciones sindicales y empresariales, semejantes al ya existente en el plano nacional y dirigidos a promover la prevención de drogodependencias en el ámbito laboral.

Estos programas priorizarán los sectores de producción y los colectivos de trabajadores en situación de riesgo y también aquellos cuyo desempeño laboral pueda suponer un riesgo para terceros conductores de vehículos de servicios públicos, profesionales de la seguridad, etc.

5. Normalización de la asistencia a los drogodependientes

Un objetivo fundamental del nuevo Plan Nacional sobre Drogas consiste en normalizar las redes asistenciales a drogodependientes integrándolas de forma coordinada en los Sistemas Públicos de Salud y Servicios Sociales. Los diferentes recursos que formen parte del denominado Sistema de Asistencia e Integración Social de Drogodependientes, sean públicos o privados, tienen que estar debidamente autorizados y/o acreditados y se deben caracterizar por su profesionalización, interdisciplinariedad y fácil accesibilidad. Este sistema continuará incidiendo en los programas de reducción de daños e incorporará estrategias para abordar el tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol, las nuevas drogas y los nuevos patrones de consumo.

6. Plena cobertura asistencial

Según este nuevo Plan, el Sistema Nacional de Salud garantiza la plena asistencia ambulatoria a los drogodependientes en el ámbito de su Comunidad o Ciudad Autónoma y dentro del área de salud de su residencia. Igualmente, contempla que cumplidas las necesidades de cobertura universal asistencial, se preste especial atención a las desigualdades y muy especialmente a aquellos colectivos de drogodependientes que no contacten con las redes asistenciales.

7. Integración laboral de los drogodependientes

Se proponen medidas concretas que faciliten a las personas con problemas por el uso de drogas —en proceso terapéutico o no— su incorporación a la sociedad en calidad de miembros activos de la misma. A estos efectos, los Planes Autonómicos sobre Drogas y los municipios de más de 20.000 habitantes tendrán programas de formación y empleo normalizados o específicos para drogodependientes. Estos programas se llevarán a cabo en colaboración con las agencias públicas de empleo.

8. Investigación y formación

Se creará el Instituto Nacional de Investigación y Formación sobre Drogas, dependiente de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Desde este Instituto se promoverá la puesta en marcha y consolidación de equipos estables de investigación y se definirán las áreas de actuación preferente en esta materia. De igual modo, se velará por la idoneidad y adecuación de los contenidos en la formación tanto de profesionales como del voluntariado. Se contempla una formación organizada en tres niveles: de pregrado, de postgrado universitario y de actualización o reciclaje.

9. Observatorio Español sobre Drogas

El nuevo Plan Nacional sobre Drogas desarrolla las posibilidades del Observatorio Español sobre Drogas impulsando nuevos sistemas de información y evaluación. Asimismo, se constituirán Observatorios sobre Drogas en la totalidad de las Comunidades Autónomas.

10. Control de la oferta

Este elevado consenso que encontramos en las normas y planes, para abordar el fenómeno de las drogodependencias con una estrategia comunitaria, no se ha traducido en la adopción de decisiones políticas, de cambios en el funcionamiento de la propia administración, que aseguren los requisitos comentados. Indudablemente, los avances que se han producido en la atención a las drogodependencias han sido muy importantes, pero la falta de rigor en la ejecución de esa “ambición maximalista” que supone el enfoque biopsicosocial, impide una evacuada evaluación de la propia estrategia.

Conflictos sociales, riesgos y problemas de drogas

Andreu López Blasco



1. DROGADICTOS INVISIBLES Y NORMALIZADOS

Cuando hablamos de adicciones y de drogodependientes en España, observamos cambios en cuanto al consumo de drogas desde su aparición como fenómeno social, hacia comienzos de los setenta, hasta el consumo actual: los cambios que se han producido no sólo se refieren al tipo de drogas consumidas, sino principalmente a las poblaciones consumidoras de las mismas. Indudablemente la evolución social, política y económica ha tenido bastante que ver en el proceso de diversificación y evolución del consumo de drogas¹.

Entre finales de los sesenta y comienzos de los setenta, el consumo de drogas era una parcela muy restringida, y el perfil de los consumidores era fácilmente identificable: por un lado estaban las personas que pertenecían a una cierta élite cultural y económica, que disponía de medios económicos suficientes como para costearse el consumo, sobre todo de cocaína, y de tiempo libre para consumir. Igualmente existían consumidores —contra-culturales y de protesta— que veían en el consumo de drogas una forma de rebelión contra la sociedad en la que les tocaba vivir, a través de la trasgresión de las normas sociales establecidas. En estos grupos, principalmente integrados por jóvenes, el hachís era la droga más habitual.

Eran pues en su mayoría consumos “ocultos” y restringidos a ciertos contextos sociales, etiquetados unas veces de “bohemia” y otras de “bajos fondos” en donde el consumo era bien visto por los integrantes de los mismos, pero que no trascendía al conjunto de la sociedad, si bien ciertas voces se escandalizaban de su utilización.

«Sí, en los setenta consumía la ‘elite’. Ten en cuenta que en España se trabajaban los sábados e incluso la gente trabajadora, los domingos. Y la gente emigraba. El ocio no existía y las enfermedades mentales tampoco. Entonces claro en los años setenta, la droga afectaba a un grupo de individuos con un poder adquisitivo suficiente, vamos a los ‘hijos de papá’, un poco ‘progres’ que pensaban que drogándose y haciendo el amor y todas esas cosas se contestaba a la sociedad.»

ENT 03, 172:178² (profesor universitario, investigador de drogodependencias)

«Se han dado cambios importantes. Si la droga en un principio comenzó un poco por ser el elemento innovador, consumo de la acción protesta, una rebeldía de la juventud, la importación de determinados hábitos consumos de otros países como por ejemplo EEUU o el Norte de Europa...»

ENT 04, 231:235 (director de un centro terapéutico)

1. Las anotaciones de este apartado se deben en gran parte a Francisco Palanca Ferrando y se basan en la investigación que hemos realizado entre 1998-2002 en el marco de dos proyectos Copernicus de la Comisión Europea. En el proyecto participaron otros 3 equipos de investigación de Ucrania, Alemania y Rusia. Hemos publicado los resultados en la colección ISQUAL de la editorial AREA: *Entrevistas a expertos en conductas adictivas. Una investigación social cualitativa*. Septiembre 2002. ISBN 84-607-5459-6; *Prevención de conductas adictivas en jóvenes. Intervención en el ámbito escolar y local*. Septiembre 2002a. ISBN 84-607-5458-8. En la investigación han participado: Francisco Palanca, Juan Jesús Viscarret, Ramón Gascó, Rafael Castillo, Rafael Montalt, Vicente Forés, Germán Gil, Jesús Hernández, Vicent Faubel, Ana Llopis.

2. Cada entrevista está numerada y los números siguientes identifican las líneas de la misma.

«La utilización de las drogas por los jóvenes a partir de los años sesenta coincidió con el movimiento beatneak (hippies), que rechazaba la sociedad adulta caracterizada por el consumo, el triunfo personal, marcada por la guerra de Vietnam. 'Faites l' amour et pas la guerre'.» ENT 02, 1Ci:13 (médico psiquiatra)

A mediados de los años setenta, se produce un cambio significativo, a través de la aparición de la heroína (“caballo”). Su aparición determinó un cambio especial en las relaciones de la sociedad con las drogas. De un consumo inicial contracultural protesta, reducido, evolucionó de tal manera que se extendió a los hijos de las clases medias y trabajadoras. Dicha generalización provocó que su comercio se convirtiera en un negocio, ciertamente rentable, del que las clases marginales se hacen cada vez más partícipes.

Dicha relación entre clases marginales, relacionadas con grupos más delincuentes, unida al aumento de la inseguridad ciudadana, y a la problemática irrupción del sida (posibilidad de contagio), dieron como resultado la alarma y, posteriormente, una reacción de la sociedad contra la droga de gran dimensión. Sin duda alguna, en dichos momentos, aparece el perfil de lo que denomino como “drogadictos visibles”. La drogadicción afecta a un gran número de personas, y se hace visible a la sociedad, a través de:

- La droga afecta a un gran número personas que para costearse la droga tienen que delinquir. El aumento de robos de “baja intensidad”, como tirón de bolsos, robo de radiocassettes, robo en coches y en viviendas, hacen que la población “padezca” las consecuencias de las drogas.
- No es inusual ver cómo los drogadictos utilizan espacios públicos para “pinchase”, lo cual provoca en parte de la población reacciones de protesta ante la visibilidad del acto de drogarse.
- La aparición del virus VIH (sida), que afecta a gran parte de la población drogodependiente, y supone un “riesgo de contagio” para el conjunto de la sociedad.
- Los drogadictos presentan públicamente un deterioro físico y personal que es apreciable por el conjunto de la sociedad.
- La atención sanitaria debido a los escasos recursos económicos del drogodependiente y de su familia, hacen que sean de nuevo “visibles” en los centros de salud públicos.

El perfil del drogadicto tiende a simplificarse socialmente como el drogadicto heroínómano, que se pincha y que se le identifica con culturas marginales (delincuencia, bajos fondos...). Marginalidad y drogadicción comienzan a ir de la mano. Existe una parte del discurso social que identifica el hecho de la exclusión social o las marginalidades como la variable que explicaría el consumo de drogas y no al revés, el consumo de drogas como un factor que lleva a la marginalidad y a la exclusión social.

«Normalmente nadie ha empezado consumiendo drogas como consecuencia de la delincuencia de los robos y los tirones. Ha recurrido a la delincuencia, robos y tirones cuando a su nivel de consumo no le podía hacer frente con el trabajo, o porque no lo tenía o porque no le daba el suficiente dinero.» ENT 04, 323:328

Esta visibilidad, del drogadicto, provoca incomodidad social, y por tanto provoca su sanción social.

En la actualidad podemos hablar más bien de una normalización del consumo y de la invisibilidad del mismo

A comienzos de los noventa, la heroína fue perdiendo importancia y dio paso a otros tipos de consumo de drogas, como la cocaína, la cual es identificada socialmente como la droga del éxito, y el consumo de las nuevas drogas de diseño o estimulantes. A ambos hay que añadirles el aumento del consumo de hachís, el cual ha perdido totalmente su halo de subcultura juvenil de protesta, para extender su consumo al conjunto de la población juvenil, siendo una droga casi legal y tolerada socialmente, y el aumento de las conductas juveniles de consumo excesivo de alcohol, sobre todo durante los fines de semana.

En este rápido pero breve repaso a los nuevos cambios producidos en el contexto del consumo de drogas hay que señalar que se han producido cambios significativos que hay que resaltar:

Un aumento del consumo: Los expertos coinciden en afirmar que con respecto a épocas anteriores se puede decir que ha aumentado el consumo de drogas, si bien las estadísticas no son del todo fiables, debido a varios factores:

«ha aumentado el número de pacientes debido principalmente a que ha aumentado el consumo...»

ENT 01, 117:119

«y al final se va extendiendo ese consumo de un modo alarmante» ENT 04, 293:294

Una mayor diversificación de tipos de drogas: En este aspecto ha influido de forma significativa la aparición de las drogas de diseño, y de los estimulantes (éxtasis, benzodiazepinas, psicotrópicos, metanfetaminas). Hay una gran variedad de posibilidades y los nuevos drogadictos se convierten en unos profesionales químicos, conociendo qué nuevas sustancias aparecen en el mercado y cómo combinarlas. Es un cambio radical respecto del consumo de cocaína y de heroína, en donde el consumo se convierte en algo cada vez más individualizado y personalizado (cada uno busca su droga). Más adelante veremos que esta forma de enfrentarse al consumo de drogas es el reflejo de los cambios que se han dado en la sociedad postmoderna.

«...en estos momentos se despenaliza el consumo y podemos encontramos con otra manera de consumir, de drogarse e incluso encontramos ya mucho la drogadicción individual, cómo una persona se va deshaciendo, despegándose del grupo, en el que consume y con el que consume» ENT 04, 441:446

«Se recurre incluso a la mezcla. Son auténticos químicos, los drogadictos conocen los medicamentos, cómo mezclando y combinando comprimidos o medicamentos pueden conseguir su efecto» ENT 04, 186:189

Ha bajado el precio de las drogas: En buena parte debido a la aparición de las nuevas sustancias químicas de diseño. La no necesidad de importación de las sustancias, reduciendo la posibilidad de control policial, la gran difusión de las mismas y la posibilidad de montar un laboratorio químico en cualquier parte, han "roto" el mercado, de tal manera que se han convertido en drogas accesibles a cualquier bolsillo, lo cual ha permitido más todavía su extensión y utilización.

«...el gran protagonista de estos últimos años, son las metanfetaminas, las famosas pastillas. ¿Por qué?, bueno, primero porque no están tan marginalizadas, su consumo entre la gente joven, no se ve mal, segundo sobre todo, por su precio, una pastilla en el mercado cuesta quinientas pesetas y un gramo de cocaína vale catorce mil pesetas.» ENT 07, 95:100

«Pues eso, su accesibilidad, el ser baratas... les hace ser el gran protagonista del elemento de consumo.» ENT 07, 108:109

«Sí, ciertamente es mucho más fácil, es un motivo de seguridad: se ha estabilizado, hay menos riesgos en la importación, en el tráfico, hay menos fronteras, en cualquier sitio se puede montar un laboratorio, en cualquier sitio se puede conseguir una receta, e incluso existe el tráfico de medicamentos.» ENT 04, 401:405

«Hay una serie de modas o de corrientes, pero además hay una influencia muy clara de lo que es el montante económico; la pugna que existe entre importadores, narcotraficantes de cocaína o de heroína. Los precios van oscilando según como... de cara a no perder el mercado o las redes.» ENT 04, 424:429

Mercantilización del consumo y extensión: Desde su irrupción como sector económico sumergido en la comercialización de la heroína, el mercado de las drogas se ha revolucionado y ha sido colonizado por las reglas de mer-

cado; mayor oferta, mayor demanda, modas, fluctuaciones de precios. Y como producto de mayor cobertura, pasando de los tradicionales ámbitos reducidos de consumo a una mayor difusión y generalización del consumo de sustancias al conjunto de la sociedad.

Dos son las diferencias sustanciales que la extensión del consumo ha generado:

- La iniciación más temprana en el consumo.
- La mayor participación de las mujeres en el consumo.

«...pues claro, la mayoría de consumidores, hoy en día, son gente joven, no de un estrato social u otro; a la hora de comprar la pastilla e ir a la discoteca.» ENT 07, 113:115

«Por ejemplo se consume cada vez más pronto, lo cual quiere decir que hay un perfil de consumidor adolescente que ha aparecido ahora.» ENT 09,202:203

«Por ejemplo las mujeres se están introduciendo más en el consumo y esto es un cambio de perfil importante.» ENT 09, 204:205

Se extiende la sensación de que “todos somos potenciales adictos”, en una sociedad hedonista, que vive inmersa en el “riesgo”, y en la que cualquiera puede consumir drogas dentro de su ámbito privado.

Es por ello que el enmarcar un determinado perfil de consumidor de drogas es muy difícil y ya no se puede hablar de un determinado perfil de drogadicto. Además la connotación que lleva la palabra perfil alude a una simplificación, a una reducción de la problemática múltiple y diversificada que acompaña al proceso de consumo drogas, en una sociedad segmentada, fragmentada.

Sin embargo, la identificación de un determinado perfil se hace necesaria a la hora de configurar campañas de prevención contra la drogadicción así como para configurar y diseñar programas de tratamiento para adictos.

Los cambios que se han dado nos llevan a afirmar que los mensajes únicos sobre las adicciones ya no son válidos. Las motivaciones, las causas, y las consecuencias del consumo de drogas han variado enormemente, respecto de épocas anteriores y no hay un comportamiento estándar, sino una des-estandarización de los procesos de consumo.

De la persecución y acción violenta contra el drogodependiente se ha pasado a la asimilación social y la normalización del consumo de droga: si en un principio la actitud social fue negar la existencia del problema, con el tiempo y los programas de tratamiento, así como la aportación de los investigadores, ha provocado un cambio profundo. Pese a que siguen levantándose voces que demonizan todo tipo de drogas, que piensan en la persecución, reclusión y eliminación de los drogodependientes y traficantes, se va haciendo un camino de “comprensión” del fenómeno, de aceptación de la realidad que se impone, a la admisión y aceptación del drogodependiente, e, incluso, lo que “parece” una normalización del consumo.

Se puede afirmar que nos encontramos con una doble moral de la sociedad que critica y demoniza aquello mismo que por otro lado está promoviendo y facilitando. Son grandes los medios y capitales que mueve el mundo de la drogadicción, los negocios que se esconden en el blanqueo del dinero procedente del narcotráfico, aunque esto mismo resulta muy complicado de demostrar.

«Hay interés en que la droga siga existiendo. ¿Quién está detrás? No sólo los campos típicos. Hay gente de alto nivel económico y social también implicado. Es el reflejo de una sociedad que la demoniza, con un discurso edificante pero con doble moral porque le interesa. Es el mismo caso de la prostitución, la violencia, las armas, etc. Si se pierde esa perspectiva global, esas estructuras poderosísimas que mueven el mercado en todo el mundo, no se puede comprender los problemas locales y personales.» ENT 06, 289:296 (profesor universitario de pedagogía social)

2. MOTIVACIONES PARA CONSUMIR

En relación con los nuevos perfiles de drogodependientes es necesario volver a reflexionar sobre si continúan teniendo validez los motivos que tradicionalmente se reseñan para explicar las conductas adictivas.

En cuanto a las motivaciones para consumir drogas, los expertos apuntan a un cambio de los motivos que impulsan a un determinado consumo.

A) Las causas del origen de la adicción se suelen ver **en relación con la adolescencia o juventud** y lo interpretan diciendo que en ese momento evolutivo los adolescentes/jóvenes tienen dificultades a la hora de solucionar problemas, que pueden tener relación con la edad; se habla de consumo de drogas como sustitutivo de..., o de pérdida de sentido, influencia del grupo de iguales; también se habla de problemas familiares, estilos educativos, etc.

Creemos que no se puede probar que haya una relación entre las deficiencias y los problemas de orientación y el consumo de drogas, entre tener problemas y consumo de drogas.

En el escenario de las drogas no sólo hay personas con una personalidad labil sino que hay también jóvenes muy activos socialmente. Si nos basamos solamente en esta forma de fundamentar las motivaciones para consumir drogas, esto llevaría consigo a ver al drogodependiente como enfermo en potencia, como problemático, como víctima de determinadas situaciones

(El debate actual se centra no tanto en el abandono sino en cómo se inicia la persona en la adicción).

B) Otra forma de ver el origen de la adicción es contemplarlo como un **comportamiento que busca riesgos**. Riesgo también se acepta como algo positivo en la juventud ya que está creciendo, formando sus orientaciones, sus relaciones interpersonales, su relación con la cultura, con la sociedad.

Comportamiento de riesgo en los jóvenes que se valora como una expresión de la sociedad moderna. Tienen que “experimentar experiencias” para formar su vida propia a través de... probar y experimentar. Aunque parezca paradójico dicho comportamiento es propio de una sociedad preocupada y obsesionada por reducir los riesgos al máximo a través de la racionalidad. Como Giddens dice en su libro *Modernidad e identidad del yo*, la explicación de estas actitudes de coqueteo con el riesgo responden a la excitación que produce dominar los peligros “conscientemente” buscados, es un poner a prueba la integridad, la capacidad de la respuesta, el salir adelante en situaciones difíciles, el hacer controlable lo incontrolable. El miedo produce la excitación, pero se trata de un miedo reorientado en forma de dominio. La excitación de asumir riesgos buscados se alimenta de ese “coraje para existir” que aparece de manera general en las primeras etapas de la socialización (Giddens, 1994:71).

«...o sea, que el hecho de consumir drogas, lógicamente indica una búsqueda de sensaciones como una necesidad de experimentar cosas nuevas, sensaciones diferentes (...) el drogadicto se lanza a la piscina pero necesita no estar seguro de que haya agua, necesita esa incertidumbre para lanzarse» ENT 03, 239:241, 252:253 (Profesor universitario, investigador hospital)

(Si se tiene en cuenta esta afirmación, no se entienden algunas campañas publicitarias contra las adicciones. Esto es, se suele ignorar estos conocimientos en la prevención de conductas adictivas)

C) Una tercera perspectiva es ver el origen de la adicción en **un fenómeno cotidiano que forma parte de nuestra cultura**, al menos en relación con el alcohol se ve que vivimos en una sociedad permisiva que tolera el consumo de alcohol, aunque rechace el consumo excesivo del mismo y la borrachera se explica relacionada con una situación específica y unida a una pérdida de autocontrol y autodisciplina.

Ante los cambios que se están dando habría que considerar la problemática de las adicciones en el conjunto global de sus orígenes y desde una perspectiva que intentara solucionar los problemas que puede tener un joven, teniendo en cuenta aquellos en los que haya relación con un comportamiento que busca los riesgos, hasta los comportamientos que se deban a la cultura de adicción existente en la sociedad.

Sin descuidar las políticas de prevención que ya se están llevando a cabo en el ámbito educativo y con las familias, creemos que habría que apostar por medidas relacionadas con los ámbitos extra-escolares desde las perspectivas siguientes:

1) La primera perspectiva se refiere al fortalecimiento de la persona. Comenzando con un análisis funcional del consumo de drogas podemos establecer actividades formativas, a través de la combinación del “equivalente funcional” y la adquisición de competencias —no en la forma de programas de formación, sino en la forma de proyectos reales en el área de las actividades de tiempo libre—. Con la confrontación con lo nuevo se pueden experimentar situaciones límite. Se puede ampliar la capacidad de pensamiento y percepción y el repertorio de habilidades culturales. Con esto nos referimos tanto a medidas pedagógicas como a proyectos y experiencias culturales e interculturales, por ejemplo, en el sector de los medios. Un ejemplo de este tipo es el concepto de “espacio ideal” del grupo móvil para la prevención de dependencias: a través del trabajo en espacios vitales asociados a los jóvenes se desarrolla una idea de proyecto, un “espacio ideal”, que asume funciones reales e integra necesidades e intereses concretos de los jóvenes. De esta forma, se pueden crear proyectos como la producción de un programa musical de radio.

2) La segunda perspectiva se refiere a la confrontación con las condiciones estructurales y de situación vital y con las limitaciones de la propia configuración de la vida. De esta forma, se piensa primero en actividades que lleven a la reflexión sobre el estilo de vida o la orientación de la cultura juvenil. Además, se trata de promover el apoyo en la realización de peticiones concretas de los jóvenes, en el sentido del “social empowerment”. Otro punto importante es la actuación específica en cuestiones de género y en el problema de las dependencias específicas de género. Mientras que los comportamientos arriesgados como, por ejemplo, el consumo excesivo de alcohol suelen representar potencialmente dependencias sobre todo entre los hombres, la dependencia de medicamentos y las enfermedades alimenticias suelen darse más entre las mujeres. Este hecho pone de relieve una diferencia que va desde el trato con las propias debilidades y fuerzas o la relación con el cuerpo hasta las prácticas de prescripción de medicamentos —y que se puede reflejar en ofertas y actividades específicas de género—.

3) La tercera perspectiva se refiere a la forma de tematizar el consumo de drogas y la drogodependencia. Algunos expertos se muestran a favor de aceptar los intentos propios de los jóvenes relacionados con las drogas y de acercar los trabajos de prevención a los trabajos que aceptan el consumo. El objetivo, de esta forma, ya no es la abstinencia, sino el impedir el abuso con consumo controlado. Con el inevitable crecimiento de la cultura de las drogas en la sociedad, su petición se dirige al acompañamiento pedagógico de los riesgos, que tiene como objetivo la minimización de los peligros y que potencia la competencia de riesgos. Para ellos se trata de establecer “reglas de consumo” y de transmitir conocimientos específicos sobre las drogas con el fin de evitar peligros concretos para la salud. Una forma de tematizar esta problemática puede ser a través de proyectos de medios, en los que el trato con sustancias sea una parte entre otras del estilo de vida y la cultura de los jóvenes para, de esta forma, iniciar dentro de la misma escena una comunicación relacionada con los problemas.

Las tres perspectivas se centran en los procesos de auto-formación y en la confrontación con la propia forma de vida, donde el riesgo de dependencia y consumo de drogas son un elemento de la existencia en sociedad. La seguridad de un funcionamiento correcto de estas medidas no es posible, sobre todo debido a la discontinuidad y la libre elección de la participación en las mismas. Pero como una oferta de medidas formativas se puede esperar que ayuden a una confrontación constructiva con la realidad social para desarrollar la personalidad y establecer formas de vida sanas en una situación general de reducción de las oportunidades para los jóvenes.

Finalmente, y para responder a la pregunta de esta mesa redonda “¿Hay que ocuparse de las drogas?” y, después de constatar la invisibilidad y la cuasi-aceptación normalizada del drogodependiente, tendremos que preguntarnos por una explicación teórica que explique un consumo masivo y “aceptado” socialmente.

El consumo de sustancias adictivas es individual, aunque se realice con otras personas y en ámbitos públicos y es una consecuencia de los cambios que se dan en la sociedad actual.

3. ¿CÓMO HEMOS LLEGADO A QUE LAS RESPUESTAS DE LAS PERSONAS SEAN INDIVIDUALES Y SUBJETIVAS?

La invisibilidad de los drogodependientes y la sociedad de la segunda modernidad/sociedad líquida

«Para que el poder fluya, el mundo debe estar libre de trabas, barreras, fronteras fortificadas y controles. Cualquier trama densa de nexos sociales, y particularmente una red estrecha con base territorial, implica un obstáculo que debe ser eliminado. Los poderes globales están abocados al desmantelamiento de esas redes, en nombre de una mayor y constante fluidez, que es la fuente principal de su fuerza y la garantía de su invencibilidad» (Bauman, 2004a, p.20)

En la cita anterior se reflejan los intereses, los promotores y los beneficiarios de los cambios que se han dado en la sociedad actual que Beck (1986) denomina de la segunda modernidad y cuyo concepto que mejor la define es el de "individualización" o como la denomina Bauman (2004, p.8) "modernidad líquida". «La 'fluidez' o la 'liquidez' son metáforas adecuadas para aprehender la naturaleza de la fase actual —en muchos sentidos nueva— de la historia de la modernidad.»

En la post-modernidad las instituciones sociales surgidas como ayuda al individuo han perdido su plausibilidad. Sus normas y valores quedan en entredicho. Las instituciones, en su competencia por asegurar la vida de las personas, se quedan en evidencia al constatar que no lo pueden hacer. Para Bauman, nuestro mundo moderno se caracteriza por ser un mundo de proyectos. Pero los proyectos no son una realidad, incluso puede que nunca lo sean. Esto significa que los conocimientos y el saber son igualmente provisionales. No puede haber rutina, ni recetas valederas y transferibles de unos a otros. No hay una sola autoridad, sino varias y en constante competencia y con frecuencia contradictorias entre sí. El individuo debe seleccionar personalmente con cual se queda.

En la modernidad la transmisión de normas de conducta a través de las instancias socializadoras, familia, escuela, trabajo, eran vigiladas y reforzadas por la "autoridad jerárquicamente competente", actualmente, este modo de proceder, deja paso a una multitud de posibilidades a elegir por el propio individuo, que se convierte así en instancia última y definitiva para su actuación. En el caso de los jóvenes la socialización deviene un proceso de liberalización y de configuración individual de la propia vida, con los problemas de orientación y el conocimiento de lo que vale o no vale, convirtiéndose a sí mismos en socializadores-socializados. Iglesias, sindicatos, partidos, federaciones y otras asociaciones han perdido mucho de su atracción y de su fuerza de vinculación ideológica. Los servicios, que suelen ofrecer, son vistos como opciones del mercado que se usan según el tiempo, finalidad y calidad, pero que no "fidelizan" a los usuarios en un vínculo definitivo o en una dependencia duradera. Los jóvenes liberados además de las dependencias y obligaciones, inherentes con anterioridad a los roles relacionados con el género (había roles específicos de mujer y otros de varón), de las formas de vida fijadas ya de antemano (relaciones de pareja o en la familia), de la vinculación religiosa dirigida jerárquicamente, se encuentran ahora como personas que viven en un mundo abierto, que le exige decisiones individuales y personales.

Las personas en nuestro tiempo tienen que "apañárselas" como puedan sin el apoyo de la tradición y de su propio entorno, pues cada uno tiene que decidir por sí mismo, como quiere vivir él/ella, qué decisiones toma, en qué valores se orienta, un abanico grande de decisiones, pero también una gran cantidad de tareas, de decisiones que a veces pueden desembocar en un caos.

La obligación de decidir, de ser uno/una mismo/a pone de relieve que las relaciones, las redes, se hacen cada vez más necesarias, pero al mismo tiempo uno/una las teme, porque las ve como una amenaza a su libertad, como un peligro para sus propias oportunidades. Se contempla el futuro y la propia vida como un proyecto limitado, con plazo de caducidad, que le lleva al mismo tiempo a no querer obligarse y al mismo tiempo, esto es la otra cara de la medalla, a tener miedo del aislamiento.

“NO PODEMOS ESCAPAR A LA INDIVIDUALIZACIÓN”

Individualización hace referencia a la demanda social y a la oportunidad individual para desarrollar las competencias que le pueden llevar a participar como actor en la sociedad. El sociólogo Ulrich Beck, en su libro *Sociedad de riesgos* (1986) analiza la sociedad actual basándose en el paradigma de la “individualización”. Si aplicamos este concepto a las situaciones, relaciones personales, problemas y acontecimientos con los que diariamente nos encontramos en la sociedad actual (que Beck denomina de la segunda modernidad, o que Bauman caracteriza de sociedad líquida), los podremos interpretar, entender.

La tendencia de la sociedad a la individualización es la característica, el distintivo de la sociedad de la segunda modernidad.

«La modernización no sólo conduce a la formación de un poder estatal centralizado, a concentraciones de capital y a un tejido de textura cada vez más fina de las divisiones del trabajo y de las relaciones de mercado, a la movilidad, al consumo de masas, etc., sino también —y con esto entramos en el modelo general— a una triple ‘individualización’: disolución de las precedentes formas sociales históricas y de los vínculos en el sentido de las dependencias en la subsistencia y dominio tradicionales (‘dimensión de liberación’); pérdida de seguridades tradicionales en relación al saber hacer; creencias y normas orientativas (‘dimensión de desencanto’), y un nuevo tipo de cohesión social (‘dimensión de control o de integración’) una nueva forma de relación, de unión social.» (p. 206)

Esto significa que con el concepto “individualización” estamos expresando que las personas estamos “obligadas” a elegir, a tomar decisiones; que los vínculos tradicionales no tienen vigencia, no tenemos unos vínculos en los que apoyarnos y que, por tanto, tenemos que construir nuevas formas de relación, nuevas redes sociales.

Las instituciones sociales surgidas como ayuda al individuo han perdido su plausibilidad. Sus normas y valores quedan en entredicho. Las instituciones, en su competencia por asegurar la vida de las personas, se quedan en evidencia al constatar que no lo pueden hacer. Si la era industrial se apoyó en un consenso de progreso, que ha legitimado en principio el desarrollo técnico y económico durante la primera fase de la era industrial, “ahí donde se ha infringido de manera global, palmaria y sistemática, este contrato de seguridad, el consenso respecto del progreso deja de ser él mismo en consecuencia algo indiscutible” (Beck, 1997, p. 23). Si esto es así no es raro que hablemos de una sociedad en “permanente crisis”, algunos hablan de una sociedad en la que la revolución se está llevando a cabo en silencio, cuasi de un modo imperceptible.

«No nos olvidemos... la individualización es un destino no una elección. En la tierra de la libertad individual de elección, la opción de escapar a la individualización y de rehusarse a tomar parte de ese juego es algo enfáticamente no contemplado... Y además, si se enferman, se presupone que es porque no han sido lo suficientemente constantes y voluntariosos en su programa de salud; si no consiguen trabajo, es porque no han sabido aprender las técnicas para pasar las entrevistas con éxito, o porque les ha faltado resolución o porque son, lisa y llanamente, vagos; si se sienten inseguros respecto del horizonte de sus carreras y los atormenta su futuro, es porque no saben ganarse amigos e influencias y han fracasado en el arte de seducir e impresionar a los otros.» (Bauman, 2004a, p. 39)

La individualización implica, que las personas de esta sociedad pueden liberarse de muchas presiones sociales, de muchos condicionamientos del medio social y pueden desarrollar sus propios estilos de vida, sin preguntar al vecino lo que le parece, ni a sus mayores, ni al colectivo en el que se incluye. Libertad, singularidad, y aumento de formas de vida es la oportunidad que nos ofrece la sociedad de la segunda modernidad.

Pero al mismo tiempo, de ahí una vez más su ambivalencia, el individuo ya no puede recurrir al exterior, sociedad, familia o medio social para recabar ayudas, orientación de vida y ejemplos para su situación individual. Las normas sociales, los estilos de vida comunes, los vínculos religiosos y/o morales pierden su plausibilidad, su legitimidad, su

influencia. El pacto de progreso que caracterizó en décadas anteriores a la sociedad industrial ha dejado de funcionar. El individuo tiene que inventarse su propia vida, escribir su propia biografía.

«En pocas palabras, la 'individualización' consiste en transformar la 'identidad' humana de algo 'dado' en una 'tarea', y en hacer responsables a los actores de la realización de esta tarea y de las consecuencias (así como de los efectos colaterales) de su desempeño.» (Bauman, 2004a: 37)

El aumento de libertad y de opciones, conlleva también la pérdida de vinculación, de sentido y de anclaje.

Si aplicamos el concepto individualización para analizar la situación de los jóvenes constatamos que éstos no son meros sujetos determinados por la sociedad o simples "objetos" de la "socialización", sino que son verdaderos actores que manejan, o como mínimo, influyen en las condiciones de sus vidas. Los/las jóvenes se comportan de un modo específico, propio. Ellos/ellas hacen uso de determinados recursos biográficos, económicos, sociales y culturales. De ahí que hablemos de la "juventud" y de "vida juvenil" como metáforas representativas de una realidad diferente, al igual que usamos otros criterios como el género, los ambientes urbanos y rurales, las clases sociales, las tradiciones culturales, las regiones geográficas y así sucesivamente, para diferenciar formas, estilos y condiciones de vida.

Los jóvenes, por tanto, deben elegir y hacerlo correctamente, corriendo el riesgo de no acertar y resultar socialmente excluidos. Además, la capacidad del individuo de negociar su transición a la vida adulta todavía depende sustancialmente del capital cultural de que disponga, del apoyo proporcionado por su familia, y de las oportunidades o restricciones referidas al género y a la procedencia. No obstante, podemos observar que la diversificación y la individualización generan cambio social. Este cambio no sólo se refleja en el proceso emancipador de los jóvenes sino también en sus demandas.

Con ello se abre una abanico a la diversidad de situaciones, a la diversidad de oportunidades, y a una amalgama de espacios y ámbitos que antes estaban secuencialmente organizados, y que ahora aparecen como superpuestos, intercambiables, pro-gresivos y re-gresivos al mismo tiempo.

El proceso de individualización se presenta al mismo tiempo como oportunidad y como un riesgo.

Para poder dirigir su vida la persona necesita de conocimientos, habilidades individuales para poder tomar decisiones razonadas y enfrentarse a las decisiones que debe tomar con posibilidades de éxito. Por tanto la individualización también es un proceso de desarrollo de desigualdades. Individualización se ha visto muchas veces como desigual, porque los individuos tienen diferentes trasfondos sociales y de clase.

Un asunto central en la individualización es que el individuo tiene oportunidades de elegir. En las sociedades modernas, la elección se puede ver como el aspecto constitutivo de convertirse en un individuo. Los valores y la ideología no gobiernan a la gente, de la gente se espera que elijan los valores e ideologías que prefieran.

En una sociedad del consumo, más y más áreas de la vida están sometidas a la lógica del consumo y la elección. El consumo necesita de más y más tiempo y energía. El mundo está formado como un gran mercado de consumo. Tampoco los partidos políticos representan ya a clases o categorías específicas de gente en la sociedad. Como otros bienes de consumo, también los partidos políticos se anuncian y tratan de vender una marca específica o una determinada ideología. En un mundo así, más y más elecciones individuales son formadas por la lógica del consumidor. Y la lógica del consumidor significa que la toma de decisiones ha pasado de un modo basado en los valores y la elección reflexiva a una selección entre las diferentes oportunidades o mercaderías. Por tanto, el proceso individual de hacer una elección se parece cada vez más al proceso de selección en un supermercado. Así, los procesos de democratización están constituidos por elecciones y los individuos se convierten en individuos a través de la participación en decisiones democráticas.

Como ilustración, el proceso de elección se puede dividir en tres fases: se tiene una mercadería (una pelota de fútbol roja), se coloca la mercadería en un contexto social (podría ser divertido jugar con los niños) y se incluye a uno mismo en el contexto (Yo soy un buen jugador de fútbol).

La misma lógica parece seguir la toma de decisiones individual y el desarrollo de la auto-comprensión y la identidad: los jóvenes pueden hablar sobre sí mismos, se han convertido en una “mercadería”, se ven entre sus iguales y se ven como una cualidad especial dentro del grupo.

La elección moderna se convierte así en una elección práctica influenciada por la lógica del consumidor. Las elecciones individuales se están convirtiendo en un aspecto de los procesos de estructuración y, por tanto, dependen del desarrollo de calificaciones y competencias individuales de estructuración (Sven Moerch).

«Desear es gratis; pero para desear en forma realista y de este modo sentir el deseo como un estado placentero, hay que tener recursos. El seguro de salud no da remedios contra el aburrimiento. El dinero es el billete de ingreso para acceder a los lugares donde esos remedios se entregan (los grandes centros comerciales, parques de diversiones o gimnasios); lugares destinados ante todo a mantener vivos los deseos, insaciados e insaciables y, a pesar de ello, profundamente placenteros gracias a la satisfacción anticipada» (Bauman, 1995, p. 66).

Y es precisamente en la competición por las ofertas del mercado, sobre todo referidas al consumo, en donde las oportunidades de éxito dependen de la capacidad de compra de los sujetos. El consumo de bienes y servicios, depende de los propios recursos e ingresos, creando así un círculo de limitación dentro de cuyas fronteras algunos tienen muchas opciones, dependiendo de su formación y de su origen, mientras que otros fuera de ellas se mueven entre el fracaso y la atracción por acceder a todo lo que el mercado ofrece. La situación se asemeja para ellos, al burro, que persigue la zanahoria puesta 10 centímetros por delante del alcance de su boca.

La lógica del consumo influye en todos los aspectos de las sociedades contemporáneas: la gente consume diariamente y son guiados por anuncios que dicen cómo se tienen que comportar como consumidores. En el sistema sanitario, por ejemplo, los clientes se convierten en usuarios o consumidores de los diferentes servicios. Esto pasa en muchas otras áreas de los servicios sociales. También los partidos políticos se presentan a los “usuarios” o consumidores y utilizan la publicidad para dar a conocer sus políticas. La gente ya no es sólo consumidora de productos, sino también de la política, de servicios sociales, etc. En las sociedades de consumo, muchos de los valores tradicionales en las sociedades industriales han cambiado. La sociedad de consumo hace del consumo un principio rector. La gente ve el mundo como un gran supermercado y por ello tiene que desarrollar nuevos valores y habilidades que le faciliten la selección entre las diferentes mercancías.

El reto en una sociedad de consumo es que los procesos de individualización preparen para las habilidades de consumidor. Especialmente los jóvenes se han convertido en un grupo de consumidores. La cultura juvenil es una creación del consumo y a su vez crea nuevos estilos de vida. Muchos aspectos de la juventud se presentan como oportunidades para la selección individual y, de esta forma, el mundo parece un gran mercado con auto-servicio.

BIBLIOGRAFÍA

- Bauman, Z. (1995). *Moderne und Ambivalenz. Das Ende der Eindeutigkeit*. Fischer Taschenbuch, Frankfurt a. Main.
- Bauman, Z. (2004). “Flüchtige Moderne”. Conferencia pronunciada en el *Congreso de ANSE sobre Die Werte-problematik als herausforderung für Praxis und Konzept von Supervisión und Coaching* (7 de mayo de 2004, Leiden/NL)
- Bauman, Z. (2004a). *Modernidad líquida*, Buenos Aires/ México, Fondo de Cultura Económica.
- Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt a.M. suhrkamp.
- Beck, Ulrich y Beck-Gernsheim Elisabeth. “Nicht Autonomie, sondern Bastelbiographie. Anmerkungen zur Individualisierungsdiskussion am Beispiel des Aufsatzes von Günter Burkart”, en *Zeitschrift für Soziologie*. Heft 22, 1993, Juni. Enke Verlag. Stuttgart. pp.178 –187.

Drogas, salud pública y... ¿algo más?

Manuel Araujo Gallego



«Ha sido algo previsible que se reproducirá y volverá a dejar estupefactos a los diversos observadores sociales que reafirmados en todas sus convicciones tienen dificultades para meter en el 'lecho de Procusto'¹ de la teoría un fenómeno que le excede por todas partes.»

Con esta frase comienza Michel Maffesoli¹ un interesantísimo artículo sobre los incendios que hace más o menos un año causaron múltiples desperfectos en Francia, pusieron en serios aprietos a las fuerzas públicas del país vecino, provocaron la alarma social y desencadenaron una aguda crisis —interna y de imagen pública— en el Gobierno Francés. Los medios de comunicación llegaron a comparar los hechos con los de famoso mayo de 1968.

Al leerlo y releerlo uno no puede dejar de pensar, salvando las diferencias, en el consumo de drogas, o al menos en algunos consumos de “algunas drogas”, y más concretamente en lo que podríamos denominar la “ceremonia” del mal llamado, a mi entender, botellón; pero que bien podría extenderse al consumo de psicoestimulantes y cánnabis en lugares de ocio como discotecas y pubs. Obviamente las sustancias son policonsumidas, como igualmente se entremezclan dichos consumos en los diferentes contextos; ni hay —o son muy escasos— consumidores de una sola droga ni éstos las toman en un solo lugar, aunque “salir de marcha” represente uno de los contextos principales de usos de drogas. Hernán y otros (2004)¹¹, en un artículo sobre la salud de los jóvenes, nos lo recuerdan cuando escriben que entre el 50 y el 70% de los jóvenes salen a la calle al menos una noche todos los fines de semana y que “salir de marcha” para hablar con los amigos, beber y a veces consumir otras drogas, es una actividad muy extendida entre los jóvenes.

El polimorfismo del consumo de bienes también tiene su equivalente en el consumo de drogas; al fin y a la postre éste no deja de ser un hijo —algo díscolo quizá— de aquél.

Una buena parte de quienes acuden a las “concentraciones con alcohol”, toman algo más que bebidas alcohólicas y más tarde siguen la noche en locales como pubs o discotecas. En la realidad el fenómeno es el de un uso heterogéneo y consecutivo de diferentes drogas ingeridas en ambientes diferentes y por los que se transita también de forma consecutiva. No parece sencillo; no lo es, y realmente estamos ante una de las cuestiones más complejas de la actual sociedad. Por que también existe un “estilo” de consumo más individual y solitario, aunque de nuevo, al menos en su traslación a la clínica y en estos casos, los pacientes acuden con cierta frecuencia al “nos”, primera persona del plural como todos sabemos, para referenciar algunos de sus comportamientos al grupo al que dicen pertenecer, los drogo-dependientes, como si de ciudadanos de una nación identitaria se tratase —si es que tal pudiese existir—.

El sentimiento de pertenencia nos articula, en torno a un común imaginario, a veces fabulado, en ocasiones lisa y llanamente inventado. Y en la adolescencia esta necesidad evolutiva —sentirnos acogidos y queridos por el grupo de

1. Según la mitología griega, Procusto, un bandido de Ática, vivía en un refugio en las colinas a las afueras de Eleusis, en el cual alojaba a viajeros. Procusto les ofrecía una cama y les ataba a ella. Si el invitado que se acostaba era más largo que la cama, Procusto procedía a serrarle las piernas. Si por el contrario era más bajo, le alongaba las piernas mediante un potro hasta que coincidiesen con la cama. Nadie coincidiría con el tamaño de la cama porque ésta era secretamente ajustable. Procusto continuó con sus prácticas hasta que fue capturado por Teseo, que le aplicó su propia medicina: lo ajustó a la cama cercenándole la cabeza y los pies. Modificado de Wikipedia (acceso: <http://es.wikipedia.org/wiki/Procusto>, 30/09/2006).

iguales— es un nutriente esencial para el desarrollo; y también sigue siendo importante en la adultez. Por tanto es algo natural e inevitable, cuestión que por cierto debería ser tenida en cuenta a la hora de plantear y llevar a cabo las políticas de juventud.

El consumo de drogas, incluyendo el realizado en el contexto del botellón es esto... y algo más. Pero vayamos por partes.

Y recurramos en primer lugar a los datos, con la precaución de saber que la estadística o la epidemiología son sólo necesarias aproximaciones, parciales y en el orden de lo descriptivo, no de lo explicativo; y sin dejarnos caer en la fascinación infantil de que poniendo cifras a los hechos sociales, éstos, por arte de birli brolque, ya están sabidos y así nos son accesibles. Ocurre con las cifras lo que a menudo ocurre con los árboles, no nos dejan ver el bosque. Los datos son puntos en un mapa, pero como todos sabemos un mapa no es el territorio... y la vida tiene lugar en un territorio, no en un mapa. Es necesario disponer de datos —¡ojalá tuviésemos más!— pero no es suficiente. En este sentido llama la atención que se haya estudiado tan poco el consumo de las diferentes sustancias en estas reuniones, así como la frecuencia de hacer botellón de los consumidores de las diferentes sustancias, especialmente cánnabis, cocaína y drogas de síntesis. En el tema del botellón la información todavía está muy dispersa^{III} (Calafat y otros, 2005) y aún parece existir más monto de opinión que de ciencia y pensamiento.

Pues bien, hagamos una aproximación, siquiera sucinta e incompleta, al fenómeno del botellón, tomando éste como ejemplo contemporáneo del consumo de drogas porque, como veremos las bebidas alcohólicas —aunque no sólo— se utilizan en este caso, con mayor o menor intensidad, como sustancia —el alcohol— capaz de alterar la conciencia, modificando así la forma de estar en el mundo; y esto también forma parte de ese algo más.

El estudio *El consumo de drogas en Galicia VIII* de 2004^{IV} puso en evidencia que el 8% de la población gallega mayor de 12 años (unos 200.700 ciudadanos) había participado en algún botellón en los últimos 6 meses. Se trata de una cifra ciertamente elevada, aunque inferior en 2,3 puntos a la registrada en 2002. Casi la mitad de ellos (3,5%) decían participar una o más veces al mes. Algunas de sus características más relevantes son las siguientes:

- El grupo etario más involucrado es el de los 19-24 años, seguido de cerca por el de los 12-18 y, con menor frecuencia, por el de los 25-39 (también hay participantes de entre 40-54 años, pocos pero ahí están). Sin embargo, en el consumo global de bebidas alcohólicas en Galicia los grupos más representados son los de mayor edad (40-54 y más de 55) decreciendo hasta el de 12-18; es de resaltar no obstante que aunque en el grupo de 19-24 años sólo hay un 27,6% de bebedores diarios, éstos son los que más mililitros de alcohol beben (61,49 de promedio diario). Es decir, en los grupos más jóvenes hay menos bebedores diarios pero éstos beben mucho más que los mayores.
- La relación hombre-mujer es de 1,6 a 1, mientras que en el consumo abusivo global de estas bebidas es de 2 a 1; hay por tanto mayor representación de las mujeres en el botellón.
- Casi la mitad (47,3%) de los que acuden a estas concentraciones con alcohol son bebedores abusivos de alcohol, destacando que el 30% lo son de gran riesgo (consumen más de 150 cc. de alcohol puro). En contraposición, el abuso de alcohol en el consumo poblacional de bebidas alcohólicas se queda en el 7,6% y los bebedores de gran riesgo sólo alcanzan el 1,5%.
- La gran mayoría (72,2%) de las bebidas consumidas en los botellones son destilados de alta graduación alcohólica, destacando el güisqui (28,9%), el ron (20,6%) y el vodka (13,8%); los fermentados son consumidos en menor proporción (24,9%), siendo el vino (15,9%) más utilizado que la cerveza (9%). También aquí la situación es la contraria al consumo general de bebidas alcohólicas, en el que lo más consumido es, por este orden, el vino y la cerveza y en una proporción mucho menor los destilados.
- Casi uno de cada tres participantes en el botellón (29,7%) consumieron otras drogas cuando acudieron por primera vez a dicha concentración; las más consumidas fueron cánnabis, cocaína y éxtasis (14,4%, 8,8% y 5%, respectivamente de todos los participantes). El 20,4% sigue consumiendo estas drogas cuando acude al botellón, observándose entre éstos un aumento importante en el consumo de cánnabis, que llega al 19,7%.

- El 84% de los botelloneros —neologismo que empieza difundirse— dicen estar bastante o muy satisfechos de su participación en estas concentraciones; y esta amplísima satisfacción es general ya que no se apreciaron diferencias entre los diferentes grupos etarios, sexo, nivel de alcohol ingerido u otras desagregaciones.
- EL 59% respondió que el botellón tiene para ellos bastante o mucha importancia en su vida, destacando especialmente los más jóvenes (entre 12-18 y 19-24 años, por este orden).
- Los motivos principales por los que se participa en estas concentraciones son “estar con mi grupo de amigos” (58,2%), y “por el ambiente que se crea” (26,4%). Porque le gusta tomar alcohol sólo es motivo principal para el 5,3% y porque no hay alternativas para el 2,3%.
- El 47,2% reconoce que en el transcurso del botellón se han producido varios problemas; los señalados con más frecuencia son riñas o peleas con otros (26,9%), comportamientos sexuales desinhibidos (21,2%), discusiones con los vecinos (9,4%), estropear mobiliario urbano (7%) y enfrentamientos con la policía (6,3%).

Otros estudios presentan datos en la misma línea y nos ofrecen más información. El *Informe 2004 sobre la juventud en España* publicado por el Instituto Nacional de la Juventud (Aguinaga y otros, 2005)^V recoge que el 15,7% de los jóvenes españoles entre los 15 y 29 años hacen botellón como actividad habitual, entre otras, en el fin de semana (cifra que, aunque alta, esta lejos del 48,4% que van al cine, del 72,4% que van a bares, cafeterías o pubs o del 57,4% que van a discotecas —lugares estos dos últimos que son los más utilizados por los jóvenes y donde seguramente también consumen bebidas alcohólicas, entre otras sustancias—). El grupo etario que más realiza esta práctica se sitúa entre los 20-24 años (44,8%), seguido del de los 15-19 (35,6%) y del de los 25-29 (19,6%), situación similar a la encontrada por el estudio gallego.

Baigorri y otros (2004)^{VI} recogen que en Extremadura en torno a los 77.000 jóvenes se reúnen al menos una vez a la semana, y sobre 25.000 lo hacen de forma sistemática, al menos dos días por semana, mientras que unos 16.000 menores de entre 14 y 16 años asistirían con regularidad al botellón, 4.500 de los cuales acudirían de forma sistemática. Señalan también que la mayoría de ellos fuman “canutos” y algunos esnifan cocaína y/o toman pastillas o consumen otros tipos de drogas ilegales.

Otros estudios recogidos en el trabajo ya citado de Calafat y otros (2005) muestran datos en la misma línea. Por ejemplo los estudios de Navarrete y otros en Andalucía, Galicia y Madrid; en el primero encuentran un 64,6% de menores entre 14-17 años que consumen alcohol de forma habitual en el botellón, mientras que un 37,5% consumen porros, un 7,3% ácidos y pastillas y cocaína un 2,1%. En Galicia encuentran cifras más altas: 71% consume alcohol de forma habitual, mientras que un 50,7% fuman porros, un 11% ácidos y pastillas y un 13% cocaína. Y aún mayores en Madrid: entre los menores de las citadas edades, que hacen botellón, encuentran un 85,7% de consumidores habituales de alcohol, 57,7% de porros, 15,4% de ácidos y pastillas y 7,8% de cocaína.

Elzo y otros (2003)^{VII} presentan algunos datos de una investigación realizada en 2002 entre escolares de San Sebastián de entre 12 y 19 años, en la que encuentran que el 46,3% dice haber practicado botellón en el último año, siendo varones fundamentalmente. También observa que el botellón no es algo que se realice todas las semanas, de hecho la frecuencia más baja se encuentra entre quienes dicen practicarlo todas las semana, situación similar a la evidenciada por el estudio gallego. Otras coincidencias son igualmente interesantes, porque inciden en una universalización —globalización si se prefiere— de las características del botellón en España; lo que también forma parte de ese algo más.

El trabajo de Elzo y otros detecta también una importante ingesta alcohólica: el 60% beben un litro o más de bebidas alcohólicas y “las tres cuartas partes de los jóvenes que practican botellón todas o casi todas las semanas son bebedores excesivos”, aunque también se dan consumos moderados del alcohol entre quienes lo practican frecuentemente. Un aspecto importante del estudio es que nos desvela que la práctica del botellón no implica un menor gasto en bebidas alcohólicas; el objetivo es alcanzar el “punto”, de forma barata, para iniciar la salida con el grupo de amigos con el “punto” ya cogido, mientras que “el dinero se reserva para los locales”.



Estas cifras debemos entenderlas en la perspectiva del consumo general de bebidas alcohólicas de los jóvenes. Hernán y otros (2004), en su trabajo ya citado, nos dicen que entre el 25 y el 30% de entre 13 y 17 años y entre el 35 y el 60% de entre 18 y 29 años declaran que beben alcohol regularmente; que los chicos consumen más cantidad de alcohol que la chicas, si bien éstas, en la última década, han aumentado su frecuencia de consumo hasta hacerla similar a la de sus iguales varones. Las tendencias son, pues, marcadamente iguales a las puestas de manifiesto por los datos comentados anteriormente, por lo que parece que estamos hablando básicamente de lo mismo.

La globalización del botellón que mencionamos más arriba es ciertamente un hecho, como se puede observar en el mapa adjunto. Fue elaborado por Baigorri y otros (2002) dentro de la investigación sobre hábitos de ocio nocturno y consumo de alcohol^{VIII} a partir de noticias recogidas en las versiones digitales de 106 medios de comunicación del país, incluidos diarios nacionales, especializados, regionales y locales, así como televisiones y agencias. Aunque este método contiene, como los propios autores señalan, evidentes limitaciones, muestra con toda claridad que no se trata de un hecho aislado, sino de una práctica universal en nuestro medio y que genera conflictos que la prensa refleja. Como los propios autores nos advierten más que un mapa del botellón, es un mapa de los conflictos que los medios recogen como ocasionados por esta práctica. Pero tampoco puede decirse que sea una costumbre española. Así nos dicen que el botellón existe en Chile o en Argentina, donde los jóvenes adquieren bebidas en tiendas de conveniencia y las consumen en la calle como paso previo a entrar en discotecas. También en Chicago y Rusia. Aunque en cada lugar tenga las pertinentes diferencias y seguramente, en ocasiones, importantes parecería que asistimos a un fenómeno universal.

Pero aparte de estas evidencias, de las cifras que nos dicen que existe una cierta relación entre practicar botellón y consumo abusivo de alcohol, que se trata de una actividad que supone una de las diferentes que llevan a cabo los jóvenes en una salida (especifiquemos: adultos jóvenes y en menor medida adolescentes y también adultos a secas), que además de alcohol consumen otras sustancias, que también supone una forma barata —que no alternativa— de coger el “punto” para ir luego a locales de copas, que tiene lugar en toda España, etc., existe... algo más. Además de los árboles existe el bosque.

En este caso el bosque es un grupo de personas multiforme, que realizan una actividad plural en sus formas y motivaciones pero que tienen una poderosa referencia en común. Lo que parece nuclear es vivir el grupo de amigos, que va extendiéndose hasta crear grandes concentraciones —a veces de miles de personas—. El sentimiento de pertenencia que nos articula. Para ellos esta actividad no sólo es muy importante en su vida —especialmente para los más jóvenes—, sino que además es altamente satisfactoria, y lo hacen porque quieren estar juntos en ese ambiente. Y ello a pesar de que reconocen abiertamente que el botellón provoca diferentes problemas, y más de uno por sesión, podríamos decir. Pero... ¿A pesar de ello o quizá también —pero no sólo— por ello? No, no estoy repitiendo el manoseado mantra de que la juventud no tiene valores y —lo siento— simplezas de igual calado (no tienen respeto, etc., etc.). ¿Nos suenan frases como las siguientes?:

- «Estos son malos tiempos. Los hijos han dejado de obedecer a sus padres y todo el mundo escribe libros.»
- «Los jóvenes hoy en día son unos tiranos. Contradican a sus padres, devoran su comida, y le faltan al respeto a sus maestros.»
- «Nuestra juventud es decadente e indisciplinada. Los hijos no escuchan ya los consejos de los mayores. El fin de los tiempos está próximo.»

Quizá no exactamente pero cosas similares pueden oírse, ¡y leerse! en nuestros días. Sólo que... la primera frase pertenece a Marco Tulio Cicerón (106-43 antes de Cristo); la segunda se le atribuye a Sócrates (470-399 antes de Cristo)

y la última se dice que es un Anónimo Caldeo, hacia el año 2000 antes de Cristo. Lógicamente son expresiones de adultos, es evidente. Ya nos decía Shakespeare que “los viejos desconfían de la juventud porque han sido jóvenes”. ¿Será que los adultos no hemos cambiado —o dejado de decir simplezas— en los últimos 4.000 años? Quizá sea una buena hipótesis, pero desde luego no es este el momento de ocuparse de ella.

Esa forma de estar juntos posee algunas características importantes. En primer lugar demuestra la capacidad que tienen los jóvenes de hacerse presentes, visibles, de ocupar un espacio público urbano, a veces de forma itinerante. Pueden ocupar los lugares más inverosímiles, desde el pensamiento adulto claro. Así ha ocurrido por ejemplo con el macrobotellón de Sevilla de principios de octubre. La prensa lo recogía de la siguiente forma: «En Sevilla, casi 9.000 estudiantes se citaron el jueves en la Avenida de la Raza y tomaron una gasolinera en la que compraron hielo y bebidas. Los trabajadores de la estación de servicio interrumpieron el suministro de combustible desde las 17,30 hasta las 19,00 porque muchos de los jóvenes fumaban y hablaban por el móvil junto a los surtidores...»^{IX}

Esta ocupación del espacio es en cierta medida espontánea, aunque inicialmente se convoque mediante mensajes enviados por los teléfonos móviles. No requiere mayor organización ni planificación: se convoca y ya está. Es como un *happening*. Es autogestionada. Se puede cambiar de sitio, especialmente si la policía acude al lugar de concentración; además en una misma ciudad puede haber más de una concentración, como Elzo y otros (2003) nos dicen en su trabajo ya comentado, y como también refleja la prensa. Por ejemplo *El Correo Gallego*^X publicó recientemente una noticia con el titular «Cuatro mil jóvenes en el primer macrobotellón del curso académico», en la que se puede leer «...alrededor de 1.500 personas estuvieron en el paseo central de la Alameda», y otros «2.500 eligieron la zona que va desde las escalinatas al campillo del Campus», citando palabras de la concejala de Medio Ambiente y Limpieza del Ayuntamiento de Santiago de Compostela.

También se hacen convocatorias de ámbito estatal. Incluso se intenta batir un récord, como ocurría con el “título” de Granada como capital nacional del macrobotellón el pasado 17 de marzo, cuando según los medios se concentraron más de «25.000 jóvenes bebiendo alcohol en la explanada de la Huerta del Rasillo»^{XI}; ¡una cifra mayor que el número de habitantes del 95% de los ayuntamientos de Galicia! También hay quien se reclama cuna del botellón como es el caso de Cáceres, como nos dice Baigorri y otros (2004). Esta forma de estar juntos no es una forma cualquiera, es... algo más.

Tiene ciertamente visos de desafío. Sería algo así como proclamar a las claras «podemos concentrarnos cuando queremos, donde queremos, en un gran número y a nuestra manera, a pesar de lo que digan y hagan los adultos.» También tiene algo de solidaridad entre los jóvenes: responden a la convocatoria, no sólo en una ciudad o una comunidad autónoma, si no ¡en toda España! ¿Qué organización puede reunir a tanta gente simultáneamente en tantas ciudades en la misma fecha? Por el momento aún no se me ha ocurrido ninguna.

Un cierto desafío que supone reclamar su espacio, su lugar en la ciudad y por tanto en la sociedad. Dejan claro que compiten por él. Es un reto a sí mismos y a los adultos que organizan la forma de estar juntos; que va de la mano del riesgo, no ya por el abuso de bebidas alcohólicas o de otras sustancias, el comportamiento sexual desinhibido, las riñas y las peleas entre los concentrados, o los altercados con los vecinos —tres componentes que ellos mismos señalan como problemas que se producen en el botellón— y eventualmente por los enfrentamientos con la policía, sino a veces también por el lugar al que llega la concentración, como la gasolinera de Sevilla que comentábamos anteriormente. Mayor estupefacción si cabe para los adultos, que asisten a un espectáculo que no entienden y que describen en los periódicos así: «surtidores de gasolina utilizados como barra de un bar, cientos de jóvenes fumando junto a las mangueras o sobre las bombonas de butano y teléfonos móviles que no dejan de sonar.»^{XII}

Un cierto desafío por las basuras que dejan tiradas, que los medios nos suelen recordar que son miles y miles de kilos y también, ¿por qué no decirlo?, porque orinan por doquier. Literalmente se mean en los espacios públicos que los adultos han construido —a veces con poca fortuna— para su propio uso, quizá no tanto para el de los jóvenes.

Los jóvenes se hacen visibles a su estilo, como no puede ser de otra manera. A los adultos no tiene por qué gustarnos; es más, lo lógico, por variadas razones que ahora no podemos abordar, es que a los adultos no nos guste. Y

parte de ese estilo es tener muy poco en cuenta los riesgos, ya sabemos que la vivencia del riesgo no es la misma durante la adolescencia que en la adultez. No pretendemos que los adolescentes y jóvenes se comporten como adultos que no son ¿o sí? Sería bueno entender que el desafío puede tener que ver no tanto con los adultos en sí sino con cómo los adultos estamos construyendo permanentemente la forma de estar juntos.

En los buscadores de las páginas en internet de los periódicos salen cientos de noticias relacionadas con el botellón desde el 1 de enero del presente año hasta el 8 de octubre; *La Voz de Galicia*, por poner un ejemplo cercano al que esto escribe, devuelve de dicha búsqueda nada más y nada menos que 634 documentos (algo más de 2 noticias al día). Y esta visibilidad se proyecta más allá del propio país. Así, sobre las macroconcentraciones de marzo pasado, se puede leer en este periódico^{XIII} que «la BBC titulaba su crónica del siguiente modo: ‘El botellón masivo español desencadena disturbios’... *Libération* titula: ‘El botellón lleva el motín a Barcelona’ y *El Corriere de la Sera* opta por: ‘España: botellón, arrestos y heridos en todo el país’...» No cabe duda que la juventud española se hizo muy presente. Y como queda patente la prensa lo recogió, lo que probablemente también proporcionó identidad al “movimiento”² y a la vez, lo reforzó; la competición del mes de marzo también puede verse desde esta perspectiva: a ver quién lo hace más grande y sonoro. Es decir, existe... algo más.

Aclaro que tampoco estoy entonando el mantra de que es culpa de la prensa. No es así. Informan de lo que hay, pero ciertamente escribirlo, filmarlo o fotografiarlo tiene también sus efectos. Y uno de ellos puede ser el de modelar comportamientos. Fernando Ónega^{XIV} lo dice más claramente y mejor: «Lo confieso: me faltó un gramo de valor para no presentarme anoche en un macrobotellón (...) Es que no hubo acontecimiento en el último medio siglo que haya sido más publicado, glorificado y mitificado. No hubo periódico que no crease expectación, como si fuera otro partido del siglo. No escuché un programa de radio que no se ocupara del acontecimiento. No he visto un programa de televisión que no hablara de lo mismo. Informativos, tertulias, espacios de entretenimiento han actuado de estímulo como complemento de las *modelnas*³ convocatorias por SMS e Internet (...) Eso sí que es efecto llamada...» Y esto también forma parte de ese... algo más: los medios de comunicación.

Los medios de comunicación los escriben, los hablan y los filman los adultos. Por tanto reflejan la realidad desde su perspectiva. ¿No hay un algo de fascinación por el evento para que tanto ocupe —y preocupe— a los adultos? ¿Qué es lo que tanto nos fascina, hasta el punto de agradecer que el día de los hechos de marzo la lluvia⁴ se convirtiera en fiel y abnegada aliada del orden establecido?, ¿será la capacidad de movilización, el desafío a la rutina, de la que a todos nos gusta o gustaría huir?⁵ ¿La improvisación, el ambiente de que hacemos algo nuevo que estamos compartiendo y festejando y por lo que además somos noticia?

Es el triunfo del ocio sobre el negocio, del deseo, del goce y del placer sobre el “imperativo categórico” del trabajo, la responsabilidad, la asepsia y el orden; es el reconocimiento de que “una cosa puede ser bella no sólo aunque no sea buena sino precisamente por eso por lo que no es buena”, como nos señala Maffesoli en el artículo ya citado. Los adultos tenemos un dicho para esta situación (con variantes similares): “todo lo que me gusta es ilegal, inmoral o engorda”. El aquí y el ahora cotiza al alza. Es el presentismo postmoderno.

Pero de ello también participamos los adultos en no poca medida. Cada vez celebramos más eventos (sentados en una mesa con comida y bebida): la compañera de trabajo que se incorpora al puesto, el compañero que lo deja por-

2. Entre comillas porque en realidad no es un movimiento, es decir, no es algo organizado, aunque esté generalizado y tenga características muy similares en todos los lugares.

3. En el original.

4. Javier Urra, Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid, en declaraciones a EFE dice que los macrobotellones fracasaron y admitió: “Nos ayudó el tiempo” (mencionado por *La Voz de Galicia* en el artículo “Tras el botellón... resacón”. 19 de marzo de 2006).

5. Y de la que desde luego algunos adultos huyen subiéndose al mismo escenario del botellón. No sólo se evidencia en los datos comentados sino también en los mismos medios de comunicación. Así, en *La Voz de Galicia* del 13 de marzo de este año, en la crónica que titula “Los macrobotellones de A Coruña y Vigo acaban con 5 jóvenes detenidos”, se escribe lo siguiente: “El mismo señuelo (el botellón) desplazó a la Plaza de la Estrella incluso a alguna que otra pandilla formada por señoras de más de sesenta años, pertechadas de whisky, hielo y galletas, según explicaron ellas mismas.”

que logra otro, los aprobados (o los pocos suspensos) de los hijos, que por fin ha llegado el fin de semana, el principio de las vacaciones y el final de las vacaciones... sin olvidarnos de los banquetes del nacimiento o primera comunión de los hijos que parecen calcos de los otrora ágapes de las bodas.

Pero no debemos olvidar que la inmensa mayoría de los jóvenes que practican el botellón son ciudadanos normativos, pero por ser jóvenes es por lo que ese dualismo se expresa de la forma más aguda. No son antinorma o anti-sistema, nos recuerda Baigorri y otros (2004), no se puede hablar de transgresión social, contracultura o rebelión, como señala el Observatorio Vasco sobre Drogodependencias en su dossier temático *Noche, jóvenes y alcohol*^{XV}. Es más, forman parte inseparable de la sociedad de consumo, de la sociedad de consumación. Participan del sistema consumiendo ocio, y no olvidemos que España ha ido especializando su economía en el campo del ocio y el turismo, como destaca Comas (2001) y recoge el dossier ya reseñado. Las bebidas alcohólicas y la parafernalia la compran en supermercados, tiendas de conveniencia, gasolineras e incluso en los mismos bares, que se han adaptado y ofrecen bebidas “adecuadas” como los cubalitos; las promociones de más bebidas por menos dinero han de entenderse igualmente en la misma línea. Todavía más, muchos botellones, sobre todo en la ciudad de Valencia, se hacen en lugares cercanos a los locales más populares (Calafat y otros, 2005).

Ciertamente no son los consumidores de alcohol de los días laborables, de “a diario”, los alcohólicos adultos de toda la vida —si se me permite la expresión—, no, son más bien consumidores de alcohol (y de buenas cantidades) de fin de semana, festivos y vísperas, de los momentos de ocio y descanso. También estudian y trabajan (los que pueden y como pueden) y tienen sus relaciones de pareja. Pero no usan el descanso para prepararse para el trabajo; más bien podríamos decir que valoran el trabajo en la medida en que le proporciona recursos para el ocio, donde la electrónica y el mundo virtual también juegan un papel esencial. Y todo esto forma parte igualmente de ese... algo más.

Parece haber poca duda respecto a que el trabajo que tienen (o padecen) o están a la expectativa de encontrar, no es de lo más reconfortante; temporalidad, precariedad, discontinuidad e inestabilidad no son las mejores características del empleo que uno pueda tener, aunque los jóvenes las compartan con otros muchos ciudadanos. En no pocas ocasiones largos años de preparación académica no se ven reflejados en el puesto de trabajo encontrado: postgraduados que se presentan a oposiciones de ujieres de universidad o celadores de hospitales, auxiliares administrativos de las administraciones públicas o barrenderos. Los estudios, hasta hace no muchos años garantes de llegar a alcanzar una “buena posición en la sociedad” ya no dan paso al desarrollo de una profesión, ni siquiera a un trabajo que permita la emancipación del hogar familiar. Este pacto de formación y luego empleo ya no funciona (Conde y Rodríguez, 2001)^{XVI}, en su lugar el mundo adulto, la construcción adulta del estar juntos, ofrece otro: diversión y consumo de ocio a cambio de aceptar una emancipación —la esencia del “ser adulto”— pospuesta *sine die*.

Ferrari (2005)^{XVII} habla en este sentido de los nuevos hidalgos, hijos de algo, que hoy en el siglo XXI ya no se trata de nobles sin hacienda que no trabajan para proteger su honra, sino que son hijos del progreso, del bienestar; pero sin hacienda y al margen del trabajo, beneficiarios improductivos de los logros de sus antepasados a quienes el mercado no puede absorber. No pueden integrarse por medio del trabajo; se integran a través del ocio.

Todo lo dicho hasta aquí, ¿puede encuadrarse, enfocarse, analizarse y responderse desde la salud pública? Sin duda sí, pero a costa de reducir el encuadre, o sea practicando el reduccionismo, emulando a Procusto. La salud pública es un árbol, el bosque es otra cosa... es algo más. En ocasiones parece que la salud pública, tomada tanto en el sentido de promoción y protección de la salud como de prestación asistencial pública, se considera como la respuesta total o quizá la única o tal vez la principal, en todo caso la legitimada para “impartir doctrina”. Parece que de alguna forma se estuviese reeditando las históricas discusiones de mediados de los años ochenta, cuando se discutía, a veces de forma bastante acalorada, si “drogas” era un asunto de sanidad o de servicios sociales, quién debía de ser el agente principal, y cosas por el estilo. Quizá no esté de más recordar en este momento que el Plan Nacional sobre Drogas nació, sino trino, ciertamente dúo. Para quienes recordamos aquella época sabemos que la programación y coordinación estaba en el Ministerio de Sanidad, mientras que el presupuesto lo manejaba el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Afortunadamente el dislate duró apenas unos dos años. Como decía, antes estas cosas se discutían, no estoy muy seguro de si ahora se llega siquiera a discutir. ¿Será uno de los efectos de la “normaliza-

ción”? (una de las palabras mágicas de este campo). ¿Asistimos a una nueva versión de aquello? Por que en la actualidad los procesos de incorporación social parecen olvidados en el limbo (que por cierto hace poco nos enteramos que después de varios siglos ha cerrado sus puertas para el resto de la eternidad). ¿Cuántos congresos, simposio o reuniones científicas tratan de esto? Y, curiosamente, mucho de lo que hemos ido exponiendo tiene que ver precisamente con esto, con procesos de incorporación social; no de reincorporación o reinserción, no se trata de volver a incorporar, sino de cómo, actual y contemporáneamente, los jóvenes se están incorporando a la sociedad, que siempre es, básicamente, una sociedad de adultos o articulada para prepararse a ser adulto.

Además de los intereses espurios —políticos o corporativistas, que ignoraremos— algunos aspectos parecen relevantes aquí, mencionaremos los tres siguientes:

- La creciente patologización de las dificultades de la convivencia, los estados de ánimo, las adversidades y los desafíos que la vida nos presenta. Ante cualquier adversidad se recurre con facilidad al “soma” de la farmacopea (legal, ilegal o mixta), para no sentirnos agobiados, inquietos, nerviosos o dolientes. Parece que hemos instituido, como necesidad imperiosa e inexcusable cuya no satisfacción nos resulta insoportable, que “no debemos de encontrarnos mal” y lo hemos convertido en un “imperativo categórico”⁶. Hemos sacralizado la salud y el bienestar, incluso se dice y reclama que existe el derecho a la salud, como si tal cosa pudiese existir. Lo que nuestra Constitución protege es el derecho a la vida (artículo 15), y a la protección de la salud (artículo 43.1) para lo que “Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto” (artículo. 43.2). Ni es obligatorio estar sano ni el Sistema Nacional de Salud tiene la culpa de la existencia de bacterias, virus o cualquier otro agente patógeno o proceso mórbido físico o psicológico. Cada vez más, no sólo la drogodependencia, sino también el consumo de drogas se ve casi exclusivamente como una enfermedad, más concretamente como un trastorno mental. Es como si el resto de las cuestiones implicadas hubiesen desaparecido junto con el católico limbo.
- La generalización del modelo médico (infeccioso) de enfermedad como eje de esa “enfermedad crónica y recidivante” que es vivir, que con mayor claridad se aplica al consumo de drogas y la drogodependencia, aunque no sólo. En este sentido es de reseñar la posición de Avram Goldstein (2003)^{XVIII}, conocido profesor de la Universidad de Standford, farmacólogo, neurobiólogo y médico, y decidido defensor de la estrategia de reducción del daño en EEUU, quien llega a decir que “por muchas razones es lógico considerar la adicción a las drogas como si se tratase de una enfermedad infecciosa”. Así, explica que también en las drogodependencias es la “persona recién infectada quien transmite la enfermedad a sus allegados”, para terminar diciendo que “La persona que contrae el sida o la hepatitis a través de la promiscuidad sexual sin la debida protección, y la persona que padece un cáncer de pulmón debido al tabaco, son responsables de la carga causada a la sociedad”. Qué duda cabe de la responsabilidad de las propias acciones y su repercusión en los otros (amigos, familiares, sociedad en general). Es otra verdad de Perogrullo. Pero en las sociedades humanamente avanzadas las imprudencias, los errores o las circunstancias adversas individuales cuentan con el bálsamo de la solidaridad del conjunto de la sociedad, que tiene como fin reducir el impacto de dichos eventos tanto en el propio individuo como en sus allegados y en el conjunto de la sociedad. Este es uno de los núcleos constitutivos del llamado Estado del Bienestar. Porque si no, ¿qué sentido puede tener la existencia misma de un sistema nacional de salud, de una educación pública y gratuita o de un sistema de protección social, esa Seguridad Social de la que esperamos que nos pueda pagar nuestras pensiones? Es cierto que el contexto en el país del autor es muy distinto al nuestro pero este enfoque ya se da en países de nuestro entorno, como en Gran Bretaña cuando a los fumadores se le deniegan determinadas prestaciones sanitarias. En nuestro país estas discusiones ya no son ajenas a los departamentos de sanidad.

6. Para I. Kant, imperativo categórico es un “mandato con carácter universal y necesario: prescribe una acción como buena de forma incondicionada, manda algo por la propia bondad de la acción, independientemente de lo que con ella se pueda conseguir. Declara la acción objetivamente necesaria en sí, sin referencia a ningún propósito extrínseco. Para Kant sólo este tipo de imperativo es propiamente un imperativo de la moralidad.” (tomado de <http://www.e-torredabel.com/Historia-de-la-filosofia/Filosofiamedievalymoderna/Kant/Kant-ImperativoCategorico.htm>, acceso 11/10/2006).

- El abandono de facto de la interdisciplinariedad. Quizá sea éste uno de los efectos colaterales del creciente biologicismo, derivado en cierta medida de llevar al extremo la estrategia de reducción de daños y prevención de riesgos que tanto costó, en su momento, implantar en España. Ciertamente lo interdisciplinario siempre se ha constituido —además de cómo otra de las palabras mágicas y mantra de este campo— como un espacio ideal. Le sucede, pues, como a todos los ideales, no están en el plano de la realidad, no se pueden lograr; su importancia radica en que nos proporcionan una orientación. La cuestión es que quizá este faro se nos ha apagado y el individualismo postmoderno (“yo soy la medida de LA realidad”) también se haya instalado entre los profesionales del sector. Recientemente Megías (2006)^{XIX} nos habla de que el “Santo Grial de lo psicosocial” no existe, porque ni puede existir la mirada omnicomprendensiva desde una sola persona ni tampoco es factible la “comunidad de los distintos agentes”. Si fuésemos capaces cada uno de nosotros de enfrentar nuestra tarea individual como profesionales con una perspectiva abierta a los otros aspectos de la persona que no podemos abarcar, de darnos cuenta de que “la dimensión de la que cada uno debe responsabilizarse incluye e incorpora otros niveles”, quizá entonces, y sólo entonces, recuperaríamos algo de ese nexo de unión que por el momento parece enmohecer. Y lo que se aplica a los profesionales puede, igualmente, aplicarse a las instituciones. Pero en este último caso las consecuencias son de mayor calado.

Un arancel importante del primer aspecto comentado es el culto al cuerpo perfecto, impoluto, que no le falte ni le sobre nada, hasta el punto de convertirse en obsesión. Cuerpo del que cada uno de nosotros, se nos alienta, somos el responsable. El consumo de drogas y el botellón puede entenderse también como una de las cuotas tributarias de esta obsesión por el cuerpo, por no padecer ni sufrir, y “tener que” estar siempre bien y hacer “lo correcto” para lograrlo. Para ello el imperativo categórico de estar siempre bien puede adoptar valores diferentes: desde los excesos de la intoxicación por drogas —incluido alcohol— o la obesidad mórbida hasta los defectos como la anorexia. Hace años, cuando éramos niños se nos decía que “el cuerpo es el templo del alma” y que por ello había que cuidarlo; el salubrismo de hoy en día dice que el cuerpo hay que cuidarlo porque es nuestra responsabilidad como ciudadanos (y que además, si no lo hacemos, no vamos a gustar a los demás); llevándolo a su extremo es como si lo sanitario fuese un nuevo ejército de salvación. Es evidente (otra verdad de Perogrullo) que es conveniente cuidarse, pero no hasta el punto de convertirlo en obsesión, no hasta el extremo de denegar asistencia sanitaria a enfermos que además de otra patología padecen la del tabaquismo, como ocurre en el país que se considera la cuna de los modernos sistemas nacionales de salud.

De no menor estatus es la incapacidad o la estupefacción que algunos temas causan entre los gestores y líderes de la cosa pública y la necesidad en la que se sienten atrapados de tener que responder urgentemente (lo que quizá podríamos denominar como el “síndrome de la alcachofa”⁷). Señalo que no sólo me refiero a los políticos, altos cargos de la administración o funcionariado en general, sino también a los denominados líderes de opinión (que más que dar un sentir, un parecer o un «dictamen o juicio que se forma de algo cuestionable»^{XX}, en ocasiones parecen dar ley o sentar cátedra). El desconcierto llega incluso a los propios jóvenes; así se recogía en la noticia ya comentada de la prensa del 19 de marzo de este año cuando, en relación al botellón, se decía que el «Presidente del Consejo de la Juventud de España (...) admitía a la agencia Colpisa ‘No tenemos claro a qué obedece este fenómeno’»^{XXI} Este síndrome también afecta a los profesionales, aunque esta no sea la ocasión adecuada para extenderme sobre ello.

He de concluir. No es que haya algo más, es que la salud pública es sólo una parte de la compleja realidad que es el consumo de drogas. Es un parte importante, ciertamente de tanta importancia como las demás, porque si alguna de ellas no existiese, el consumo de drogas y la drogodependencia no conformaría la realidad que son. Serían otra cosa. Y de otra cosa sí que no tendríamos que ocuparnos... porque no sería objeto de nuestro trabajo. Como dice un famoso chiste, como casi todos basado en hechos reales, “medura, compañeros, medura”.

7. Síndrome que podría caracterizarse por la necesidad imperiosa de hablar o de intervenir sobre un asunto del que apenas se conoce el nombre. El pensamiento puede ser vago y difuso, en ocasiones ininteligible, pero suena bien; puede observarse también tangencialidad, circunstancialidad, perseveración y descarrilamiento. Puede acompañarse de ecolalia especialmente a la pregunta que se le formula y logorrea de mayor o menor intensidad. El contenido del pensamiento va desde las ideas sobrevaloradas a la fabulación; rara vez se llega al delirio. Se acompaña de manifestaciones típicas de la ansiedad, como un incremento del nivel alerta, de la presión arterial y del ritmo cardíaco, de ligero a moderado.

Problemas de drogas, ¿qué problemas? Oriol Romaní Alfonso



INTRODUCCIÓN

Las reflexiones que les propongo a continuación serán de tipo muy general, pues tienen la pretensión de aproximarnos a un análisis de cuáles serían algunos de los principales problemas que, en relación a las drogas, tenemos planteados en este momento en nuestra sociedad. No sé si voy a lograr tamaña osadía, pero para intentarlo voy a seguir los siguientes pasos.

En primer lugar, plantearé unos apuntes sobre los procesos de construcción de problemas sociales, pues no se puede dar por supuesto qué es lo que es un problema, desde qué punto de vista y para quién lo es, es decir, desde qué parámetros definimos los problemas. Creo que esto es indispensable y, más allá de criterios particulares, parto de la premisa de que existe un cierto consenso en considerar el tema que vamos a analizar desde las variables básicas de la salud pública y la cohesión social.

El cuerpo central de la ponencia se iniciará subrayando la ambivalencia que caracteriza la actual situación en España, entre la normalización de diversos usos de drogas, más allá de su estatus legal, en el contexto de la sociedad de consumo en la que estamos inmersos, y la persistencia de los discursos estigmatizadores sobre las mismas. Después haremos un esquemático repaso a algunos de los tipos de consumo que pueden resultar más problemáticos, así como a las principales percepciones sociales entre las que se insertan, para finalizar este bloque considerando los problemas planteados tanto por aspectos emergentes de la reacción social —como el llamado fenómeno NIMBY— como por la respuesta institucional mayoritaria, que muestra serias dificultades de adaptarse a la nueva situación.

Finalizaré proponiendo una necesaria reevaluación tanto del concepto de riesgo, como de metodologías de intervención, que no me atrevería a calificar de nuevas, aunque sí de poco utilizadas, y que creo que por su adaptabilidad a la nueva situación pueden ser especialmente útiles para la intervención social.

LA DEFINICIÓN DE UN PROBLEMA SOCIAL

Desde un punto de vista sociológico y, más en concreto, situándonos en la perspectiva teórica del construccionismo social (Berger/Luckman, 1976), para que podamos hablar de la creación de un problema social, éste tiene que provocar cambios significativos en la sociedad en la que se produzca. Para ello tiene que haber unos procesos de definición de una situación como problema, una alarma social en torno a ella (aquí, los medios de comunicación tienen un papel relevante), y la creación de unos dispositivos, o la reutilización de dispositivos e instituciones anteriores, orientados a gestionar dicho problema. La creación de un problema social implica la reorganización de aspectos básicos de la sociedad, tanto a niveles económicos o institucionales, como al de las representaciones sociales o discursos hegemónicos (Bergalli et al., 2003).

En el caso de España estas condiciones se dan en la época de la transición política de la dictadura franquista a la democracia constitucional, aunque quizás se debieran analizar más a fondo los estudios históricos existentes sobre

la época contemporánea, sobre todo desde mediados del XIX hasta la actualidad, para poder afirmar que esto no se había producido ya antes. De hecho, hay periodos históricos más o menos recientes, como durante los “felices años veinte”, o en algunos años de la Segunda República, en los que existió una cierta alarma social sobre el tema, con sus correspondientes campañas de prensa, al calor de las cuales se impusieron algunas reglamentaciones administrativas, hubo unas primeras iniciativas asistenciales, algunas de las cuales se institucionalizarían, como los dispensarios anti-alcohólicos, y otras acciones de tipo más puntual, tanto desde las instituciones jurídico-policiales como médicas y educativas (Usó, 1996).

De todos modos, sí que parece fuera de toda duda que en la época de la transición, y más en concreto en la década de finales de los setenta a finales de los ochenta del pasado siglo, detectamos la existencia de estas condiciones. Por un lado, es el momento en que el discurso tremendista y fantasmático sobre “la droga” llegará a ser hegemónico y además ocupará un lugar estratégico en el imaginario de la sociedad española, tal como afirmábamos en Megías et al. (2000: 20-21): “podremos constatar como, en las representaciones sociales predominantes en la España de los ochenta acerca de cómo es el mundo, ‘la droga’ ocupa un lugar central. Lugar que, hoy por hoy, podemos considerar que forma parte del acervo cultural básico que permite a los españoles contemporáneos comunicarse y actuar, y así orientarse en el contexto social donde viven, racionalizar sus acciones, explicar eventos relevantes y defender su identidad.”

Este discurso se alimentaba de varias fuentes, entre las que cabe destacar discursos de base corporativa específica, como el periodístico, el policial, el jurídico y el médico; aunque en distinta proporción y con mecanismos diferentes, todos ellos, como corporaciones ya instituidas en aquella sociedad, contribuyeron a desarrollar el discurso de “la droga”, sobre el que se crearía su “problema social”. Aunque el más importante de ellos quizás fue el proceso de instalación de un discurso sobre “la droga” en los medios de comunicación, estableciendo como una referencia de fondo, unas determinadas claves de interpretación dentro de las cuales se acabarían entendiendo todas las cuestiones que se relacionen con “la droga”. Mientras que tuvieron una mucho menor capacidad de incidencia en el imaginario del momento, tanto los profesionales específicos del campo de las drogas, que se estaban creando en aquel momento en cuanto a tales, como los propios usuarios de drogas, una figura imposible en aquel contexto ideológico en el que el usuario equivalía al drogadicto y éste se definía, tanto desde perspectivas penales como médicas y psicológicas, como un sujeto-no-hablante (Romani et al., 1995).

El éxito que tuvo esta definición del “problema de la droga”, que fue ampliamente extendida por todos los medios de comunicación, habrá que atribuirlo seguramente a diversos tipos de razones, entre las cuales podemos señalar, entre otras, la “carrera delincencial” que tal definición ofreció a muchos jóvenes, mayormente de sectores populares, nacidos en el “baby-boom” de los sesenta y expulsados del mapa social por la triple crisis de reproducción (familiar, formativa y económico-laboral) del momento; esta carrera permitía, además, tanto a sus protagonistas como al resto de la sociedad, una explicación simple y contundente de dicha crisis (“es culpa de la droga”), soslayando los problemas estructurales de fondo que la provocaban.

Un discurso tan contundente como el de “la droga” permitía que salieran y se expresaran, a través de él, las inseguridades y angustias, tanto de tipo social como de tipo más personal y existencial que provocan situaciones de profundas transformaciones como las que se vivían en aquel momento. A ello le podemos añadir dos elementos más, aunque muy distintos entre ellos, como son el desconcierto que representaba la novedad de ciertos usos de drogas tan espectaculares como el pincharse en vena, o la rentabilidad política pretendida, a través de la manipulación mediática, por ciertos sectores resistentes al cambio político, para los cuales el “problema de la droga” era un ejemplo perfecto de los grandes males que nos traía la democracia.

Finalmente, también es en aquella época cuando cuaja el otro elemento indispensable para poder hablar de un problema social en el sentido que lo hemos definido más arriba, y que sería el proceso de institucionalización de la intervención en el campo de las drogas. En algunos aspectos, como el policial, ésta ya había tenido sus inicios, más teóricos que prácticos, en la época de finales del franquismo; pero será en este momento que estamos analizando cuando, además de la creación de un marco legislativo no exento de contradicciones, se produce la creación de un sec-

tor institucional específico, con distintos dispositivos asistenciales, y la progresiva presencia de profesionales de esta área que, integrados en salud mental o, mayoritariamente, en servicios sociales, desarrollarán una clara especificidad sectorial. El elemento más representativo de este proceso será la creación del Plan Nacional sobre Drogas en 1985.

Resumiendo, algunas de las principales características del “problema de la droga”, según esta definición, serían:

- “La droga” en referencia, sin muchos distinguos, a todas las drogas ilegales, pero con una connotación identificativa a la heroína como modelo.
- Asociación de “la droga” con drama (enfermedad, muerte, delincuencia, etc.).
- Identificación de “la droga” con “oscuras fuerzas poderosas” (narcotráfico).
- Consideración prioritaria y aislada (“fetichizada”) de la sustancia.
- La casi imposibilidad de vencer a este monstruo cuando ya te había atacado.
- Protagonistas, el yonqui, y los policías, jueces y médicos (por este orden).
- Identificación “droga – juventud”.
- La “lucha contra la droga”, única vía para conseguir “un mundo sin drogas”.
- Identificación “droga” – marginación – estigmatización.

Las condiciones de estigmatización que favorecieron la mayoría de elementos de la construcción del problema social de “la droga” acabaron consolidando prácticas sociales de usos de drogas marginales, que a su vez retroalimentaban aquella estigmatización. Esta fue la herencia, tanto a nivel de prácticas como de percepciones, que nos dejó “el problema de la droga” y que, como veremos, todavía tiene una cierta presencia en la actualidad.

De todos modos, han sido muchos los cambios habidos desde entonces, tanto en la sociedad española en general como en el campo de las drogas. España, desde sus balbucesos como proyecto de estado del bienestar en la época que estamos analizando, ha llegado en la actualidad a insertarse en las redes de la globalización económica entre los países centrales, aunque sea en la periferia de este centro, a través de un fuerte crecimiento económico según el modelo neoliberal, en el cual el consumo es el eje principal de toda la actividad; y, a pesar de las precarizaciones que esto ha supuesto, manteniendo elementos básicos del estado social.

En este contexto, los problemas relacionados con las drogas han ido transformando su carácter. Por un lado, los consumos, como ahora veremos, se han ido “normalizando”, en el sentido de que han pasado de contextos marginales a pautas de uso en contextos de vida cotidiana y, más en concreto, a identificarse con espacios de ocio juvenil por lo que, para amplios sectores sociales, han perdido su virulencia como problema. Por otro lado, a partir sobre todo —hacia la segunda mitad de los ochenta—, de la expansión del sida como síntoma principal, las políticas fueron abandonando la vía única de “la lucha contra la droga” y la abstención total; no sólo por su manifiesta inutilidad respecto a los objetivos propuestos, sino también por su cantidad de efectos perversos respecto a la intervención socio-sanitaria. Así se fueron desarrollando las políticas de reducción de daños o riesgos que conviven, de forma un tanto contradictoria, con orientaciones políticas anteriores.

Todo ello ha contribuido a reformular el “problema de la droga”. Ya no se trata tanto de todos aquellos “fantasmas morales” que veíamos más arriba sino que, sin que se hayan abandonado por algunos sectores formulaciones heredadas de aquél, sí que parece haber un cierto acuerdo, por lo menos teórico, entre muy diversos grupos sociales —profesionales, gestores políticos, usuarios, ciudadanos...— en que de lo que se trata básicamente es de salvaguardar dos elementos básicos de la vida social, a los que parece que los problemas de drogas tal como se habían planteado habían afectado negativamente, como son la salud pública y la cohesión social. Evidentemente, no hay acuerdo entre todo el mundo en qué significa esto, y aquí está (o creo que debería estar...) el debate actual, pero por lo menos el problema está formulado de tal manera que hace más plausible plantear de una forma mínimamente coherente objetivos, prioridades y, en definitiva, programas concretos de intervención social en este campo.

PAUTAS DE CONSUMO Y PERCEPCIONES: ¿DÓNDE ESTAMOS?

UNA SITUACIÓN AMBIGUA

Según las distintas fuentes consultadas (Megías et al., 2000 y 2005; OED, 2005; Pallarés et al., 2006; OEDT, 2006), desde hace unos pocos años en España se puede detectar una cierta convergencia en las pautas de consumo de distintas drogas; pautas de consumo, correlacionadas con ciertas percepciones sociales sobre sus utilidades y sus riesgos, que parecen depasar el estatus legal de las mismas y que, sobre todo en la población joven (15-34 años) configurarían un eje central en torno a los consumos de alcohol, tabaco y cánnabis, que se realizarían principalmente en sus contextos de ocio habituales.

Estas pautas, que nos hablarían de la normalidad social con que se perciben, por lo menos, las drogas citadas (y creo que algunas más) por parte de sus consumidores y, en muchas ocasiones, de sus núcleos de relación cercanos, padres incluidos, contrastan con la persistencia del discurso estigmatizante sobre “la droga” y con la aparente indecisión de la mayoría de instituciones responsables de las políticas de drogas de adaptar su discurso a aquella normalidad; como si, de forma contradictoria con lo que las mismas afirman en ocasiones, temieran que el “vaciado” del discurso aterrador o el cuestionamiento de las fronteras legales les dejara sin armas para ejercer su responsabilidad, principalmente en aquellos núcleos prioritarios de actuación, que serían los jóvenes y adolescentes.

Creo que esta ambivalencia entre prácticas normalizadoras y discursos estigmatizantes sería la principal característica que definiría la actualidad de las drogas en España. Pero para explicarnos mejor, veamos primero algunas cifras y tendencias generales sobre consumos, pautas y percepciones.

NIVELES Y PAUTAS DE CONSUMO

Por lo que se refiere a los principales niveles y pautas de consumo de drogas legales como el alcohol y el tabaco, el resumen del *Informe 2004* del OED nos dice que el alcohol “...es la droga psicoactiva de consumo más extendido en España. En 2003, en los 12 meses previos a la encuesta, un 48,2% de la población de 15-64 años había tomado semanalmente bebidas alcohólicas (...) El consumo está bastante más extendido durante los fines de semana que durante los días laborables, sobre todo entre la población menor de 34 años. En la población de 15-64 años se aprecia una tendencia a la estabilidad del consumo en el período 1997-2003. Por su parte, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años ha aumentado el consumo intenso” (OED, 2005:9).

Por lo que se refiere al tabaco, “En 2003 un 35,1% de la población de 15-64 años residente en España fumaba tabaco diariamente. Las encuestas domiciliarias y escolares del OED no permiten concluir que en los últimos años se haya producido un descenso claro de la prevalencia de consumo. Más bien da la impresión de que en los años más recientes se ha roto la tendencia descendente y el consumo ha vuelto a aumentar, sobre todo entre las mujeres de 35-64 años, entre las que la prevalencia de consumo diario pasó de 19,1% en 1997 a 27% en 2003. Entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años el consumo se ha mantenido prácticamente estable entre 1994 y 2004, aunque entre los de 14-16 años podría haber descendido algo.” (OED, 2005:9).

En cuanto a las drogas ilegales, se afirma que está descendiendo significativamente el uso de la heroína, pero que es ésta la droga ilegal que continua asociada a los problemas más graves, seguida por la cocaína, de la que se afirma en el mismo documento que “...es claramente la segunda droga ilegal en España en cuanto al volumen de problemas generados. Además, en los últimos años ha aumentado mucho tanto el consumo como los problemas asociados. Todos los indicadores del OED son consistentes a la hora de mostrar el aumento. Por ejemplo, la prevalencia de consumo en los 12 meses previos a la encuesta entre la población de 15-64 años pasó de 1,8% en 1995 a 2,7% en 2003, y entre los estudiantes de 14-18 años de 1,8% en 1994 a 7,2% en 2004, el número de tratados por primera vez en la vida de 932 en 1992 a 7.125 en 2002.” (OED, 2004: 10).

Finalmente, el cánnabis se caracteriza como “...la droga ilegal más extendida en España y la que se consume a una edad media más temprana. El consumo suele ser de carácter esporádico, pero en 2004 un 1,5% de la población de

15-64 años lo había consumido diariamente en los últimos 30 días. En los últimos años ha aumentado considerablemente su consumo. La prevalencia de consumo en los 12 meses previos a la encuesta entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años pasó de 18,2% en 1994 a 36,8% en 2004, y en la población general de 15-64 años de 7,5% en 1995 a 7% en 1999 y 11,3% en 2003. Se aprecia también un aumento importante de los tratamientos por abuso o dependencia de cánnabis (que pasaron de 1.613 en 1996 a 4.772 en 2002)” (OED, 2004: 10).

Más allá de estas cifras generales, que nos dan una primera visión, hay que tener en cuenta que los consumos no suelen darse de forma aislada, por lo que creo interesante conocer, para perfilar lo que acabamos de ver, cómo se agrupan dichos consumos: “...como ya es habitual, se agrupan alrededor de los cuatro modelos de policonsumo repetidamente encontrados en las investigaciones epidemiológicas. Primero, el modelo de los psicoestimulantes, que incluye la cocaína y las anfetaminas, alucinógenos y drogas de síntesis, con la presencia de cánnabis y de tabaco y alcohol en un subgrupo importante. A continuación, el modelo de las drogas legales, tabaco y alcohol, que ya tiene un grupo muy importante de usuarios que ha incorporado al cánnabis como una sustancia más de esta categoría. En tercer lugar, el modelo de los hipnosedantes, con perfiles siempre específicos, pero que incluye un característico perfil de abuso que, junto con el uso de tranquilizantes e hipnóticos, integra el consumo de alcohol y de anfetaminas y drogas de síntesis. Finalmente, el modelo residual, encabezado por la heroína, que también incluye consumos secundarios de prácticamente todo el resto de sustancias” (Megías et al., 2005: 289)¹.

DROGAS, JÓVENES, FIESTA Y ECONOMÍA

Pero si, yendo un poco más allá, y centrando la lente en sectores juveniles, nos fijamos en algunas de las características de sus consumos y en las formas como ellos mismos los perciben, una primera cosa a subrayar es la identificación entre drogas y “fiesta”². Por lo tanto, los problemas, cuando los hay, no son sólo de la sustancia, sino también del conjunto de la “fiesta” y, dado el lugar estratégico que ésta ocupa, pueden acabar afectando al conjunto de su vida. De este modo, lo que resultaría más predictivo de posibles problemas no serían tanto indicadores epidemiológicos clásicos como la cantidad o la frecuencia de una sustancia, considerados de forma descontextualizada de la dinámica de su vida cotidiana, como la importancia que la fiesta tiene en el conjunto de su vida: “Algunos jóvenes viven muy vinculados a los contextos de fiesta, cosa que denominan ‘estar enganchado a la fiesta’, ya que durante la semana sólo piensan en la próxima salida. La forma más frecuente de aminorar esta situación es dejar de salir los fines de semana durante un tiempo más o menos largo o, incluso, dejar de interesarse por el ambiente y los amigos de salidas” (traducido de Pallarés et al., 2006: 112).

De lo que nos hablan estas informaciones es de la presencia de estos consumos en las actividades de integración social, de cómo en muchos tiempos y espacios son unos elementos más de sociabilidad para grupos significativos de jóvenes; lo que no significa ninguna obligación, pues parece que se acepta con normalidad tanto el consumo como el no consumo. Pero precisamente cuando el consumo de las sustancias se va convirtiendo en el eje principal de la vida de alguno de ellos, empiezan a menudear los conflictos con el resto del grupo de amigos “de siempre”. Aunque en otras ocasiones, el consumo instrumental de, por ejemplo, el alcohol, para relacionarse con el otro sexo y lanzarse a hacer cosas que de otra manera se ven mucho más difíciles de hacer, es una incitación al consumo para chicos y chicas, de la que suelen salir mucho mejor parados ellos, pues “si la cosa ha salido bien”, el macho ha triunfado, y si no, culpa del alcohol; que no ellas, tanto por posibles consecuencias posteriores como por la valoración moral del entorno como “chica fácil”. Lo que no deja de producir grietas más o menos profundas en sus relaciones, pues hace emerger a la superficie la asimetría en las relaciones de poder entre los géneros (Megías Quirós et al., 2005).

1. Para completar esta esquemática visión, quizás sería necesario mencionar la salida a la luz pública de consumos significativos de anabolizantes, ligados a la *performance* deportiva, tal como se manifestó este año a través de algún escándalo mediático-deportivo. Sería interesante conocer algo de estos usos, no tanto en las élites deportivas, como en sectores más populares.

2. Aquí lo que conozco más a fondo es la situación de Catalunya, que por otra parte parece bastante congruente con los datos sobre juventud que se encuentran en los documentos generales sobre España.

Las presiones hacia el consumo que, en todos los ámbitos, forman parte de la vida cotidiana de todas las personas de nuestra sociedad, y que se han intensificado en los últimos veinte años hacia acá, también se manifiestan en este campo, con variadas consecuencias: “El aumento del gasto es también, para muchos jóvenes componentes de las redes [se refiere a las redes de colaboradores sobre las que se basa una parte fundamental de la información del Observatorio] una consecuencia negativa, no sólo del consumo de drogas, sino de la asiduidad de salir de fiesta. Hay distintas estrategias útiles para frenar el gasto: tratar de obtener descuentos para entrar en las discotecas; consumir invitados; buscar trabajos para tener más dinero; pedir más dinero a la familia o a los amigos; hacerse amigo de los traficantes para obtener mejores precios o, en algunos casos, empezar a vender a los amigos iniciando actividades de tráfico a pequeña escala. Una minoría ha disminuido las salidas de fiesta” (traducido de Pallarés et al., 2006:123).

En un mundo en el que el dinero es el valor máximo y casi único, en el que, más allá de discursos bienintencionados o justificativos, la medida del éxito está siempre en la posibilidad de exhibición del consumo (que significa dinero) es lógico que también en este campo el consumo juegue como un elemento de negociación de la propia posición en la sociedad. Y, bien sea como elemento de sobrevivencia, bien de prestigio, el dinero hay que conseguirlo como sea. Así nos encontramos que en un mercado de trabajo de muy baja calidad, en general, se aceptan trabajos en condiciones precarias, que acaban afectando negativamente a la salud de los jóvenes (Espluga et al., 2004; Romani, dir, 2006). O se buscan otras salidas en mercados informales como el de las drogas, al que es posible acceder con relativa facilidad empezando con unos primeros “trapicheos” (y terminando no se sabe cómo), como ocurre tan a menudo en el caso del cánnabis, precisamente por la falta de normativas, condiciones de acceso al comercio, en definitiva, por la falta de control real que significa su ilegalidad.

Creo que, como confirmación de lo que acabo de afirmar, aunque con algunos matices, es interesante ver lo que dice al respecto el “Observatori de Nous Consums...” refiriéndose al nivel más bajo del comercio ilegal (en contraste con los niveles medios y altos, que no son objeto de su indagación): “Los de nivel bajo suelen ser consumidores que se implican en la venta para sufragar su consumo, y algunos para mantener un cierto nivel de gasto en el ámbito de la fiesta. Por esto algunos, cuando quieren dejar el consumo dejan también las actividades de venta.

Estos dos últimos años se aprecia una mayor implicación de los más jóvenes en el nivel bajo de venta y de algunas mujeres. También ha aumentado la actividad de vendedores de procedencia extracomunitaria (hachís y cocaína).

Se aprecia un crecimiento del número de vendedores, relacionado con el aumento del consumo y de los consumidores. También porque algunos jóvenes ven esta actividad como atractiva y alternativa a las precarias ofertas de trabajo, sobre todo aquellos que están más implicados en estrategias “alternativas”. Algún adolescente ha verbalizado radicalmente su futuro como traficante, ya que lo ven como una dedicación mejor que los trabajos a los que pueden acceder, y además lo consideran un trabajo más prestigioso” (traducido de Pallarés et al., 2006: 138-139).

CAMBIOS EN LOS VALORES Y PERCEPCIONES SOBRE DROGAS

Creo que el ir analizando los consumos en el entramado de relaciones sociales y económicas nos va dando cuenta de la complejidad en la que éstos se sitúan, aunque para tener una visión completa debemos detenernos también en otros elementos, a los que ya hemos hecho referencia, y que forman parte de un nivel con sus especificidades, como es la cultura: me refiero a los famosos valores. Si resulta que la gran extensión del uso de drogas que se percibe es un “problema de valores”, tal como plantean Megías et al. (2005: 278-279), “...la responsabilidad de esa extensión imparable queda enormemente dividida y tiende a ser atribuida a otros. Evidentemente, si hay un ‘problema de valores’ debe ser por causa de los demás, de una sociedad que ‘me impone sus criterios’, sin que quepa concebir que, en el caso de cada cual, no se tenga claro cuáles son y cuáles deben ser esos valores asumibles, ni que estos valores asumibles no se transmitan a los propios hijos (...) Parece muy característico de la situación actual ese movimiento tensional en padres y madres, que fluctúan entre la conciencia culposa de no haber hecho las cosas suficientemente bien y la desculpabilización de creer que, hagan lo que hagan, la influencia exterior es infinitamente más poderosa. No es extraño que, acuciados por la ansiedad que supone esta tensión, se observe en estos padres y madres un

movimiento de delegación de los compromisos en otras instancias exteriores; por ejemplo, un movimiento de traslado de la exigencia de control, a través de mecanismos *soft* (campañas informativas, educación escolar...) o *hard* (leyes y policías). Sea como sea, una consecuencia de estas posturas paternas es la desresponsabilización de los hijos, que parecen asumir con comodidad su parte complementaria del estereotipo.”

En estos párrafos creo que se plantean algunos de los problemas derivados de aquella ambigüedad que caracteriza de forma radical la situación de las drogas en nuestro país actualmente. Por un lado, la persistencia del discurso estigmatizante, casi como una obligación moral, cuando hablamos de drogas refiriéndonos a valores generales; por el otro, el peso de la normalidad cuando se contemplan las cosas más de cerca, porque nos afectan a nosotros y a nuestros hijos. Por un lado, el peso de la obligación paterna de orientar la vida de los hijos; por el otro, la incapacidad (supuesta o real) de hacerlo en medio del conjunto de presiones que afectan a nuestra vida cotidiana...

Aquí creo que es importante comentar algunas cuestiones. El texto citado, en el que el manejo de los valores parece ser, de manera implícita, una cuestión de voluntad individual (casi con ciertas resonancias nietzscheanas), creo que debería completarse con la consideración del rol fundamental de una variable que atraviesa en este momento todos los problemas sociales, como es la absoluta centralidad del consumo en una sociedad desigual. ¿Por qué digo esto? Porque creo que nos faltaría una parte importantísima del análisis de los problemas de drogas si no tuviéramos en cuenta, primero, la presión al consumo que afecta a toda la población española y, más concretamente, a todas las familias, lo que representa que todos los padres y madres dedican gran parte de su horario cotidiano a las actividades laborales y/o profesionales, descuidando en muchos casos actividades y relaciones sociales más centradas en el grupo doméstico. Y segundo, que esto se hace desde distintas posiciones de poder, de acceso desigual a los recursos económicos, formativos, sociales y simbólicos: quiero decir que hay quien estará trabajando para acceder a un tipo de consumo que les permita poder sobrevivir, para poder mandar dinero a la familia, para salir de la pobreza o mantenerse alejado de ella, mientras que otros lo harán para responder a las obligaciones que implica subir a cierto estatus social, o mantenerse en él, como tener el último modelo de 4x4, la segunda o tercera residencia o poder viajar a lugares muy exclusivos de vez en cuando (y sobre todo, poderlo contar). Las consecuencias que esto tenga en las responsabilidades de unos y otros se deducirán seguramente de las posiciones ideológicas de cada cual, pero creo no se pueden olvidar estos datos fundamentales del análisis de la situación.

Precisamente gran parte de la incomodidad que manifiestan los adultos (pues a ellos se refieren los autores del texto, por más que en este caso lo concreten con los padres), tendría que ver con las incoherencias entre el discurso estigmatizante y las realidades “más normales” que ellos perciben en su entorno, enmarcado todo ello en el conjunto de presiones socioculturales a las que nos acabamos de referir... y parece que, por lo menos por lo que manifiestan, a los hijos ¡ya les va bien así!³ Ciertamente, esto nos remite a la necesidad del refuerzo de una labor, no sé si llamarle formativa o educativa, en gran parte informal, entre jóvenes y entre adultos (que muchas veces son los grandes olvidados en esta cuestión) para darles a todos una mayor capacidad de decisión crítica (“*empowerment*”). Pero creo que un discurso como el que acabo de enunciar sería totalmente incongruente, y acaba convirtiéndose en una trampa, cuando esto no significa cuestionar tanto los contenidos y las raíces sociales del discurso estigmatizante, poco útil para actuar en el entorno inmediato, además de paralizador; como las bases de la sociedad consumista y desigual en la que esto ocurre, para saber realmente donde estamos y no hacernos ilusiones engañosas sino, en todo caso, tener sólo aquellas de las que somos conscientes y que son eso, ilusiones que nos impulsan a vivir.

Creo que, para ir terminando este apartado, vale la pena subrayar las principales orientaciones existentes en las percepciones sociales sobre las drogas en la España contemporánea. Para ello creo que lo mejor será sintetizar, con sus propias palabras, algunos de los principales resultados del estudio más reciente y, en mi opinión, más fiable sobre la cuestión (Megías et al., 2005:283): “La proporción de quienes defienden que las drogas son algo a probar y que deben formar parte de nuestra experiencia cotidiana, como objetos de consumo, siguen siendo de alrededor del

3. Aunque esto no quiere decir que no haya adolescentes que no expresen una cierta desatención familiar y falta de límites, por un lado, mientras que por el otro reconocen que a veces pueden apoyarse en algunas figuras familiares, como las hermanas mayores, o que cuando hay problemas, la madre, sobre todo, es la que busca información y canaliza, si es necesario, la búsqueda de asistencia (Pallarés et al., 2006).

20%, quizá algo más numerosa que en el corte anterior (17%) [Se refieren al estudio anterior, Megías et al., 2000]. También se muestra prácticamente inmodificado el porcentaje de personas que suscriben las posturas más estereotipadas, centradas en las actitudes de creencia en la confabulación exterior y en el rechazo, que sigue estando alrededor del 35%. Tampoco cambió cuantitativamente el grupo de las actitudes que traducen resignación, aunque sea a partir de posturas más realistas, menos satanizadoras, que sigue oscilando en las proximidades del 25%. El único grupo de posturas que ha incrementado su porcentaje de adhesión, y que lo ha hecho sensiblemente, ha sido el definido por el reconocimiento menos alarmista de los problemas, que comprende la convicción de poder aliviarlos; ese grupo de posturas, que en 1998 era defendido por el 16,7% de la población, en estos momentos, con ítems más desarrollados pero que no niegan en absoluto esa postulación básica sino que la confirman, pasa a ser sustentado casi por el 60% de las personas.”

No podemos entrar a fondo en otros aspectos de este mismo estudio, pero sí que me interesa subrayar los cambios habidos también en la percepción de los problemas relacionados con las drogas, que los autores agrupan en las *Imágenes clásicas* (jeringuillas en espacios públicos, yonquis degradados, etc.), grupo que pierde fuerza, mientras que se consolida el de los *Nuevos problemas* (consumos de fin de semana, accesibilidad a las drogas, etc.) y emerge con claridad un tercer grupo, llamado de *Grietas asistenciales*, que pone en primer plano los conflictos alrededor de la asistencia, reconociendo que, a pesar de todo, las deficiencias existentes hace unos años han disminuido. Por lo que se refiere a propuestas de posibles soluciones, la población estudiada se encuentran dividida en cuatro grandes grupos, los dos primeros de trazos más nítidos, como son los que apuestan por *Legislación y control*, en contraste con los que lo hacen por la *Legalización*; y los otros dos más transversales, uno mayoritario, que habla prioritariamente de la *Educación*, y uno minoritario que se refiere a las *Medidas sanitarias* (ver Megías et al., 2005: 103-158)⁴.

Me parece interesante señalar que, en esta diversificación de las imágenes culturales sobre los problemas relacionados con las drogas y sus posibles soluciones, se encuentran medidas que hace unos pocos años sólo preconizaban algunos sectores de profesionales y/o de usuarios, más algunas “minorías ilustradas”, y que dentro de estas posiciones se debería poder encontrar un amplio apoyo, no sólo a las medidas tradicionales de legislación y control, sino también a las basadas en las otras alternativas mencionadas. Aunque, a veces, parece que las cosas no van en esta dirección.

REACCIONES SOCIALES E INSTITUCIONALES

EL FENÓMENO NIMBY, UN TIPO DE REACCIÓN SOCIAL SIGNIFICATIVA

Esta sociedad del bienestar que tanto auto-celebran los discursos periodísticos, publicitarios o políticos, marca también los límites de algunas orientaciones en la reacción social de la población ante los problemas tal como vienen definidos en la nueva situación. Del estudio que acabo de citar, quiero señalar todavía dos elementos que nos permitirán enmarcar alguno de los más preocupantes tipos de reacción social que enseguida analizaremos; son, por un lado, el hecho de que “lo que más ha crecido en la población española respecto a la imagen que tiene de los usuarios de drogas es la visión que traduce distanciamiento o indiferencia”, y por otro lado lo que denotan las reacciones ante ciertas situaciones, como vivir en un barrio con malos servicios y equipamientos, en uno de prostitución⁵, o en una zona de copas que, por este orden, se rechazarían. “Es como si hubiera habido un aumento en la exigencia de la

4. Creo que es significativo de los cambios de percepción ver la aceptación de algunas de las medidas concretas que se manejan: “Son las actuaciones que en 1998 eran reclamadas minoritariamente las que más aumentan en el porcentaje de entrevistados que las reclama. Sobre todo, la propuesta de legalización del cannabis aparece con un aumento porcentual de 18 puntos respecto a la investigación anterior (es ya el 36,3% de la población el que propone esta medida como algo importante para hacer frente a los problemas); también sube de forma significativa la propuesta de administración de heroína o de metadona para aquellos adictos que puedan beneficiarse de la misma: en el caso de la administración de metadona, que ya tenía una aprobación muy alta, la subida es del 10%, y en el caso de la administración de heroína, la subida es de 13 puntos porcentuales” (Megías et al., 2005: 296).

5. Aquí los autores reconocen que las respuestas pueden estar condicionadas por la moda y la influencia mediática del momento en que se hizo el trabajo de campo, en que el de la prostitución era un tema estelar de la agenda mediático-política.

calidad de vida, un incremento de la exigencia del estado del bienestar, traducidos en una clara mayor intolerancia hacia las situaciones que pueden suponer una amenaza para este bienestar” (Megías et al., 2005: 297-298).

La ambigüedad de la situación de las drogas *hic et nunc*, ya analizada, las contradictorias percepciones sobre ellas que existen en una sociedad como la nuestra, basada en una economía de mercado con débil control político, serían el marco general en el que se produciría la combinación de indiferencia que ahora citábamos y cierta forma de entender la exigencia de calidad de vida, que a veces parece más cercana a la concepción de las persona como cliente⁶ que no como ciudadano, con sus derechos y deberes. Todo ello sería muy congruente con la deriva que han ido tomando, tanto en el conjunto de España como en Catalunya en particular, un conjunto de plataformas ciudadanas creadas, en una primera fase histórica, como reacción social contra instalaciones de algún modo contaminantes para los vecinos que las van a tener en su entorno, como centrales energéticas, basureros, aeropuertos, grandes líneas de ferrocarril o de transporte de energía eléctrica; y que más tarde, en una segunda fase, se dirigieron contra dispositivos de atención social como cárceles, centros de drogas o incluso hospitales, llegando a constituir un fenómeno social conocido con el acrónimo “NIMBY”⁷.

Características básicas de este fenómeno serían la oposición entre intereses locales e intereses generales, el gran impacto mediático que suelen tener sus acciones, y el hecho de que todos los participantes en el conflicto reconocen la necesidad de la existencia de dichos dispositivos, ya que hay un consenso básico al respecto, pero donde no lo hay es respecto al sitio donde se ha decidido ubicarlos, pues las plataformas que se crean contra ellos no los quieren “en la puerta de su casa”. Pertenecen plenamente a esta categoría los movimientos que ha habido contra la instalación de diferentes tipos de dispositivos de atención a drogodependientes, algunos de los más conocidos de los cuales han sido el de Hontza, en Bilbao, y el referido a la instalación de la sala de consumo higiénico de la Vall d’Hebrón de Barcelona a lo largo de este último año⁸.

Creo que para entender este tipo de movimientos, además del marco general esbozado en el inicio de este apartado tenemos que fijarnos en las metodologías de gestión de las administraciones. En muchos casos y, en gran medida, de forma clara en los citados de Bilbao y Barcelona, lo que encontramos también son intentos de imposición de la instalación del dispositivo sin unos procesos previos de participación de los vecinos que se van a ver afectados, de explicación del sentido, alcance y posibles consecuencias reales de la instalación, de previsión y control de las posibles consecuencias no deseadas, en fin, sin unas negociaciones con ellos de las condiciones en que el dispositivo se insertará en el barrio. Si todo ello ocurre, además, en un contexto político en el cual el discurso de la participación ciudadana es un elemento central, hay que entender las reacciones negativas, no sólo de los sectores que siempre aprovecharán una situación como ésta para enmarañar la situación movilizándolo a parte de la población a partir de sentimientos muy primarios (cosa que debemos poner en el haber del discurso estigmatizante que algunos se empeñan en mantener), sino también de sectores vecinales con los que se podrían haber aliado las administraciones en iniciativas como éstas.

No puedo entrar aquí en las razones de por qué no se ha hecho así, que son muchas, complejas y, por lo menos algunas de ellas, bastante distintas en cada caso. Pero lo que no se puede aducir a estas alturas es falta de conocimiento, pues hay unas herramientas socioculturales sistematizadas en programas que permiten monitorizar situaciones de este tipo. Lo cual no quiere decir ni que su aplicación se pueda hacer de forma automática, cual receta, ni que su uso asegure siempre el éxito de la misión, pues las variables en juego en este tipo de situaciones son tantas que siempre habrá algunas que quedarán fuera de foco. En los dos ejemplos mencionados, mientras que la aplicación de unos mecanismos participativos permitió reconducir de forma bastante aceptable para todas las partes el conflicto de Hontza, no ha ocurrido lo mismo con el de la Vall d’Hebrón, que en estos momentos todavía colea⁹. Lo

6. ...que “siempre tiene razón”... ¡ay, inocentes!

7. “Not In My Back Yard”, o sea, “no en mi patio trasero” o, en traducción más libre, “no en la puerta de mi casa”. Cuando hablo de fases es para diferenciar contra lo que se reacciona, lo que no quiere decir que en estos momentos no coincidan en el tiempo reacciones características de la primera y segunda fase.

8. Sobre el fenómeno NIMBY en España, ver Alberdi et al. (2002) y Nel.lo, ed. (2003).

9. Creo que éste puede ser un estudio de caso paradigmático, que habrá que realizar en su momento.

que está claro es que prescindiendo de los mecanismos de participación ciudadana, y sin la utilización de los instrumentos de que disponemos, las administraciones se exponen a ver enormemente dificultada su capacidad de actuación en un campo en el que las instituciones públicas están obligadas a hacerlo, como es el de la asistencia; cosa que, de ocurrir sería, por lo menos en parte, por su (ir)responsabilidad¹⁰.

REACCIONES INSTITUCIONALES Y METODOLOGÍAS DE INTERVENCIÓN

Creo que parte de las dificultades que tienen las administraciones en este campo vienen de la propia historia de la intervención en el campo de las drogas y, más en concreto, de las tradiciones profesionales que en ella han dominado. Las perspectivas jurídicas y policiales, biomédicas, psiquiátricas y epidemiológicas, psicológicas y pedagógicas, han sido muy diversas y contradictorias entre ellas en muchas ocasiones, pero qué duda cabe que han marcado profundamente un “terreno de juego” de la intervención en drogas en el que las perspectivas socioculturales, como herramientas de intervención y no sólo de análisis se han movido con cierta incomodidad; y, a pesar del reconocimiento teórico de su importancia y transversalidad, su implementación práctica ha sido escasa y normalmente subsidiaria a las otras mencionadas.

En las actuales condiciones, esbozadas a lo largo de la ponencia, creo que el uso de las metodologías de tipo sociocultural, tanto para el conocimiento de la realidad como para la intervención en ella es indispensable; creo que la intervención comunitaria, sobre todo, debería jugar un rol más destacado. Se han apoyado algunos programas específicos con esta perspectiva, sobre todo para aquellas situaciones más complicadas a las que, en general, se han aplicado ópticas de reducción de daños con cierta eficacia¹¹. Pero, reconociendo por otro lado la gran diversidad de instituciones públicas y administraciones implicadas en este campo, en general parece que hay dificultades para articular el uso de herramientas de este tipo con otras como las de la epidemiología biomédica, por poner un ejemplo ya estudiado¹².

Doy por conocidas las distintas utilidades de la epidemiología biomédica, pero quiero subrayar la necesidad de articularla con una de tipo sociocultural. La epidemiología tiene su propia lógica, que no es la lógica de la vida cotidiana en la que se dan los consumos; los distintos aspectos analizados hay que categorizarlos según ítems provenientes de unas exigencias metodológicas *a priori* que tienen poco que ver con las de aquella cotidianeidad. Refiriéndonos a un tema que preocupa, como es el del cánnabis, si limitamos nuestro conocimiento sobre el tema sólo a esta metodología, no sabremos cuáles son los que la probaron y luego la dejaron, y cómo esto se relaciona con el papel que ha podido jugar su consumo en el devenir biográfico de una persona, qué significados tiene que lo hagan solos, o acompañados, o para identificarse con otros, cuáles son los beneficios que obtienen, cómo se evalúan con otros elementos de su vida para decidirse a continuar consumiendo o no, a hacerlo sólo esporádicamente, en determinadas situaciones, en qué contextos históricos y generacionales se dan estas decisiones, etc. Y resulta que precisamente este tipo de cuestiones tan estratégicas para la intervención social se pueden ver con mucha mayor claridad en estudios de base etnográfica, en combinación con otras metodologías¹³, que no a partir de unas encuestas que a la postre se utilizan para alimentar la alarma social que, si en un momento histórico quizás resultó útil para obtener recursos en la intervención en drogas, en este momento de “normalización” resulta, no sólo incongruente, sino también contraproducente.

10. Aunque hay diversos materiales elaborados, yo tengo que referirme aquí a los que más conozco, que son los producidos por el Grupo, como son, para un ámbito más genérico, la *Guía Requala para investigaciones cualitativas aplicadas al ámbito del VIH/Sida y los usos de drogas*, y para el ámbito más específico que estamos tratando, el curso *COMETA, prevención de conflictos comunitarios asociados a la implantación de servicios y programas de drogodependencias*. Se puede obtener información sobre ellos en la página web de Grupo: <http://www.grupigia.com/>.

11. Véase, para corroborar esto, los datos del OED, *Informe 2004*, acerca de la disminución, en estos últimos años, de los problemas socio-sanitarios más graves en España, a la que se supone que en algo habrán contribuido estos programas. Por otro lado, se puede consultar en Ramón (Coord.), 2006, distintos programas que podríamos englobar bajo la etiqueta de intervención comunitaria.

12. Para un riguroso análisis de las distintas metodologías a las que nos estamos refiriendo ver Menéndez (1998), entre otros.

13. Como sería el caso de Gamella/Jiménez (2003), para no movernos del tema del cánnabis.

Me parece significativo de la incomprensión respecto a las potencialidades de estas metodologías, el que a veces se utilicen para el conocimiento de la realidad, sin que luego se extraigan unas consecuencias acordes con este conocimiento. Ya sé que los criterios de intervención vienen en gran parte orientados por determinadas opciones político-ideológicas, más que por los de tipo teórico-metodológico. En un momento en que precisamente, dado el tipo de gobierno central que hay y el programa en el que se basan, parecería lógico que no hubiera ninguna duda sobre los dos principales criterios de defensa de la salud pública y de la cohesión social que deberían orientar la actuación en el campo de las drogas, las incoherencias que, en mi opinión, pueda haber entre estos principios y algunas actuaciones importantes de la administración, quizás sean debidas a ciertas distorsiones teórico-metodológicas.

Por ejemplo, aunque quizás sea un poco pronto para evaluar el impacto de la “Ley del Tabaco”, se puede afirmar que, por lo menos en parte, se situaría en una perspectiva de reducción de daños. No se trata de conseguir “un mundo sin tabaco”, como de reducir los daños que el tabaco puede producir desde distintos ámbitos, sobre todo públicos, mediante una serie de medidas, eso sí, fundamentalmente coercitivas. Según mi opinión a esta ley le sobran algunas rigideces, que se podrían haber ahorrado en un proceso más participativo de planteamiento de la misma, pero creo que precisamente porque no se les ha ocurrido sacar el tema del contexto de la “normalidad”, a través del prohibicionismo penal, esto sitúa sus medidas, y la adaptación o no a ellas, en un ámbito en que la población vea posible gestionar sus posiciones de manera más o menos eficaz, pues ello no plantea especiales problemas de moral, buenas costumbres o semejantes, que cuestionen el lugar de uno en la sociedad¹⁴. Con lo que se puede prever que, por lo menos en ciertos ámbitos sociales no especialmente problemáticos, esta ley puede llegar a ser relativamente eficaz en relación a sus objetivos.

REACCIONES INSTITUCIONALES, RIESGOS Y CORRESPONSABILIZACIÓN

En cambio, los continuos pronunciamientos acerca de la “baja percepción del riesgo” de, sobre todo, el cánnabis, y las subsiguientes medidas como el control policial en los centros de estudio, no denotan más que una cierta impotencia ante una situación que parece que se les escapa de las manos, y ante la cual se reacciona con “más de lo mismo”.

Es obligación de las autoridades preocuparse por el aumento del consumo de cánnabis, sobre todo en adolescentes, entre otras cosas porque esto puede comportar un aumento proporcional de consumidores problemáticos. Pero preocupación y eficacia son dos niveles distintos, y hay medidas cara al público que quizás políticamente sean casi inevitables, pero que se debería calibrar hasta que punto no pueden ser contraproducentes para el grupo diana de una intervención. Así, aunque la presencia de la policía a las puertas de los colegios pueda tener efectos ansiolíticos sociales momentáneos para padres y profesores poco informados, a la par que angustiados, valdría la pena valorar si los “resultados” que van desgranando las distintas policías al cabo del año de la puesta en marcha de esta medida, compensa algunos de los efectos perversos de la misma, perfectamente previsibles en el momento de su puesta en marcha.

Nos referimos, por ejemplo, al mayor aislamiento que buscan los grupos de adolescentes “fumetas” que, para esquivar la presencia policial, se van a parques más alejados del instituto, o a bares; ¿Qué se ha conseguido con ello? Pues se está facilitando la ruptura con las actividades básicas de integración social de aquellos adolescentes consumidores con peor pronóstico; mientras que los menos problemáticos, que son la mayoría, quizás no probarán el porro a la puerta de la escuela, pero muchos de ellos sí lo harán, de vez en cuando, en alguna fiesta, excursión o donde sea, y lo acabarán dejando, o no, pero sin que ello sea un problema para su vida¹⁵, los anteriores están sufriendo el inicio de un proceso de marginación, con la colaboración de las autoridades que señalan aquello que hacen como una “actividad infamante”, reforzando así la importancia que la cosa tiene para su identidad.

14. ...más allá, hay que reconocerlo, de una cierta mala imagen del fumador antes no tan presente.

15. Claro que hay quien, contra toda evidencia epidemiológica, y científica en general, cree que no existe la figura del consumidor esporádico que, en muchos casos, puede acabar siendo el consumidor responsable que se preocupa, entre otras cosas, por su salud.

No soy de los que creen que “el porro a la puerta de la escuela” no pueda requerir alguna intervención en un momento dado, pero creo que la prioridad dada a la presencia policial está impidiendo las condiciones de otro tipo de iniciativas, como las de educación y mediación entre los grupos de relación informal de los adolescentes, uno de cuyos lugares de reunión es precisamente la puerta de la escuela. También sabemos que la presencia policial facilita actitudes provocativas¹⁶, que ponen de relieve la ineficacia de su actuación; actitudes muy esperables por parte de adolescentes, a no ser que se desconozca la “delicada materia” con la que se está trabajando y se acaben abonando así aspectos como la falta de respeto por la ley y la banalización que se dice querer combatir.

Quizás uno de los problemas sea la consideración del riesgo sólo como un elemento indefectiblemente negativo, confundiendo con un peligro cierto, confusión a la que contribuye la dificultad de pensar que pueda haber consumos de drogas positivos para quien los hace, porque con ellos se obtienen, no sólo los efectos inmediatos, sino determinada posición en el grupo, relaciones sociales, una determinada imagen, etc., que pueden ser importantes para el futuro del adolescente. En el caso de los jóvenes, además, y tanto en nuestra sociedad como en muchas otras, el riesgo forma parte de los procesos de maduración, de aprendizaje social.

Esto ha sido estudiado recientemente, entre nosotros, por Comas y otros (2003, 2005), verificando empíricamente ideas como que el grupo de iguales, por ejemplo, no se puede considerar sólo un “factor de riesgo”, cuando es absolutamente imprescindible para crecer, por más que en él es donde se produzcan también los consumos de drogas (es más, los que resultan problemáticos son los jóvenes que no tienen esta red de relaciones afectivas, de apoyo, etc.). O que la presencia de más cantidad de riesgos en los medios de ocio urbano, ha acabado produciendo una cierta “familiaridad” con ellos que ha facilitado que se gestionen de tal modo que se limitan sus efectos negativos, excepto en grupos minoritarios. Nos parecería poco creíble que se planteara el proceso de emancipación doméstica sólo como un riesgo: claro que tiene aspectos riesgosos, pero es imprescindible para llegar a adulto; en cambio, cuando se habla de drogas, todas estas matizaciones, que se corresponden con la complejidad de los procesos de transición a la vida adulta, parece que se pierden.

Sea como fuere, creo que la repetida insistencia en la “baja percepción del riesgo” como causa del mayor consumo, tiene la debilidad, quizá no tanto de evidenciar el fracaso de las políticas dominantes hasta ahora, como de darles continuidad a través del intento de atemorizar con mensajes, como mínimo, sesgados, cosa a la que los adolescentes son muy sensibles. Tanto la experiencia de los consumidores, como la mayoría de la literatura científica, ponen de relieve la menor peligrosidad relativa del cánnabis respecto a otras drogas, lo que no equivale a su inocuidad, pero se acerca más a las percepciones manejadas por ellos que al mantenimiento de ciertos “tremendismos”, que pueden dificultar programas de acercamiento a los adolescentes. En un artículo reciente ya me preguntaba que si en lugar de sermonear a los jóvenes desde la palestra como si el cánnabis fuera su gran problema, “¿no sería mucho más inteligente partir de sus conocimientos y experiencias, del reconocimiento de los efectos positivos que tiene el cánnabis para ellos, para crear una relación de confianza que nos permita introducir otros elementos de reflexión, como la manipulación del “mercado joven” —ya sea de unos conocidos grandes almacenes, como de los ámbitos de ilegalidad— entre otros?” (Romaní, 2005: 276-277).

No podemos continuar pretendiendo que los jóvenes sean responsables en este campo (y en tantos otros) cuando, de entrada, desvalorizamos su mundo y sus experiencias. La intervención con ellos requiere, no sólo establecer unos límites claros, sino hacerlo desde el respeto imprescindible que requiere la corresponsabilización en cualquier iniciativa o empresa, y sobre todo de aquellas que más les puedan interesar, a pesar de que muchas veces parezca lo contrario, como las que atañen a su salud o a su futuro¹⁷.

16. Chicos que “se ponen hasta arriba” de porros y se colocan provocadoramente en la puerta del instituto, para que se les vean bien sus ojos rojos y otras características que señalan que “van bien pasados” hasta que la policía los registra y no encuentra nada y entonces los muchachos, rodeados por sus compañeros, ríen su propia gracia.

17. Lo que no tiene nada que ver, sino todo lo contrario, con la adulación con la que tan a menudo se les pretende seducir precisamente para que sean “consumidores hipotecados-de-por-vida ejemplares”, como si fueran tontos.

La obligación de los adultos, en todo caso, sería la de haber construido una sociedad en que el riesgo y la experimentación, dos características profundamente humanas, se pudieran hacer en las mejores condiciones posibles. Pero como está claro que “no hemos hecho los deberes”, creo que deberíamos aprovechar el contexto más normalizado de usos de drogas para trabajar, no sólo con los adolescentes más problemáticos, pero también con ellos, para hacer posible esta labor de acompañamiento, de “estar ahí”, por parte de los adultos, y contribuir así, desde el ámbito de las drogas, a su formación como ciudadanos, es decir, de personas con capacidad crítica de decisión¹⁸. Si esto es realmente lo que queremos, ¿dejaremos pasar esta ocasión?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y DOCUMENTALES

- Alberdi, J. et al. (2002). “Una reflexión sobre la acción colectiva NIMBY: el caso de Hontza”, *Inguruak, Revista vasca de sociología y ciencia política*, nº 33.
- Bergalli, R. et al. (2003). *Sistema penal y problemas sociales*. Valencia, Tirant lo Blanch.
- Comas, D. et al. (2003). *Jóvenes y estilos de vida. Valores y riesgos en los jóvenes urbanos*. Madrid, FAD – INJUVE.
- Comas, D. (2005). “Las experiencias de la vida: aprendizajes y riesgos”, Cap. III del *Informe Juventud en España 2004*. Madrid, INJUVE.
- Espluga, J.; Lemkow, L.; Baltiérrez, J.; Kieselbach, T. (2004). *Desempleo juvenil, exclusión social y salud*. Barcelona: Icària.
- Gamella, J.F. y Jimenez, M.L. (2003). *El consumo prolongado de cánnabis. Pautas, tendencias y consecuencias*. Madrid, FAD.
- Megías, E. (dir.), D.Comas, J.Elzo, J.Navarro y O.Romaní (2000). *La percepción social de los problemas de drogas en España*. Madrid, FAD.
- Megías, E. (dir.), E.Rodríguez, I.Megías y J.Navarro (2005). *La percepción social de los problemas de drogas en España, 2004*. Madrid, FAD.
- Megías Quirós, I., E. Rodríguez, S.Méndez y J.Pallarés (2005). *Jóvenes y sexo. El estereotipo que obliga y el rito que identifica*. Madrid, INJUVE – FAD.
- Menéndez, E.L. (1998). “Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes”, *Estudios Sociológicos*, XVI, 46: 37- 67 (México).
- Nel.lo, O., Ed. (2003). *Aquí no! Els conflictes territorials a Catalunya*. Barcelona, Ed. Empúries.
- OED (Observatorio Español sobre Drogas) (2005). *Informe 2004. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid, PNSD (<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2004.pdf>)
- OEDT (Observatorio Europeo Droga y Toxicomanías) (2006). *Informe 2005. El problema de las drogodependencias en Europa*. Lisboa, EMCDDA (<http://annualreport.emcdda.eu.int>)
- Pallarés, J. at al. (2006). *Observatori de Nous Consums de Drogues en l'Àmbit Juvenil. Informe 2005*. Barcelona, Associació Institut Genus.
- Ramón, E. (Coord.) (2006). *II Catálogo de Buenas Prácticas en Drogodependencias*. Bilbao, EDEX – PNSD- FEMP.

18. Y que así puedan contribuir, por ejemplo, a la construcción de una sociedad con menos desigualdades, ya que éstas constituyen una de las primeras causas de los problemas socio-sanitarios actuales, como muestran Benach/Muntaner (2005) en su pequeño y estupendo libro.

Las drogas: el peaje del bienestar

Eusebio Megías Valenzuela



Quiero comenzar expresando con claridad mi hipótesis de partida: cada vez más, los consumos de drogas aparecen como elementos integrados en una cultura social que prima los logros relativos al bienestar personal, que ignora los posibles efectos negativos de sus opciones y que sitúa la responsabilidad de lograr y mantener el bienestar, y de evitar los subproductos indeseados, en instancias ajenas.

No se me escapa que ante una afirmación de esta naturaleza, muy alejada de los presupuestos desde los que habitualmente se han explicado, y se siguen explicando, los consumos, es preciso, para que no se convierta en un simple exabrupto más o menos agresivo, argumentar cada uno de sus extremos. Vamos a ello.

1) “LOS CONSUMOS DE DROGAS SON ELEMENTOS INTEGRADOS EN LA CULTURA SOCIAL”

O dicho de otra forma, quizás más provocadora, que esos consumos van formando parte, una parte progresivamente más visible, de nuestra manera de entender la vida y de interactuar; que hace tiempo que dejaron de ser un subproducto social, escasamente definitorio de lo general, acantonado en los márgenes de la ciudadanía o acotado a colectivos muy concretos, para pasar a formar parte de la plena normalidad.

Para ser exactos, esa integración a que me refiero, antes, era patrimonio exclusivo de las sustancias legales, básicamente tabaco y alcohol; ahora abarca a otros muchos productos, también de carácter ilegal, y a unos patrones de consumo que, como parte de los mismos, pueden incluir usos abusivos de sustancias, con una única condición: que estén destinados a una finalidad esencial de ocio. Es esa finalidad del consumo la que parece legitimar a las drogas; son “buenas”, son normales, si están destinadas a la diversión en los momentos apropiados para ello; son inaceptables, anormales, si invaden los espacios en los que pueda sospecharse una afectación directa de terceros, o de ese “tercero”, ambiguo y abarcativo, que es el orden establecido. Y, como decía, mientras el consumo se circunscriba al ocio, se hace aceptable incluso el abusar; al fin y al cabo, para eso es el ocio, para desfasar y para servir de válvula de escape a las tensiones del vivir cotidiano.

Consumir drogas, en ese tiempo de diversión, es a la postre algo aceptable y aceptado, que forma parte, y una parte significativa, de la manera en que muchos viven su aquí y ahora. Por supuesto, no se plantea (o casi nadie lo hace) que la dimensión, espacial, temporal y simbólica, del ocio se extienda progresivamente (con lo que la legitimidad de los consumos se amplía), o si la fantasía de mantener separados los ámbitos de trabajo y la responsabilidad de los de la diversión irresponsable es o no realizable. En relación con esto último, basta decir que, se trate o no de una expectativa realista, cada cual cree que en su caso se da por sentada.

Más allá de la progresiva importancia, cuantitativa y cualitativa, que ha ido adquiriendo el ocio (y, con él, las drogas) en la vida de las personas y en las formas del vivir colectivo, lo cual habla de lo significativo de su papel, creo que hay que resaltar su potencialidad signifiante de lo cultural. Ya no se trata de que sea una pieza muy importante en todo el entramado de las dinámicas colectivas, sino de que define y articula estilos de vida.

Camino por el que llegamos a la hipótesis de que las drogas, sus consumos, no sólo ocupan una llamativa parcela de lo cultural sino que definen y construyen la manera de hacer cultura. En lenguaje simple: es difícil entender nuestro interactuar sin la presencia mediadora de las drogas (al menos, en lo referido a los espacios de ocio) y éstas están determinando nuevas, y en parte obligadas puesto que se integran en el imaginario colectivo, maneras de vivir y divertirse.

Soy consciente de lo que puede haber de exagerado en el planteamiento. Mucho más, de que éste no es aplicable a la generalidad de los miembros de nuestra sociedad ni a la totalidad de las facetas que construyen la dinámica de esa sociedad. También de que no será fácilmente compartido por un cuerpo social en el que todavía amplias minorías, por razones diferentes, mantienen una confrontación formal con las drogas, con su presencia y con su rol social. Pero sin esta lectura no puedo explicarme, ni explicar, las razones últimas de unas tendencias cada vez más inocultables.

En efecto, no acabo de entender de qué otra manera puede explicarse la presencia progresivamente transversal e intersticial de los consumos psicoactivos, los grupos numéricamente crecientes que experimentan y están llegando a distintos niveles de habitualidad en el consumo, los perfiles de consumidores cada vez más integrados, la presencia de las drogas en todos los grupos sociales, la aceptación del hecho del consumo como una constante social nada llamativa, la identificación que de los perfiles del consumidor y del joven va haciendo la representación colectiva, etc., etc. Como tampoco encuentro otras explicaciones para el rol que las drogas van ocupando en nuestros mecanismos de construcción social; para su progresiva importancia en la intermediación de las relaciones, en la estructuración de ritos colectivos o en la modificación, estructural y funcional, de nuestros estilos de vida; ni para la función identitaria que van representando para significativas minorías (véase, por ejemplo, el papel del cánnabis como elemento de reconocimiento, integración y expresión en determinados grupos de jóvenes).

2) “UNA CULTURA QUE PRIMA LOS LOGROS RELATIVOS AL BIENESTAR PERSONAL”

Lo cual, enunciado así, resulta de una obviedad aplastante: ¿qué cultura, o qué individuo, no subraya sus exigencias de bienestar, tanto desde criterios de pura supervivencia como desde postulaciones legítimas, incluso ancladas en lo que se da en llamar la naturaleza humana? Todos aspiramos al bienestar y todos, casi como condición de necesidad, precisamos ampliar el ámbito de ese bienestar a aquéllos, próximos a nosotros por cercanía y afecto, que conforman nuestro inmediato yo social. No parece que ese anhelo de bienestar sea en sí mismo definitorio de nuestra realidad actual, que la diferencie de momentos pasados.

Lo que acaso empiece a ser más característico es que, en el horizonte de ideales sociales, ese bienestar que se busca aparezca como un *desideratum* sin límites precisos, y por tanto inalcanzable por definición. Inalcanzable en la medida en que va ampliándose o creciendo al ritmo de lo que se consigue, que no parece tener una medida concreta de exigencias. Es como si, en el marco de ese ideal social, los criterios de bienestar siguieran una espiral, un tanto enloquecida, en la que a cada estatus alcanzado se siguiera una nueva curva de necesidades, siempre vistas como primarias. Todo resulta deseable, todo se convierte en necesario, y cualquier conquista lleva el añadido de una frustración relativa, que se convierte en motor de nuevas búsquedas y nuevas exigencias.

Por ese camino, la aspiración al bienestar, más que por necesidades concretas, parecería motivada por lo que en términos psicologistas podría llamarse el deseo, impulso siempre ilimitado, difícilmente controlable y destinado a quedar perpetuamente insaciado¹. Y aunque soy totalmente consciente de la distancia (como dirían los escolásticos, de grado y de naturaleza) entre la dimensión personal y la social, no deja de producirme una cierta sombra de inquietud la fantasía de un cuerpo social que se lanza tras el bienestar en un proceso neurotizante, crónicamente espoleado por una insatisfacción siempre renovada. Más aún me inquieta, no ya como sombra sino como realidad objetiva, una sociedad donde lo que se necesita no parece tener límites y donde el consumo, esa traducción economicista de lo que estamos hablando, se ha convertido no sólo en el combustible sino en el indicador principal de la salud colectiva.

1. Un deseo que, como se dice desde lecturas lacanianas, es metonímico, no es más que la metáfora de un todo insatisfecho y que debe continuar eternamente así.

Aún se me ocurre otra característica que tiñe de peculiaridad nuestra actual búsqueda de bienestar y que, quizás, la prive de ese rasgo de cosa sabida que antes señalaba: su circunscripción al espacio de lo personal (y de esa dimensión familiar que, como prolongación o como garante de lo propio, aparece como parte constitutiva de uno mismo), con olvido de la dimensión común. En este sentido parecería que ese criterio que dicta que resulta difícil disfrutar plenamente del bienestar personal en medio del malestar de otros muchos, parecería o en franca decadencia o en vías de resolución a través del mecanismo de invisibilizar lo que nos estorba. Acaso se trate de que, en una sociedad progresada, con gran parte de las necesidades materiales cubiertas, se encienda luz verde al “todo vale” en la persecución de las propias satisfacciones. En todo caso, no parece que esos valores postmaterialistas de los que se habló hace años, referidos a la solidaridad, a la sostenibilidad, a la justicia equitativa, a la tolerancia, a la paz..., estén en plena vigencia. Y no quiero ni puedo negar los movimientos, más o menos espontáneos, de compromiso con los otros, ni que esos movimientos sean más numerosos y frecuentes que antes. Lo que señalo es que esas acciones solidarias, por llamativas y encomiables que puedan ser, no niegan el hecho básico: son epifenómenos puntuales, que destacan en un mar de valores individualistas, que aparecen más como las excepciones que como la regla, y que muchas veces parecerían ser la coartada que permite mantener a las finalidades colectivas en el saco de los ideales políticamente correctos pero, desgraciadamente, irrealizables. ¡Claro que son más frecuentes que antes! Sólo faltaría que, en una sociedad como la nuestra, donde la comunicación es inmediata, donde todo se transmite, y donde las posibilidades de acción han crecido de forma exponencial, no se hubieran incrementado los actos de solidaridad. El problema es que siguen siendo excepcionales, al menos puntuales, y no niegan el clima de insolidaridad básica.

3) “LA PERCEPCIÓN COLECTIVA IGNORA LOS POSIBLES EFECTOS NEGATIVOS DE LAS ESTRATEGIAS PARA LOGRAR EL BIENESTAR QUE SE PRIORIZA”

Resulta evidente que, de entrada, podría plantearse que no hay tales efectos negativos; evidente pero ilógico. Primero, por cuestión de principio; no hay ninguna estrategia social que no suponga riesgo de desviaciones, de desigualdades en la aplicación, de olvido de exigencias desapercibidas o de efectos colaterales indeseados. En segundo lugar, porque esos subproductos negativos ya están ahí e implica un esfuerzo tener que ignorarlos.

Por citar algunos ejemplos, no resulta difícil correlacionar con esa prioridad de búsqueda a ultranza de la gratificación, la aparición de comportamientos egoístas o de falta de compromiso con las obligadas tareas colectivas; ni la presencia de conductas de riesgo dictadas por la aspiración acrítica a lo placentero; ni el entorpecimiento de procesos que exigen constancia y cooperación (como es el caso de las tareas educativas y socializadoras); ni la presencia de elementos, más que de divergencias, de disgregación social; ni la aparición de fenómenos, teóricamente indeseados, como puede ser el caso de los consumos de drogas. Los problemas están ahí y, ante ellos, si se quiere mantener esa visión ingenua que antes señalaba, sólo caben dos salidas: o se ignoran, no existen, o se atribuyen a otras causas, lo más alejadas de lo propio que sea posible.

Es lo que se hace con las drogas. Primero se mantiene la visión alarmada que dicta lo políticamente correcto y que viene justificada por los peligros que los consumos de otros, sobre todo si son más jóvenes, se cree que entrañan. Luego, se suaviza o se niega esa alarma ante los consumos propios, de los que se quiere entender que no suponen riesgo. Finalmente, en la medida en que los conflictos son inocultables o se temen, se atribuyen a instancias ajenas. Y todo esto, desde el espacio individual, se traslada a la conformación de una representación colectiva, que termina por ser confusa y ambivalente, casi esquizofrénica.

Evidentemente, la manipulación que proyecta fuera del propio ámbito a las responsabilidades y los problemas, que ignora a éstos o que los banaliza, no es una maniobra intencionada de personas o de grupos; lo cual no quiere decir que sea una reacción ciega o inocente. Está destinada a mantener un *statu quo* del que no se quiere renunciar a las ventajas inmediatas, y a procurar una autojustificación que permita el sostenimiento de la ficción. La ceguera selectiva o la mirada que oculta y distorsiona tienen una función defensiva; son las maniobras que nos permiten seguir instalados en esa fantasía de mundo al que es obligado estrujar sus estimulaciones y beneficios, en el que la dimensión

personal es lo que importa, y al que podemos exigir que nos dé lo que queremos, que nos lo dé sin grandes esfuerzos por nuestra parte, y que nos ahorre la molesta visión, mucho más la molesta experiencia, de los efectos negativos que no entran en los cálculos iniciales. No esperamos que nada vaya mal, no entendemos que eso pase, no aceptamos ni el sufrimiento del esfuerzo ni el dolor de lo indeseado, y no admitimos que si, pese a todo, los problemas llegan, seamos nosotros quienes debamos resolverlos o quienes debamos incluirlos en la cuenta de nuestros errores o nuestras incompletudes. El problema no es que banalicemos los riesgos de los consumos de drogas; el problema es que estamos ciegos ante los posibles peligros de “nuestros consumos”, de “nuestras drogas”, al tiempo que no tenemos empacho en subrayar, incluso exagerar, los de “las drogas de los otros”.

4) “UNA CULTURA QUE SITÚA LA RESPONSABILIDAD EN INSTANCIAS AJENAS”

Hay un correlato lógico de la posición de sobredimensionar las exigencias de bienestar personal, sin previsión de los esfuerzos para lograrlo o de las consecuencias del proceso: la construcción de posturas en las que, en última instancia, son otros quienes deben hacer posible esa expectativa y deben garantizar el pleno disfrute (sin las amarguras de las consecuencias secundarias) de la misma.

Si el horizonte aspiracional tiende a definirse desde los objetivos de bienestar personal, no es sorprendente que no quede espacio para intereses de otra naturaleza, ni que se delegue en otros la garantía de consecución de lo que se quiere. En otros términos, que esa expectativa de mundo gratificante se convierta en una fantasía, más o menos colectiva, de que cabe legítimamente esperar una realidad social en la que lo que se quiere sea alcanzable y lo que no se desea no aparezca; y no aparezca por el esfuerzo de otros, o porque sí, puesto que el compromiso de enfrentamiento personal supondría un cierto desplacer. Por ese camino se llega a construir una fantasía colectiva de “mundo feliz”, que no por ingenua deja de ser operativa.

Acaso el ejemplo más acabado sobre estas posturas podamos encontrarlo en las demandas de educación. La exigencia de educar se ha convertido en una apelación universal, contemplada por todos como la solución de los más diversos problemas o conflictos psicosociales: la seguridad vial, el maltrato doméstico, la violencia de género, la violencia entre iguales, los problemas de drogas, son cuestiones a resolverse educando. El “hay que educar” se ha convertido en un mantra incuestionado, que sólo por el hecho de ser emitido parece ya tener valores transformadores y que se contempla como un imaginario bálsamo de Fierabrás que va a solucionar cualquier trauma social y va a convertir a los educados en invulnerables. La exigencia de educar parece traspasar las lógicas expectativas que supone siempre apoyar la construcción de niños, adolescentes y, a la postre, ciudadanos más maduros, más capaces, más autónomos y más libres (que ese sería el objetivo planteable a la educación), para convertirse en la esperanza de que solucionará, prevendrá y, en última instancia, evitará la presencia de problemas. Pero no parece que esta cierta desmesura del concepto sea lo más inquietante; lo que despierta un interrogante de alarma es el hecho de que la apelación a educar parece ser hecha a un ente abstracto, superior y al margen de cada uno de nosotros, que sería quien tiene ese poder y esa obligación. Y si la apelación a ese ente abstracto resulta excesivamente etérea o ilógica, las responsabilidades se concretan en grupos y colectivos que siempre se sitúan ajenos al propio espacio. Padres y madres sienten que no tienen tiempo, que no pueden o que no saben educar a sus hijos y miran hacia los docentes, encargándoles de la tarea; estos docentes, que también se sienten injustamente tratados, rechazan una responsabilidad que les resulta irresponsablemente delegada; todos ellos, padres, madres y docentes, se quejan de la imposibilidad de cumplir los objetivos educativos contra la corriente dominante de una interacción colectiva (modas, publicidad, estilos de vida, comunicación...) que hace imposible la tarea de educar. Ni que decir tiene que los agentes de esa interacción colectiva también creen que sus responsabilidades están limitadas a otros campos y que no tiene sentido cargar sobre ellos una dimensión del proyecto educativo de la que tendrían que ocuparse padres y maestros. Y todo esto no impide en absoluto que se siga preconizando “hay que educar”, y que se siga parafraseando “que eduquen ellos”.

En este contexto, el modelo de interpretación de los problemas de drogas, y las responsabilidades derivadas de ese modelo, también se mueven inevitablemente en ese ámbito de atribuciones genéricas, marcadas por las delegacio-

Consumir ¿por qué no drogas?

Fernando Conde Gutiérrez del Álamo



INTRODUCCIÓN

La mayoría de los discursos y de los abordajes de la problemática de las drogas en los medios sociales e institucionales dominantes suelen centrar la cuestión de las “drogas ilegales”, como un problema social, de salud, de orden público. En épocas anteriores, el discurso de las drogas estaba dominado por la perspectiva de la seguridad y del orden público, mientras que últimamente parece dominar la perspectiva de la salud. Perspectiva que se amplía a las llamadas drogas “legales” como el tabaco y el alcohol. Desde una perspectiva muy diferente, más presente en medios autoidentificados como contraculturales y alternativos, la cuestión de las drogas se suele abordar desde una perspectiva antropológica y sociocultural más amplia en la que se subraya la importancia de las “drogas” en determinados ritos, fiestas, etc., de unas y otras culturas.

Ambas perspectivas son muy diferentes desde la estrategia argumental que subyace en cada aproximación: en el primer caso se tiende a subrayar al “aspecto negativo” que tienen las drogas, en el segundo la dimensión antropológica y ritual y hasta cierto punto positiva de las mismas sustancias. De hecho, suele ser habitual que desde la segunda perspectiva se señale que lo “negativo” de las drogas viene de la falta de integración de las mismas en una cultura dada y, en esa medida, de la falta de recursos socioculturales para contener y encauzar el consumo de dichas drogas reduciendo al máximo sus posibles efectos negativos.

Difiriendo ambas perspectivas en la orientación valorativa de las drogas coinciden, sin embargo, en el acento común en la sustancia “droga”¹ que unas y otras aproximaciones desarrollan.

La perspectiva que se pretende desarrollar en esta intervención es algo diferente a las citadas aproximaciones: vamos a tratar de subrayar cómo, en la actual problemática de los consumos de drogas en las nuevas generaciones juveniles y desde la vivencia de los jóvenes al respecto, prima, domina la cuestión central del consumo sobre la más accidental de la “sustancia”. O dicho de otra forma, en el abordaje que voy a tratar de desarrollar el propio término consumo va a ser lo central y lo sustantivo de la exposición, mientras que la sustancia “droga” va a ser abordada como lo adjetivo, como lo que acompaña al “consumo” de drogas².

La intención de la ponencia es tratar de poner de manifiesto una forma cada día más generalizada, al menos entre las generaciones más jóvenes, de vivir el consumo de drogas. Vivencia de este tipo singular del consumo que tiende a aproximar el consumo de drogas al consumo de cualquier otro tipo de objeto. De hecho es cada día más habitual en que los jóvenes comparen el consumo de drogas, con el consumo de televisión, del Messenger... o de cualquier

1. De forma significativa con esta argumentación, la revista *Archipiélago* dedicó un número, el 28 correspondiente a la primavera de 1997, llamado “Sustancia y accidente” a una reflexión del fenómeno de las drogas desde lo que se podría entender como un discurso más alternativo.

2. En Conde F. (1989). *Investigación sobre la campaña de publicidad ‘No piques’*. Ministerio de Sanidad y Consumo; en Conde F. (1996): “Crisis de las sociedades nacionales de consumo de masas y nuevas pautas de consumo de drogas” en *Revista de Estudios de Juventud* nº 37. Instituto de la Juventud y en Conde F. (1999). “Los hijos de la desregulación” CREFAT. Cruz Roja, Madrid he ido abordando el fenómeno del consumo de drogas desde esta perspectiva del consumo.

otro tipo de fenómeno adictivo. No sólo eso, sino que como trataré se señalar en la ponencia, la estructura motivacional de unos y otros consumos es cada día más semejante.

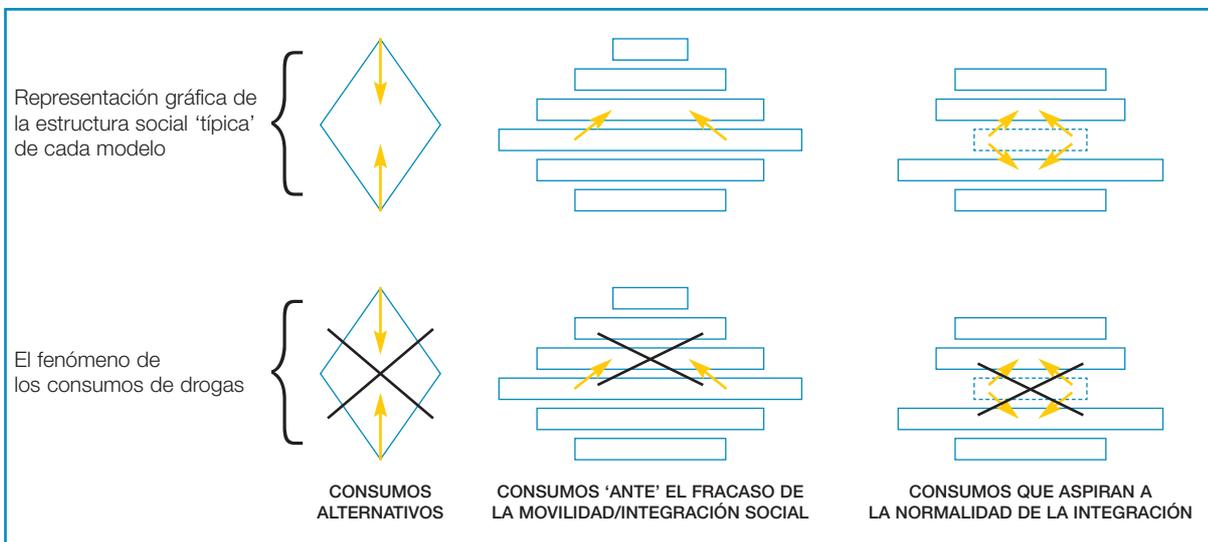
La inscripción del consumo de drogas en el ámbito más general del consumo va más allá, en todo caso, de la citada cuestión de la juventud. De hecho, como apunte que no desarrollaré, baste señalar el desplazamiento existente en ciertos discursos profesionales e institucionales desde las problemáticas de las “drogodependencias” (en el sentido fuerte de la expresión) a la problemática más “ligera” y diferente de las “adicciones”, de las viejas y nuevas adicciones... como Internet.

1. UN BREVE RECORRIDO HISTÓRICO

La forma de abordar esta cuestión va a ser la de realizar un breve recorrido histórico por los modelos de consumo en general y los consumos de drogas más en particular, para centrarnos en la relación entre ambos tipos de consumos en la actualidad. Breve recorrido histórico que creo que puede ayudar a comprender más a fondo la singularidad de la actual situación. Breve recorrido que hemos tratado de resumir en los cuadros adjuntos:

Modos de consumo y pautas de consumo de drogas

MODELO AÑOS 60/70 MODELO NACIONAL DE CONSUMO DE MASAS	MODELO AÑOS 80 (85- 93) MODELO DE CONSUMO SEGMENTADO	MODELO DE CONSUMO “GLOCAL” A PARTIR DE LA CRISIS DE 1994
Nacimiento de la sociedad de consumo en España	Ampliación del consumo en España y principio de diferenciación interna	Masividad del consumo y nacimiento de nuevos modelos de consumo
Importante crecimiento clases medias urbanas (Empleo fijo y políticas de pleno empleo) Fuerte proceso de promoción social	Principio de procesos de dualización y segmentación social: “yuppies” y “parados”	Creación de zonas de integración social muy diferenciada y generalización de la “vulnerabilidad social”. La exclusión como parte integrante del proceso social, como amenaza constante
Desarrollo de las normas de integración social Desarrollo de los valores del trabajo, del esfuerzo	Cuestionamiento de los valores del esfuerzo. Desarrollo de la cultura del “dinero” y del “éxito” rápido	Fracturación de las normas sociales
Norma de “consumo de masas”, “standard package” vivienda, automóvil, electrodomésticos	Normas de consumos “segmentados” y por “nichos”: “Estilos de Vida”	Normas de consumo segmentados/personalizados y desarrollo de varias normas de consumo
(SEGURIDAD EN LOS CONSUMOS PÚBLICOS)	(CRISIS C. PÚBLICOS)	
La “clase media” como centro simbólico y aspiracional	La clase media alta como referente simbólico y aspiracional	Diferentes modelos simbólicos de referencia (ciber- élite, norma de consumo de masas...)



En el marco de estos tres modelos centrales de la reciente historia del consumo en nuestro país, los consumos dominantes de las drogas “ilegales” se insertaban en cada uno de dichos modelos desde perspectivas culturales y motivacionales totalmente diferentes, tal como hemos desarrollado en el gráfico adjunto y ampliaremos en el conjunto de la ponencia.

2. LOS AÑOS SESENTA. EL MODELO DE CONSUMO DE MASAS Y LA BÚSQUEDA DE ALTERNATIVAS Y DE TRASGRESIONES

Los años sesenta del siglo pasado podrían constituir el punto de partida de nuestro recorrido. Antes de dicha época los consumos de drogas “ilegales” se inscribían en circuitos socialmente periféricos: por ejemplo, el consumo de la grifa a partir de los soldados de la legión que estuvo en el origen de una de las primeras denominaciones “autóctonas” de los consumidores de drogas en nuestro país, los “grifotas”, hoy en claro desuso. En este contexto de consumo más periférico, autóctono (autárquico) y tradicional, en los años sesenta se produce un quiebro en esta situación para empezar a inscribirse el consumo de drogas en unas pautas más próximas a lo que podríamos llamar las pautas más modernas de consumo que todavía se pueden observar en algunos de las motivaciones y de los comportamientos juveniles al respecto y en las que los consumos de drogas (que más preocupan a la sociedad) se inscriben cada vez más en los que podríamos llamar la “escena juvenil”.

De hecho, a nivel internacional, la primera gran oleada del consumo de drogas, como es sabido, está asociada con algunas de las corrientes de la música pop más fuertes en aquellos años, con el *hippismo*, con el movimiento psicodélico y con ciertas formas de vida contraculturales. Primera gran oleada del consumo de drogas que se plantea desde una búsqueda, más o menos experimental, de alternativas ante las pautas sociales y culturales de integración que se propone por parte del modelos social y de consumo dominante en aquellos años.

En efecto, la sociedad de consumo de aquellos años estaba en pleno auge de lo que vino a denominarse como el “fordismo” y “modelo de consumo de masas”. Modelo que se planteaba un proceso centrípeta de homogeneización social creciente y cuyo norte simbólico e ideológico era la integración normativa de los más distintos sectores sociales (con el centro en las clases medias) como “consumidores” de las nuevas líneas de productos asociados al llamado “Standard package” (vivienda, automóvil, electrodomésticos...).

Frente a estas tendencias del modelo social y de consumo se generaron toda una serie de “búsquedas” alternativas, desde el ámbito político a los más cercanos a la vida cotidiana. En este segundo espacio, por otro lado no desvinculado totalmente del primero, intelectuales como Aldous Huxley (con *El Mundo Feliz*), la llamada generación *beat* con Allen Ginsberg, J. Kerouac, T. Leary, etc. y amplios sectores de jóvenes aglutinados en torno a ciertas corrientes de la música pop (Beach Boys, Jimi Hendrix, Janis Joplin...) generaron un cierto movimiento de contestación de dichos procesos de integración que bajo la denominación más general de “contracultura” albergó muchas y muy distintas corrientes como pudo ser el ya citado movimiento *hippy*, el llamado *flower power*, el movimiento occidental de cuestionamiento de la guerra del Vietnam, etc, y que con sus slogans (quizás el más conocido de aquellos años fue el de “Haz el amor y no la guerra”), su movilizaciones, sus búsquedas de formas de vida alternativas (entre otras las conocidas “comunidades”) buscaba la trasgresión y una alternativa a la creciente normatividad social que se sentía por aquellos años.

En este contexto sociocultural más amplio, el consumo de drogas, el de hachís y el de la droga más emblemática de aquellos años como pudo ser el ácido lisérgico, el LSD, se vivía como una forma de “consumo alternativo” a las citadas normas y modelos de relación y de integración social dominantes: mientras el modelo “industrial y de consumo de aquellos años defendía la promoción social, la lucha por el éxito y el poder, era el momento de ascenso social de las nuevas clases medias asalariadas (que podrían tener en el ejecutivos una de sus figuras más emblemáticas); el consumo de drogas, de hachís, de LSD, se vivían como las búsquedas alternativas en nuevas experiencias sensoriales, de la apertura mental, como medios que ayudaban a abrir la imaginación a modelos “alternativos” a los citados modelos industriales y de consumo dominantes muy asociados al llamado “sueño americano”.

La historia posterior creo que demostró que dichos caminos no condujeron a las metas propuestas. Sin embargo, una cuestión importante a retener desde la perspectiva de análisis de la ponencia es que en dicho movimiento alternativo y contracultural de los años sesenta emergieron muchos de los rasgos de la actual cultura del consumo: centralidad del cuerpo, importancia del ocio y de tiempo libre, cierto ludismo más hedonista, etc.

De unos rasgos que en los sesenta podrían vivirse como alternativos y que hoy constituyen un componente central de los actuales modelos de consumo. En este contexto internacional más amplio, el consumo de drogas en la España de aquellos años, al igual que el conjunto de fenómenos sociales de la España de aquellos años a los que queramos hacer referencia, estaba teñido de un cierto tono local donde el color “gris” no dejaba de dominar asociado al hecho de que la dictadura franquista estaba en un primer plano del horizonte vital de muchos españoles. De esta forma, el minoritario consumo de drogas ilegales en aquellos años sesenta y primeros de los setenta adoptó una cierta coloración de disidencia política más intenso de lo que pudo ocurrir en otros países occidentales. Drogas ilegales entre las que destacaban el consumo de cannabis y el de LSD como drogas más representativas. El cannabis desde un punto de vista de consumos más generalizados (en el contexto minoritario de la época) y la LSD como consumo aún más minoritario y experimental: en 1974, según datos de la Dirección General de Seguridad un 99% había fumado cannabis, un 17% había probado el LSD, un 9% las anfetaminas, un 4% la cocaína, un 3,2% la heroína³.

Cabe señalar que también por aquellos años se inicia la intervención de las Administraciones Públicas en relación con los nuevos tipos de consumos de drogas: en una Ley del 8 de Abril de 1967 se constituyó en España la primera Brigada Especial de Investigación de Estupefacientes. Medida que fue acompañada algo más tarde, en 1970, por la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social... que se aplicaba, de forma indistinta, a políticos y drogodependientes y otras gentes de “mal vivir” desde los patrones ideológico-políticos del franquismo.

En todo caso, en aquellos años y pese a esta coloración más cercana a la disidencia política de los consumos de drogas en España en relación con otros países occidentales, dichos consumos fueron acercándose paulatinamente a lo que ocurría allende las fronteras, aunque fuera de forma más minoritaria. Baste recordar que el mito de Ibiza nace en aquellos años como un “hito” más en la ruta imaginaria que llevaba desde los países occidentales a la India y al Nepal.

3. EL MODELO DE CONSUMOS SEGMENTADOS Y EL FRACASO DE LA INTEGRACIÓN SOCIAL

Los años finales de los setenta y principios de los ochenta conllevan un cambio en el ciclo del consumo de drogas en España inicialmente en una dirección de una creciente masificación de los mismos y posteriormente en un cambio en las pautas de consumo de unas y otras drogas y de los procesos sociales y motivacionales asociados a dichos consumos.

Ambos tipos de procesos: el crecimiento cuantitativo y el cambio cualitativo en los citados consumos del hachís y del LSD a la heroína, se han tratado de explicar desde perspectivas muy diferentes: algunos lo han explicado y lo siguen explicando desde el supuesto exceso de la libertad que conllevó el paso de la dictadura a la democracia, explicación que encontró en la expresión “de la libertad al libertinaje” su divisa más popular. Otros lo han analizado más bien como el resultado de una cierta teoría conspirativa de la historia en el sentido de que el incremento del consumo de drogas y en especial de la heroína “se habrían utilizado para manipular las reivindicaciones y protestas sociales, encaminando a cierto sectores de la juventud hacia una actividad que permitía su criminalización”⁴ de forma muy cercana a lo que pudo pasar, por ejemplo, en los EEUU con el movimiento de los “panteras negras”.

3. Citado en J.C.Usó (1996).

4. Esta misma tesis es desarrollada por Usó, C. (1997) en el artículo “Drogas en España: un tema derivado en problema” publicado en *Archipiélago* nº 28.

Sin negar de plano que en algún caso estas dimensiones puedan haber incidido parcialmente en el fenómeno del consumo de drogas en España y sin ánimo de polemizar con dichas aproximaciones, creo que la realidad de los consumos de drogas por aquellos años era más compleja... y menos reducible ya sea al descontrol asociados a un pretendido “libertinaje” ni a la voluntad de unos supuestos centros planificadores y manipuladores de la juventud de aquellos años.

A mi juicio, la explicación conviene buscarla desde el conjunto de cambios sociales, culturales e ideológico-políticos que se sucedieron aceleradamente en la España de aquellos años y del impacto de los mismos en la juventud de la época:

En efecto, en estos años se producen varios procesos político-sociales de profunda repercusión en la problemática del consumo de drogas en la España del momento:

- En primer lugar, se produce un fuerte auge del movimiento democrático que teniendo una expresión política muy clara —la lucha por las libertades— expresa también un movimiento de demanda de promoción y de modernización social de las más amplias clases medias y trabajadoras en aquellos finales de los setenta.
- En segundo lugar, y en una dirección prácticamente contraria a la anterior, se producen dos procesos que van a afectar en la línea de flotación del movimiento democrático y modernizador anterior:
 - La crisis económica del 1973 y años posteriores que quiebra, con las primeras apariciones del paro masivo, la citada aspiración a la promoción social de amplios sectores juveniles.
 - Los primeros efectos del desencanto político que rompe con la pureza con que se había contemplado la política democrática en nuestro país a lo largo de la lucha antifranquista.

Dicho doble proceso se va a traducir en una ruptura interna y en el desarrollo de una fuerte tendencia a la segmentación social en el seno de las alianzas más o menos implícitas, más o menos explícitas entre unos y otros grupos sociales que se habían ido fraguando en la oposición al franquismo.

Por un lado, sectores de las clases medias altas ocupan espacios de poder social, simbólico y político muy fuerte en la nueva situación social reorientando sus estrategias desde la contestación al poder de los últimos años del franquismo a una gestión del mismo en los primeros años de la democracia. Nuevas clases medias altas que años más adelante van a configurar las tipologías periódicamente llamadas “gente guapa”, la “beautiful people”, los “yuppies” (denominación en la que la alusión a los antiguos hippies es más que evidente) u otras denominaciones similares. Por otro lado, los jóvenes de las más amplias clases medias más afectadas por el desencanto pero que no veían en peligro su estatus social, empezaron a desengancharse del movimiento social del “cambio” encontrando en el consumo del cannabis una puerta abierta hacia una salida personalmente más relajada y des-comprometida que los “compromisos” que hasta ese momento habían mantenido en la lucha antifranquista. Por último, las clases obreras tradicionales y las clases trabajadoras en general se vieron arrojadas de la centralidad social que poco a poco habían ido ganando en los años anteriores⁵, se vieron afectadas por las sucesivas oleadas de desempleo en las generaciones más jóvenes, etc. Conjunto de situaciones que se tradujo en una creciente desarticulación de la conciencia obrera, en una ruptura del proyecto de promoción social de dichas clases, etc. y que acabó por conducir al consumo de drogas (de la heroína) a muchos jóvenes.

En este contexto, y asociado a este proceso de ruptura social y de división tendencial entre unas clases y grupos sociales con más o menos poder, con más o menos recursos, con más o menos perspectivas sociales de futuro, en aquellos primeros años de la España democrática se desarrollaron, a mi juicio, dos líneas de consumo de drogas muy diferentes. La cocaína que se desarrolla por aquellos años como la droga asociada a los “triunfadores”, en términos sociales, y la heroína asociada a los jóvenes de las clases trabajadoras, de los “perdedores” del proceso de la transición.

5. Una de las expresiones políticas más claras de este proceso de ruptura fue la primera Huelga General que, años más tarde, se realizó contra el Gobierno del P. Socialista, presidido en aquel entonces por Felipe González.

Paso de la cocaína y de la heroína al primer plano de la escena de los consumos en el que convergen dos procesos: el desencanto político en los sectores más ilustrados... de los movimientos estudiantiles de los primeros años del post-franquismo y las primeras generaciones obreras, las primeras generaciones de jóvenes trabajadores parados.

De esta forma, en las representaciones sociales emergentes acerca de los consumos de drogas, representaciones que años más tarde se va a convertir en las dominantes, la heroína empieza pasar a primer plano.

En la línea de nuestra reflexión, conviene subrayar que en los análisis dominantes sobre los procesos de drogodependencia de aquellos años se ha subrayado mucho el fenómeno del desencanto político que afectó, sobre todo, a los "hijos" de las clases medias y medias altas triunfantes, a unos "hijos" que heredando la contracultura de los sesenta/setenta como movimiento de contestación al nuevo orden social, buscaron en el consumo de drogas una cierta continuidad con su modelo vital de contestación al modelo social dominante. Sin embargo, en dichos análisis se ha tendido a olvidar los nuevos fenómenos del consumo de drogas derivados de la fractura social, del fracaso en la integración social que golpeaba con fuerza por aquellos años a los hijos de las clases trabajadoras, de unas clases sociales que por aquellos años empezaron a invisibilizarse tras su protagonismo social y simbólico de los años anteriores.

En relación, por ejemplo, con los consumos de drogas en las generaciones de hijos de las clases que habían triunfado tras la Transición Política, en la citada obra a J. Carlos Usó (1996)⁶, se señala cómo por aquellos años "el empleo de sustancias psicoactivas en general dejó de ser experimental para convertirse en un hábito consumista. La demanda de drogas se expresó sin cortapisas y hasta con euforia no sólo entre las nuevas hornadas de jóvenes, sino también entre muchos de los que, hasta la muerte de franco, habían estado entregados en cuerpo y alma a la lucha política. Se fueron recuperando una serie de rituales lúdicos, casi olvidados. Había que gozar con todo lo que había estado prohibido (drogas, algunas formas de sexualidad, ciertas fiestas, la libertad de expresarse y manifestarse, etcétera...). La euforia disparó los niveles de consumo de drogas, al tiempo que se propiciaba y generaba una imagen cultural positiva de las mismas. Las drogas habían dejado de ser vehículos, es decir, meros medios, para convertirse en fines."

Desde otra perspectiva algo más dolorida y desde una lectura más política, el malogrado Eduardo Haro Tecglen⁷ orientó su mirada hacia lo ocurrido en el seno de los sectores de las clases medias y medias altas que habían confraternizado en la lucha antifranquista y que en los primeros años de la democracia emprendieron dos caminos muy diferentes. Haro lo describía de esta forma en dicho artículo: "la punta de la generación de quienes están (en aquellos finales de los ochenta) por los 40 años —algo más, algo menos— se bifurca. Unos llegan al poder, otros a la muerte. Estuvieron juntos en una izquierda alegre, abierta, que se unía en las calles, en el vino, en ciertos conceptos generales de la libertad. Vivieron en las mismas comunas, salieron hacia París —o se impregnaron de él— o se fueron a Lisboa para lo de los claveles (¿se acuerdan?), compartieron los libros prohibidos, sufrieron los mismos golpes de guardias o de grupos de derechistas. Ahora unos están en el poder, otros mueren". Relato terrible que cuenta el fracaso, la "muerte", de aquel sector generacional que optó, siguiendo los senderos contraculturales de los sesenta, por el "malditismo", por la "trasgresión" en aquellos primeros años de la democracia en España.

Ahora bien, frente a estos sectores generacionales que, en cierto modo, eligieron un cierto camino que llevó a la muerte a muchos de ellos (sobre todo a raíz de la aparición del VIH-sida), otros más amplios sectores de jóvenes se vieron golpeados por la crisis, se vieron arrojados masivamente al paro sin tener, sin embargo, muchas posibilidades de elegir su camino. Generaciones juveniles mayoritariamente hijas de unos "trabajadores" que se encontraban en aquellos años en un intenso proceso de transformación social e ideológica. Generaciones de jóvenes trabajadores que acabaron, en más de un caso, en el consumo de heroína. De hecho, como recoge el mismo Usó (1996) "entre 1979 y 1982 se produjo una expansión masiva, casi epidémica, del uso endovenoso de heroína en España. Esta crisis afectó inicualemente a varones jóvenes, residentes en zonas urbanas, de capas medias y trabajadoras, de bajo nivel

6. J. Carlos Usó (1996). *Drogas y cultura de masas. (España 1855-1995)*. Taurus.

7. E. Haro Tecglen. "La Generación Bífida" *El País*, 27.11.1988.

adquisitivo, aunque integradas socialmente y con una actividad laboral normalizada. La heroínomanía se agudizó, sin embargo, entre jóvenes proletarios y subproletarios con problemas laborales y educativos.”

Amplios sectores de estas generaciones de jóvenes trabajadores que, hasta ahora, no han encontrado relatores de sus historias como en el caso de los jóvenes anteriores, y que ante la imposibilidad social de acceder al modelo de trabajo y de consumo vigente en aquellos años, encontraron en la droga y en la delincuencia lo que podríamos llamar una “salida desviada” del conflicto social que les atravesaba⁸.

El mismo Usó (1996) recoge como de 265 atracos a bancos en el 1977 se pasa a 6.239 atracos en 1984, recogiendo también en su obra unas alusiones a la tesis de J. Gamella en la que este autor señalaba cómo en la delincuencia de aquellos años jugaba un papel muy importante el consumo de drogas y cómo entre los delincuentes se encontraban muchos jóvenes de familias obreras no marginales⁹.

El celebre a “colocarse” pronunciado por Tierno Galván, Alcalde de Madrid por aquellos años, en la apertura de unas Fiestas en Madrid que, interpretado desde hoy parece más una negra ironía que un llamado a la fiesta, como se interpretó mayoritariamente en su día, puede tomarse como una expresión que condensa perfectamente la convergencia en aquellos años de este doble movimiento de jóvenes en busca de trabajo, de colocación y de esos mismos jóvenes en busca de salidas escapistas ante su negra situación.

Desde este conjunto de puntos de vista, el fenómeno de los consumos de drogas en la España de los ochenta, especialmente los consumos de heroína que van a dominar en la construcción de la imagen social y del modelo de intervención institucional de las drogodependencias en la España de las dos últimas décadas, suponen un cambio en el tipo de relación mantenida por sus consumidores con el modelo de consumo dominante en el que se inscribe dichos consumos: mientras en los sesenta el consumo de drogas constituía una búsqueda más o menos consciente de “transgresión”, de “alternativa” a los procesos de integración social de aquellos años y de las normas y valores sociales asociados, el consumo de drogas en los ochenta y, especialmente, el consumo de heroína es el resultado del “proceso de desarticulación social y de conciencia de la clase obrera y de los trabajadores en general” (Conde, 1996) y del paralelo fracaso de la generación de los hijos en su intento de integración en el modelo de consumo dominante. Películas como *Perros Callejeros* o *Deprisa, Deprisa* relatan de forma muy clara este sueño de integración en la sociedad de consumo a partir de emblemas tan centrales en dichos modelos como los “automóviles” y los sueños de libertad asociados a su posesión. En este sentido, podríamos interpretar que la citada generalización de los consumos de drogas no hace más que expresar, en negativo, el fracaso en la integración en el consumo de los citados sectores juveniles.

Desde este punto de vista no deja de ser significativo que una de las estrategias semánticas en el ámbito del consumo de drogas que por aquellos años más se extendió consistía en hablar de “usuarios de drogas” y no de “consumidores” de drogas como ocurre en la actualidad.

No dejan de ser igualmente significativos de esta vivencia de los consumos de drogas, de la heroína, como el “otro lado” fracasado de la integración más normalizada en los consumos algunos de los dibujos de un concurso de carteles del año 1994-1995 organizado por la Coordinadora de ONGs que intervienen en Drogodependencias entre estudiantes adolescentes bajo el lema “Alternativas al consumo. Tú propones”¹⁰. Dibujos que, como hemos reproducido a continuación, ilustran con sus imágenes espontáneas esta idea de la droga como fracaso del consumo, como la otra cara del consumo.

8. A mi juicio es este proceso social el que se ha “sobreinterpretado” por algunos, como hemos mencionado anteriormente, como el resultado de un proceso más consciente y elaborado de manipulación política para desactivar a “aquellos que representaban una amenaza potencial para el consenso ideológico y socio-económico exigido por el diseño de la transición democrática” (Usó, 1997).

9. En la obra de García Nebreda B, Menos Sendra J y Perales Albert A (1987). “La imagen de la droga en la prensa española” *Comunidad y Drogas. Cuadernos Técnicos de Estudios y Documentación*. Monografía nº 2. Ministerio de Sanidad y Consumo, se analiza la centralidad que tenía en la prensa de aquellos años la asociación de la droga con la delincuencia y con los “jóvenes varones” como principal rasgo de los consumidores.

10. Fernández-Cid, M. y Martín Cañ, o A. (1998). *Imágenes de los adolescentes sobre las drogodependencias*. Coordinadora de ONGs que intervienen en Drogodependencias.



La relación de la drogodependencia y el modelo de consumo por aquellos años ochenta no se acaba en esta dimensión sino que también se expresa en alguno de los procesos motivacionales básicos puestos en marcha en los citados consumos que, hasta cierto punto, anticipan algunos de los rasgos más característicos del actual modelo de consumo “glocal”. De la misma forma que el movimiento psicodélico y contracultural de los años sesenta (en el que se inscribió el consumo de drogas de la época) alumbró y desarrolló una parte de los procesos motivacionales básicos que posteriormente configuraron el actual modelo de consumo: culto al cuerpo, hedonismo; la drogodependencia de los ochenta alumbró uno de los rasgos más singulares del actual modelo de consumo como pueda ser las generalizadas conductas adictivas y compulsivas del mismo.

En efecto, en este proceso de drogodependencia “fuerte” como conlleva el consumo de la “heroína” podríamos distinguir, de cara a nuestra reflexión, dos tipos de mecanismos que luego, en una expresión más moderada, van a ser centrales en el conjunto de actitudes y comportamientos que van a desarrollar los jóvenes en los actuales procesos de consumo.

- Por un lado, el fenómeno del consumo compulsivo.
- Por otro, el fenómeno de la enajenación total, de la dependencia.

Fenómenos motivacionales que ya van a ser muy similares a los que se estaban empezando a promover por aquellos años por parte de las industrias del consumo más general tal como tuvimos oportunidad de analizar con motivo del test de la campaña “No piques. El sida te engancha por la droga” (Conde, 1989) que el Ministerio de Sanidad y Consumo desarrolló por aquellos años de finales de los ochenta, al indicar que ya por aquellos años en las imágenes y representaciones sociales juveniles sobre las drogas el “consumo de drogas se posiciona(ba) ante todo como un consumo”, advirtiéndole que “los consumidores de ciertas drogas presentan una estructura motivacional plenamente isomorfa con las estructuras motivacionales de los sectores sociales más consumistas.”

Ahora bien, en aquellos años de finales de los ochenta, dichas imágenes sobre el consumo de “drogas” todavía situaban el consumo de las mismas a una cierta distancia social de las mayorías centrales de los jóvenes, en los barrios más excluidos y periféricos de nuestras ciudades de modo que las posibles estructuras motivacionales asociadas a dichos consumos no llegaban a dichas mayorías centrales. Más aún, dichas imágenes y procesos motivacionales “consumistas” sobre el consumo de drogas tenían menos fuerza en las mayorías centrales de los jóvenes que otras posibles razones, discursos, procesos motivacionales diferentes en la medida en que por aquellos años los discursos sobre las drogas de estas mayorías más centrales todavía estaban focalizados en las “sustancias” y en sus consumos, ya sea para condenarlos (discursos morales y/o de salud), como para defenderlos (discursos de la dependencia), por no hablar de la gran distancia social existente entre dichas mayorías y los consumidores de drogas más excluidos.

En este contexto, los años noventa conllevan un nuevo paso adelante y, al mismo tiempo, una profunda transformación de los modelos sociales y de consumo que se van a traducir, como señalábamos al principio, en que de forma mucho más mayoritaria que hasta lo vivido hasta el momento, el consumo de drogas se va a vivir esencialmente como un consumo y que de los fenómenos de las drogodependencias —en la acepción fuerte de la expresión— se va a evolucionar, sin casi conciencia y solución de continuidad a los fenómenos de las adicciones.

4. LOS AÑOS NOVENTA, EL MODELO DE CONSUMO GLOCAL Y LA BÚSQUEDA DE LA INTEGRACIÓN SOCIAL

Los años noventa conllevan el desarrollo de varios procesos de profunda repercusión en los actuales fenómenos de los consumos de drogas¹¹:

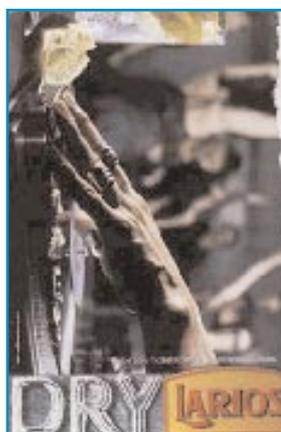
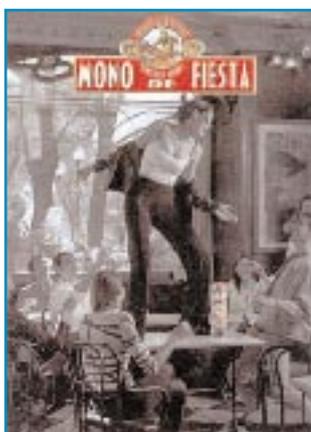
- Importancia creciente del sector servicios y de las llamadas industrias del ocio (turismo, entretenimiento...) que tienen en los jóvenes uno de los públicos cautivos preferentes.
- Intenso proceso de vulnerabilidad social de las más amplias clases medias que viven en el temor permanente a perder su situación social como resultado de los intensos procesos de cambio social y productivo (globalizaciones, flexibilidades, deslocalizaciones...).
- Rupturas de los procesos simbólico-culturales de integración y cohesión social con el desarrollo de la sensación de la indefensión, de la fragilidad personal...
- Precarización del trabajo e intensa integración en dicha situación de las generaciones más jóvenes al punto que, por primera vez en muchos años, en la actualidad hay en España más jóvenes trabajadores que jóvenes estudiando. Importante número de jóvenes que cuentan con un importante ingreso económico, que disponen de una gran cantidad de dinero para sus gastos de consumo y de ocio y tiempo libre.
- Paso a primer plano en las industrias del consumo de la “venta” de la propia experiencia personal, de la propia experiencia humana como uno de los principales elementos motivacionales del modelo más consumista. Las citadas industrias cada vez venden menos sus objetos por el confort que supone, que la funcionalidad que facilitan. Incluso cada vez los venden menos desde el punto de vista de su significación social, como ocurría de forma dominante hasta hace unos años. En la actualidad y de forma creciente es la propia experiencia social, el propio vínculo social el que pasa a ser comercializado por las industrias del consumo.

No conviene olvidar tampoco que las actuales generaciones juveniles, los menores de 30 años, son las primeras generaciones que en España han nacido y desarrollado toda su vida, desde el nacimiento (si no lo son antes) integradas en el consumo. No sólo eso, sino que los segmentos más jóvenes de las actuales generaciones juveniles constituyen también la primera generación de españoles que han sido socializados como “niños” consumidores desde su más temprana infancia (de ahí, entre otras razones, el hecho de que la actual generación de 13-17 años, aproximadamente, exprese unos comportamientos de consumo y de riesgos sociosanitarios mucho más elevados que las generaciones inmediatamente anteriores). Pues bien, el citado conjunto de procesos de transformación sociales y de modelos de consumo se han traducido en varias cuestiones básicas en la comprensión de los fenómenos de consumos de drogas juveniles:

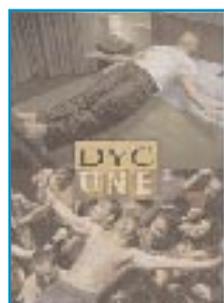
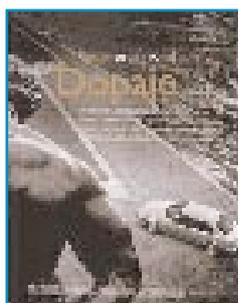
- La vulnerabilidad y la fragilidad social como sustrato en el que se desarrolla la vida de los jóvenes se traduce en la búsqueda de la seguridad, de la integración y la normalización social. Hoy los jóvenes quieren ser “normales”, ni contraculturales, ni alternativos, ni excluidos, ni malditos. Los jóvenes quieren consumir lo que les genera la sensación de “estar integrados” tanto en su grupo de pertenencia como en la sociedad más en general. De ahí la fuerza de la presión grupal y el “miedo” al diferente.

11. En “Los hijos de la desregulación” he desarrollado este conjunto de transformaciones que han hecho del consumo de drogas uno de los consumos más “normalizados” y “emblemáticos” entre las generaciones más jóvenes.

- Los procesos de integración social tienden a desarrollarse de forma preferente en el espacio del ocio y del entretenimiento (cada vez se desarrollan menos en los espacios del trabajo, del estudio...).
- En el espacio/tiempo de ocio y entretenimiento el consumo de drogas legales e ilegales ocupa un lugar central.
- El consumo de dichas drogas se vive cada vez más como consumo... más allá de la sustancia.



- El consumo deviene “consumismo” y se erige en un elemento central del proceso de reproducción social, de forma que como lenguaje, como cultura, como actitud, como conjunto de valores se ha generalizado al conjunto de la sociedad. De esta forma, en los espacios de los consumos juveniles, se expresan tanto los mecanismos y significantes más tradicionalmente asociados con el mundo del consumo en general como los más específicamente asociados con el mundo del consumo de drogas. De hecho, el propio lenguaje del consumo en general incorpora, de forma creciente, códigos motivacionales y estéticos tradicionalmente asociados al consumo de drogas, de la misma forma que en el marco del consumo de drogas en el que se incorporara de forma creciente el *marketing*... de los fenómenos de consumo más en general, tal como puede verse en los siguientes ejemplos:



A vueltas con los valores y las drogas

Javier Elzo Imaz



INTRODUCCIÓN

¿Es posible “valorar” los valores? ¿Es posible jerarquizar los valores? Cuando se pregunta a los jóvenes por qué consumen alcohol o drogas, la primera respuesta es “porque me gusta”, “porque me apetece”. También los mayores decimos que fumamos o bebemos, que vamos a escuchar tal música, a tal concierto, a tal película, porque “nos gusta”. Que dedicamos nuestro dinero y nuestro tiempo a esto o aquello sencillamente porque eso es lo que nos apetece.

Es cuestión de prioridades, de valores en el sentido técnico del término, como un bien, un objeto, un estatus vital o, más simplemente, un estado físico, emocional, etc. que perseguimos o adoptamos en nuestra vida y que para alcanzarlo o mantenerlo nos afanamos. Para seguir los partidos de España en el mundial de fútbol de junio de 2006 hubo quienes pidieron créditos y trabajaron mucho para pagarlo. Por, solamente, una entrada al partido España–Arabia Saudita (y detrás de la portería), pedían quince días antes del inicio de los mundiales, 410 euros, más del doble de un abono, para todo un año, en los conciertos de la Orquesta de Euskadi. También, con ese dinero se pueden comprar, de sobra, todos los libros que un escolar necesite durante un curso escolar. En efecto, según la organización de consumidores CEACCU, el gasto del colegio por niño en España, en los centros públicos, subirá el curso 2006-2007 a 634 euros de promedio, de los que hay que contabilizar entre 175 y 280 euros para los libros de texto, según sean de Primaria o Secundaria. En definitiva, en los ejemplos que he dado, vemos que hay tres objetivos, tres prioridades ante las que, no sea mas que por razones presupuestarias, hay que optar: o gasto mis dineros en fútbol, en música (y qué música) o en libros para la escolarización de mis hijos.

Así entendido, volvemos a formular la pregunta, ¿cabe valorar los valores? La cuestión al final es saber si es posible valorar “objetivamente” algo; esto es, si es posible jerarquizar las prioridades, jerarquizar los valores o más bien hay que decir que cada cual puede pensar y actuar como quiera, si cabe añadiendo la coletilla de que “respetando lo que quiera el vecino”, “con tal de no molestar al vecino”. ¿Será entonces cierto que el último criterio de actuación se limite a decir que la libertad de cada uno, el gusto de cada uno, acaba donde empieza la libertad, la libertad de los demás, el gusto del otro? Muchos estarán de acuerdo con esta forma de ver así las cosas y nos instalaremos entonces en lo que suelo denominar el solipsismo grupal: reconozco y quiero vivir en el grupo (pues en la soledad hace frío) pero haciendo lo que me apetezca hasta donde sea posible, al menos.

Esto nos llevaría a dos cuestiones introductorias al tema que nos ocupa. En primer lugar, al individualismo reinante en nuestra sociedad que, a poco que nos dejemos llevar, nos conduce a la desresponsabilización personal. Pero aun en el caso de que superemos este escollo y legitimemos la necesidad de priorizar objetivos, luego valores, nos habremos de preguntar si todos los órdenes de valores son jerarquizables y, sobre todo, desde dónde jerarquizamos los valores, cuál es la vara de jerarquizar valores. No podemos aquí entrar, por razones de espacio, en la segunda cuestión y nos limitaremos, en esta introducción, a la primera.

1. UN DIAGNÓSTICO DE FONDO

Estamos pasando de una sociedad tradicional, con legitimación religiosa (de matriz católica en nuestros lares) a otra postmoderna legitimada en el bienestar individual (resultante de una mundialización que, como espejo invertido, fomenta la proxemia) tras un corto periodo, el de la sociedad moderna, legitimada por proyectos holísticos de carácter básicamente político (socialismo, marxismo, liberalismo, nacionalismos, etc.).

Limitándonos a los dos últimos periodos, el tránsito de los valores de la sociedad moderna a la postmoderna (a alta modernidad dicen otros) tiene como línea dominante la dilución de proyectos globales en la suma de proyectos individuales: en la sociedad moderna se magnificaba la plausibilidad de un proyecto global, holístico, de una idea matriz, de un norte como faro de acción social a diferencia de lo que sucede en la sociedad emergente, que se caracteriza por la incertidumbre, la duda, el repliegue en lo cotidiano, en lo emocional, en la proxemia.

Así, valoramos lo subjetivo sobre lo objetivo, la fiesta sobre la formación y el trabajo, la deconstrucción sobre la construcción, el cuerpo sobre el espíritu, la responsabilidad diferida sobre la autorresponsabilidad, la dimensión experiencial de lo religioso, dando crédito a toda suerte de fenómenos para religiosos, sobre la institucionalización en Iglesias que, también hay que decirlo, demasiado frecuentemente se anquilosan en añoranzas estériles.

Aceptamos el compromiso puntual, sobre todo si es lejano, pero no nos comprometemos en el duradero, especialmente si es próximo por ser más personalmente implicativo; valoramos el presente sobre el futuro que se nos aparece como incierto e inasible (lo que hace que los jóvenes prefieran retrasarlo lo más posible instalándose en el presente) quedando relegado el pasado a entretenimiento cultural, aunque cada vez más adquirirá fuerza como referente.

2. UN VALOR DOMINANTE Y SUS CONSECUENCIAS: EL INDIVIDUALISMO

El individualismo es uno de los valores emergentes que explican no pocas de las principales manifestaciones de la sociedad actual. Ahora bien, el individualismo tiene dos caras. Por un lado puede suponer la voluntad de adoptar planteamientos propios, autónomos, ilustrados por la razón y el conocimiento de las cosas. Es la voluntad de no ser rebaño (en contraposición a la sociedad tradicional). Es la gran herencia de la Ilustración que, me temo, ha dejado paso a la otra cara del individualismo que viene a decir que yo puedo hacer lo que quiera, con tal de respetar la Ley. Es la moral libertaria, que diría Valadier, que impregna a nuestra sociedad, jóvenes y adultos. No es el individualismo de razón sino el individualismo de deseo el que impera. No es el individualismo de proyectos sino el de exigencias, no es el individualismo de deberes y responsabilidades sino el de derechos. Esto tiene varias consecuencias. Solamente señalo dos:

- Se cumple la Ley, cuando se cumple, porque lo dice la Ley (y se teme la sanción de su trasgresión), pero no porque se haya interiorizado la bondad de lo que la Ley propugne. Hay una delegación de responsabilidades en el acatamiento a la Ley. Un ejemplo menos tonto de lo que parece: Los “bidegorris” (carriles de bicis en la ciudad): sus usuarios prestan ya menos atención a los viandantes pues entienden que la Ley les permite ir por ese carril que es el suyo y si alguien se cruza, “la culpa no es mía”.
- La mera emoción, es el imperio de la lógica del “nahi dut”, que oímos proclamar a los niños en euskera para significar que tienen derecho a recibir inmediatamente lo que quieran, lo que les apetezca, (“nahi dut”, se puede traducir por “lo quiero porque me apetece”). Esto es cierto también en la población adulta. Es la adolescentización de la sociedad.

3. DROGAS Y VALORES: RECORDANDO INVESTIGACIONES ANTERIORES

Traslademos estas reflexiones al objeto de esta conferencia y señalemos, no sea más que a pie de página, diferentes estudios realizados en el ámbito juvenil a la hora de correlacionar los consumos de drogas (cuando son de algu-

na entidad, particularmente) y la aceptación y potenciación de determinados valores¹. La Fundación de Ayuda contra la Drogadicción prolongó esta reflexión al conjunto de la sociedad española con unos trabajos que se publicaron los años 2000 y, en su versión más amplia, 2001 bajo el título bien significativo de *Valores sociales y drogas*². Uno de los objetivos de ese estudio era, precisamente, conocer qué tipos de valores se asociaban con los consumos de drogas. En este sentido aparecen claramente una serie de los que podrían llamarse "valores de riesgo", de riesgo para los consumos, no necesariamente para otras circunstancias de la vida que pueden entenderse como deseables. Entre estos valores de riesgo estarían la competitividad, el afán de experimentación, el inmediatez, la insolidaridad, la enfatización de la autonomía y también, aunque *a priori* parezca paradójico, que no lo es, la intensa necesidad de integración grupal, la curiosidad por la aventura, el no convencionalismo, el liberalismo sexual, etc.

Por el contrario, como valores que suponen una cierta disuasión o protección de los consumos, encontraríamos el humanismo, los valores éticos, el igualitarismo, los valores familistas, el conservadurismo, etc. En ese mismo trabajo de la FAD se realizó una tipología de ciudadanos españoles en relación a sus sistemas de valores. La metodología utilizada, de una cierta complejidad de elaboración, permitió profundizar en la asociación de valores y consumos de drogas. Del estudio se concluyó que, en la Tipología elaborada con los valores básicos de las personas, los Tipos que tienen más probabilidad de asociarse con consumos de drogas serían, fundamentalmente el *Xenófobo asocial*, el *Incívico* y el *Ventajista*, seguidos muy de cerca por el *Aventurero* y el *Presentista* y, mucho más lejanamente, por el *Arreligioso*.

En el extremo opuesto, en los valores preventores del consumo de drogas encontramos a los que conforman el colectivo de la tipología que denominamos *Altruista*. Los valores que lo conforman se refieren a la importancia de "preocuparse por lo que ocurre en otros lugares del mundo", "hacer cosas por mejorar su barrio o comunidad" y en general "interesarse por temas políticos". Así mismo son los que más valor conceden a la dimensión religiosa en sus vidas. Estamos manifiestamente ante colectivos que, con planteamientos ideológicos diversos, manifiestan un interés por algo más que ellos mismos y su propio y particular bienestar. Aquí podemos hablar, con seguridad, de correlación positiva con un menor consumo de drogas y aquí podemos hablar de una jerarquización valores que suponen un freno al consumo de drogas, al menos al consumo abusivo y dependiente de las drogas, esto es, a lo que suponga vivir para las drogas o no poder vivir al margen de las drogas hasta el punto que la dependencia hacia las drogas acabe siendo prioritaria en sus vidas.

En ese estudio, del que estamos recordando algunas de sus conclusiones mayores, aunque estuvo dirigido al conjunto poblacional español, hay un apéndice que lleva por título "Una mirada particular sobre jóvenes y valores" (páginas 235-252) en base a la submuestra del estudio global y de otro trabajo que sobre la juventud madrileña estaba acometiendo la FAD. Los resultados que habíamos obtenido sobre el conjunto poblacional se confirmaron, como era

1. Ver por ejemplo, limitándonos a algunos trabajos recientes nuestros: J.Elzo (dir), Domingo Comas, M^a Teresa Laespada, Leire Salazar, Isabel Vielva. (Prólogo de Eusebio Megías) *Las culturas de las drogas en los jóvenes: ritos y fiestas*. Trabajo realizado por el Instituto Deusto de Drogodependencias y encargado por la FAD y la Secretaria de Drogodependencias del Gobierno Vasco. Ed. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 2.000, 193 páginas. J Elzo (dir), García N., Laespada M. T., Zulueta M. *Drogas y Escuela VI. Evolución del consumo de drogas en escolares donostiaras (1981-2002)*. Ed. Escuela Universitaria de Trabajo Social. San Sebastián. 2.003, 429 páginas + cuestionarios en castellano y euskera. J Elzo (dir), M.T. Laespada, Joan Pallarés. *Más allá del botellón: análisis socioantropológico del consumo de alcohol en los adolescentes y jóvenes*. Agencia antidroga. Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Madrid 2003, 175 páginas. J.Elzo *Los valores de la sociedad ante las drogas: dos investigaciones recientes* (páginas 49-76) en *Drogas, Sociedad y Ley* (Edición a cargo de L. Pantoja y J.A. Abejón, Insitituto Deusto de Drogodependencias. Ed. Universidad de Deusto. Bilbao 2003. 266 páginas; *Padres e Hijos. Valores de ida y vuelta*. Conferencia de clausura en la Jornada *Los hijos raros* celebrada en Madrid el día 3 de Noviembre de 2004. Libro de Ponencias, paginas 117-142. Edita FAD, Madrid 2005. ; "Jóvenes Españoles 2005". Pedro González Blasco (dir), Juan González- Anleo, Javier Elzo, Juan M^a. González-Anleo Sánchez, José Antonio López Ruiz, Maite Valls Iparraguirre. Fundación Santa María, Editorial S.M. 427 páginas. Madrid 2006. Recientemente se ha publicado un libro nuestro *Los jóvenes y la felicidad*, PPC. Madrid 2006, donde abordo también está cuestión.

2. *Valores sociales y drogas*. Eusebio Megías (dir), Domingo Comas, Javier Elzo, Ignacio Megías, José Navarro, Elena Rodríguez, Oriol Romaní. Edita FAD, Madrid 2001. 382 páginas. Hay una versión más condensada y manejable que lleva por título *Los valores de la sociedad española y su relación con las drogas* Eusebio Megías (dir), Domingo Comas, Javier Elzo, Ignacio Megías, José Navarro, Elena Rodríguez, Oriol Romaní. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Edita Fundación La Caixa, Barcelona 2.000, 211 páginas + bibliografía y tres Anexos: datos muestrales, tablas de resultados del análisis de las baterías de los valores y cuestionario utilizado. (Hay traducción en lengua catalana, editada también por La Caixa, Barcelona, 2000.)

esperable, con los obtenidos con los jóvenes, confirmándose, una vez más, que no hay subcultura juvenil sino una cultura común que se manifiesta de forma singular según las edades³. Así podemos leer que «el tipo de valores más protector de los jóvenes es el *Altruista-normativo*, con una baja intensidad de protección en el tabaco y en el alcohol, cuyos consumos están muy generalizados y normalizados en los jóvenes, pero con muy alta intensidad protectora en el cannabis y en las otras drogas ilegales. En el polo opuesto, en la jerarquía de valores que se correlaciona con el riesgo de un mayor consumo, tendríamos dos tipos de valores: el *Hedonista* y el *Incívico-ventajista*, ambos con una intensidad media y alta en el tabaco y el alcohol, y de muy alta intensidad en el cannabis y las drogas ilegales» (páginas 251-252).

Pero, no todo está dicho en este punto. Hay elementos que hacen pensar que en la sociedad del futuro empiezan a alumbrarse otros factores, otras inquietudes, que hoy todavía parecen del ámbito de la quimera que no de la utopía. Decíamos con Andrés Orizo, en otro estudio sobre los valores de los españoles, que «las cotas de permisividad alcanzan hoy sus niveles más altos en todo lo que se refiere a la moral familiar, a la vida personal y, sobre todo, a nuestra libre expresión sexual. En cambio, comenzamos a ser algo más estrictos y cumplidores en lo que se refiere a las normas de ética social, tendencia que se confirmará en encuestas posteriores.» Y añadíamos, poco después, que «a pesar de los modelos individualistas de egoísmo personal y de vivir al día, se aprecia una cierta ética ciudadana, que no daba fe de vida hace 20 ó 25 años. Se ha acentuado la sensibilidad ante la injusticia en nuestra sociedad, pero no como proyección de nuestro igualitarismo, como sucedía en encuestas anteriores, sino en un sentido compatible con la apreciación del mérito de cada cual, de que hay diferencias y de que unos se merecen más que otros, de que hay que eliminar privilegios y redistribuir mejor.

En un esquema individualista en el que se actúa para ejercer la solidaridad (con los desfavorecidos), que ponemos en marcha ante estímulos concretos, ante situaciones y acontecimientos específicos... hay que valorar el 20% (cifra hoy muy claramente a la baja, corregimos nuestra propia cita de hace seis años) que lleva a cabo un trabajo voluntario en organizaciones y asociaciones, lo que muestra una ratio 'pertenencia (afiliación)/trabajo voluntario' muy positiva, y da cuenta de una minoría activa que trabaja por los demás⁴. Se habrá percibido que es el perfil de los que conforman el colectivo "altruista" de la tipología que hemos presentado, el perfil de los que presentan un sistema de valores que se asocia con los más bajos consumos de droga.

4. EL ESTUDIO JÓVENES, VALORES, DROGAS DE LA FAD DE 2006

La investigación de la FAD 2006 estudia también la cuestión de las drogas y los valores pero está centrado en los jóvenes españoles de 15 a 24 años. También en este estudio hemos abordado la correlación valores y drogas a través de un cluster construido en base a tres ámbitos de valores. Hemos retenido los valores asociados a los niveles de admisión de una serie de 17 comportamientos diversos (suicidio, soborno, tomar drogas y emborracharse en lugares públicos, adopción de hijos por homosexuales/lesbianas, pena de muerte, causar destrozos en la calle, etc., etc.). Son los valores asociados a la justificación de comportamientos. También hemos retenido, para la construcción de la tipología, los ítems que controlan los valores finalistas, esto es, las cosas u objetivos que consideran los jóvenes que son importantes en su vida. De nuevo otra larga serie de 15 objetivos vitales posibles para los jóvenes como el éxito

3. En realidad hay que detenerse en aspectos muy puntuales (lo que no quiere decir que sean poco importantes) para ver diferencias importantes. Así en el uso del tiempo libre, aunque la diferencia es de grado más que naturaleza siguiendo los viejos cánones de la filosofía escolástica. Otros autores, por ejemplo Pierre Bréchon en un trabajo de 2004, muestran que las personas de edad avanzada (60 años y más) siguen más marcadas que los jóvenes (18-29 años) por la dimensión cristiana en sus vidas. (En 'L'heritage chrétien de l'Europe occidentale: qu'en ont fait les nouvelles générations?' *Social Compass* Vol 51 (2), 2004, páginas 203-219). Ciertamente pero hay que añadir que también las personas de edad avanzada, hoy, están más alejadas de lo religioso que hace 25 años y siendo esa generación la que ha transmitido la fe es evidente que ello repercute, a su vez, en las nuevas generaciones. Y como, en todo tiempo, los más jóvenes han dado valores socio-religiosos más bajos que las personas de más edad la conclusión se impone: es el cambio global el que repercute, aunque de forma diferente, en todas las edades.

4. Andrés Orizo Fr. y Elzo J. (directores), Ayerbe M., Corral J., Díez Nicolás J., González-Anleo J., González Blasco P., Setién M. L., Sierra L., Silvestre M., Valdivia C. *España 2000, entre el localismo y la globalidad. La Encuesta Europea de Valores en su tercera aplicación, 1981-1999*. Universidad de Deusto. Ediciones SM. Madrid 2000, 397 páginas.

en el trabajo, tener mucho tiempo libre y de ocio, unas buenas relaciones familiares, interesarse por cuestiones políticas y religiosas, una vida sexual satisfactoria, respetar la autoridad, etc. Ya nos habíamos servido de estas dos series de valores en la construcción de la tipología del año 2001 para esta misma temática.

Pero el tercer ámbito retenido es novedoso, como novedosa fue su inclusión en el cuestionario del estudio de 2006. Nos referimos a los iconos que, según los jóvenes, mejor les representan. Son en total 16 iconos que van desde la Cruz Roja, Greenpeace y Amnistía Internacional hasta las pastillas, una copa de alcohol, pasando por un libro, el Parlamento, un coche de alto estandig, etc. Les hemos formulados dos cuestiones. Hasta qué punto estos iconos, uno a uno preguntado, representan, a su juicio, a los jóvenes españoles, en primer lugar, y hasta qué punto le representa a él mismo, al joven entrevistado, en segundo lugar. Son las respuestas a esta segunda modalidad las que hemos retenido para la elaboración del cuestionario.

De esta forma disponemos de un total de 48 juicios y valoraciones que los jóvenes hacen de planteamientos y opciones personales, de sí mismos, individualmente considerados. No se trata de imputaciones o cualidades que los jóvenes realizan de la juventud española en general, sino de sus propias y personales prioridades vitales, de su nivel de admisibilidad hacia una serie de comportamientos y, en tercer lugar, de los iconos que mejor le representan, a él personalmente. Estamos controlando, no mediante análisis primarios sino secundarios, cuáles son los valores de los jóvenes españoles. Con estos elementos hemos construido una tipología que ofrecemos, resumida, en el Cuadro adjunto explicitando lo esencial de cada cluster en las páginas que siguen.

Una tipología de los jóvenes españoles de 2006 atendiendo a sus valores

DENOMINACIONES	N	%
Ventajista, Disfrutador	237	19,8
Incívico, Desadaptado	131	10,9
Integrado, Normativo	392	32,7
Alternativo	183	15,3
Retraído	257	21,4
Total	1.200	100

El cluster 1º que hemos denominado **Ventajista, Disfrutador** agrupa al 19,8% de la juventud española. Estamos ante un joven vividor, ventajista, nada altruista, insolidario, adolescente más que joven, viviendo al día, hijo de papá, probablemente con mucho dinero en el bolsillo, poco religioso, escorado a la derecha (el que en mayor grado justifica la pena de muerte), si hubiera que reducir las ayudas oficiales priorizan que sea a los presos y ex-presos, inmigrantes sin trabajo y sin papeles... y a la escuela. Gran fumador pese a su edad, bebe más que la media, consume drogas también más que la media aunque, siguiendo sus propias valoraciones, se divierte menos que esa media poblacional. Definiendo a sus coetáneos más como "marchosos", acomodados en su condición de jóvenes, pensando sólo en el presente, seductores, con mucho éxito sexual y en busca de la fama y menos como solidarios, comprometidos, responsables y tolerantes se define a sí mismo. Destacan proyectándose en el futuro como deportistas de élite, militares profesionales pero no como psiquiatras, sociólogos, trabajadores sociales, etc., técnicos de una ONG o investigadores científicos. Hay bastantes de clase media y media alta, hay muchos adolescentes y, más aún, muchos chicos.

El cluster 2º, que hemos etiquetado como **Incívico, Desadaptado** conforma al 10,9% de los jóvenes con una edad superior a la de la media, con unos pocos chicos más. Un tercio vive fuera de su familia de origen (más del 20% con amigos), siendo muchos los estudiantes, especialmente en diplomatura o licenciatura. Pocos católicos pero máxima presencia de creyentes no católicos. Políticamente en el centro aunque algo escorados a la derecha. Les caracteriza que destaquen en atribuirse como iconos los propios de los nazis y de los okupas, manifiestan un fuerte rechazo a la familia, al trabajo y a lo normativo, justificando sobremanera la conducción temeraria de vehículos y la violencia

contra la policía y contra las cosas. En el futuro se proyectan como cantantes, artistas, actores y para nada como religiosos, médicos, profesores, fontaneros o similares. Si hay que reducir ayudas destacan señalando a los países pobres, a las mujeres maltratadas, y a la escuela. Son, por diferencia, los que consumen más drogas ilegales (excepto el cannabis) y, de todos los productos, consumen notoriamente más que la media poblacional. Los que más se aburren de todos en su tiempo libre, quienes peores relaciones mantienen con sus padres y con sus amigos nos dejan, al final, el retrato de un joven incívico, potencialmente violento, asocial si no antisocial, nada normativo y que no valora prácticamente nada.

El cluster 3º, nominado **Integrado, Normativo**, es el colectivo más numeroso de los cinco que componen nuestra tipología, con el 32,7% de la juventud. Casi uno de cada tres jóvenes españoles está representado en este cluster que, pese a su elevado número aparece, sin embargo, muy bien perfilado y perfectamente diferenciado de los demás. Son los jóvenes que más integrados están en la sociedad en la que viven, quienes en mayor grado aceptan las normas que la sociedad se ha dado, jóvenes que en notorio menor grado que los demás aceptan incivildades en la vía pública. También los que en mayor grado se reconocen, como jóvenes, en los iconos más altruistas como Cruz Roja, Médicos sin Fronteras que aparecen, significativamente como los dos primeros elementos en la constitución de este cluster. Además, tras el rechazo al consumo público de marihuana y a emborracharse en lugares públicos, volvemos a encontrar Greenpeace y Amnistía Internacional como otros dos iconos que les identifican como jóvenes. Tampoco son ventajistas, no aceptando los robos en grandes almacenes y hacer trampas en exámenes u oposiciones. Su rechazo a determinados comportamientos, en la vía pública, se refuerza con su consideración de que no debe hacerse ruido las noches de fiesta impidiendo el descanso de los vecinos. En fin, son los únicos en identificar, con cierta fuerza, el Parlamento como uno de los iconos que les representan. Es el joven más integrado socialmente, normativo, el más religioso de todos, también el que más a la derecha política se posiciona de todos pero no es, absoluto, un joven de derechas. Se proyecta en el futuro más bien como médico, empresario y profesor pero no como actor de cine, pintor, escultor... Destaca por su solidaridad con los países pobres y con los inmigrantes, es el que menos tabaco, alcohol y drogas consume de todos lo que no es obstáculo, bien al contrario, para que se divierta en notorio mayor grado que la media. Es el que mejores relaciones mantiene con sus padres y también mejores que la media con sus amigos. La clase media-media está sobrerrepresentada en este colectivo que se singulariza por tener la mayor proporción de chicas (58,9%) de los cinco tipos, dato este que lo colorea fuertemente.

Los jóvenes del cluster 4º, **Alternativo**, que agrupa al 15,3% de los jóvenes nos muestra a un colectivo particularmente interesante pues se alían, en su perfil, varias notas que, *a priori* no se hubiera dicho que fueran conjuntas. En gran parte replican las características del joven "proactivo" de otra tipología elaborada en el reciente estudio *Jóvenes y política* de la FAD⁵. Son, por diferencia, los jóvenes más implicados en la "res pública", pues son quienes, en notorio mayor grado, señalan la importancia de los temas políticos, y la necesidad de hacer cosas para mejorar el barrio o comunidad. Pero no al modo convencional, pues no señalan al Parlamento precisamente como el icono que más y mejor les represente sino el de los "okupas" (lo que no significa que lo sean) y, aunque en menor grado, también el icono de Amnistía Internacional, a la par que, muy significativamente, rechazan como iconos que les representen, como jóvenes, el del dinero, el de un coche de rango medio o alto, el del *fashion* o moda e, incluso, el de una discoteca, pese al hecho que consumen de todo más que la media. Así mismo son permisivos tanto con la moral privada (aplicar la eutanasia a todo el que la solicite, libertad total para abortar y para que una persona se suicide) como hacia determinados comportamientos relacionados con la moral cívica o pública (robar en grandes almacenes o hipermercados y, aunque en mucho menor grado, pero más que la media poblacional, también romper señales de tráfico, hacer ruido las noches de fiesta molestando a los vecinos, etc.). Son, sin embargo, los más estrictos de todos los colectivos con la aplicación de la pena de muerte. Así mismo, rechazan en mayor grado que la media juvenil la conducción temeraria de vehículos, sea conduciendo con exceso de alcohol en el cuerpo (aunque no tienen problemas en aceptar emborracharse o fumar cannabis en lugares públicos) sea haciéndolo a mucha velocidad en los núcleos urbanos. Destacan también por valorar más positivamente que la media "vivir como a uno le gusta" y "arriesgarse ante cosas nuevas e inciertas". Como se ve, jóvenes muy concienciados por las cuestiones sociales y políticas

5. En Eusebio Megías (coordinador), Elena Rodríguez, Ignacio Megías y José Navarro, *Jóvenes y política: el compromiso con lo colectivo*, FAD e INJUVE, Madrid, 2005, ver páginas 209 y siguientes.

aunque no al modo tradicional (de ahí que hayamos optado por la etiqueta de “alternativos”) muy liberales con la moral privada y con algunos comportamientos públicos, a veces porque, al final, no dejan de ser privados (fumar y emborracharse) a condición de que no conlleven riesgos para otros (conducción temeraria) aunque son más laxos, como prácticamente todos los jóvenes, con las molestias que originan las noches de los fines de semana y demás fiestas. La dimensión ideológica es patente en ellos pues son los más estrictos ante la pena de muerte, mientras que son mucho más permisivos o justificativos que la media ante el suicidio, aborto o eutanasia. En corolario lógico con ese universo valorativo justifican nitidamente la adopción de hijos por homosexuales y lesbianas.

Es un joven nada convencional, alternativo de izquierdas, no institucional, altruista, comprometido y disfrutador aunque con red cuando de drogas de efecto fulminante se trate, lo que no le impide ser el máximo consumidor de cannabis, algo incívico en determinadas “virtudes públicas” (robo en grandes almacenes sobre todo) posiblemente justificándose en razones de carácter ideológico, exigente en otras “virtudes” como en su radical rechazo a la pena de muerte, nada “pijo”, no valora el dinero, la moda/*fashion*, un coche de alto *standing*, etc. Afirma que su tiempo libre le llena plenamente. Se proyecta en el futuro como técnico de una ONG, profesional de las ciencias humanas o artista y no como esteticista, peluquero, militar de carrera o deportista de élite. En caso de penuria reduciría la ayuda a la policía, a la justicia, a la creación de empleo de calidad, a las alternativas al ocio y a la investigación científica pero no a los presos y ex presos, alcohólicos, inmigrantes y en la mejora de la enseñanza. Son los de más edad de los cinco cluster y ya el 25% vive fuera de casa. Apenas hay católicos entre ellos abundando, sobre todo, los no creyentes y ateos. La distribución según el sexo en sus componentes sigue la de la media poblacional.

En fin, el cluster 5º, al que hemos etiquetado como **Retraído** con el 21,42% de los jóvenes, se constituye no por lo que valora sino por lo que no valora. Es un colectivo que se define por lo que no le caracteriza en vez de por lo que le caracteriza, se define negando en vez de afirmando. De ahí, en parte, la denominación de “retraídos”. Estamos ante un joven muy encerrado en su mundo, con ribetes en algunos de entre ellos de autismo social, aunque inofensivo y apocado, bien que no en todos, repetimos. Desimplicado, con un fuerte desapego ante todo compromiso o responsabilidad, nada altruista, pero que exige que todo esté dentro de un orden y unas normas que deben ser cumplidas. Manifiesta una clara distancia hacia las ONGs sin que quepa decir que sea necesariamente contrario a ellas y hacia su labor, pero su mundo está en otra parte: en su intimidad, entre los suyos. Ante el futuro se proyecta por encima de la media como esteticista, peluquero... y menos como técnico de una ONG. En caso de penuria reduciría su ayuda a los presos y ex-presos, así como a los alcohólicos y toxicómanos pero no a las mujeres maltratadas. Tampoco a la policía. Consume mucha menos droga que la media, tabaco y alcohol incluidos. Muy bien con sus padres, algo menos con sus amigos, se aburre más que la media en su tiempo libre. Son los que antes han salido del mundo escolar pese a no dar diferencias de edad, sexo y clase social con la media poblacional. Más católicos no practicantes que en la media siguen, en sus preferencias políticas, la distribución de esa misma media.

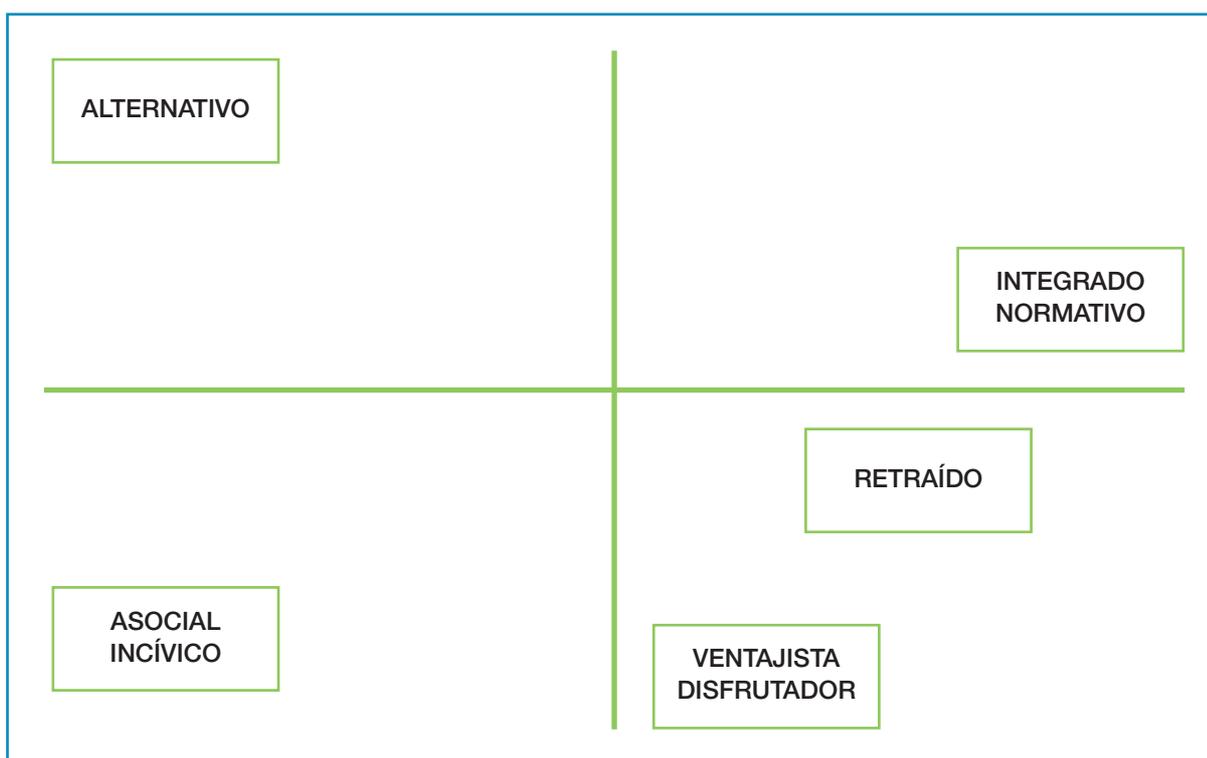
Los cinco cluster de nuestra tipología cabe clasificarlos atendiendo a dos órdenes de magnitudes o ejes interpretativos. Por un lado según el mayor o menor grado de inserción en la sociedad de los jóvenes que componen cada uno de los cluster. También cabe diferenciarlos según su mayor o menor nivel, si no de compromiso sí, al menos, de implicación social en jóvenes a los que cabe etiquetar de activos o de pasivos.

El primer eje interpretativo posiciona a los jóvenes según su mayor o menor integración y acomodo con la sociedad de la que forman parte. En este eje situaríamos, en un polo a los jóvenes que, aun con ciertas dosis críticas, están razonable y asertivamente insertos en la sociedad española de 2006, o al menos no se manifiestan con actitudes y comportamientos de rechazo de sus instituciones. En el polo opuesto situaríamos a los que, indudablemente, no están contentos con la sociedad en la que viven y su componente crítica hacia la sociedad supera con creces su, por otra parte inevitable, estar en la vida social.

El segundo eje interpretativo sitúa, por un lado, a los jóvenes que se caracterizan por su activismo social que puede significar en algunos, incluso, compromiso social, mientras en la parte inferior, situamos a los jóvenes que se caracterizan, exactamente en sentido inverso, por su pasividad social, su indiferencia ante la “res pública” que puede llevar a un autismo social pues solamente piensan y actúan en razón de sus intereses y gozos personales.

De esta forma, la tipología nos ofrece un retrato sugerente de los jóvenes españoles en dos polos interpretativos y cuatro cuadrantes que cabe resumir, en número redondos, de la siguiente manera:

- En el eje horizontal, un 75% de jóvenes bien integrados y razonablemente acomodados en la sociedad frente a un 25% que lo están bastante menos
- En el eje vertical, un 48% de jóvenes activos y algunos también comprometidos frente al 52% que básicamente viven en su concha personal; unos indiferentes, otros con comportamientos que pueden ser claramente anti-sociales.



Pero tan interesante, si no más, en la conjunción del posicionamiento de los jóvenes en los dos ejes al mismo tiempo. Así obtendríamos la siguiente clasificación.

- Un 33% de jóvenes bien integrados en la sociedad aunque no demasiados comprometidos en el quehacer público. Son los que hemos denominado *Integrados, Normativos* del cluster nº 3.
- Más del 40% estarían también bastante integrados en la sociedad y manifiestamente poco implicados en el quehacer público. En su fórmula *light* en ambas características tendríamos a los jóvenes *Retraídos* del cluster 5º y los *Ventajistas, Disfrutadores* del 1º, quienes manifiestamente “pasan” de lo que sea su diversión.
- El 15% de los jóvenes, los que conforman el colectivo de los *Alternativos* soy muy críticos con la sociedad en la que viven y postulan, activamente, otro modelo de sociedad mientras que
- El 11% de los *Incívicos* manifiestan también su disconformidad con la sociedad actual pero, solamente, de forma negativa, incluso violenta, encerrándose en su propio y, a la postre, insolidario mundo.

No vamos a trasladar aquí los perfiles sociológicos de los jóvenes de uno y otro cluster, que puede encontrarse, en detalle, en la publicación, pero sí significar, resumida y brevemente lo esencial para el objeto de estas líneas.

Disfrutar más o menos de su vida, controlado en esta investigación mediante el sencillo indicador de preguntarles si se aburren mucho, poco o nada (en una escala de 1 a 10) arroja resultados que confirman lo que otros estudios, no necesariamente con idénticos indicadores, están mostrando⁶: los jóvenes socialmente comprometidos son los que,

6. Así, en nuestro último trabajo *Los jóvenes y la felicidad*. Ediciones PPC. Madrid 2006, 221 páginas, ya referenciado

según sus propias estimaciones, acaban resultando ser los que más disfrutan de la vida, quienes menos se aburren; siendo también cierto que quienes sólo piensan en sí mismos, incluso poniendo el disfrute como objetivo último, si no único, de su quehacer vital, al final, resultan ser, insistimos que según sus propias estimaciones, quienes más se aburren. Así, los dos colectivos de nuestra tipología que más dicen disfrutar de la vida coinciden, y en el mismo orden, con los dos colectivos socialmente más comprometidos, los *Alternativos* del cluster 4º de la tipología, seguidos por los *Integrados*, *Normativos*. En el extremo opuesto, los dos colectivos que más dicen aburrirse, son los dos más descomprometidos de los cinco, por orden, los jóvenes del cluster 2º, los *Incívicos*, *Desadaptados* que resultan ser quienes en mayor grado dicen aburrirse y los del cluster 1º, *Ventajistas*, *Disfrutadores* que les siguen en ese triste *ranking*, situándose los *Retraídos* en la mitad del *ranking*.

5. ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

Terminemos este texto haciendo honor al título de la conferencia e interroguémonos, de forma resumida, sobre la correlación entre los cinco cluster y los consumos de alcohol, tabaco y drogas de sus componentes. Como era esperable los jóvenes del cluster 3º, *Integrados*, *Normativos* son los que menos tabaco, alcohol y drogas consumen de todos los colectivos, lo que no quiere decir que no haya jóvenes integrados y normativos que las consuman. Incluso en las drogas legales, tabaco especialmente, pero también alcohol, en proporciones que se acercan a las de la media poblacional, media que ellos, precisamente, hacen descender. Digámoslo claramente: en esto de las drogas y los valores no hay blanco y negro sino una escala de grises, eso sí, muy acentuada.

En el extremo opuesto, los máximos consumidores de drogas, particularmente de anfetaminas, alucinógenos, éxtasis, cocaína y heroína, los encontramos, sin duda alguna, en el colectivo de los *Incívicos*, *Desadaptados*, con lo que de nuevo se confirma, aquí aplicado al ámbito juvenil, el resultado de la tipología que se presentó en el anterior estudio de valores de la FAD⁷.

Los *Ventajistas*, *Disfrutadores* consumen más droga que la media poblacional lo que habida cuenta su edad, recuérdese que la más baja de los cinco cluster, adquiere una relevancia mayor. Hay que resaltar que son estos jóvenes los que en mayor grado fuman cigarrillos y que sus consumos de alcohol son muy elevados con más del 10% que afirma consumirlos todos o casi todos los días.

Los jóvenes *Retraídos* se sitúan, como habitualmente, en el centro, en tierra de nadie aunque más entre los que menos consumen que entre los que más. Especialmente cuando nos referimos a las drogas ilegales.

Los jóvenes del cluster *Alternativo*, interesantes por más de un motivo en este estudio, lo son también en sus preferencias en los consumos de alcohol, tabaco y drogas. Consumen más de todos los productos que la media poblacional (son también los de mayor edad) pero diciendo esto no decimos lo esencial. Lo esencial está en que destacan por ser los mayores consumidores de cannabis de los cinco cluster, pero no de las demás drogas, sean legales o ilegales, especialmente cuando nos acercamos a los niveles elevados de consumo, sea durante los fines de semana, sea todos o casi todos los días. Así en los consumos de anfetaminas, alucinógenos, éxtasis, cocaína y heroína les superan claramente no solamente los componentes del cluster 2º, los que hemos denominado *Incívicos* sino también los *Disfrutadores* con quienes mantienen la mayor distancia en sus edades respectivas. Así mismo, en estos dos últimos cluster, hay más fumadores y bebedores diarios o casi diarios que entre los *Alternativos*. Al final parecería que los jóvenes *alternativos* consumen de todo, sí, pero con cierta red y control, destacando por su mayor cercanía y consumo consiguiente de cannabis, producto con el que parecen mantener una relación simbólica de distanciamiento con el orden establecido, el cannabis como signo e icono de otra forma de estar en la sociedad, con connotaciones de rebeldía y crítica socio-política.

Siempre se ha sostenido (nosotros también) que hay una fuerte correlación positiva entre los consumos de drogas y los planteamientos egoístas hasta el punto que hacemos del altruismo un factor de prevención ante el consumo de

7. Ver en *Valores sociales y drogas*. Eusebio Megías (dir), Domingo Comas, Javier Elzo, Ignacio Megías, José Navarro, Elena Rodríguez, Oriol Romani. Edita FAD, Madrid 2001. 382 páginas, las páginas 129 y siguientes.

Las comunidades terapéuticas como metáfora

Domingo Comas Arnau



1. EL CAMINO DE UNA INVISIBILIDAD QUE AUMENTA LA EFECTIVIDAD

La evolución histórica de las comunidades terapéuticas puede interpretarse, bien desde sus peculiaridades o bien como una metáfora de la evolución de las políticas sobre drogas. La trayectoria de dicho tipo de dispositivos se inicia en el ámbito internacional desde la dualización primigenia entre el modelo Jones y el modelo Daytop, para llegar, al menos en España, a la actual situación de consolidación pragmática. Este itinerario escenifica, con notable precisión, el contenido y las paradojas sobre las que se ha desenvuelto la respuesta a las drogas en nuestras sociedades.

El primer modelo de comunidad, el de Jones, respondía a la ideología de la reforma psiquiátrica y obtuvo resultados técnicos notables aunque fue barrido por un discurso político y administrativo que, hasta finales de los sesenta, no entendía, para las drogas, otra política que la represión. A la vez la criminología liberal opta, en su momento, por la desinternación masiva frente a la alternativa de la mejora de los dispositivos.

Por su parte Daytop supuso la irrupción, desde el ámbito de la autoayuda, de una sociedad y unas familias afectadas por un problema, que negaban técnicos y políticos.

La gran aportación de Daytop fue crear una sinergia adecuada entre el movimiento social contra las drogas y los profesionales que trabajaban en los dispositivos. Su error fue considerarse la única alternativa válida ante todos los problemas que producían de las drogas.

Las primeras comunidades terapéuticas españolas se conformaron como dispositivos autosuficientes, a pesar de que algunas se posicionaban en la línea de Jones. Por este motivo asumieron un protagonismo que los datos (tanto económicos como en el número de internos) no confirman, y se resistieron a integrarse y a aceptar la preeminencia de la noción de red asistencial. Al mismo tiempo se especializaron tanto y adoptaron estrategias tan exigentes, que acabaron por suscitar el rechazo profesional e institucional.

En una segunda etapa, este rechazo se convirtió en un tópico, que dio por “eliminadas” o “en crisis” a las CCTT, sin embargo, tras unos momentos de desconcierto, no sólo sobrevivieron sino que se reforzaron. Cabe destacar que este refuerzo se realizó en el contexto de una cierta invisibilidad y un profundo cambio ideológico, organizacional y terapéutico. Asimismo está claro que en los ámbitos institucionales, así como en algunas corporaciones profesionales, el rechazo explícito se compensaba con el apoyo implícito, de tal manera que se produjeron mejoras en las condiciones del dispositivo, en una gran medida porque representaba la única opción para derivar determinado tipo de casos.

Actualmente las comunidades terapéuticas, aún suscitan mucho rechazo social e institucional, pero no tienen tantos problemas porque son más invisibles. De hecho representan la parte muy “modernizada” de la asistencia a adictos a drogas. En este sentido, las CCTT son la parte de la red asistencial más dedicada a atender a nuevos perfiles y problemas, habiendo integrado, de una forma muy activa, las políticas de reducción del daño. También son en España los dispositivos más y mejor evaluados; los que, en proporción, aportan más literatura científica y los que ofrecen más y mejores innovaciones en el terreno terapéutico, en la amplitud de sus objetivos, en las buenas prácticas de integración social y en la gestión organizacional. Y quizá pueden hacer todo esto porque, justamente, son invisibles.

2. LA IMAGEN TRADICIONAL DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Al visualizar la trayectoria evolutiva de las comunidades terapéuticas en España se expresa un mito, compartido incluso por muchos profesionales y administraciones del ámbito drogas, que proclama: en nuestro país la comunidad terapéutica fue el principal dispositivo de atención a los adictos a drogas en los años ochenta, luego en los años noventa entró en crisis por el imparable crecimiento de los programas de metadona y pasó a ocupar un lugar residual. El mismo mito, aunque visto desde la otra orilla, añade: Las comunidades terapéuticas representaron en su momento la opción dogmática, cuando no totalitaria, de los programas libres de drogas, que las nuevas políticas europeas de drogas basadas en estrategias de reducción de daño han convertido en obsoletas. Pues bien, vamos a ver como ninguno de los argumentos de la narración que sostienen ambos mitos es cierto, o al menos no lo es del todo, lo que significa que tales narraciones no reflejan el papel jugado por las CCTT en la atención a las adicciones.

Para comprobarlo vamos a comenzar por visualizar los datos disponibles sobre la evolución de este tipo de dispositivos en España en la tabla 1. En dicha tabla se han recogido, año a año, los datos sobre número de centros, plazas disponibles e ingresos efectuados en el año, que aparecen en las Memorias del Plan Nacional sobre Drogas y en las fuentes bibliográficas mencionadas (ver Bibliografía).

Tabla 1. Evolución del número de CCTT en España
Centros, plazas disponibles, ingresos en el año y proporción que representan sobre el número total de casos atendidos

AÑO	CENTROS	PLAZAS	INGRESOS	% SEIT
1979	(1)			
1980	(2)			
1981	(4)			
1982	(8)			
1983	(13)	(243)		
1984	(17)			
1985	(24)			
1986	(41)*	(924)		
1987	58			
1988	55			
1989	61*			
1990	62*	1.749*	2.790*	11,1
1991	69*		4.353*	13,9
1992	79*		4.973*	12,8
1993	91*		5.562*	14,2
1994	89*		6.441*	16,3
1995	91*		6.445*	15,2
1996	89*		6.568*	12,4
1997	97*		6.061*	11,5
1998	88*		6.136*	11,2
1999	101*		6.252*	12,2
2000	106*		6.322*	12,7
2001	97*		4.569*	9,2
2002	113*		6.373*	13,6
2003	116*		5.573*	11,8 ^P
2004	112*		5.935*	12,6 ^P
2005	119			

* = Memoria PNSD; P = Provisional

Al observar la serie detectamos varios problemas, el primero se refiere al hecho de que los datos disponibles sobre comunidades terapéuticas son incompletos, en parte porque las Memorias del Plan Nacional sobre Drogas (cuya edición se inicia en el año 1986), no comienzan a facilitar datos de comunidades terapéuticas hasta la Memoria del año 1990, limitándose a partir de entonces a recoger el número de centros acreditados (en ocasiones distribuidos por comunidad autónoma), con indicación del volumen total de ingresos en el año precedente. Mientras que a lo largo de todos estos años, las Memorias del PNSD, informan ampliamente sobre el resto de dispositivos asistenciales.

Así podemos observar el agudo contraste que ofrece la escasa información sobre comunidades terapéuticas facilitada por el PNSD en los años ochenta, con la abundante información que facilitan las Memorias sobre otros dispositivos y programas, en particular los centros ambulatorios, los programas de mantenimiento con metadona y de forma un tanto espectacular las “camas de desintoxicación hospitalaria”, cuya relevancia asistencial no justifica que hasta 1991 ocuparan más del 50% del espacio de las Memorias destinado a describir los dispositivos asistenciales, cuando el volumen de desintoxicaciones ambulatorias (y en CCTT) superaba ampliamente las desintoxicaciones hospitalarias. Además los datos sobre comunidades terapéuticas son siempre globales (número de centros y número de ingresos) sin otros detalles, como, por ejemplo, los relativos al perfil de los atendidos y/o su distribución territorial, que sí aparecen en la descripción de otros dispositivos y en particular las “camas de desintoxicación hospitalaria”.

Por si esto fuera poco, no todos los años se facilitan datos sobre CCTT, mientras que la labor realizada por otro tipo de dispositivos y programas aparece puntualmente todos los años. Como detalle podemos añadir que los datos de los años 1987 y 1988 que hemos recogido en la tabla 1 no aparecen hasta la Memoria de 1992. Cabe finalmente decir que hemos conseguido reconstruir la serie de datos casi completa, desde 1990 hasta la actualidad, porque algunas Memorias facilitan series de datos de años anteriores en los que las mismas habían mantenido silencio sobre las CCTT. Como esta carencia no se detecta al describir los otros tipos de dispositivos o programas, podemos afirmar que la consideración institucional de las CCTT fue siempre la más baja entre todos los dispositivos de la red asistencial.

En la tabla 1 también se han reconstruido los datos del periodo 1979-1986 a partir de la información contenida en el primer Informe realizado por este mismo autor en 1987 (Comas, 1988). En dicho libro se censaron 81 comunidades terapéuticas para 1986 y la Delegación del Gobierno para el PNSD, consideró que 41 de ellas estaban acreditadas. Como disponemos de la fecha de apertura de cada una de ellas (Comas, 1988), se pueden extrapolar los datos y atribuir a cada año, entre 1979 y 1985. El resultado obtenido se ha asignado al número de CCTT acreditadas existentes en cada uno de estos años, aunque por ser una extrapolación se han dejado los resultados entre paréntesis. Seguramente son cifras que se ajustan bastante a la realidad, ya que no parece posible que, en aquel periodo, hubiera cerrado y desaparecido alguna comunidad terapéutica acreditada. En cualquier caso tendremos que volver a realizar este tipo de extrapolaciones más adelante.

También se debe tener en cuenta que en el año 1986, estas comunidades terapéuticas acreditadas sólo representaban el 50% de los centros abiertos y el 32% de las plazas, lo que les dejaba en inferioridad frente a otras ofertas no acreditadas, en particular El Patriarca que entonces tenía abiertos más de 25 centros (si bien algunos de ellos eran meras estructuras logísticas) y representaba el 53% de las plazas (aunque no todas estaban ocupadas por españoles).

En cualquier caso, el mito de unas todopoderosas comunidades terapéuticas, mimadas por la administración, se deshace cuando observamos los datos disponibles. En los años ochenta su papel no era muy relevante porque apenas eran unas pocas, la oferta de plazas era escasa y, además, tenían tan poca consideración institucional que sus datos ni tan siquiera se incluían en las Memorias del Plan Nacional sobre Drogas. En realidad su protagonismo se derivaba de su presencia mediática (aunque con más informaciones negativas que positivas), lo que se traducía en una gran centralidad de las comunidades terapéuticas sobre el imaginario social, sin que esta centralidad alcanzara a las instituciones públicas, en particular las sanitarias, que más bien hacían ostentación de su rechazo.

Justamente en el año 1990, que representaría un momento casi mágico de este mito, por ser el año en el que más creció la oferta asistencial de este tipo de dispositivo y un par de años antes (en el año 1992) de que los programas

de mantenimiento con metadona comenzaron su “imparable” expansión, los pacientes ingresados en las comunidades terapéuticas acreditadas sólo representaban el 11% de los casos notificados al Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT). Una cifra ridícula para el que se suponía era el “dispositivo estrella” de la red asistencial.

Tales datos refrendan la idea de que las comunidades terapéuticas representaban en los años ochenta una fracción discreta de la atención a los adictos a drogas. Es cierto que hablamos sólo de entidades autorizadas y acreditadas y que, al menos hasta 1986, eran menos que las no acreditadas.

Aunque a partir de 1987 las cosas mejoraron, con un importante aumento del número de comunidades terapéuticas públicas y concertadas, con la puesta en marcha el Sistema de Homologación que describiéremos más adelante y con la ampliación del número de centros de la red de el Proyecto Hombre, al tiempo que las “granjas y centros” no acreditados se estabilizaban en su número y descendía el porcentaje de plazas. Al llegar al año 1990/91 las primeras, las acreditadas, suponían la mayoría de CCTT y sin embargo este tipo de dispositivo apenas representaban una fracción muy minoritaria del total de la asistencia prestada en España. El mito de las todopoderosas comunidades terapéuticas de la década de los años ochenta, es esto, un puro mito.

De hecho tampoco es cierto que las CCTT comenzaran a “tener problemas por culpa de la metadona”, porque a partir de 1992, las comunidades terapéuticas siguieron creciendo hasta alcanzar su máxima expansión en 1996 (con 6.568 usuarios ingresados aquel año), para, en los años siguientes y hasta la actualidad, mantenerse estables en torno a este nivel de plazas. Aunque a lo largo de todo el periodo aparecen algunos altibajos que podemos más bien atribuir a las irregularidades presentes en un sistema de recogida de información en el que las comunidades autónomas “comunican” sin ninguna otra contrastación estos datos a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, que se limita a acumularlos.

También es cierto que esta estabilidad básica en el número de plazas ha supuesto, desde 1994 una cierta disminución de su relevancia si lo comparamos con el número total de nuevos casos atendidos según la estadística del SEIT (ahora SEIPAD). Pero este descenso en el total de la atención prestada también parece haber concluido a partir del año 2002, en una gran medida porque las demandas asistenciales globales tocan techo y el número de notificaciones de nuevos casos comienza a disminuir, sin embargo las CCTT mantienen casi estable su oferta, es decir, disminuye el número total de ingresos de la red asistencial pero las comunidades terapéuticas mantienen íntegra su presencia aunque con un menor número de ingresos. En cualquier caso veremos más adelante cómo estas cifras deberían matizarse con los resultados de 2005.

La otra parte del mito tiene que ver con la metadona. La evolución de la curva del número de casos en programas de mantenimiento con metadona, nos permite sostener, de entrada, que dichos programas no han “quitado pacientes” a las comunidades terapéuticas.

En 1991 las cifras de ambas modalidades terapéuticas eran similares ya que aquel año fueron atendidos 2.790 pacientes en comunidad terapéutica y 3.023 en programas de metadona. Con posterioridad las comunidades terapéuticas siguieron creciendo coincidiendo con el momento de mayor expansión de la metadona, para, más adelante, mantenerse estables, al menos hasta que la metadona ha alcanzado su tope de usuarios en el año 2002 (con 90.488 pacientes) y ha comenzado a disminuir los años siguientes. A lo largo de todo este periodo la metadona ha reclutado a sus pacientes, sustituyendo a los programas libres de drogas de tipo ambulatorio, que han pasado a ocupar una posición residual entre los adictos a la heroína, y ampliando la dispensación de metadona en prisiones, que actualmente representa en torno a un 20% de los pacientes en programas de metadona. Más adelante veremos como, en la actualidad, el 81% de los internos en CCTT cuya droga principal es la heroína están a la vez en un programa de mantenimiento, lo que significa que metadona y CCTT, al menos en España, no han competido sino que más bien se han complementado y se han “prestado” pacientes. Ciertamente esto no ha ocurrido en otros países en los que la frontera entre programas libres de drogas y metadona se ha trazado de una forma muy estricta.

Una cuestión muy distinta es que en un determinado momento, algunas CCTT adoptara una posición “ideológica” contra la metadona. En general se trataba de argumentos morales, muy vinculados a los “dogmas del modelo

Daytop” (que ahora están en fase de superación incluso en EEUU), que expresaban una concepción de la red asistencial basada en el modelo centrado en la CCTT, un lugar “limpio” frente a los lugares “contaminados por el consumo” por lo que admitir casos de metadona en CCTT suponía “contaminar” la institución. Una dicotomía meramente simbólica que en ocasiones no fue fácil romper, pero al final incluso las CCTT españolas más reacias, aceptaron, sin transiciones demasiado prolongadas, pacientes en PMM.

De hecho, las propias CCTT saben muy bien, hoy en día y por su propia experiencia cotidiana, que no hay contradicción alguna entre la utilización de prácticamente cualquier fármaco y la comunidad terapéutica, aunque en muchas no se haya resuelto la cuestión de una correcta dosificación, pero la gran narración mítica antes aludida sigue visualizando la oposición entre ambas, en parte porque no saben que las comunidades terapéuticas han ido incluyendo casos de mantenimiento con metadona en su oferta. No estamos, por lo tanto, ante dispositivos y programas antagónicos que se excluyen mutuamente, sino que se complementan sin problemas y de hecho lo hacen, como veremos, en un elevado porcentaje de casos. Como consecuencia, los componentes del mito, la gran narración sobre el pasado esplendor y la posterior crisis de las comunidades terapéuticas y la responsabilidad de la metadona en la misma, es una pura “construcción” para enmascarar otros componentes de la historia de las CCTT.

En conclusión, lo único cierto es que las CCTT se sintieron primero poderosas y omnipotentes, que después vivieron una cierta crisis y más adelante han vuelto a sentirse protagonistas de su propia historia. Una historia más discreta y sin el acompañamiento de los viejos delirios. Pero no son los datos sobre número de centros en activo, plazas e ingresos, lo que nos permite visualizar esta elipse porque, aunque se detectan unos años de “estabilización”, los datos reflejan un continuo crecimiento de todos estos parámetros. En cambio la evidencia de la actividad del Movimiento de las Comunidades Terapéuticas en España (tabla 2), sí nos ofrece una imagen que responde a esta dinámica evolutiva: Una primera fase de activismo que representan muy bien las Jornadas anuales de la APCTT, y otros encuentros regionales, así como la fuerte presencia de las CCTT en las jornadas anuales de organizaciones como Sociodrogalcohol, una serie de actividades que concluyen de forma abrupta en 1995 con el Congreso de Proyecto Hombre en Vitoria.

Después le sigue una fase de silencio, que dura seis años, durante las cuales ni tan siquiera se producen encuentros regionales o locales de CCTT, para finalmente a partir del año 2000 reiniciarse las actividades del Movimiento, de una forma más abierta e inconexa, pero con una gran presencia internacional y con encuentros que reflejan una nueva fase de consolidación, fruto de un intenso proceso de adaptación a los nuevos perfiles y exigencias institucionales.

Esta trayectoria, que no se expresa sobre parámetros cuantitativos sino más bien sobre el terreno de las identidades colectivas, refleja bien las tres fases de la elipse y pone en evidencia que la construcción del mito de las CCTT responde más a percepciones subjetivas, esencialmente a problemas de identidad y memoria, que a realidades objetivas como recursos económicos disponibles o grado de ocupación. Aunque es cierto que estas percepciones subjetivas son importantes y reflejan ciertas realidades, porque en 1995 la comunidad terapéutica se sustentaba sobre unos componentes que ya no respondían a las necesidades sociales, lo cual supuso tener que realizar una intensa adaptación entre el año 1995 y el año 2000, para finalmente, los últimos seis años, poner en marcha una nueva consolidación identitaria.

Podemos, por lo tanto, proponer una nueva narración, dar salida a una historia en tres fases, en tres momentos evolutivos, que, a modo de ejemplo, vamos a expresar sobre los dos componentes de la trayectoria que aparecen en los gráficos de las páginas siguientes. El primero se refiere a las reivindicaciones y el segundo a las presencias corporativas. Los he elegido porque ponen en evidencia una parte del proceso muy diferente al obtenido mediante la narración escueta de los datos. En ambos casos los tres momentos aparecen diferenciados por tres rupturas, el primero se refiere a la creación de las primeras CCTT para drogodependientes en España entre 1979 y 1982. La segunda ruptura se produce entre 1988 y 1992 cuando se realizan las primeras investigaciones y posteriormente se ponen en marcha los sistemas de acreditación y homologación. La última ruptura se corresponde con el “tiempo de silencio” y con los proyectos frustrados que darán lugar, a partir del año 2000, a lo que hemos llamado segunda consolidación.

Cada una de las tres fases se articularía entonces a partir de estas rupturas, conformando tres periodos distintos en cada uno de los cuales podemos definir un elemento esencial que determina las características del periodo a través de un juego de retos y respuestas a los mismos.

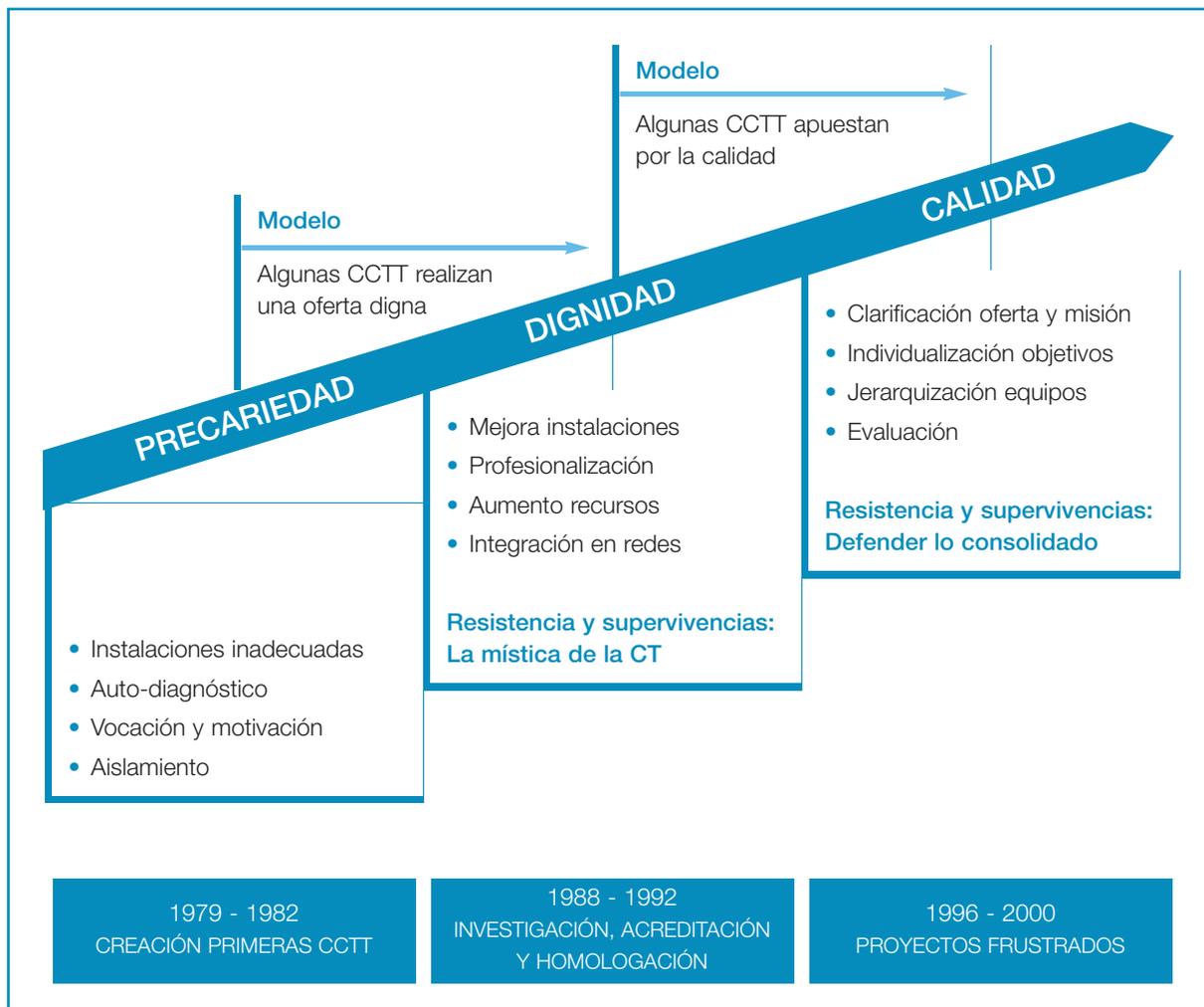
Tabla 2. Historia del Movimiento de las Comunidades Terapéuticas
Principales eventos

AÑO	ENTIDAD	LUGAR
1986	Encuentro de afines	Valencia
1987	APCTT	Zarauz (Guipúzcoa)
1988	APCTT	Sitges (Barcelona)
1989	APCTT	Rota (Cádiz)
1990	APCTT	Bayona (Pontevedra)
1991	APCTT	Madrid
1992	APCTT	Bilbao
1993	APCTT	Oviedo
1994	APCTT	El Ferrol (La Coruña)
1995	APCTT PROYECTO HOMBRE	Granada, Vitoria
1996		
1997		
1996		
1997		
1998		
1999		
2000	FADA/ITACA EUROPA	Sevilla
2001	UNIVERSIDAD DE DEUSTO/ITACAESPAÑA	Bilbao
2002	UNAD	Murcia
2003		
2004	FEDERACION MUNDIAL DE COMUNIDAD TERAPEUTICA	Palma de Mallorca
2005		

Esta característica central queda resumida en el primer gráfico sobre la trayectoria reivindicativa con tres palabras: precariedad, dignidad y calidad. El punto de partida es el de la precariedad material y técnica, que se compensa con la vocación y una alta motivación en unas condiciones de aislamiento, las cuales permiten el ejercicio del autodidactismo pero que, a la vez, excitan el morbo de los MCS. En este periodo, algunas CCTT profesionales realizan una oferta digna y sirven de modelo para el siguiente momento evolutivo. Conseguir medios y recursos que resuelvan la precariedad es la reivindicación unánime de esta primera fase. El segundo momento tiene que ver con el logro de un cierto nivel de dignidad, una vez mejoradas las instalaciones se realiza un intenso proceso de profesionalización, lo que a su vez posibilita un aumento de los recursos y la integración en la red asistencial normalizada. La reivindicación se refiere a conseguir la equiparación y el reconocimiento de las redes asistenciales y los otros profesionales, los cuales exigen a cambio un cierto nivel de calidad, que va a ser la apuesta de algunas CCTT que van a servir de modelo para la siguiente fase. Sin embargo no todas las CCTT están de acuerdo con este proyecto y se resisten al cambio desde una cierta "mística de la comunidad terapéutica" anclada en un ideal de pasado heroico.

Finalmente llega el momento de la calidad, en el cual se clarifica una nueva oferta y una nueva misión, en el que la pluralidad de perfiles obliga hacia la realización de diagnósticos y el establecimiento de objetivos individualizados, mientras que los equipos se jerarquizan con una cierta pérdida del viejo espíritu colectivista y se da gran importancia a la evaluación. La reivindicación se refiere ahora a "ser más eficientes" que otros tipos de intervención para justificar el supuesto coste diferencial de las CCTT. Se producen nuevas resistencias por parte de aquellos que consideran que este "crecimiento" pone en duda (y en peligro) lo conseguido en la fase anterior.

Comunidades terapéuticas en España La trayectoria reivindicativa



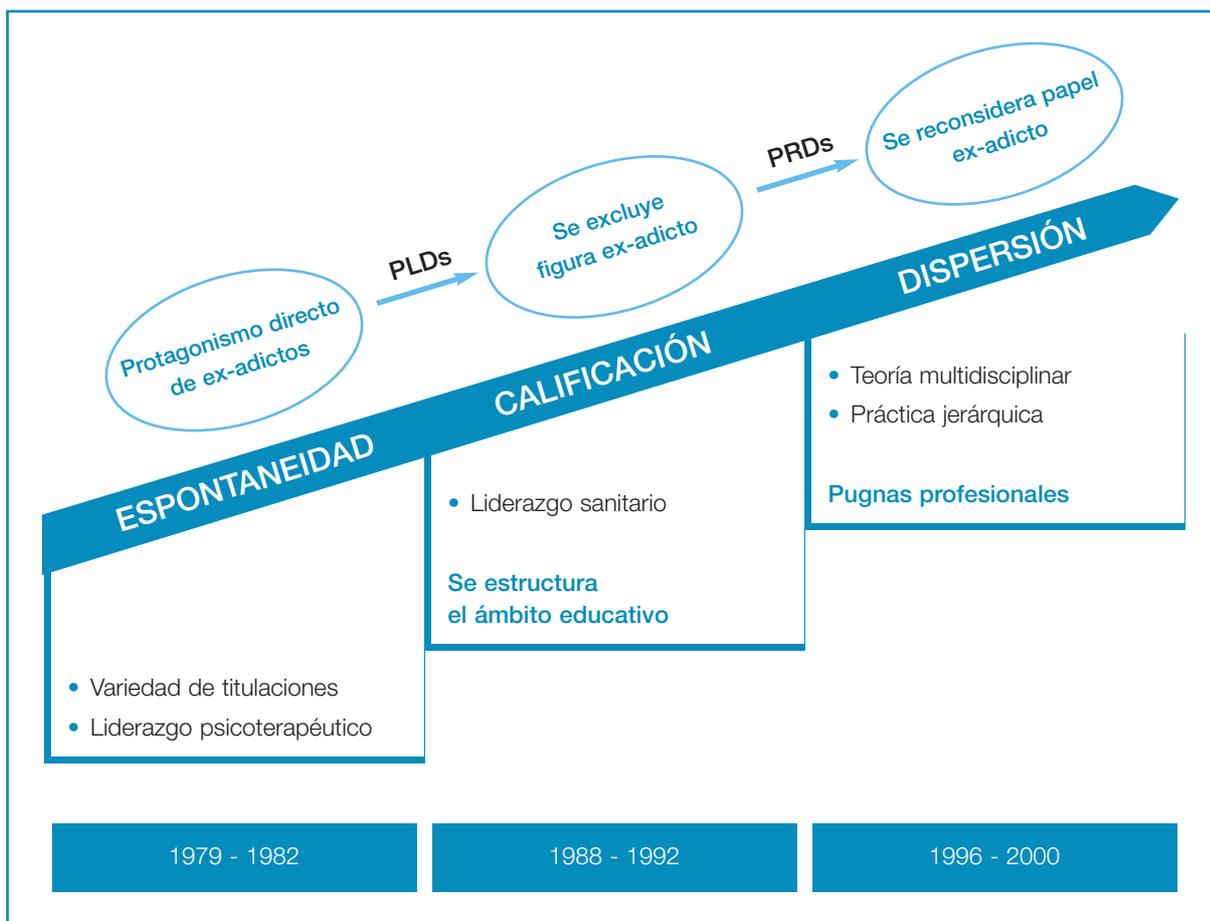
El segundo gráfico se refiere a la evolución corporativa y se expresa con tres palabras: espontaneidad, calificación y dispersión. El punto de partida refleja la variedad de titulaciones involucradas en las primeras CCTT y la falta de determinación del rol de cada una de ellas, a pesar de que "lo psicoterapéutico" entendido de muy diferentes maneras y con la participación de diferentes perfiles profesionales (aunque con un claro predominio de psicólogos), ejercía un cierto liderazgo, el cual competía con el protagonismo directo de adictos "rehabilitados" que se proclamaban los "únicos expertos".

La espontaneidad original dio paso a una fase de cualificación profesional, que comenzó con una estructuración del ámbito educativo a partir de las primeras investigaciones y la puesta en marcha de los sistemas de acreditación y homologación. Esta dinámica provocó la exclusión de los antiguos adictos, al tiempo que se implantaba con fuerza la figura del educador, para la que se reconocieron diferentes titulaciones. Se formalizó también lo psicoterapéutico a través de las titulaciones en psicología, pero a la vez esta área se vio rápidamente amenazada por el liderazgo sanitario.

En el último momento, y por la vía de las experiencias en reducción de daños se recupera, y se dignifica, la figura del ex-adicto, bajo el nuevo concepto de "par", pero el contexto corporativo se diversifica. La jerarquización sanitaria no

acaba de cuajar, en una gran medida porque la presencia sanitaria sigue siendo residual y no se siente, salvo excepciones, identificado con la gestión cotidiana de la comunidad terapéutica. Se mantiene la multidisciplinariedad, aunque en una versión muy teórica, porque los equipos van jerarquizándose, pero las figuras profesionales que se sitúan en el vértice son distintas en cada comunidad terapéutica. De ahí que hablemos de un momento de dispersión y muy proclive a las pugnas corporativas entre profesionales.

Comunidades terapéuticas en España La evolución corporativa



Con estos esquemas, y otros equivalentes, podemos comenzar a desmenuzar la trayectoria histórica (en tres fases) de las CCTT españolas, y a través de la descripción de esta trayectoria podemos recuperar la memoria de lo que es la comunidad terapéutica.

3. UNA FASE PRIMERA DE EUFORIA Y PRECARIEDAD MATERIAL EN LA CUAL LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA SUPONE UNA RESPUESTA TOTAL A LOS PROBLEMAS DE ADICCIÓN A DROGAS

Hay que comenzar señalando que las CCTT surgen, y realizan su primera consolidación, en España, en muy poco tiempo, pero asumiendo un estilo cultural que refuerza los aspectos más dogmáticos del modelo de Daytop. En estos orígenes no podemos olvidar el protagonismo de la potente irrupción de El Patriarca que a la vez reivindicaba a Synanon y a Daytop. Tampoco podemos obviar que las primeras lecturas de unos profesionales autodidactas, se orientaban hacia referencias similares y la más común de aquellos años es la de Phoenix House (Rosenthal, 1973). El origen de la comunidad terapéutica en España se sustenta así y casi en exclusiva sobre la visión más dogmática de Daytop.

También es cierto que algunos profesionales españoles mantenían contactos con ciertos homónimos europeos que les conducían a dudar de un “modelo tan rígido de CCTT”. Pero esta dependencia del modelo Daytop fue puesta en duda de una manera muy lenta, primero por un estudio empírico que diferenció, en España, entre una mayoría de CCTT no profesionales y una minoría de profesionales, aunque aparte del calificativo no consiguió ubicar a unos y otros en sus respectivas tradiciones (Polo y Zelaya, 1984), para que poco después, en 1986, Andres Roig Traver en un encuentro de Sociodrogalcohol de Palma de Mallorca, clarificara, por primera vez en España, la cuestión de “los dos modelos de comunidad terapéutica” (Roig Traver, 1986).

Finalmente, la ubicación de las dos tradiciones y su proyección real sobre las CCTT españolas, fue descrito en el primer Informe sobre CCTT del año 1988 (Comas, 1988), aunque también es cierto que el documento editado por el Proyecto Hombre italiano aquel mismo año fue clave para comprender tanto la oferta diferencial como la continuidad metodológica que representaban ambos modelos (Jones, 1988).

Sin embargo la clarificación conceptual aportada por aquel Informe (que estaba muy orientado hacia la dignificación de los recursos y la estructuración del ámbito educativo) no resolvió la dependencia ideológica del sector hacia el modelo Daytop, en una gran medida porque durante la primera fase de euforia y precariedad material, que alcanza hasta casi finales de los ochenta, se produjo una formulación de la comunidad terapéutica como una respuesta completa a los problemas de adicción a drogas, que no se superó fácilmente a pesar de que, desde lo meramente conceptual, se suponía que las cosas no debían ser así. Se trata, por tanto, de una visión que se prolongará en los años sucesivos y que sólo será, progresiva y lentamente, modificada por una práctica más comprensiva en la que la Comunidad Terapéutica se visualizará como un dispositivo más de la red asistencial.

La dificultad para resolver este tema tenía que ver con el hecho de que, como se ha explicado en el capítulo precedente, la tradición de Daytop confundía la “respuesta completa” a los problemas de las drogas, con una reclamación de “respuesta exclusiva”. Pero, aunque en su momento algunas comunidades terapéuticas españolas adoptaron esta perspectiva maximalista, una parte sustancial de las mismas, nunca exigió exclusividad, sino que se visualizó a sí misma con capacidad para abordar de una forma integral (y suficiente) los problemas del adicto. Por este motivo al reclamarles que renunciaran a la exclusividad algunos interpretaron que se les exigía renunciar a lo que consideraban sus capacidades (y habilidades) para resolver los problemas de drogas, es decir, entendieron que se les exigía dejar de ser efectivos y abandonar a todos los adictos en su supuesta condición de crónicos.

Pero a la vez, en el momento en el que se planteó este malentendido, un nuevo concepto, el de “indicación terapéutica” facilitó una cierta salida al mismo. Desde que Luigi Cancrini y otros hablaron de “indicación terapéutica” para comunidad terapéutica en un conocido artículo publicado en el *Boletín de Estupefacientes de Naciones Unidas* (Cancrini, 1985), fue evidente que “exclusividad” e “integralidad” suponían no sólo nociones distintas sino incompatibles para la comunidad terapéutica, ya que la opción por un “abordaje integral” exigía una selección previa de casos que se confrontaba con la idea de “exclusividad” (Fernández, 1988; Apodaca, 1994), cuando más tarde Eusebio Megías sintetizó el conjunto de criterios para el diagnóstico individual y la indicación terapéutica (Megías, 1994), en la mayoría de CCTT no se sorprendieron y comenzaron a reclamar que se les derivaran los “casos con indicación de CCTT”, a los que lógicamente pretendían abordar de una forma integral. Así, casi sin darse cuenta, las CCTT españolas abandonaron la vía universalista del modelo Daytop y asumieron un componente básico (zonificación y derivación motivada) del modelo Jones.

No podemos olvidarnos de otra dificultad, de otra piedra en el camino, para este proceso: la práctica inexistencia, en la mayoría de comunidades autónomas y hasta fechas recientes, de programas de integración social y sociolaboral (Comas y Ramirez de Arellano, 2002).

Se trata de una carencia que la opción por un abordaje integral por parte de las CCTT suplía en una gran medida, de hecho, a nadie con una cierta información puede extrañarle que el prototipo público de adicto bien integrado y con trabajo haga siempre referencia a su paso por una comunidad terapéutica. No es que las CCTT reinsertaran mejor, es que eran, durante mucho tiempo, casi las únicas que tenían programas de integración social y sociolaboral. Por esto cuando se pedía renunciar a sus concepciones de totalidad muchas CCTT entendieron que se renun-

ciaba, por parte de toda la red asistencial, a los objetivos de la integración social, porque, efectivamente y en la mayor parte del territorio era difícil encontrar programas de Integración social y sociolaboral fuera de las CCTT. Esta, como vamos a ver sigue siendo una apreciación, nada equivocada en muchos territorios, de los equipos de las comunidades terapéuticas.

Trasladado todo esto al Movimiento de las Comunidades Terapéuticas, podemos recordar que en 1995 se celebra la última de las Jornadas de la APCTT en Granada, en un clima muy distinto de la euforia que había presidido las reuniones de los años ochenta y que la buena organización del evento no logra disipar. Se vivía una sensación de fin de etapa, que fue absolutamente cierta porque las actividades de la APCTT se mantuvieron desde entonces bajo mínimos hasta su efectiva disolución pocos años después. De hecho la última actividad colectiva de esta organización fue la elaboración de un documento en el que asumiendo la inevitabilidad de la crisis y la necesidad del cambio proponía una serie de iniciativas, apelando al habitual voluntarismo del sector (Autores Varios, 1995).

Además aquel mismo año se celebra en Vitoria el primer Congreso Nacional del Proyecto Hombre y lo que podría haber significado una toma de testigo paradójica, desde los esfuerzos de la APCTT para desarrollar el “modelo Jones” hasta la entrada en escena de los que habían iniciado su actividad como representantes del “modelo Daytop”. Pero las cosas no eran ya así, porque si bien las entidades de Proyecto Hombre seguían apostando por el “modelo total de respuesta a las drogas”, y en el evento se habló de todo, desde prevención, hasta políticas de drogas y mucho de valores, lo cierto es que en el ámbito puro de la asistencia y en particular las comunidades terapéuticas, ya se estaba escenificando la transformación del modelo tradicional de Proyecto Hombre, tanto por parte de los agentes externos a la organización que proponían estrategias en cuyo seno aparecían los elementos del cambio (Abeijón, 1995; Roldán, 1995), como por las preguntas que surgían entre los ponentes de la propia organización (Lucio, 1995; Olivera, 1995; Salamanca, 1995; Azanza, 1995).

La defensa del modelo corrió a cargo de un invitado externo, que en realidad justificó las dudas y no dió otras respuestas que la eficacia demostrada en el pasado (Ottenberg, 1995).

En resumen, en España se estaban produciendo una serie de cambios en las comunidades terapéuticas que escenificaban, a la vez, tanto una respuesta ante las nuevas exigencias, como la resistencia a asumir estos cambios. El referente había sido a la vez Daytop y la negación de Daytop en nombre Maxwell Jones. Pero cuando fue necesario construir una nueva comunidad terapéutica la identidad se perdió, aunque fuera temporalmente, en el camino.

4. UNA FASE INTERMEDIA DE CRISIS DEL MODELO CON LA EXCUSA DE LA IRRUPCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

El tiempo de silencio es el tiempo del malestar colectivo, en el que se supone que nadie es capaz de expresar lo que está pasando. La gran narración, el mito sobre las CCTT afirma que esto ocurrió porque las CCTT no fueron capaces de hacer frente a la “ofensiva” de la metadona y perdieron incluso plazas, pero ya hemos visto que esto no es cierto, que las admisiones se mantuvieron e incluso crecieron y que finalmente las CCTT se ocuparon de los casos con metadona, de la misma manera que se ocupaban de los casos sin metadona. Algunos han señalado que todo esto ocurrió por el impacto del sida, ya que el modelo residencial tenía que excluir a casos con infecciones activas y entonces las CCTT se quedaron sin clientes porque todos tenían sida.

Pero esto tampoco es cierto, porque la cuestión del sida en comunidad terapéutica fue planteada muy pronto (Roig, 1988), aunque también es cierto que las resistencias a planteamientos que supusieran modificar las reglas de exclusión a “enfermedades infecciosas en fase activa” eran muy fuertes (Comas, 1988). De cualquier manera no fueron las CCTT las que mostraron con más fuerza y por más tiempo esta resistencia (GID, 2004). De hecho fue El Patriarca la primera de las organizaciones que creo una estructura específica para atender a casos de sida y que además generó una estrategia de pares para prevenir la epidemia. Algunas CCTT, que aún existen, se especializaron y sólo tratan casos con sida en fase activa e incluso alguna sólo atiende a terminales.

En realidad aquella situación de “depresión colectiva” tenía otras raíces. Ya las hemos mencionado y le hemos dado un nombre: pérdida de identidad colectiva. Veamos un ejemplo: durante un tiempo el debate interno giró en torno a algunos interesantes artículos de Louise Nadeu, sobre la cuestión de los derechos individuales en el seno de la comunidad terapéutica (Nadeu, 1984; Nadeu, 1987 y Nadeu, 1994). En los mismos Nadeu sugiere que las crecientes dificultades del sector tienen que ver con una falta de escrúpulos ante los derechos individuales de los internos, lo cual era en muchos casos cierto. Pero ¿se planteaban lo mismo otras instituciones en las que los atentados contra los derechos humanos de los internos eran mucho más frecuentes? Pues no. No digo que Louise Nadeu y el Movimiento de las Comunidades Terapéuticas hicieran mal en plantear esta cuestión, sino todo lo contrario, se hicieron preguntas, les dieron respuestas y así avanzaron, mientras otros ámbitos prefirieron obviar el tema. Por este motivo debemos interrogarnos ante el hecho de que las comunidades terapéuticas se plantearan esta cuestión y además lo hicieran de una manera tan estricta como las que aparece en los artículos de Louise Nadeu, ¿Por un cierto sentimiento de culpa?, ¿a modo de reacción ética frente algunos casos y situaciones poco edificantes? Seguramente, pero también porque el tema de los derechos individuales permitía realizar un debate sobre los límites de la intervención en las propias CCTT. Es decir, al debatir sobre derechos individuales, en realidad se debatía sobre la misión y la identidad de las CCTT.

Conviene también clarificar que el periodo de silencio colectivo que se inaugura en 1995 y se prolonga hasta el año 2000, no supone que las comunidades terapéuticas dejen de producir; de hecho, es un momento con una buena productividad científica, en el que además se formalizan algunos procedimientos relevantes, como la supervisión (Barenblit y otros, 1997).

De manera particular en este periodo se formulan los conceptos clave para que más adelante se produzcan los adecuados cambios en las comunidades terapéuticas, así, por ejemplo, la noción de complementariedad, sobre la que descansaba a la vez el objetivo global de la salud del adicto y el mantenimiento de alternativas muy especializadas con objetivos de alta exigencia, fue formulada, desde una perspectiva que incluía a las comunidades terapéuticas, por la Asociación Itaca en 1997 (Abeijón, 1997).

No podemos tampoco obviar que en Europa estaban pasando cosas muy similares y un buen ejemplo lo constituyen las aportaciones del Congreso Europeo celebrado en Marbella en 1999 (Autores Varios, 1999) y en particular alguna de las ponencias presentadas (MayMajeswski, 1999; Broekaert, Derks y Coletti, 1999; Martens, 1999), reflejan cómo en la Unión Europea se expresaban, de forma más o menos amplia, procesos similares, aunque en el resto del continente parecía que las llamadas a la resistencia gozaban de un mayor eco, mientras que en España predominaba la idea del cambio y la adaptación.

En cualquier caso, en 1999 las estrategias de adaptación ya estaban bien diseñadas (e incluso probadas en muchas CCTT). ¿Cuáles eran estas estrategias? Lo iremos viendo.

5. UNA TERCERA FASE EN LA QUE SE PRODUCE UNA NUEVA CONSOLIDACIÓN AL ADOPTAR UN MODELO DE CCTT DIFERENTE, APOYÁNDOSE EN EL ARGUMENTO DEL CAMBIO DE PERFILES

A partir del año 2000 se inicia una segunda consolidación, en la que el elemento central se refiere a la generalización de las estrategias de adaptación ensayadas en la fase anterior. Podemos analizar este proceso a través de algunos eventos realizados en estos años.

En el año 2000, en Sevilla, la Red Europea ITACA en combinación con la Junta de Andalucía, reunió a unos 300 profesionales de comunidades terapéuticas de diferentes procedencias. En el *IV Congreso Europeo de Itaca* (“Aprender y cambiar”) se escenificó una evolución, que comienza con el “éxito” de las CTD, su posterior “crisis” y el retorno a los orígenes de la comunidad terapéutica, medido en función de su adaptación a los nuevos perfiles, individuación de los diagnósticos y pluralidad de las respuestas. En la primera parte, diferentes ponentes contaron la historia de esta evolución, bien en el conjunto de Europa, en España, en Andalucía, Grecia y Austria. Después se habló de las

relaciones entre la red asistencial y las CCTT, de CCTT en prisión, en medio urbano y con consumidores en activo. Finalmente se realizaron siete talleres sobre temas como calidad y gestión, doble diagnóstico, menores, madres con hijos, adicciones distintas a drogas, evaluación de la intervención educativa, fármacos y sustitutivos en CCTT, género y supervisión (Autores Varios, 2001).

Aquel mismo año la Junta de Andalucía publicó un texto que otorgaba otra identidad a las CCTT públicas andaluzas que se habían agrupado en una Fundación Pública, la FADA, en una experiencia inédita que les ha otorgado un cierto protagonismo desde entonces (Camacho, Castillo y Monge, 2000).

Un año después y en combinación con el Instituto de Drogodependencias de la Universidad de Deusto, ITACA España celebró un seminario, al que ya nos hemos referido, que se sitúa en la frontera entre ambas etapas y que da por zanjado el conflicto entre los “dos modelos” al menos en España. En aquel encuentro de Bilbao se formuló de forma rotunda la noción de una “nueva comunidad terapéutica” que como explicó el primer ponente no era otra cosa que volver a la noción original de CCTT (Guimon, 2001). Otros autores trataron de explicar las razones de la crisis y la propuesta del cambio y la adaptación de las CCTT (Comas, 2001; Roldán, 2001), se planteó el trabajo con casos de doble diagnóstico en CCTT (Semboloni, 2001), la noción de una comunidad terapéutica sustentada sobre una orientación sistémica como había pretendido Jones (Abeijon, 2001), se habló de calidad (Martín, 2001), de evaluación (Rodríguez, 2001) y de la experiencia de la FAD (López, 2001).

Al año siguiente, el 2002, se celebraron en Murcia las primeras Jornadas de comunidades terapéuticas de la UNAD, y aunque con una representación exclusiva de dispositivos de esta entidad, también escenificaron perfectamente esta misma trayectoria: una mesa de presentación de experiencias de trabajo con casos de patología dual, la presentación de ocho años de experiencias con metadona, el replanteamiento del “problema de las relaciones afectivas en CCTT, de los reingresos y la prevención de la transmisión de VIH en CCTT (Autores Varios, 2002). El mismo año, a través de la FADA se preparó un documento que ubica muy bien los parámetros de la nueva CCTT (Arenas, Bermudo, López, Martín y Tirado, 2002).

Finalmente en 2004 la Asociación Proyecto Hombre fue la anfitriona, en Palma de Mallorca, de la *XXII Conferencia Mundial de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas* (FMCT), que agrupa a las entidades “herederas” del modelo Daytop. La Conferencia de Palma de Mallorca fue algo distinta de los tres seminarios descritos en los párrafos precedentes, porque representaba globalmente la noción de “influir sobre las políticas sobre drogas globales” desde la propia comunidad terapéutica, que como se ha explicado en el capítulo anterior representa el “centro expresivo” de estas políticas, lo que explica que en las Conferencias Mundiales de la FMCT, se dedique mucho esfuerzo a otros temas como prevención, políticas de drogas, debates sobre valores sociales, trabajo ambulatorio con adolescentes problemáticos, trabajo con la familia y las escuelas... aunque el logo sigue siendo comunidad terapéutica.

Sin embargo, una somera revisión a los “papeles” sobre comunidades terapéuticas presentados en Palma de Mallorca, especialmente por los profesionales españoles que trabajan en el Proyecto Hombre, muestra cómo en la FMCT las cosas también cambian. Porque muchos de estos profesionales no quieren ser el “centro ideológico” de las políticas sobre drogas, que sería cosa de la dirección de la FMCT, sino que sólo pretenden ser profesionales de unas comunidades terapéuticas que se ajustan más al modelo clásico que a Daytop.

Los “papeles” españoles presentados a la Conferencia de la FMCT (que son muchos por celebrarse la misma en España), muestran el camino que ha recorrido nuestro país y como aún en el seno de la organización donde perviven los sectores más afines al viejo modelo de Daytop, la nueva comunidad terapéutica aparece con inusitado vigor. Que esto ocurra en España no parece el fruto de la casualidad sino de una intensa adaptación. Así en Europa se comienza a reclamar un tipo de CCTT, que ya no es una institución autosuficiente sino que forma parte de una red como un dispositivo especializado (Timoco, 2006), algo que en España es así, y en la práctica, desde hace casi dos décadas.

El cambio producido en Dianova en este periodo también ayuda a comprender esta segunda consolidación y sus límites. A mitad de los años noventa, la antigua organización El Patriarca no fue capaz de captar los signos del cambio, en una gran medida porque estaba sometida a un fuerte liderazgo y, en parte, porque su estructura internacional le

impedía asumir como globales unos cambios que se limitaban, incluso con excepciones, al territorio de la Unión Europea. Ciertamente los países en los que el cambio era más profundo eran justamente aquellos donde la presencia de la organización era más antigua y activa. Finalmente la cuestión del liderazgo se resolvió y, aparte de cambiar la denominación, Dianova inició un proceso de transformación que la llevó desde una defensa radical del “modelo Synanon” hasta adoptar un modelo profesional que asume, de una manera muy competente, los principios del “modelo Jones”.

Claro que para esta transformación, para la que ha sido necesaria una acción muy decisiva de la dirección de Dianova y la participación de agentes externos, se ha tenido que reducir el tamaño de la antigua red, cerrando en España numerosos centros. En este momento las cinco CCTT de Dianova se enfrentan a los mismos problemas que el resto de las CCTT españolas, son los problemas que se van a describir en los apartados siguientes. Entre los mismos también aparece la cuestión de la memoria y la identidad entre los profesionales contratados en los últimos años por Dianova. En este texto tratamos de dar una respuesta a esta dificultad.

6. LA PROYECCIÓN HISTÓRICA DE LOS DATOS DE LAS ENTIDADES EXISTENTES EN EL AÑO 2005

¿Podemos confirmar mediante algunos datos las afirmaciones realizadas en los apartados precedentes? Pues sí, porque una visión complementaria, que refuerza y amplía el análisis histórico que se viene realizando, nos la ofrecen los datos, obtenidos en el Cuestionario (Comas, 2006), que reflejan la proyección histórica de las entidades que han contestado al mismo.

En primer lugar en el Cuestionario aparecía una pregunta sobre la serie histórica de datos, en la que tenían que facilitar, desde el año 1988 hasta el año 2005, el número de plazas del centro, el volumen de admisiones, el número de altas terapéuticas y el número de miembros que componían el equipo, cada año. Se trata de una pregunta complicada pero que casi todos han respondido, aunque algunos nos indicaron que con mucho trabajo. En todo caso el hecho de que casi todos hayan conseguido reconstruir la serie significa que sus registros están actualizados, lo que indica que las CCTT conservan bien sus historiales. Los resultados obtenidos aparecen en la tabla 3.

Tabla 3. Evolución histórica de las CCTT entrevistadas

AÑO	PLAZAS	ADMISIONES	ALTAS TE.	EQUIPO
1988	780	810	268	168
1989	842	1.118	337	186
1990	959	1.482	413	231
1991	1.204	2.110	526	283
1992	1.474	2.742	744	327
1993	1.642	3.019	1.087	357
1994	1.587	2.676	1.133	363
1995	1.705	2.881	1.315	376
1996	1.715	2.841	1.193	414
1997	1.771	2.947	1.200	446
1998	1.772	2.996	1.221	459
1999	1.771	3.891	1.370	533
2000	1.950	3.939	1.384	555
2001	1.904	4.342	1.542	651
2002	2.131	4.466	1.577	720
2003	2.161	4.953	1.776	782
2004	2.219	5.017	2.064	817
2005	2.254	5.170	1.983	913

Fuente: FAG-2006 (B)

Obviamente deberían existir notables diferencias entre esta tabla y la tabla 1 en lo que se refiere al número de admisiones (el indicador que ambas tienen en común), pero en realidad no es así. Lógicamente se trata de cifras inferiores en la tabla 3, ya que en la misma no están recogidos los datos de todas las comunidades terapéuticas sino, según hemos visto, algo más de dos terceras partes de las que existen en la actualidad. Pero además, los datos se van diferenciando según se prolongan en el tiempo, porque lógicamente hace 10 ó 15 años existían otras CCTT que ahora han cerrado y cuyos datos no hemos podido recoger. Pero teniendo en cuenta que las CCTT que han contestando representan el 67,3% de las actualmente acreditadas por las comunidades autónomas podríamos extrapolar estos datos al conjunto de CCTT españolas, de tal manera que, para los últimos cuatro años, llegaríamos a las cifras que aparecen en la tabla 4.

Tabla 4. Extrapolación de plazas, admisiones, altas terapéuticas y número de miembros del equipo para el conjunto de comunidades terapéuticas españolas en el periodo 2001-2005

AÑO	PLAZAS	ADMISIONES	ALTAS TE.	EQUIPO
2001	2.829	6.451	2.291	967
2002	3.166	6.635	2.343	1.069
2003	3.210	7.359	2.638	1.161
2004	3.297	7.454	3.066	1.213
2005	3.349	7.682	2.946	1.352

Fuente: FAG-2006 (B)

Observamos como los resultados sobre admisiones son un poco más altos, y en continuo incremento, que los facilitados por las Memorias del Plan Nacional sobre Drogas y que aparecen en la tabla 1, lo cual resulta coherente si pensamos que el 32,7% de las CCTT que no han contestado al Cuestionario son posiblemente las más pequeñas o que están en diversas situaciones de crisis. Pero a pesar de todo (al menos en el número de admisiones que es la variable común de mayor equivalencia), las que han contestado suman un número de admisiones sólo un 20% inferior a la cifra del Plan Nacional, lo que, si consideramos la afirmación de que las que no respondieron son más pequeñas o están en crisis, significa que los datos del PNSD y los de este Informe son muy cercanos y forman una horquilla de mínimos y máximos, lo que implica que podemos extrapolar el número de altas terapéuticas y de miembros del equipo utilizando el mismo planteamiento.

Así podemos establecer una hipotética horquilla, para el año 2005, en el cual el punto máximo sería una extrapolación pura de nuestros datos (+32,7%) y el mínimo la diferencia de admisiones con la Memoria del Plan Nacional (+20%). Los resultados que aparecen en la tabla 5, nos permiten visualizar un sector de un cierto tamaño, y por tanto relativamente consolidado, con una buena oferta de plazas (no necesitamos recordar que todas son residenciales), con un volumen de admisiones y altas terapéuticas, que no sólo justifica su existencia, sino que nos informa de un sector que crece, en los últimos cinco años, a un ritmo sostenido del 3,6% anual.

Asimismo el número de profesionales de CCTT es ya importante (vamos a manejar para otras reflexiones de este Informe que la cifra media es de 1.200) y está creciendo a un ritmo superior, lo cual implica con los datos de la tabla 2, que una parte sustancial de los actuales profesionales se han incorporado al dispositivo en los últimos años y, que se sepa, llevamos más de un decenio sin que apenas se haya realizado formación específica sobre CCTT en España, salvo en los casos de la Asociación Proyecto Hombre y la Asociación Dianova.

Podemos también observar que se trata de un sector con centros pequeños, ya que aquellos que se sitúan por debajo de la media mínima de la horquilla son quizá demasiado pequeños. Se produce, en todo caso, una buena optimización del número de plazas (2,29 casos al año por plaza disponible), con un importante número de altas terapéuticas, es decir de éxitos en el logro de los objetivos previstos para el tratamiento, aunque la cifra de un 38,3% de altas sobre el total de admitidos debería mejorarse, pero es una cifra superior a la de otras modalidades de tratamiento (Comas, 2006) y muy superior a la que nos ofrece la literatura internacional para otros países (De Leon, 2004).

También es cierto que el porcentaje anual de altas por admisiones depende de la duración de los programas y a menor duración mayor porcentaje de altas terapéuticas.

Por su parte, la proporción entre plazas y miembros del equipo parece adecuada y en todo caso podría mejorarse ampliando el número de plazas de algunos dispositivos muy pequeños.

Tabla 5. El tamaño del sector comunidades terapéuticas en España en el año 2005

	MÍNIMO	MÁXIMO
Plazas	2.704	3.349
Admisiones	6.204	7.682
Altas terapéuticas	2.380	2.946
Equipo	1.096	1.352
Plazas por centro	22,7	28,1
Admisiones por plaza		2,29
Altas por plaza		0,89
Plazas por miembro equipo		2,49

Fuente: FAG-2006 (B)

Sin embargo, quizá los resultados más interesante de esta serie de datos sea la evolución de las ratios de plazas disponibles por centro (PD/CCTT), de las admisiones por plaza disponible (A/PD), de las alta terapéuticas por plaza disponible (T/PD) y de plazas disponibles por miembro del equipo (PD/E) que aparecen en la tabla 6.

Tabla 6. Evolución histórica de las CCTT entrevistadas

AÑO	PD/CT	A/PD	T/PD	PD/E
1988	14,1	1,04	0,34	4,6
1989	13,8	1,32	0,40	4,5
1990	15,4	1,54	0,43	4,1
1991	17,4	1,75	0,43	4,2
1992	18,6	1,86	0,50	4,5
1993	18,0	1,83	0,66	4,6
1994	17,8	1,68	0,71	4,3
1995	18,7	1,68	0,77	4,5
1996	19,2	1,68	0,69	4,1
1997	18,2	1,66	0,67	3,9
1998	20,1	1,69	0,68	3,8
1999	17,5	2,19	0,77	3,3
2000	18,4	2,02	0,70	3,5
2001	19,6	2,28	0,80	2,9
2002	18,8	2,09	0,75	2,9
2003	18,6	2,29	0,82	2,7
2004	19,8	2,26	0,93	2,7
2005	18,9	2,29	0,89	2,5

Fuente: FAG-2006 (B)

La ratio de plazas por centro, que no puede tomarse como una cifra real ya que se establece una razón entre parámetros no equivalentes (el número total de CCTT de la tabla 1 y el número de plazas entre los que han contestado el Cuestionario de la tabla 3) muestra una evidente tendencia al incremento, aunque es cierto que este incremento se

produjo básicamente entre 1991 y 1995 en la etapa de dignificación de los centros, en la que abundaron las rehabilitaciones de edificios y el consiguiente aumento del número de plazas.

En los últimos años esta tendencia se ha ralentizado y quizá sería conveniente, como ya se ha dicho, reconsiderar la existencia de algunos centros “demasiado pequeños” o que, como veremos más adelante, no han completado la rehabilitación de sus instalaciones y servicios.

En cuanto al número de admisiones por plaza disponible se ha producido un continuo incremento, lo que implica estancias más cortas. La ratio nos indica que en 1988 la estancia media era prácticamente de un año, y en 2005 es alrededor de cinco meses. El incremento de dicha ratio es constante pero el gran salto se produce en el año 1999, momento en el que, tras intensas presiones de las administraciones públicas, la mayor parte de las CCTT aceptaron reducir la duración de sus programas. Casualmente, en el entorno de los años 1999 y 2000 es cuando se inicia la fase de la “segunda consolidación” que como hemos visto supone, entre otras cosas, adaptarse a la nueva situación, que incluía la exigencia institucional de tratamientos más cortos. Observando los datos globales parece evidente que muchas CCTT debieron darse cuenta pronto que los tratamientos más breves les proporcionan más clientes que los programas de larga duración.

Por su parte la ratio de altas terapéuticas por plazas disponibles aumenta de una forma espectacular a lo largo de todo el periodo (de 0,34 a 0,87), aunque esto tiene que ver, al menos en parte, con la duración de los tratamientos, pero a la vez indica que la menor brevedad no reduce los resultados terapéuticos sino que contribuye a su incremento.

Finalmente en 1988 la proporción de internos por miembros del equipo era de 4,6 y en 2005 se ha reducido a 2,5. Lo que refleja también el aumento de la calidad en los dispositivos. Dicha reducción no se inició en la fase de dignificación (lo cierto es que en aquel entonces la ampliación de los equipos que sugería el Informe de 1988 y el posterior sistema de homologación no fue demasiado bien apoyado por muchas administraciones que preferían un sector menos “pesado”), sino a partir de 1996-97 cuando la ocupación era menor y la imagen de la crisis más potente. Reforzar los equipos se convirtió en una forma de superar aquella situación en una tendencia que se ha mantenido, e incluso aumentado a partir del año 2001 cuando comienza la segunda consolidación, aunque, como ya se ha explicado, la tendencia de esta ratio podría invertirse aumentando el número de plazas de las CCTT más pequeñas.

En todo caso este incremento del número de profesionales responde sin duda a la creciente complejidad de los perfiles de los internos, aunque no podemos obviar, observando los Cuestionarios, que la actual media de 2,5 internos por profesional enmascara situaciones muy diversas, desde una comunidad terapéutica pública en el que esta ratio es 0,46, es decir más de dos profesionales por interno, hasta algunas concertadas que aún mantienen ratios superiores al 4,6 de 1988. Sin llegar a estos extremos, las otras ratios también enmascaran situaciones muy diversas, desde CCTT con más de 100 plazas a microcentros con menos de 15, desde estancias medias que superan el año y medio hasta estancias medias de menos de tres meses y desde cuatro ocupaciones anuales por plaza hasta menos de una ocupación al año.

Parece, en todo caso, que la diversidad de situaciones va dando paso a un modelo más unificado de CCTT, con un número de plazas que parece haberse estabilizado, con una mayor eficiencia en el trabajo, con más admisiones y más altas terapéuticas y una proporción media estándar de dos profesionales por cada cinco plazas.

En la misma pregunta se solicitaba que informaran sobre las obras de mejora y las ampliaciones realizadas en la CCTT. Al ser una pregunta de tipo general las respuestas obtenidas son muy poco descriptivas, pero 71 de ellas, el 87% informan de alguna obra, ampliación, rehabilitación o mejora durante el periodo de su actividad. Más de un tercio de ellas informan prácticamente de algún tipo de actividad en este sentido la mayor parte de los años, otro tercio parecen situar sus ampliaciones y mejoras en unos años concretos (algunas en el entorno de los años 1989-1993 y otras a partir del año 2000). El último tercio sólo refiere rehabilitaciones parciales muy de vez en cuando. En cualquier caso la imagen global se corresponde con dispositivos permanente en obras que van mejorando sus instalaciones y de hecho al realizar las visitas pudimos constatar como varias de las que “tienen instalaciones deficientes” (que son las que no han tenido mejoras recientes), están realizando obras de mejora o están en fase de proyecto.

7. EL PERFIL DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN 2005

En segundo lugar en el Cuestionario también se preguntaba por el perfil de los usuarios atendidos durante el año 2005 y casi todas las CCTT respondieron a esta pregunta.

Obviamente las cifras obtenidas en esta respuesta no se corresponden de forma exacta con los totales mencionados más arriba, en parte porque algunas CCTT no han contestado a este dato y en parte porque la mayoría no lo han interpretado como “casos nuevos” sino como total de casos atendidos en el año. Por este motivo la cifra total de casos es algo superior a la cifras de “admisiones” de la tabla 3. Pero está claro que la distribución de estos casos es exacta si suponemos que las respuestas se han ajustado a la realidad.

Durante el año 2005 han estado en tratamiento 5.652 casos en las CCTT que han contestado el Cuestionario, de ellos 4.811 han sido varones y 841 mujeres. Las mujeres representan el 14,8% de las personas en tratamiento, es decir entre dos y cuatro puntos porcentuales por debajo del porcentaje total de mujeres en tratamiento por adicción a drogas según los últimos datos disponibles del SEPAD, de cuatro a seis puntos, según la demanda asistencial total por sexo y entre seis y ocho puntos según la demanda asistencial teórica (Comas, 2006). Lo que significa que las CCTT no atienden de una manera adecuada la demanda potencial de las mujeres. No se trata sólo de una evidencia a partir de los datos obtenidos, sino un reconocimiento explícito de muchas CCTT y en particular de las visitadas. El argumento para el rechazo siempre es muy parecido y se formula en los siguientes términos: en un centro con 20 plazas o menos, nunca hay más de dos o tres mujeres y en muchos casos una sola. Eso obliga a crear espacios específicos que garanticen la intimidad (como baños o habitaciones), así como, se dice, a diseñar intervenciones diferenciadas (por ejemplo en talleres o actividad física), lo cual, ante la falta de recursos, resulta complicado. Además la presencia de mujeres reintroduce cuestiones como la sexualidad que muchas CCTT suelen aparcar, aunque sea de manera provisional.

Pero a la vez hay tres comunidades terapéuticas específicas de mujeres, que de alguna manera compensan a las que sólo admiten, como norma o de facto, varones. También es cierto que son muchas las CCTT de pequeño tamaño con una o dos mujeres, y en las que se sigue manejando el anterior argumento, pero la presión y la demanda de la red asistencial (en ocasiones la petición de ayuda de un profesional afín), “obligan” a admitir a una mujer. Este situación nos permite llegar a suponer que en realidad no son los problemas espaciales ni las necesidades de intimidad las que justifican este rechazo ante las demandas de mujeres, sino algo más profundo que se comparte con el conjunto de la red asistencial y que las CCTT de mujeres ponen en evidencia: el modelo asistencial ha sido diseñado para una mayoría de varones y resulta difícil aplicarlo a las mujeres, especialmente cuando existen necesidades especiales (por ejemplo, hijos) o historias personales (por ejemplo, prostitución) que revuelven al resto de internos varones.

La pregunta es ¿deberían existir modelos específicos de CCTT por género? o ¿se pueden integrar las necesidades de ambos géneros en un modelo de CCTT capaz de renunciar al sexismo? Creo que sí, y de hecho son varias las CCTT mixtas que han adoptado estrategias terapéuticas en las que aparece diferenciado el género. En cualquier caso debería debatirse la pertinencia de ambas opciones: comunidades terapéuticas específicas para varones y mujeres, *versus* comunidades terapéuticas mixtas con intervenciones diferenciadas por género. Lo que resulta inadmisibles es que una parte de CCTT sea implícitamente sólo para varones y esto no se exprese de una forma adecuada.

Por su parte, entre estos 5.652 casos, un total de 194 han sido menores (3,4%), la mayoría, si no todos, en entidades concertadas, emplazados por juzgados de menores y financiados por la red de menores. Sin duda la aportación de algunos menores, desde la aprobación de la Ley del Menor, ha contribuido al sostenimiento de las CCTT (y a la diversificación), pero el porcentaje, como puede verse es muy pequeño (tabla 7).

Sin embargo el volumen de casos con antecedentes judiciales es elevado y supera en varios puntos (entre cinco y siete según las fuentes) la media de antecedentes judiciales globales entre el conjunto de la población que realiza demandas asistenciales por adicción a drogas. Eso significa que la opción CCTT se sigue considerando de una forma prioritaria para derivar casos judiciales, a la vez y como hemos visto en el capítulo anterior, algunas instancias judi-

ciales utilizan la CCTT como una cárcel alternativa y no como una alternativa a la cárcel. En cuanto a la droga principal, ahí se ha producido uno de los grandes cambios en las actuales CCTT. En realidad esperábamos un fuerte incremento de los casos de cocaína, pero no tanto porque la cocaína es la droga principal en un 38,7% de los casos de internos en CCTT, mientras la heroína ya sólo representa un 24,9%. Pero el cambio inesperado se refiere a algo de lo que se habla poco: la creciente presencia de alcohólicos, con una demanda potencial en expansión.

Tabla 7. Perfil de atendidos durante 2005

CONCEPTO	VALOR	%
Judiciales	2.182	38,6
Droga principal heroína	1.306	24,9
Droga principal cocaína	2.030	38,7
Droga principal alcohol	1.180	22,5
Droga principal otra	729	13,9
Utilizando antagonistas	196	(15,0)
Utilizando agonistas	866	(66,3)
Con doble diagnóstico	1.385	26,4
Extranjeros	165	3,1
Reingresos	448	8,5

Fuente: FAG-2006 (B)

En este momento ya hay prácticamente tantos usuarios con problemas de heroína como usuarios con problemas de alcohol en CCTT (tabla 7). Pero además los usuarios cuya droga principal es la heroína están tomando agonistas (suponemos metadona) en un 66,3% y antagonistas (seguramente naltrexona) en un 15%. En total un 81,3% de los heroínomanos en CCTT están en un programa de mantenimiento. Se trata de un cambio extraordinario, hace sólo diez años el porcentaje de heroínomanos en programas libres de drogas representaba casi el 100% de los usuarios de comunidad terapéutica y ahora apenas es el 2,3%. ¿Dónde están en España las famosas comunidades terapéuticas que “representan la opción dogmática de los programas libres de drogas”? ¿Cómo es posible seguir oyendo estas afirmaciones en referencia a nuestras CCTT del año 2006? ¿Quizá porque se mira hacia otras? Pero no sólo esto, un 26,4% (tabla 7) son casos con doble diagnóstico, lo que equivale a decir “con tratamiento farmacológico”. Lo que reitera el profundo cambio, la adaptación correspondiente a la segunda consolidación, vivido por las CCTT españolas en los últimos años.

Aunque de otra parte si observamos la proporción de reingresos, y a pesar de todo lo que se habla en las CCTT, en especial aquellas que se sienten abocadas a la condición de “residencias para crónicos”, lo cierto es que son, al menos por ahora, muy escasos, ya que sólo representan el 8,5% de los casos atendidos durante 2005.

Finalmente hay muy pocos extranjeros (un 3,1%), un porcentaje muy similar al conjunto de la red asistencial (Comas, 2006), lo que reitera la idea de que o bien los extranjeros tienen menos problemas de drogas que los españoles de origen, o bien realizan menos demanda asistencial porque carecen de la información (y la actitud) adecuada.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

ABEIJÓN, J.A. (1995), “El equipo terapéutico en el tratamiento de las drogodependencias”, en AUTORES VARIOS (1995), *Congreso Nacional Proyecto Hombre*, Vitoria, PH.

ABEIJÓN, J.A. (1997), “Reducción del daño: una meta global”, en *ITACA*, Vol. 2, nº 2.

ABEIJÓN, J.A. (2002), “Pensamiento sistémico en el trabajo residencial en una Comunidad Terapéutica” en ABEIJÓN, J.A. y PANTOJA, L. (2002), *comunidades terapéuticas: pasado, presente y futuro*, Bilbao Universidad de Deusto.

- ABEIJÓN, J.A. y ARÓSTEGUI, E. (2002), " Pasado, presente y porvenir de las comunidades terapéuticas", en ABEIJÓN, J.A. y PANTOJA, L. (2002), *comunidades terapéuticas: pasado, presente y futuro*, Bilbao Universidad de Deusto.
- AGUILAR, I. (1997), "Retención en la Comunidad Terapéutica: la CT profesional de Barajas", en *ADICCIONES*, Vol. 9, nº 2.
- APODACA, I. (1994), "Asignación de pacientes a tratamiento", en *PROYECTO*, nº 12.
- ARENAS F.P., BERMUDO M. V., LOPEZ R., MARTIN J.E. y TIRADO P. (2002), *Programa de intervención en Comunidad Terapéutica en Andalucía*, SEVILLA, COMISIONADO PARA LAS DROGODEPENDENCIAS.
- AUTORES VARIOS (1995), *Reflexiones sobre la situación actual de las comunidades terapéuticas*, Bilbao, APCTT.
- AUTORES VARIOS (1999), *Congreso europeo sobre rehabilitación y políticas sobre drogas*, Marbella, Ayuntamiento.
- AUTORES VARIOS (1999), *Experiencias Europeas de Atención a Drogodependientes con hijos*, San Sebastián, Haize-Gain.
- AUTORES VARIOS (2001), *La Comunidad Terapéutica en la red asistencial: objetivos y estrategias*, Sevilla, FADA/ITACA.
- AUTORES VARIOS (2002), *Jornadas de comunidades terapéuticas de UNAD*, Madrid, UNAD.
- AUTORES VARIOS (2004), *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias*, Madrid, Asociación Proyecto Hombre.
- AUTORES VARIOS (2005), *Relato de las aportaciones del Grupo GID al conocimiento sobre adicciones y otros problemas sociales*, Madrid, Fundación Atenea/Grupo GID.
- AZANZA, I. (1995), "Estudio de factores ansiógenos en toxicómanos internos en Comunidad Terapéutica y su relación con variaciones inmunitarias y ponderales: respuestas en afectados por la infección VIH/SIDA y en no afectados", en AUTORES VARIOS (1995), *Congreso Nacional Proyecto Hombre*, Vitoria, PH.
- BARENBLIT, V.; COLETTI, M.; INOCENCIO, R.; DIAZ, M. y PLAZAOLA, M. (1997), *Supervisión clínica e institucional en drogodependencias*, San Sebastián, Haize Gain.
- BROEKAERT, E.; DERKS, J. y COLETTI, M. (1999), "Arte y ciencia de la nueva Comunidad Terapéutica", en AUTORES VARIOS (1999), *Congreso europeo sobre rehabilitación y políticas sobre drogas*, Marbella, Ayuntamiento.
- CABEÇADAS, H. (2000), "Power and ritual dimension in Therapeutic Communities" en *ITACA*, Vol. 5, nº 1.
- CAMACHO, A.J.; CASTILLO, A.J. y MONGE, I. (2000), *La incorporación social sobre drogodependencias en Andalucía*, Sevilla, Comisionado para la droga.
- CANCRINI, L.; CONSTANTINI, D. y MAZZONI, S. (1985), "Toxicomanía entre jóvenes: estudio de su tipología y pertinencia con programas de tratamiento", en *BOLETIN DE ESTUPEFACIENTES DE NNUU*, Vol. 37, nº 2-3.
- COMAS, D. (1988), *El tratamiento de las drogodependencias y las comunidades terapéuticas*, Madrid, Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el PNsD.
- COMAS, D. (1994), *Criterios y normas para la homologación de comunidades terapéuticas Profesionales para Toxicómanos*, Barcelona, APCTT.
- COMAS, D. (1995), "Desarrollo de la Comunidad Terapéutica profesional en España: la función de la evaluación", en LAMEIRAS, M. y LÓPEZ, A. (1995), *LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA DROGODEPENDENCIA*, Vigo, Universidad de Vigo.
- COMAS, D. (1998), "Ciudadanos, profesionales, instituciones, programas de investigación y movimientos sociales en la prevención de las drogodependencias ", en *INTERCAMBIO*, Nº 1.
- COMAS, D. (2000), "Historia y situación actual de las comunidades terapéuticas en el ámbito español", en AUTORES VARIOS (2000), *La comunidad terapéutica en la red asistencial: Objetivos y Estrategias*, Sevilla, FADA/ITACA

COMAS, D. (2002), "Historia de la implantación y desarrollo de las comunidades terapéuticas en España", en ABEIJÓN, J.A. y PANTOJA, L. (2002), *comunidades terapéuticas: pasado, presente y futuro*, Bilbao Universidad de Deusto.

COMAS, D. (2006), *Perfiles formativos y laborales de los adictos españoles atendidos en la red asistencial durante el año 2004*, Madrid, Fundación Atenea. Existe una versión sólo para la Comunidad de Madrid, en COMAS, D. (2006a), *Los itinerarios laborales y educativos de los adictos atendidos en la red asistencial de la Comunidad de Madrid en el año 2004*, Madrid, Agencia sobre Drogas de la CAM.

DE LEON, G. (2002), *La Comunidad Terapéutica y las adicciones: Teoría, modelo y método*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 2004.

FERNÁNDEZ, T.; BAYARRI, M. y GOMEZ, J. (1988), "Función de la acogida y la selección en el tratamiento de pacientes toxicómanos en régimen de Comunidad Terapéutica", en *REVISTA ESPAÑOLA DE DROGODEPENDENCIAS*, Vol. 13, nº 1.

FLORES, M. (2002), "De la polémica a la realidad: metadona en CCTT, ocho años de experiencia", en AUTORES VARIOS (2002), *Jornadas de comunidades terapéuticas de UNAD*, Madrid, UNAD.

JONES, M. (1952), *Social psychiatry; a study of Therapeutic Communities*, Londres, Tavistock.

JONES, M. (1953), *The Therapeutic Community: a new treatment method in psychiatry*, Nueva York, Basic Books.

JONES, M. (1968), *Beyond the Therapeutic Community: Social learning and social psychiatry*, New Haven, Yale University Press. Versión en español, *Más allá de la Comunidad Terapéutica*, Buenos Aires, Genitor, 1968.

JONES, M. (1968); *Social Psychiatry in practice: the idea of the Therapeutic Community*, Harmondsworth, Penguin Books. Versión en español: *La Psiquiatría Social en la práctica: la idea de la Comunidad Terapéutica*, Buenos Aires, Americalee, 1970.

JONES, M. (1976), *Maturation of the Therapeutic Community: an organic approach to health and mental health*, Nueva York, Human Sciences Press.

JONES, M. (1988), *Comunita Terapeutica: Conversazioni con Maxwell Jones*, Roma, CIS.

JONES, M., (1986), « Pourquoi deux types de communautés therapeutiques », en *PSYCHOTROPES*, Vol III; nº 1 . Original publicado en: *JOURNAL OF PSYCHOACTIVE DRUGS* (1984), vol.16; nº1;

LUCIO, D. (1995), "Modelo de intervención en Proyecto Hombre", en AUTORES VARIOS (1995), *Congreso Nacional Proyecto Hombre*, Vitoria, PH.

MANNING, N.(1989), *The Therapeutic Community Movement: Carisma and Routinization*, Londres, Routledge.

MARTENS, J. (1999), "Terapia Bonding en la Comunidad Terapéutica", en AUTORES VARIOS (1999), *Congreso europeo sobre rehabilitación y políticas sobre drogas*, Marbella, Ayuntamiento.

MAY-MAJESWSKI, A. (1999), "Aplicación de la clínica psiquiátrica y de la Comunidad Terapéutica a las necesidades de pacientes con diagnóstico dual" en AUTORES VARIOS (1999), *Congreso europeo sobre rehabilitación y políticas sobre drogas*, Marbella, Ayuntamiento.

MEGÍAS, E. (1997), "Indicación terapéutica en toxicomanías", en *COMUNIDAD Y DROGAS*, Nº, 4.

NADEAU L., (1984), "Les paradoxes de l'intervention aupres des toxicomanes", en *PSYCHOTROPES*, Vol. 1, nº 3.

NADEAU, L. (1987), "¿Cuándo la Comunidad Terapéutica para toxicómanos se convierte en maltratante?", en *REVISTA ESPAÑOLA DE DROGODEPENDENCIAS*, Vol 12; nº 2.

NADEU, L. (1992), "Enjeux ethiques dans le traitement des toxicomanes: la difference entre une communauté therapeutique et une secte", en *PSYCHOTROPES*, Vol. VII; n. 3.



INTRODUCCIÓN

A comienzos del siglo XXI es preciso examinar qué ha pasado en España durante las tres últimas décadas en relación a las drogas, las políticas aplicadas, y los indicadores de uso de drogas y de impacto del uso en la salud pública. Tarea que excede en mucho el marco de una aportación a un Congreso. Por ello, desde el reconocimiento de esta limitación inicial, esta ponencia intenta aportar un análisis, personal y posiblemente sesgado e incompleto de una realidad que empezó a preocupar a la sociedad española a mediados de los años setenta del siglo XX.

Desde que se iniciaron las primeras respuestas institucionales al fenómeno han transcurrido más de tres décadas, en las cuales se ha desarrollado una importante respuesta asistencial, normativa y se ha dado una importancia creciente a las denominadas políticas de prevención, entendidas éstas como actuaciones de sensibilización a través de los medios de comunicación, actuaciones educativas desde el contexto escolar y familiar, así como otras actuaciones en contextos de ocio y tiempo libre. Todos estos esfuerzos han situado a España entre los países con mayor desarrollo de las políticas sobre drogas.

Sin embargo, estamos entre los países del mundo donde las consecuencias del uso de drogas, tanto legales como ilegales, han sido más desastrosas en términos de salud pública, es decir: mortalidad evitable, morbilidad, y costes sociales y sanitarios asociados. Con todo, las evaluaciones que se han realizado en el ámbito de las políticas sobre drogas han sido y siguen siendo muy autocomplacientes (de la Fuente et al., 2006). Esta inconsistencia entre resultados obtenidos y la interpretación que se hace de dichos resultados ha contribuido a que —todavía hoy— tres décadas después del inicio de una inversión considerable de esfuerzos y recursos para afrontar los problemas relacionados con las drogas, exista una situación de indefinición sobre algunas de las características globales y comprensivas que, de acuerdo a la evidencia disponible, deberían reunir las políticas de prevención en relación a las drogas.

IMITAR PARA TRANSGREDIR

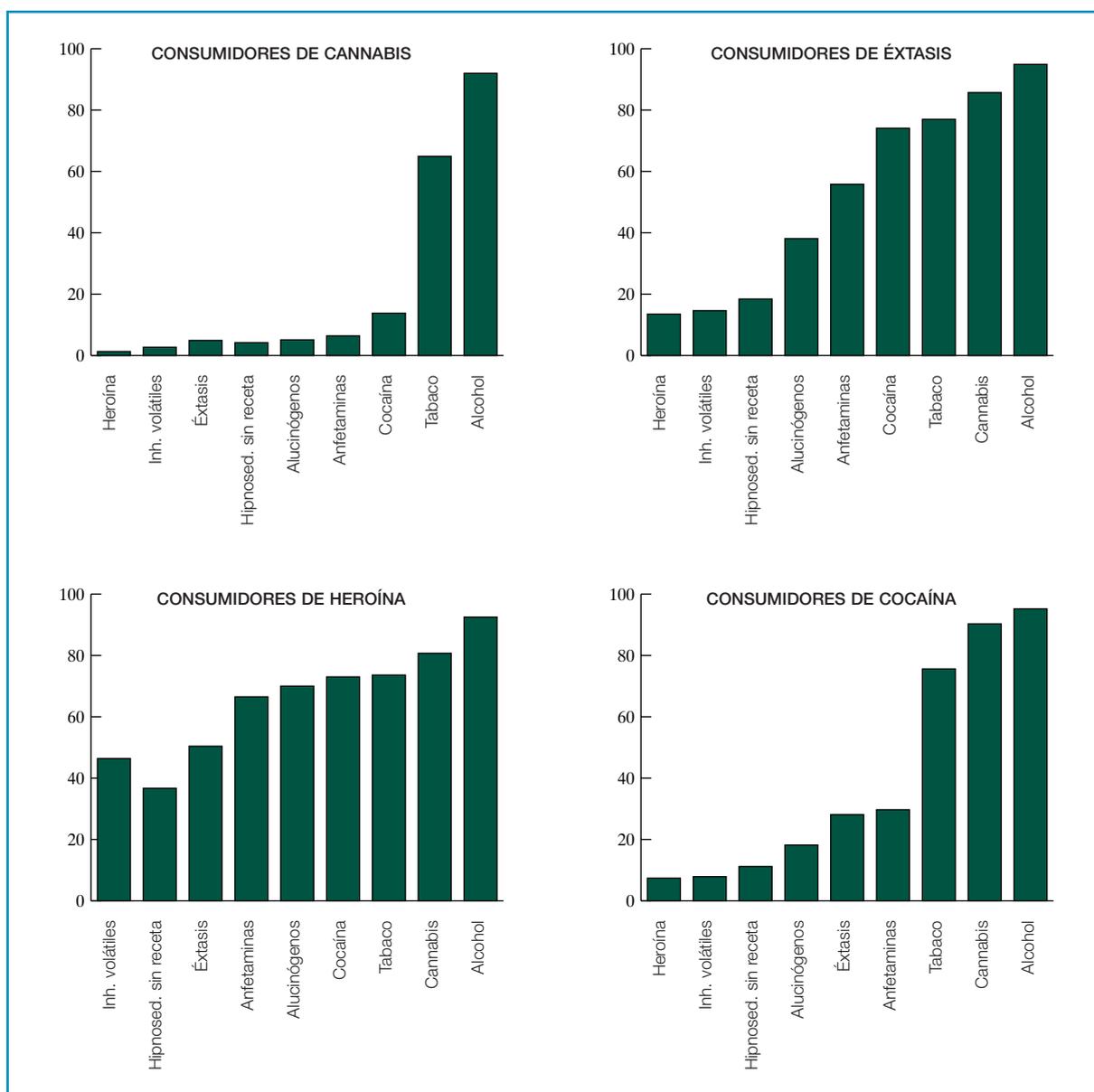
Tanto el consumo de nuevas sustancias psicoactivas como las nuevas formas de consumo de las drogas tradicionales, son realidades que no surgen en el vacío. Se insertan en un marco social y normativo general, donde existen y se fomentan los usos de determinadas drogas. Por ello, desde el ámbito preventivo, tan importante es el análisis y la intervención relativos a los nuevos patrones de uso de drogas, como el conocimiento del marco global en el cual se inscriben, así como el impacto de dicho marco en los consumos de todas las drogas.

Los usos de drogas son fenómenos interdependientes. Están muy interrelacionados unos con otros, y sin embargo, cuando se habla del policonsumo, se pasa de una manera casi tangencial por el consumo de alcohol y de tabaco. Está bien documentado, tanto con datos de nuestro país como por la bibliografía internacional, que el uso del alcohol se asocia con el consumo de tabaco, y que las personas que fuman son, con más probabilidad que las que no fuman, consumidoras de alcohol. A mayor consumo de una de estas sustancias, mayor consumo de la otra. Los datos epidemiológicos disponibles indican, además, que raramente se produce un consumo de drogas ilegales sin

que, previamente no se haya producido el consumo esporádico o regular de alcohol y tabaco. Por otro lado, disponemos de suficiente evidencia acumulada indicando que cada año ganado en retrasar el inicio en el consumo de las drogas legales durante la adolescencia, reduce la probabilidad de que en el futuro se produzcan problemas relacionados con el uso de drogas (Pentz, 2003). En estas evidencias se basan todas las recomendaciones que en el campo de la educación sobre drogas señalan la necesidad de considerar a todas las sustancias psicoactivas, independientemente de su situación legal.

Las asociaciones en el consumo de las distintas drogas empiezan a producirse en edades tempranas. Los datos de nuestro país al respecto muestran que el consumo de alcohol entre los niños y adolescentes españoles no es una conducta aislada, sino que se entrelaza con otras y constituye patrones de conducta que caracterizan los diferentes estilos de vida (Plan Nacional sobre Drogas, 2005; Caballero-Hidalgo, 2006; Brugal, Rodríguez-Martos y Villalbí, 2006). En concreto, en los grupos de población más joven, el consumo de drogas no institucionalizadas está altamente correlacionado con el consumo de bebidas alcohólicas y de tabaco (Figura 1).

Figura 1. Proporción de consumidores de drogas que ha consumido otras drogas en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanza Secundaria de 14-18 años (porcentaje). España, 2004



Los consumos que se inician en la infancia no surgen en el vacío, sino en un país —el nuestro— que junto a algunos otros países europeos, ocupa los primeros lugares en la lista mundial de consumo de alcohol. En un país, además, donde el consumo de tabaco aumentó exponencialmente entre mediados de los años treinta y mediados de los años ochenta. A pesar de tratarse de consumos relativos a sustancias tradicionales en nuestra sociedad, es necesario recordar que determinadas prevalencias de consumo referidas al alcohol y el tabaco, no tienen nada de tradicional. Los cambios en los patrones de consumo de bebidas alcohólicas y el incremento exponencial del uso de tabaco entre los años cincuenta y finales de los noventa del siglo XX, no pueden atribuirse a tradiciones culturales de nuestra sociedad mediterránea, primero, y conquistadora del Nuevo Mundo, después. Dichos cambios se han debido a una serie de modificaciones económicas clave en los procesos de cultivo, elaboración, producción y comercialización de las llamadas drogas institucionalizadas, así como a un incremento del poder adquisitivo de la población española que no se ha visto acompañado de un incremento equivalente de los precios de las drogas institucionalizadas. A la vez que se desarrollan nuevas técnicas de promoción de los productos, que permiten a las empresas productoras invertir enormes esfuerzos económicos y técnicos en sofisticadas estrategias publicitarias cuya finalidad es desdibujar las fronteras entre “cultura” y técnicas de expansión de mercado.

Aunque estas transformaciones se producen de forma similar en todos los países occidentales, el período de tiempo histórico en el que se desencadena el incremento del consumo de los distintos productos varía ligeramente, dependiendo del desarrollo industrial y social de cada país. Así por ejemplo, el despegue del consumo masivo de tabaco se produce a partir de los años veinte en EEUU, entre los años treinta y cuarenta en Europa Central y a partir de los años cincuenta en España (López, Collisaw y Piha, 1994; World Bank, 1999; Salvador Llivina, 2004), mientras el incremento del consumo de cerveza en España, se inicia a comienzos de los años sesenta y continuará subiendo hasta la década de los años noventa (Produktshap voor Gedistilleerde Draken, 1993). En este contexto, el mundo de los adultos, contradictorio, donde todos los valores han caído, donde todo tiene un marcado valor consumista, se alarma cada vez que surgen nuevos patrones de consumo de drogas. Los medios de comunicación se vuelcan ante el denominado fenómeno del “botellón”, o ante una sola muerte que ni siquiera está claro que tenga una relación causal con el consumo de algún tipo de droga sintética. La sociedad adulta demoniza las nuevas formas de consumo y las nuevas sustancias psicoactivas, le dice a los jóvenes que hay drogas peligrosas, drogas “malas”, drogas “duras”, mientras al mismo tiempo, les está ofreciendo un modelo de conducta donde el abuso de drogas es cotidiano y se promueve sin suficiente control, y ni siquiera sus graves consecuencias personales y sociales son capaces de generar algún tipo de crítica social.

Los mecanismos de imitación y de trasgresión a través de los cuales los adolescentes van perfilando su identidad, parten y se basan en los modelos adultos en los que se reflejan, en positivo o en negativo. En lo referido a las conductas de uso problemático de drogas, los jóvenes perciben el consumo de drogas como un valor universalmente aceptado por el mundo adulto, y por tanto parten de él para poder trasgredirlo a través de nuevos patrones de consumo y del uso de nuevas sustancias psicoactivas. Nos encontramos entonces ante una sociedad en la cual, los nuevos consumos de drogas son una manera de trasgredir los patrones habituales desde la asimilación de los mismos valores adultos. Es decir, la necesaria trasgresión sólo es posible a través de la asimilación de lo que ya existe y está aceptado en el mundo adulto. Actualmente sabemos que los consumos precoces de alcohol y tabaco se convierten en factores predictores del desarrollo de problemas posteriores en relación con las drogas (legales o ilegales). (Paddock, 2005; Andres et al., 2004; Pedersen, 2001; Von Sydow, 2002; Wetzels et al., 2003; Vega & Gil, 2005; Orlando et al., 2005). Se trata de conductas que preparan el terreno para el uso de otras drogas, en especial del cannabis (Duncan et al., 1998; Vázquez & Becoña, 2000; Roy et al., 2005; Hoffman et al., 2006).

CONDICIONANTES DEL CONSUMO DE DROGAS LEGALES

En el sector de las drogodependencias, suelen repetirse reiteradamente a lo largo de los años algunos mitos, que —si bien contienen elementos verificables— implican también un grado de ingenuidad o simplificación de análisis de la realidad que, con la evidencia disponible en la actualidad, no parecen sostenibles. Entre estos postulados,

perviven y continúan apareciendo en foros y jornadas del sector, dos posiciones deterministas que raramente son cuestionadas:

- Las drogas han estado en el mundo desde siempre, forman parte de la cultura humana y por tanto todos los esfuerzos deben centrarse en enseñar a convivir con las drogas.
- Los problemas relacionados con las drogas se desarrollan exclusivamente en personas genéticamente vulnerables.

La realidad es que el uso de drogas no es un fenómeno estático sino que es dinámico, es decir, cambia cuando cambian determinados elementos de contexto, y un claro ejemplo de ello, son las dimensiones epidémicas que ciertos tipos de consumo han llegado a alcanzar en el marco de las sociedades desarrolladas, dimensiones difícilmente explicables mediante alguno de los dos postulados arriba citados. Es decir, a partir de mediados del siglo XX, el contexto ha dejado de ser un marco cultural neutral para convertirse en un engranaje comercial altamente sofisticado, donde la elección sobre consumir o no consumir drogas ha dejado de ser un acto de libertad para convertirse en un hecho anunciado, y esto es aplicable tanto en el caso de los consumos legales como ilegales.

El número creciente de investigaciones en el ámbito preventivo y epidemiológico sirve para identificar los factores que condicionan el consumo de drogas, a la vez que para evaluar la eficacia de políticas integrales de prevención para controlar dichos condicionantes. Entre los principales factores que influyen de forma determinante en el consumo de drogas encontramos:

BAJOS PRECIOS

La demanda de alcohol y especialmente la de tabaco está altamente relacionada con el precio, los bajos precios incrementan el consumo en la población general, y de forma especialmente significativa, en la población adolescente.

Como plantea Gual (2006), en el caso del alcohol, es posible que los países tradicionalmente consumidores de vino sean menos sensibles a las fluctuaciones del precio, ello explicaría que en el caso de España, no haya aumentado el consumo global de alcohol aunque los precios absolutos se hayan mantenido relativamente estables durante los últimos diez años, mientras el poder adquisitivo de la población crecía en un 35,9% (Gual, 2006). Es decir, aunque en la práctica las bebidas alcohólicas son mucho más accesibles ahora que hace una década, no se ha producido un incremento significativo del consumo de alcohol en población general, aunque sí en población joven, que como se ha comentado es el grupo poblacional más sensible al precio. Se estima que los impuestos son particularmente importantes a la hora de incidir sobre los jóvenes y el daño derivado del consumo de bebidas alcohólicas. Recientes investigaciones estiman que si la política impositiva se orientara a un aumento del precio del alcohol de un 10% en los países de la UE, la Unión se ahorraría 9.000 muertes en el año siguiente, y se generaría una ganancia aproximada de unos 13 billones de euros en concepto de impuestos (Anderson y Baumberg, 2006).

En lo relativo al tabaco, se ha calculado que, aproximadamente, por cada incremento de un 10% en el precio, se reduce la demanda en un 4% (World Bank, 1999). Y al igual que en el caso del alcohol, especialmente sensible al precio de los cigarrillos es la demanda de los adolescentes y los jóvenes, en los que el descenso del consumo llega a ser proporcional al incremento de los precios (Towsend, 1988; Joosens, Naett y Howie, 1992; Department of Health, 1994; Health Education Authority, 1994; World Bank, 1999). Tan relevante es el tema del precio como condicionante del consumo de tabaco, que para evitar el efecto negativo sobre la inflación de las políticas de incremento de precio de los productos del tabaco, distintas organizaciones —entre ellas la OMS y la UICC— han recomendado que no se incluya este producto en el cálculo del índice de precios al consumo (IPC). En España, los productos del tabaco permanecen incluidos en el IPC, a pesar de que sólo representan el 1% de todos los productos y a pesar de que España ha firmado y ratificado el Convenio Marco para el Control del Tabaquismo de la OMS (World Health Organization, 2005).

Los cigarrillos han sido y continúan siendo muy baratos en España, tanto en precios absolutos como relativos, es decir comparados con el poder adquisitivo de los ciudadanos de cada país. Durante varias décadas, se produjo en

nuestro país un constante abaratamiento de los precios del tabaco. Así, en relación al IPC, un paquete de cigarrillos costaba en 1980 casi la mitad de su precio en 1960. Estos años coinciden con la expansión máxima de las ventas de tabaco en nuestro país. A pesar del incremento en los precios de los cigarrillos que se ha venido produciendo desde la incorporación de España a la Unión Europea, nuestro país no alcanzó hasta 1995 el nivel mínimo de imposición estipulado en las tres Directivas europeas de impuestos sobre los productos de tabaco aprobadas en 1992 (92/78/EEC, 92/79/EEC y 92/80/EEC), de obligado cumplimiento a partir de enero de 1993. Aún tras los recientes incrementos del precio del tabaco, España sigue siendo, después de Grecia, el segundo país de la Unión Europea donde más barato resulta comprar un paquete de tabaco (Villalbí, López-Nicolás, Córdoba, 2006; Gallus et al., 2006).

PROMOCIÓN

La publicidad de drogas legales es eficaz para promover el consumo y utiliza el manejo de valores relevantes para los adolescentes y los jóvenes para dirigirse a estos sectores del mercado (Chapman y Aitkin, 1988; Sánchez Pardo, 2003; Sánchez Pardo et al., 2004). Sin embargo, las industrias que comercializan las drogas legales niegan que su inversión en promoción esté dirigida a la ampliación del mercado, es decir a la captación de nuevos consumidores. Sin embargo, a pesar de las progresivas restricciones publicitarias aplicadas por las legislaciones de la mayoría de países desarrollados, las industrias nacionales y multinacionales de drogas institucionalizadas, continúan incrementando su inversión en publicidad directa y en promoción indirecta o subliminal. La inversión en publicidad directa para bebidas alcohólicas en España aumentó en un 421% entre 1980 y 1990, situando a nuestro país a la cabeza de esta tendencia (Figura 2).

Figura 2. Variación de la inversión publicitaria en bebidas alcohólicas en diversos países industrializados (1990/1980)

PAÍS	% VARIACIÓN
España	+421.3
Italia	+338.8
Francia	+79.3
Reino Unido	+51.8
Bélgica	+40.4
Alemania (RFA)	+35.0
Países Bajos	+26.2
Canadá	+17.6
USA	+13.1

Fuente: C.B.A. - Canadá 1992

La industria de las drogas legales gasta en publicidad más que cualquier otro sector líder del mercado (automóviles, productos de limpieza, alimentación y perfumería). Ello no quiere decir, sin embargo, que la supresión de la publicidad de alcohol y de tabaco signifique la quiebra de las agencias publicitarias o de los medios de comunicación que aceptan este tipo de publicidad. En España por ejemplo, en 1988 el gasto publicitario invertido en publicidad directa del tabaco representó tan sólo el 1,3% del gasto total en publicidad invertido en nuestro país. En Europa este gasto significó, también en ese mismo año, un 1,6% del gasto publicitario total (European Association of Advertising Agencies, 1995).

Sin embargo, la situación de las inversiones publicitarias en drogas legales está cambiando a medida que los distintos gobiernos restringen las posibilidades de hacer publicidad de drogas legales. En 2005 el sector que en España más redujo su inversión en publicidad directa fue el del tabaco, anticipando las exigencias que se sabía conllevaría la nueva ley reguladora del tabaco aprobada a finales de ese año (Ley 28/2005). Las distintas marcas redujeron su presupuesto de publicidad directa en más del 16,7%, según datos de Infoadex. Durante este año, la publicidad directa de bebidas alcohólicas descendió en un 13,3% (Marketing Directo.com, 2006).

Pero esta disminución en las inversiones de publicidad directa de alcohol y tabaco no debe llevarnos a suponer que la promoción de drogas ya no es un problema que requiera atención desde las políticas públicas de prevención, la industria está incrementando el presupuesto dedicado a la promoción de sus productos a través del patrocinio de las actividades que más atraen a los jóvenes (deportes de alta competición, conciertos de rock, aventuras en países exóticos, sorteos de motos, sorteos de dinero en metálico, fiestas y celebraciones ciudadanas, etc.). Sin embargo, se desconoce el volumen exacto de estas inversiones, porque nuestro país no dispone de registros públicos sobre las inversiones realizadas en publicidad indirecta, promoción subliminal y patrocinio de bebidas alcohólicas y tabaco.

Mientras, amplios sectores vinculados al mundo del deporte consideran que la prohibición del patrocinio, significaría un perjuicio para el deporte español de élite, y de hecho han sido las fuertes presiones que ha ejercido este sector las que han acabado imponiendo la moratoria de tres años para el patrocinio de tabaco en la Ley 28/2005.

El patrocinio de eventos deportivos, musicales y culturales, proporciona tres grandes ventajas a la industria, con relación a la publicidad directa:

- Este tipo de publicidad generalmente no es considerada como tal y consecuentemente, escapa a las restricciones y prohibiciones aplicadas a la publicidad directa (anuncios). Hasta tal punto es eficaz esta vía, que la única publicidad de tabaco televisada que se mantiene en España, se debe a este tipo de publicidad.
- Esta estrategia publicitaria asocia de manera "natural" valores cuestionables en la publicidad directa. Es decir, sin necesidad de ningún mensaje intermediario, asocia el producto con el éxito deportivo, el excelente rendimiento físico, la juventud, la salud, el afán de superación, etc.
- Por otra parte, cualquier crítica a esta práctica publicitaria puede interpretarse como una crítica a un/unos deportistas carismáticos y queridos por el público, y por tanto, como una maniobra en detrimento de sus futuros éxitos.

El hecho es que el patrocinio tiende a crear núcleos y espacios sociales deudores y dependientes de la industria, y por tanto potencialmente defensores de sus intereses, por encima de otras consideraciones éticas.

Como ha quedado patente en el resto de países de la UE, con la supresión del patrocinio por parte de marcas de tabaco, esta retirada se ve inmediatamente compensada por el patrocinio alternativo de marcas vinculadas a otros productos de consumo. Es decir, no implica la ruina o el desmantelamiento de las actividades deportivas, musicales o culturales beneficiarias.

Pero la publicidad indirecta de bebidas alcohólicas y de tabaco no acaba con el patrocinio. De forma creciente, encontramos las distintas marcas de dichos productos en el nombre de agencias de viajes, ropa vaquera y todo tipo de prendas de vestir con estilo juvenil, ropa interior, calzado, relojes, equipos deportivos, embarcaciones, etc.

La industria está reforzando además su potencial publicitario diversificando sus actividades e introduciéndose en otros sectores de producción, como son la alimentación, la perfumería y la moda, o el apoyo a la producción cinematográfica o de otros productos mediáticos. Esta estrategia ha incrementado su posición de fuerza sobre los medios de comunicación. En diversos países, este hecho se traduce en la suspensión de contratos publicitarios millonarios, la injerencia e imposición de contenidos en guiones de programas mediáticos, la censura o alteración de artículos periodísticos, la imposición de determinados columnistas comprados por la industria, y otras exigencias diversas (Chapman y Aitkin, 1988).

Otra forma creciente de diversificar las estrategias de promoción son los programas denominados "preventivos" impulsados por las industrias productoras de drogas legales. Estos programas tienden a plantear como eje central de sus propuestas preventivas enfatizar que el consumo de alcohol y tabaco es una conducta de adultos y por tanto contribuyen a afianzar la idea de que el consumo es algo consustancial con el proceso de hacerse mayor (Landman, Ling y Glantz, 2002), convirtiéndose así en una excelente herramienta de promoción, que además comporta para los promotores una mejora de su imagen social como empresas preocupadas por el bienestar de los niños y adolescentes.

ALTA DISPONIBILIDAD Y ACCESIBILIDAD

El alcohol y el tabaco son las drogas más accesibles, tanto para personas adultas como para jóvenes, adolescentes o niños, y tanto en lo que se refiere a la facilidad de adquisición como de consumo.

En España no existen importantes restricciones de puntos y horarios de venta de bebidas alcohólicas, por lo que se pueden adquirir en bares, supermercados, restaurantes, centros comerciales, comercios especializados, tiendas de comestibles, etc., sin restricciones horarias estrictas en muchos casos. La evidencia indica que cuanto más se amplían los puntos de venta, el horario para la venta de alcohol, mayores son los daños por violencia. La Organización Mundial de la Salud ha evaluado el impacto que podría tener la menor disponibilidad de alcohol por parte de los establecimientos minoristas por un periodo de 14 horas cada semana; aplicando esta estimación a la Unión Europea, se estima una evitación de 123.000 años de discapacidad y muerte prematura, con un coste de implementación de 98 millones de euros al año (Anderson y Baumberg, 2006). En cuanto al tabaco, existen 15.500 expendedurías de tabaco y, además se puede también adquirir en máquinas automáticas situadas en diversos lugares públicos como bares, restaurantes y quioscos callejeros. Su disponibilidad ha ido aumentando de forma constante desde finales del siglo XIX.

Esta diversidad de puntos y horarios de venta hace que las drogas institucionalizadas sean los únicos productos del mercado que se encuentran a mano casi en cualquier sitio y a cualquier hora del día o de la noche, superando de forma destacada al número de puntos de venta de otros productos básicos como son alimentos de primera necesidad (pan, leche), medicamentos, u otros productos más sofisticados como libros, artículos para el ocio y tiempo libre, etc.

BENEFICIOS ECONÓMICOS COMO ARGUMENTO PARA MANTENER LA SITUACIÓN ACTUAL

Amparándose en el desconocimiento existente en España respecto a la relación coste-beneficio vinculada al consumo de las drogas institucionalizadas, la industria esgrime reiteradamente el argumento económico para defender sus intereses. Los principales supuestos utilizados al respecto son dos: el beneficio que reportan al Estado los impuestos sobre los productos de alcohol y tabaco y la función de fomento del empleo desempeñada por las industrias vitivinícola y tabacalera.

En relación al primer argumento referido a los ingresos por impuestos, y si tomamos por ejemplo lo sucedido con el tabaco, si bien dichos ingresos fueron importantes durante los siglos XVII-XIX, el porcentaje de tales rentas sobre el importe global de ingresos netos del Estado, disminuyó a partir del inicio del siglo XX. La participación porcentual de la renta del tabaco sobre los ingresos ordinarios totales del Estado, se sitúa en un 8% a principios del siglo XIX, experimenta un gran descenso a mediados del segundo decenio, hasta elevarse a un 16% en 1830 y desciende continuamente a lo largo de la siguiente década. Entre 1850 y 1869, la renta del tabaco supuso el 14,5% de los ingresos ordinarios del Estado. Las características de los años que van desde finales del siglo XIX hasta mediados del siglo XX (año 1940), es la del continuo aumento del presupuesto del Estado y, lógicamente, del volumen de ingresos públicos, lo cual explica que la renta del tabaco perdiera porcentaje sobre el importe global de ingresos, independientemente de que la renta tabaquera siguiera un ritmo alcista en pesetas constantes. Desde 1945 hasta nuestros días, la participación porcentual de la renta del tabaco sobre la globalidad de ingresos públicos, experimenta una constante tendencia a la baja, llegando en 1980 a representar alrededor de un 1% del total de ingresos del erario público. Las explicaciones de esta evolución radican en el incremento progresivo del tamaño del presupuesto del Estado, donde se produce un cambio estructural al alza, primeramente debido al aumento de la participación de la renta de aduanas desde 1961 —con la liberalización del sector exterior de la economía española— y después, debido al incremento participativo del impuesto sobre la renta de las personas físicas (IRPF), desde 1979 (López J. y Hernández, 1990).

Además de la progresiva disminución del peso relativo de los ingresos del Estado en concepto de impuestos gravados sobre las drogas institucionalizadas, una disminución sensible de las ventas de estos productos no tiene por qué implicar una equivalente disminución de los ingresos por impuestos. Si se elevaran sensiblemente los impuestos sobre estas drogas, dicho incremento, tendría una influencia positiva no sólo sobre la mejora de la salud y el incre-

mento de la esperanza de vida, sino también sobre las finanzas públicas. Es decir, aunque se vendiera menos alcohol y tabaco, la recaudación del Estado por estas ventas podría mantenerse e incluso aumentar, ya que el impuesto sólo representa un porcentaje del precio y el descenso del consumo es relativamente menor que el aumento del precio, y por tanto, unos impuestos más altos producirían más ingresos fiscales.

El segundo argumento planteado por la industria para demostrar su supuesta contribución a la economía nacional, es la creación de empleo. Nuevamente, si tomamos al tabaco como ejemplo, vemos que —según estimaciones de la propia industria tabacalera—, en España el negocio del tabaco proporciona un total de entre 50 y 70 mil puestos de trabajo, considerando los empleos generados desde el cultivo, el procesamiento, la elaboración y la comercialización de los productos de tabaco. Sin embargo, el peso del empleo ofertado por el sector tabaquero es cada día menor. Por un lado, la creciente automatización de los procesos de cultivo y elaboración de los productos de tabaco ha significado una constante reducción de los puestos de trabajo ofertados por este sector industrial. La prensa española se ha hecho eco, repetidamente en los últimos años, de las sucesivas reducciones de plantilla en las plantas de producción de cigarrillos. Por otro lado, la creciente diversificación de los productos vendidos por los tradicionales expendedores de tabaco, hace que en la actualidad cada día sean menos los puestos de trabajo en el sector de la comercialización, que dependan exclusivamente del tabaco.

La deseable reducción del consumo de tabaco y del abuso de alcohol, en este contexto, no sólo no afectaría al mercado nacional de puestos de trabajo sino que, como muestran estudios económicos realizados en otros países, generaría nuevos puestos de trabajo en otros sectores, ya que el dinero gastado ahora en drogas, se dedicaría a otros productos y servicios, culturales y de ocio por ejemplo (Marsh, 1988; Anderson y Baumberg, 2006).

En resumen, la vuelta a un consumo minoritario de tabaco y a un consumo no problemático de alcohol, no parece que fuera a significar ningún trauma para la economía española, ni tampoco para el mercado laboral.

Finalmente, al hablar de beneficios, es preciso tener en cuenta también los costes que el consumo de drogas legales tiene para los ciudadanos españoles y para el país. Y aquí es ineludible recordar que la primera causa de muerte —a mucha distancia del resto— la constituye el consumo de una sola droga, y se traduce en 54.233 muertes anuales, con una media de 22 años de vida perdidos (Banegas et al., 2005). Por su parte, el alcohol es responsable del 13.500 muertes anuales (Robledo et al., 1996), y esto convierte al alcohol en el tercero entre veintiséis factores de riesgo de mortalidad prematura, inmediatamente después del tabaquismo y la hipertensión arterial (Andersen y Baumberg, 2006).

Entre las muertes causadas por el consumo de tabaco y la mortalidad relacionada con el alcohol, en nuestro país suman alrededor de 67.700 muertes prematuras anuales causadas y asociadas al abuso de las dos drogas legales. Pero los costes no se ciñen solamente a la mortalidad evitable causada por el abuso de drogas, incluyen otros costes personales traducidos en disminución de la calidad de vida, el aumento de la morbilidad y el consiguiente sufrimiento personal y familiar. Implican también costes laborales, asistenciales, incremento de los accidentes de tráfico, domésticos, incendios y muchos otros costes que, por ahora, no han sido todavía estimados globalmente en nuestro país.

Adicionalmente, los jóvenes soportan una parte desproporcionada de la carga debida al consumo de alcohol: en la UE un 10% de la mortalidad de las mujeres jóvenes y en torno al 25% de la de los jóvenes varones, es debida al consumo de bebidas alcohólicas. Poco sabemos acerca de la dimensión del daño social en los jóvenes, aunque el 6% de los estudiantes de 15-16 años de la UE refieren peleas y el 4%, sexo no protegido en relación con su propio consumo de alcohol (Andersen y Baumberg, 2006). Por otro lado, muchos de los daños derivados del consumo de alcohol son sufridos por personas distintas al propio bebedor. Aquí se incluyen 60.000 nacimientos con bajo peso, así como el 16% del maltrato o abandono infantil y 5-9 millones de niños que viven en familias con problemas de alcohol. El alcohol afecta asimismo a otros adultos, inclusive las 10.000 muertes estimadas de tráfico en personas distintas al conductor intoxicado y una considerable proporción de los delitos atribuibles al alcohol, que afectan a terceras personas. También el coste económico es pagado en parte por otras personas o instituciones, debiendo incluirse aquí una buena parte del coste estimado para los delitos (33 billones de euros), los sistemas de salud (17 billones de euros) y el absentismo (9-19 billones de euros) (Andersen y Baumberg, 2006).

IMPORTANCIA DEL MARCO NORMATIVO REGULADOR DEL USO DE DROGAS LEGALES: AVANCES Y RETOS

De lo expuesto hasta aquí se deriva que los gobiernos tienen la responsabilidad de desarrollar un marco normativo eficaz en relación con la producción, comercialización y consumo de drogas legales. Las intervenciones educativas, si bien son necesarias —cuando cumplen determinados requisitos metodológicos y de contenidos— pueden tener una cierta eficacia, pero presentan una escasa efectividad para reducir el daño global producido por el abuso de alcohol, y el uso de tabaco y otras drogas. Por tanto, no sólo no constituyen una alternativa a las medidas reguladoras del mercado de drogas legales, sino que sus resultados modestos, se ven incrementados cuando se producen en un contexto normativo protector. Las medidas reguladoras del mercado son las que presentan un mayor impacto en la reducción del daño, tanto entre los bebedores y fumadores jóvenes como en los adultos (Paglia & Room, 1999; Canning, 2004; Hawks et al., 2004; Salvador Llivina, 2004; World Health Organization, 2005; Andersen y Baumberg, 2006).

Por ello, las políticas de control de las drogas legales constituyen no solo un instrumento eficaz para la protección de la salud pública, sino también una herramienta capaz de mejorar los resultados derivados de los importantes esfuerzos invertidos hasta ahora en los programas de educación sobre drogas y en las campañas de sensibilización social sobre los problemas relacionados con las drogas (Paglia & Room, 1999; Canning, 2004; Hawks et al., 2004).

En el desarrollo de las políticas sobre drogas se han producido sensibles avances en nuestro país, tanto en lo referido a la aplicación de programas educativos y de sensibilización, como en la provisión de medidas protectoras de carácter normativo (incremento de la edad legal del consumo de alcohol y tabaco, reducción de los niveles de alcoholemia permitidos en la conducción de vehículos, restricción de los puntos de venta de tabaco, limitación parcial de la publicidad de bebidas alcohólicas, prohibición de la publicidad y promoción de tabaco, regulación del uso público del tabaco, etc.). A pesar de estos avances positivos en materia de política preventiva, quedan importantes retos que afrontar. El aumento significativo de algunas formas de consumo, junto al crecimiento de las cifras de morbi-mortalidad asociadas a dichos consumos, son hechos que no permiten pensar que ya se ha hecho todo lo necesario.

Las medidas preventivas y las políticas de control de las drogas surgen de la necesidad de garantizar los derechos de la ciudadanía, y especialmente de los grupos de población más joven y vulnerable, frente a intereses económicos que le son ajenos. Las medidas legislativas eficaces desde un punto de vista preventivo no van encaminadas a la erradicación de los consumos, ni a la penalización de los consumidores, ni a la ilegalización de las sustancias de consumo legal. La legislación y las medidas políticas deseables desde una óptica preventiva deben ir encaminadas al control de los procesos de producción, comercialización y promoción de drogas, así como a la prevención de los consumos de riesgo. Desde este marco, no pretenden limitar las libertades de nadie, sino muy al contrario, deben ser garantes del derecho de todos a optar, en la medida de lo posible, por un estilo de vida libremente elegido y por disfrutar más plenamente de la vida.

No es cierto que las medidas legislativas sean inaplicables o ineficaces, su probada eficacia se sustenta en más de dos décadas de evaluación en distintos contextos culturales y económicos (Roemer, 1988; Chapman y Lupton, 1994; Edwards et al., 1994; Edwards et al., 1995; Roemer, 1995; Salvador, 1996; Robledo et al., 1996; Saffer y Chaloupka, 2000; Joosens, 2004; Joosens y Raw, 2006; Andersen y Baumberg, 2006). Los avances que se han ido produciendo desde mediados de los años ochenta en nuestro país, en la aplicación de políticas de prevención y de control de las drogas institucionalizadas, han empezado a repercutir positivamente sobre algunos consumos. Al revisar las tendencias de consumo de las últimas décadas, vemos que el consumo total de alcohol puede disminuir, de hecho en España se redujo en un 10% entre la década de los años setenta y la de los noventa (World Drink Trends 1993 Edition), y parece que la nueva normativa sobre seguridad vial está empezando a modificar ciertos patrones de uso inadecuado de alcohol. El aumento exponencial del consumo de tabaco se frenó a mediados de los años ochenta antes de que alcanzara las elevadísimas tasas a las que se llegó en otros países de nuestro entorno sociocultural, y estamos a empezando a tener indicios claros de que la aprobación de la Ley 28/2005 va a acelerar esta tendencia. Hoy sabemos que mediante un marco normativo eficaz, se puede reducir sensiblemente la dimensión epidémica de los problemas relacionados con el uso masivo de tabaco y el consumo inadecuado de alcohol y, además, poner en cuestión la cultura abusiva de drogas a la que, como se ha visto, hemos llegado por motivos económicos más que culturales.

NECESIDAD DE MAYOR ATENCIÓN A LA EVIDENCIA PARA LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS

Diversos estudios experimentales y epidemiológicos señalan que el grado de riesgo percibido en relación al uso de drogas es un indicador que aparece inversamente asociado al consumo de drogas por parte de los jóvenes (Johnston, 1985; Bachman et al., 1988; Johnston, 1995; Sloboda, 1995).

De hecho, estas investigaciones han posibilitado el planteamiento de un principio inicial introductor de una tesis más general respecto a las distintas epidemias detectables en el consumo de drogas. Según este principio, el riesgo percibido influye en el consumo juvenil. Las conclusiones de diversos autores que recientemente han estudiado el impacto del riesgo percibido sobre el consumo mantenido, son radicalmente opuestas a la creencia mantenida durante años en el campo preventivo que interpretaba el fracaso de los programas basados en la transmisión de información sobre riesgos, como una evidencia de que la percepción del riesgo era un elemento preventivo poco importante o hasta incluso, contrapreventivo.

Diversas evaluaciones señalan que el fracaso detectado en los programas que pretenden advertir a los jóvenes sobre los peligros del consumo de drogas, son debidos a que las informaciones sobre peligro emitidas, no son creíbles para ellos, es decir, fracasan en conseguir un cambio en la percepción del riesgo entre la población a la que se dirigen. Parte del problema recae, no en la información en sí, sino en el cómo se transmite esta información (el método utilizado), y en cuáles son las fuentes de información utilizadas (fuentes institucionales alejadas y poco creíbles para la población destinataria). La gente joven tiende a cuestionar los consejos de los mayores o del sistema, especialmente cuando las precauciones parecen exageradas, alarmistas o incluso falsas y, sobre todo, cuando se dirigen a consumos emblemáticos o simbólicos de algún tipo de identidad juvenil.

Parece que el campo preventivo, joven con una fundamentación teórica en desarrollo, ha tendido a desestimar demasiado rápidamente nociones teóricas determinadas, sólo porque programas, metodológicamente mal planteados, han fallado al tratar de conseguir los resultados esperados. La percepción de aceptabilidad social del uso de drogas legales, promovida por los diversos condicionantes de consumo ya expuestos, juega un papel clave en detrimento de cualquier programa preventivo. Entre los aspectos cognitivos que condicionan el uso de drogas durante la adolescencia, la "normalidad" percibida sobre el uso de cada sustancia, la percepción de aceptabilidad social de los consumos, la percepción del riesgo, y la disponibilidad percibida, son factores relevantes (Tobler et al., 1992; Sussman et al., 2004; Roe y Becker, 2005). Por consiguiente, un elemento necesario para incrementar la eficacia de los programas de educación sobre drogas es la intervención centrada en las creencias normativas (Hansen, 1992; Paglia y Room 1999; Cuijpers 2002). Contribuye a corregir la percepción de uso o de aceptación del uso, normalmente sobredimensionadas durante la infancia y la adolescencia, así como a modificar la capacidad crítica frente a las presiones al consumo, incluyendo tanto las provenientes del entorno general (papel de la industria productora y comercializadora en la expansión de los mercados), como las provenientes de los iguales o grupo de referencia (Ajzen & Fishbein, 1973; Hansen, 1992; Tobler et al., 1992; Dusenbury y Falco, 1995; Tobler et al., 2000; Sussman et al., 2004; Roe y Becker, 2005).

Los datos epidemiológicos disponibles en España a partir de los estudios longitudinales de consumo, conocimiento y actitudes en relación a las drogas, señalan que tanto en población escolar como en población general, la percepción del riesgo asociado al consumo de diversas sustancias psicoactivas, a pesar de mantenerse en niveles relativamente elevados, presenta una tendencia a la disminución que se corresponde, inversamente, con el incremento de la prevalencia de consumo de dichas sustancias.

En este marco, parece prioritario definir grupos diana específicos, en función del riesgo al que están expuestos y de su universo de actitudes y valores, usando métodos cuya eficacia haya sido debidamente validada. También parece razonable que se preste mayor atención a la evaluación de intervenciones universales, al impulso, desarrollo y evaluación de programas de prevención selectiva e indicada. En definitiva, saber que se generalizan programas fiables, y que dichos programas se canalizan a través de los canales adecuados, para que los distintos grupos sociales de jóvenes —sometidos a distintos niveles de riesgo en relación a las drogas— puedan integrar nociones de riesgo relevantes para su particular universo; a la vez que el marco social y normativo hace más fácil la opción de adoptar estilos de vida saludables que la opción del abuso de drogas.

CONCLUSIONES

Programas preventivos de eficacia probada difícilmente podrán alcanzar algún grado de impacto significativo mientras se desarrollen en una sociedad donde el abuso de alcohol y el consumo de tabaco se consideran, no sólo aceptables, sino que se promueven de forma creciente como si se trataran de un elemento cultural incuestionable, presentándose además, como sinónimo de diversión, extroversión, placer, éxito, sofisticación, rebeldía y disfrute de una supuesta libertad personal.

Por otro lado, no se puede continuar esperando eficacia significativa de los programas preventivos sin considerar el contexto socioeconómico donde se desarrollan, sin tener en cuenta la existencia o no de políticas amplias de prevención y control cuya eficacia ha sido ampliamente demostrada en las últimas décadas. Estas políticas incluyen mayor énfasis en el desarrollo de marcos normativos protectores, tanto como una mayor atención a los programas de prevención selectivos e indicados.

Las lagunas todavía existentes en el marco normativo para el control del uso público de las drogas legales así como de las condiciones de mercado mediante las cuales se facilita el uso generalizado de dichas sustancias, menoscaban la eficacia y la credibilidad de los programas preventivos realizados en el ámbito comunitario, escolar y familiar, dado que a los ojos de los adolescentes, el uso de drogas ilegales se desaprueba por razones estrictamente legales y no por que exista un compromiso social para afrontar eficazmente las consecuencias negativas del uso de drogas en general, con independencia de su situación legal.

Actualmente disponemos de la evidencia suficiente para señalar que existe una serie de medidas políticas (legislativas, económicas, educativas, de promoción y de apoyo), que aplicadas conjunta y coordinadamente, pueden tener un impacto muy importante en los consumos generales y, específicamente, en los consumos juveniles, los tradicionales y los nuevos. Es por tanto nuestra responsabilidad, como profesionales, la exigencia continuada de estos "ingredientes básicos", de estas condiciones *sine qua non*, para poder abordar retos cada vez más sofisticados, como los que plantean por ejemplo, la problemática concreta de distintos tipos de poblaciones excluidas o marginales, o los retos específicos planteados por nuevas sustancias y por nuevos patrones de consumo. Los profesionales del sector tenemos algo que decir sobre qué política sociosanitaria y preventiva queremos para nuestro país en lo relativo a las drogas y a las drogodependencias. Es nuestro deber profesional apoyar los positivos avances que los sucesivos gobiernos democráticos han realizando en materia de legislación sobre alcohol y tabaco, y promover la incorporación de nuevas medidas protectoras. Sabemos por los datos disponibles, no por intuición o por prejuicio alguno, que a mayor accesibilidad, a mayor disponibilidad, a más bajo precio, a mayor publicidad y promoción, a menor información y menos cobertura sociosanitaria, tendremos más problemas de consumo. Tendremos más problemas relacionados con los consumos tradicionales y con los nuevos. A quienes trabajamos en este ámbito, nos toca la responsabilidad de definir ante la sociedad qué política queremos para este país en relación con las drogas, reconocer lo que se ha avanzado hasta ahora y señalar los vacíos que quedan todavía por cubrir. Muchas gracias.

BIBLIOGRAFÍA

Anderson P y Baumberg B. *El alcohol en Europa. Una perspectiva de salud pública. Un informe para la Comisión Europea*. Londres: Institute of Alcohol Studies, 2006.

Bachman, JG, Jhonston LD, O'Malley PM y Humphrey. "Explaining the recent decline in marijuana use: Differentiating the effects of perceived risks, disapproval, and general lifestyle factors". *Journal of Health and Social Behaviour*. 1988. 29:92-112.

Banegas Banegas JR, Díez Gañan L, González Enríquez J, Villar Álvarez F, Rodríguez-Artalejo F. "La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España". *Clin (Barc)* 2005; 124 (20): 769-71.

Brugal MT, Rodríguez-Martos A y Villalbí JR. "Nuevas y viejas adicciones: implicaciones para la Salud Pública". *Gac Sanit*, 2006; 20 (Sup. 1): 55-62.

Caballero-Hidalgo A, Gonzalez B, Pinilla J, Barber P. "Factores predictores del inicio y consolidación del consumo de tabaco en adolescentes". *Gac Sanit*, 2006; 19 (6): 440-447.

Chapman S y Lupton D. *The fight for public health. Principles and practice for media advocacy*. Ed. British Medical Journal Publishing Group. London, 1994.

Chapman S. & Aitkin P. *Promoviendo el tabaco. Publicidad y promoción del tabaco*. Ed. OMS, Comisión Europea & British Medical Association. Madrid, 1988.

De la Fuente L, Brugal T, Domingo-Salvany A, Bravo MJ, Neira-León M, Barrio G. "Más de treinta años, de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos ejemplos para el futuro". *Rev Esp Salud Pública* 2006; 80: 505-520.

Department of Health. *The importance of price in reducing tobacco consumption*. Ed. UK Department of Health. London, 1994.

Dusenbury L, Falco M (1995). "Eleven Components of Effective Drug Abuse Prevention Curricula". *Journal of School Health*, 65 (10), 420-425.

Edwards G et al. *Alcohol Policy and the Public Good. A guide for action*. Ed. Eurocare. Brussels, 1995.

Edwards G et al. *Alcohol Policy and the Public Good*. Ed. Oxford University Press. Oxford, 1994. European Association of Advertising Agencies. Advertising Investments, 1982-1992. Brussels: EAAA, 1995.

Gual A. "Alcohol in Spain: is it different? *Addiction*, 2006; 101: 1073-1077.

Hansen W B. "School-based substance abuse prevention: a review of the estate of the art in curriculum", 1980 - 1990. *Health Education Research. Theory & Practice*, 1992; 7(3), 403-430.

Health Education Authority. *Tobacco taxes in the European Union*. Health Education Authority & International Union Against Cancer. London, 1994.

Johnston LD. "The etiology and prevention of substance abuse: What can be learned from recent historical changes?" En: *Etiology of Drug Abuse: Implications from Prevention*. National Institute of Drug Abuse Research Monograph 56. NIDA. Washington, 1985. pags. 155-177.

Gallus S, A Schiaffino A, La Vecchia C, Townsend J y Fernandez E. "Price and cigarette consumption in Europe". *Tobacco Control*, 2006;15: 114-119.

Johston LD. "Contribuciones de la epidemiología de las drogas al campo de la prevención del abuso de drogas". En: *Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos*. Edición castellana de la Monografía de Investigación nº 107 del NIDA. Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud. Madrid, 1995.

Joosens L. y Raw M. "The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity". *Tobacco Control*, 2006; 15:247-253.

Joosens L. *Effective Tobacco Control Policies in 28 European Countries*. Brussels: European Network for Smoking Prevention, 2004.

Joosens L, Naett C. y Howie C. *Taxes on Tobacco Products, a Health Issue*. Ed. European Bureau for Action on Smoking and Health. Brussels, 1992.

Landman A, Ling PM, Glantz SA. "Tobacco industry youth smoking prevention programs: protecting the industry and hurting tobacco control". *American Journal of Public Health* 2002; 92(6): 917-302002. En: <http://www.medialiteracy.net/pdfs/LandmanYSP.pdf>

López J. y Hernandez J. *Una historia del tabaco en España*. Ed. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Madrid, 1990.

Marketing Directo.com. Consultado: 25 de julio de 2006. En:
<http://www.marketingdirecto.com/noticias/noticia.php?idnoticia=19489#search='tabaco>

Marsh A. *Una brasa que se extingue*. Ed. OMS, Comisión Europea & British Medical Association. Madrid, 1988.

Paglia A, Room R. "Preventing substance use problems among youth: a literature review and Recommendations". *Journal of Primary Prevention*, 1999; 20 (1), 3-50.

Pentz M A. "Evidence-Based Prevention: Characteristics, Impact, and Future Direction". *Journal of Psychoactive Drugs* 2003; SARC Supplement 1: 143-152.

Plan Nacional sobre Drogas. *Encuesta Estatal sobre Uso de drogas en Enseñanzas Secundarias 2004*. Madrid: DGPNSD, 2005. En: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>

Produktshap voor Gedistilleerde Draken. *World Trends Drink*, 1993 Edition. Ed. NTC Publications Ltd. Henley-on-Thames, 1993.

Robledo T, Rubio J, Espiga I y Gil E. "Alcohol y salud pública". *Revista Española sobre Drogodependencias*. 1996. 21 (1): 29-54.

Roe E, Becker J. "Drug prevention with vulnerable young people: a review". *Drugs: education, prevention and policy*, 2005; 12 (2), pp. 85-99.

Roemer R. *Acción legislativa contra la epidemia mundial del tabaco*. Ed. OMS. Ginebra, 1995.

Roemer R. *Estrategias legislativas para una Europa sin tabaco*. Ed. OMS; Comisión Europea & British Medical Association. Madrid, 1988.

Saffer, H and Chaloupka, F. "The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption". *Journal of Health Economics*, 2000; 19: 1117-1137.

Salvador Llivina T. "Condicionantes del consumo de tabaco en España. Retos actuales en política de prevención y control". *Adicciones*, 2004; Vol. 16, Suplemento 2: 25-58.

Salvador T. *Tabaquismo*. Ed. Aguilar. Madrid, 1996.

Sánchez Pardo L, Meguías Quirós I, Rodríguez San Julián E. *Jóvenes y publicidad. Valores de comunicación publicitaria para jóvenes*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la drogadicción e INJUVE, 2004.

Sánchez Pardo L. "Políticas reguladoras de la accesibilidad, disponibilidad y promoción de bebidas alcohólicas y tabaco". *Idea-Prevención*; 2003, Julio-diciembre: 88-101.

Sussman S, Earleywine M, Wills T, Cody C, Biglan T, Dent C W, Newcomb M D. "The Motivation, Skills and Decision-Making Model of Drug Abuse". *Prevention. Substance Use & Misuse*, 2004; 39 (10-12), 1971-2016.

Tobler NS et al. (1992). "Drug Prevention Programs Can Work: Research Findings". *Journal of Addictive Diseases*, 11(3), 1-28.

Tobler NS, Roona MR, Ochshorn P, Marshall DG, Streke AV, Stackpole KM. "School-Based Adolescent Drug Prevention Programs: 1998 Meta-Analysis". *The Journal of Primary Prevention*, 2000; 20(4), 275-336.

Townsend J. *El precio del tabaco y la epidemia del tabaquismo*. Ed. OMS, Comisión Europea & British Medical Association. Madrid, 1988.

Prevención: una enmienda a la totalidad

Carlos Alonso Sanz



LA EFECTIVIDAD DE LA PREVENCIÓN

La normalización de la problemática asociada al consumo de drogas, junto a los resultados esperanzadores encontrados por algunas investigaciones en la evaluación de programas de prevención, han contribuido a generar grandes expectativas en relación a la efectividad de la prevención.

Algunos autores son francamente optimistas al respecto. Por ejemplo Pentz (2003) señala que, aunque sabemos poco acerca de la utilidad de los programas familiares y comunitarios, los programas escolares son muy efectivos, hasta el punto de producir reducciones medias del 20 al 40% en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis.

Algunas revisiones también avalan la utilidad de determinados enfoques. Por ejemplo Tobler (1999), tras estudiar los resultados de 120 programas de prevención aplicados en Estados Unidos y Canadá, concluye que los programas interactivos —y particularmente los de “habilidades globales para la vida”— sí son eficaces para prevenir el consumo de drogas, especialmente de sustancias ilegales.

Sin embargo, otras revisiones señalan que el efecto de los programas basados en el modelo de la influencia social es bastante limitado, aunque se defiende la continuidad de los programas y la posibilidad de mejorarlos para incrementar sus resultados (Rooney y Murray, 1996).

Más preocupantes aún son las conclusiones señaladas por Foxcroft, Lister-Sharp y Lowe (1997) quienes, tras una revisión de los estudios de evaluación de los programas de prevención del consumo de alcohol realizados, señalan que no han encontrado ningún factor que distinga claramente los programas parcialmente efectivos, de los inefectivos y de los contrapreventivos, y concluyen que la falta de evidencia fiable significa que ningún tipo de programa de prevención puede ser recomendado.

Por consiguiente, a pesar de los resultados esperanzadores aportados por algunas evaluaciones, no es menos cierto que el problema de la prevención no está resuelto. Frente al optimismo, más o menos entusiasta de algunos, vemos que también podemos encontrar en la literatura científica voces claramente discordantes. A título de ejemplo, revisaremos a continuación las revisiones sobre el tema publicadas por Cochrane.

En cuanto a los programas destinados a prevenir el consumo de tabaco, Thomas (2002) realizó una exhaustiva revisión en la que identificó los 16 estudios de mayor rigor metodológico sobre efectos de los programas escolares de prevención. De las 15 intervenciones basadas en la influencia social, 8 mostraron algún efecto positivo y 7 no mostraron efecto. En sus conclusiones señala que “las intervenciones escolares más ampliamente utilizadas recurren a modelos de influencia social. Aunque hay pruebas contradictorias acerca de los efectos de tales programas, la prueba más grande y más rigurosa de un modelo de influencias sociales, el Hutchinson Smoking Prevention Project (Peterson, 2000) no encontró pruebas de un efecto sostenido sobre la prevalencia del tabaquismo. Es posible que la combinación de los modelos de influencias sociales con otros componentes, como las intervenciones comunitarias y el entrenamiento de competencias sociales genéricas puedan mejorar la efectividad... (pero)... hay pocos datos de las comparaciones directas para sugerir la magnitud del aumento que se puede lograr” (pág. 36).

En cuanto a la prevención del consumo de alcohol, Foxcroft et al. (2002) han realizado una exhaustiva revisión de los programas de prevención escolar centrados en dicha sustancia. De los 56 estudios seleccionados por su calidad metodológica, en 20 se demostró su falta de efectividad. En general no fue posible establecer conclusiones sólidas sobre la efectividad de las intervenciones a corto y medio plazo.

Uno de los condicionantes que señalan los autores a la hora de valorar los resultados es que el objetivo de los programas es la abstinencia total.

En cuanto a la prevención del consumo de drogas ilegales, parece que el modelo de entrenamiento en habilidades es el más eficaz. La revisión realizada por Faggiano et al (2005) sobre programas destinados a la prevención de drogas ilegales así lo indica. Sin embargo también es cierto que no todos los programas basados en el entrenamiento en habilidades han tenido éxito y, además, en muchos casos, los efectos desaparecen en el tiempo.

Aun así, el entrenamiento en habilidades en el ámbito escolar parece ser la estrategia más prometedora. No obstante, tampoco podemos olvidar (los autores de esta revisión así lo señalan) que casi la totalidad de los estudios analizados se han realizado en EEUU por lo que no sabemos si sus resultados son generalizables a otros países.

En intervenciones preventivas realizadas fuera del ámbito escolar hay una total falta de evidencia de su efectividad. Gates et al. (2006) después de una revisión de las investigaciones disponibles sobre evaluación de programas ajenos al ámbito escolar (analizan 4 tipos: entrevistas motivacionales o intervenciones breves, educación o entrenamiento en habilidades, intervenciones familiares e intervenciones comunitarias multicomponente), concluyen que “ninguna de estas intervenciones ha sido señalada claramente como efectiva y se desconoce la relación coste-efectividad. Por consiguiente, resulta difícil recomendar su uso hasta que se hayan realizado más investigaciones” (pág 11).

Tampoco los resultados de la prevención con jóvenes de alto riesgo son claros. Un análisis realizado para el CSAP por Sambrano et al. (2005) de 48 programas de prevención para jóvenes de alto riesgo (incluyendo muy diversos programas tanto escolares como comunitarios), señala —como resultado global— que las intervenciones realizadas no tuvieron efecto significativo en los consumos de tabaco, alcohol y cannabis. Sí que es cierto que en análisis desagregados posteriores, observan que un cierto efecto diferencial en función del sexo, del consumo previo (son más efectivos en sujetos que ya se habían iniciado en el consumo antes del programa, por lo que entienden que estos programas son más útiles como intervención temprana que como prevención primaria) y de la calidad de los programas.

LA PREVENCIÓN EN ESPAÑA

Aunque ciertamente la actividad investigadora no ha sido muy intensa en España, sí nos permite disponer de algunos programas evaluados, todos ellos en el ámbito escolar: *Tú decides* (Calafat, Amengual, Megías et al., 1989), *PASE* (Villalbi, Aubá y García, 1992), *Tabaco, alcohol y educación* (Alonso y Del Barrio, 1997, 1998), *Construyendo Salud* (Luengo, Romero, Gómez et al., 1999), *En la huerta con mis amigos* (Bañón, López, Villanueva et al, 2003), *Barbacana* (García del Castillo, López, Fernández et al., 2003), *Entre Todos* (Acero y Jiménez, 2004), *Déjame que te cuente algo sobre... los porros* (Jiménez y Arbex, 2006), etc.

Aunque estos estudios muestran importantes diferencias de calidad metodológica, ponen de manifiesto que los resultados de los programas son muy modestos o, en algunos casos, casi nulos. Espada, Rosa y Méndez (2003) realizaron un meta-análisis de las evaluaciones realizadas en España desde 1985 hasta 2002 y, tras valorar los únicos 9 informes científicos que cumplieron los criterios de rigor metodológico, concluyen que los programas aplicados en el contexto escolar, aunque se mostraron eficaces para prevenir el abuso de drogas, obtuvieron efectos de pequeña magnitud.

Junto a las intervenciones escolares, desde los años noventa se ha producido un importante desarrollo de los programas de alternativas de ocio como estrategia preventiva. Estas actuaciones, desarrolladas sobre todo en fin de semana y, posteriormente, en horario nocturno, constituyen un tipo de programas de base comunitaria, que se eje-

cutan en espacios de ocio y que centran su objetivo primordial en el desarrollo de actividades de carácter lúdico, incompatibles y a la vez alternativas al uso de drogas (Martín y Moncada, 2003).

Aunque distintos autores han apoyado la utilidad de los programas de alternativas de ocio realizados en otros países, especialmente cuando se dirigen a poblaciones de riesgo tales como minorías, sectores marginales o desfavorecidos (Lence, Gómez y Luengo, 1997), los escasos intentos de evaluación realizados en España no han podido probar su capacidad para prevenir el consumo de drogas, la cual es puesta en duda incluso por los mismos participantes en esos programas (Martín y Moncada, 2003).

Otra fuente de innegable valor para el estudio de los programas de prevención desarrollados durante los últimos años es la base de datos EDDRA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2006). Si analizamos su contenido, de los 66 programas realizados en España que se reseñan, podemos considerar que 38 son de prevención universal. De estos últimos, sólo 21 (es decir, el 55%) incluyen información de resultados sobre variables intermedias y sólo 13 (el 34%) informa de resultados finales sobre el consumo de drogas. Ello supone que no tenemos información sobre los resultados de 2 de cada 3 programas.

Además, entre los programas que sí indican resultados, hay que admitir que —al menos en base a la información que se refleja en la base de datos— algunas evaluaciones parecen plantear problemas metodológicos (o carecemos de información para valorarlas) y, en general (con algunas excepciones), la mayoría informa de resultados débiles sobre las variables finales (indicadores de consumo o variables asociadas).

Todo ello configura un panorama de la prevención que, aun mostrando algunos avances, está muy lejos de ofrecer modelos de intervención bien establecidos.

En resumen...

- La investigación sobre la efectividad de los programas de prevención en el medio escolar no es concluyente. Se han realizado algunas intervenciones moderadamente efectivas, pero sabemos poco acerca de cuáles son los factores que distinguen los programas efectivos de los no efectivos.
- En los ámbitos familiar y comunitario no hay evidencia acerca de cuáles son las intervenciones efectivas.
- El enfoque de la influencia social o de las habilidades para la vida parece ser el más prometedor. Ha obtenido resultados interesantes sobre todo en la prevención del consumo de drogas ilegales.
- Este enfoque, sin embargo, no parece tan efectivo en relación al consumo de alcohol o tabaco. Probablemente las características peculiares de estas sustancias, especialmente del alcohol (carácter legal, uso normalizado y general, etc.) requieran introducir modificaciones de carácter ambiental que faciliten la efectividad de las acciones preventivas.
- Sabemos muy poco sobre la efectividad que tendrán en España las intervenciones que han resultado efectivas en otros países. Las evidentes diferencias culturales entre Estados Unidos y España nos obligan a ser muy prudentes a la hora de valorar la utilidad del enfoque de la influencia social como modelo de intervención preventiva.
- De hecho, la aplicación de esos programas en España no parece que sea todo lo efectiva que cabría esperar. El modelo de la influencia social o de habilidades para la vida ha dado algunos buenos resultados pero no siempre funciona. Mientras tanto aumentan los consumos en población escolar y no parece que intervenciones que se vienen realizando puedan, por sí solas, invertir esta tendencia.

MIRANDO AL FUTURO

Con este análisis no se trata de ofrecer una visión catastrofista de la prevención, sino de tomar conciencia de que la prevención no es una cuestión resuelta. Aunque sabemos poco acerca de las características que distinguen los programas efectivos de los no efectivos, debemos seguir trabajando en aquellas direcciones que han obtenido algún resultado, aunque sea cuestionable. Pero todo ello teniendo conciencia de que sólo podemos esperar resultados muy limitados y de que debemos encontrar la forma de que las intervenciones sean más efectivas.

Es posible que, simplemente, la prevención sea una tarea imposible. Al respecto Megías (2005) señala que “cabría plantearse si, cuando existe un contexto que en la práctica es un contexto sintónico con los consumos de drogas, tiene mucho sentido plantear actuaciones preventivas, al menos sin tener en cuenta en qué contexto nos estamos moviendo”. Quizá la prevención sea una tarea imposible porque no es viable sin cambiar el contexto y para cambiar el contexto es necesaria la prevención.

Pero no nos pongamos en lo peor. Pensemos que es posible. La causa de la falta de efectividad puede deberse a que:

- Lo que hacemos no es adecuado (es ineficaz) (habría que dejar de hacerlo y hacer otras cosas).
- Lo que hacemos no lo hacemos bien (aplicamos mal los programas).
- Lo que hacemos es insuficiente (debemos seguir haciendo lo que hacemos y además hacer otras cosas).

Probablemente los tres motivos contribuyen a la situación actual: los programas de habilidades para la vida no son tan útiles como hemos creído y menos en España. Además los programas no se aplican bien y, por último, lo que hacemos es claramente insuficiente.

Consecuentemente, parece claro que debemos introducir modificaciones en las intervenciones que venimos desarrollando. Algunas sugerencias para el cambio podrían ser las siguientes:

1) FAVORECER LA INVESTIGACIÓN

En primer lugar, es necesario saber más acerca de las estrategias más efectivas para prevenir el consumo de drogas. Hay que profundizar en el conocimiento de los elementos que hacen los programas más efectivos, especialmente los escolares.

La investigación no debería orientarse tanto hacia la obtención de una prueba empírica que avale la utilidad del programa como al desarrollo de un proceso de mejora continua de la calidad en el que, a través de sucesivas evaluaciones y correcciones, podamos tener un conocimiento más exacto de cuáles son los elementos que influyen en la calidad de los programas.

También es necesario mejorar la investigación sobre la efectividad de las intervenciones familiares y comunitarias. Sabemos muy poco sobre ellas y se destinan importantes cantidades de recursos, especialmente a las comunitarias.

2) POTENCIAR LA PREVENCIÓN ESCOLAR

Aun contando con las limitaciones que se derivan de los resultados contradictorios, la prevención escolar es la única sobre la que tenemos un cierto conocimiento de sus posibilidades.

Probablemente su efectividad puede mejorarse notablemente mediante su inclusión en programas multicomponente que incluyan diversas actuaciones y medidas normativas que reduzcan la disponibilidad.

3) POTENCIAR LAS MEDIDAS RESTRICTIVAS

Para explicar los pobres resultados obtenidos por los programas de prevención del consumo de alcohol en el citado estudio de Foxcroft et al. (2002), los autores señalan que un factor condicionante puede ser el establecimiento de la abstinencia total como objetivo.

Ello sugiere que, en una cultura como la nuestra, en la que el consumo del alcohol es un comportamiento absolutamente general y normalizado, no cabe plantearse la abstinencia total como objetivo. De este modo, quizá el objetivo general de la prevención debería orientarse más al uso razonable que a la abstinencia total.

Este planteamiento nos enfrenta a problemas evidentes en las intervenciones destinadas a los menores ya que, por tratarse de una población especialmente vulnerable, no podemos promover entre ellos el consumo responsable. Ello lleva a menudo a plantear objetivos de abstinencia total como planteamiento general de la prevención, lo cual —probablemente— reduce la credibilidad de los mensajes preventivos.

Por todo ello parece necesario diferenciar la acción preventiva que se dirige a los menores de edad y la que se dirige a los adultos, asignándoles objetivos y estrategias diferentes.

En el caso de los adultos, los objetivos se orientarán hacia el uso responsable y las estrategias serán básicamente normativas (incremento de la fiscalidad, reducción del número de puntos de venta y consumo, etc.) y comunicativas.

En el caso de los menores de edad, el objetivo será la abstinencia total y las estrategias incluirán tanto medidas normativas (prohibición del consumo de alcohol a menores de 18 años) como educativas.

Al respecto cabe señalar que la estrategia actual centrada en prohibir y sancionar exclusivamente la venta de alcohol a menores (en lugar del consumo) es claramente insuficiente ya que contribuye a evitar que éstos asuman la responsabilidad de su comportamiento. El menor debe compartir la responsabilidad de sus actos (compartirla con sus tutores y con la sociedad). Ello ayudará a que los tres agentes implicados (individuo, padres e instituciones) asuman su responsabilidad y su papel en la prevención.

4) REVISAR LA PREVENCIÓN FAMILIAR

Tal como se viene planteando, la prevención familiar tiene un doble objetivo: por un lado, concienciar a los padres de su responsabilidad en la educación de los hijos y su importancia como agentes preventivos. Por otro, dotarles de las habilidades necesarias para actuar como agentes educativos.

Aunque la importancia del papel de los padres en la prevención es innegable, parece que las posibilidades reales de conseguir estos dos objetivos con carácter universal son escasas. Capacitar a los padres como agentes educativos requiere que participen voluntariamente en un largo proceso de aprendizaje que excede las posibilidades que ofrecen las intervenciones preventivas.

Consecuentemente, quizá sea más realista reservar las intervenciones destinadas a la capacitación para intervenciones de carácter selectivo y orientar las intervenciones universales a la concienciación de los padres (pautas básicas y sencillas, promover su papel como modelos no consumidores, etc.).

5) REVISAR LA PREVENCIÓN COMUNITARIA

Los programas de tiempo libre constituyen el eje central de las intervenciones que habitualmente se encuadran bajo el epígrafe de prevención comunitaria y no parece que estén siendo tan eficaces como se esperaba.

En realidad estas intervenciones no son propiamente comunitarias ya que no hay una participación de los ciudadanos en su diseño o ejecución. La consolidación de estos programas como una oferta estable de tiempo libre ha incrementado la profesionalización de las actividades que muchas veces no son distintas de las ofertadas por las instituciones competentes en materia de deporte, cultura, etc.

Quizá resultara útil que la intervención en este ámbito adquiriera un verdadero carácter comunitario. Las instituciones pueden tener un papel facilitador y concienciador, pero el agente debe ser el ciudadano. Para ello las instituciones deberían:

- Promover y mantener un debate social en torno a las drogas. Estas deben estar de actualidad y ser objeto de posicionamiento personal.
- Establecer los medios para que la comunidad, especialmente sus miembros más afectados (padres, jóvenes, líderes...) puedan diseñar sus propias actividades de prevención y proporcionarles los medios para ejecutarlas.

Las actuaciones han de dirigirse a toda la comunidad. Los programas de prevención no pueden tener como población diana exclusiva (probablemente, ni tan siquiera preferente) a los jóvenes. La población adulta debe asumir un papel precursor en el establecimiento de modelos de comportamiento ajenos al consumo de drogas. Si se consigue establecer una cultura adulta de rechazo a las drogas, posiblemente ello repercutirá sobre el comportamiento juvenil.

El ámbito de actuación tiene que ser necesariamente reducido (ayuntamiento o comarca). En cada población diana (barrio, localidad, etc.) hay que lograr el consenso social necesario para que las intervenciones tengan calado en la sociedad. Parece obvio que los planteamientos consensuados serán diferentes en cada caso por lo que las intervenciones de carácter general deberán reducirse al mínimo en beneficio de las actuaciones locales.

Naturalmente este planteamiento implica riesgos. La descentralización de la prevención, en la medida que supone dar mayor margen de actuación a las entidades locales, implica un menor control sobre los objetivos y sobre los procedimientos puestos en marcha para conseguirlos.

5) ESTABLECER PROGRAMAS ESPECÍFICOS PARA GRUPOS EN SITUACIÓN DE RIESGO

Cohherentemente con el planteamiento expuesto, sería necesario crear programas específicos (incluyendo intervenciones familiares y comunitarias) para individuos en situación de riesgo.

6) INTEGRAR TODAS LAS INTERVENCIONES EN EL MARCO DE PROGRAMAS MULTICOMPONENTE

A pesar de esta falta de resultados incuestionables, los resultados de la investigación parecen indicar que los programas multicomponentes son la alternativa más razonable para organizar la prevención del consumo de drogas en el ámbito comunitario.

Estos programas se caracterizan por la integración de diferentes estrategias preventivas, de manera que se produzcan sinergias entre las distintas actuaciones. Entre los elementos que los constituyen cabe citar los programas escolares, campañas en medios de comunicación y similares, intervenciones en medio natural (en bares, en lugares de encuentro, etc.), programas de prevención familiar, movilización social (formación de líderes, creación de asociaciones, foros de debate, etc.), medidas normativas y programas de intervención en el tiempo libre.

Estas intervenciones no pueden ser meros agregados de intervenciones que coexisten en un mismo territorio o sobre una misma población diana. Por el contrario, deben implicar un conjunto de acciones diseñadas para conseguir objetivos comunes. Ello supone, cuando menos:

- Ampliar la duración de los programas de prevención, dotándoles de la estabilidad necesaria para desarrollar múltiples intervenciones.
- Ampliar los recursos económicos y personales destinados a tales programas.
- Mejorar el trabajo de preparación, diseño y coordinación, destinando a este fin el tiempo y los recursos necesarios.
- Incluir la evaluación como en el marco de procesos de mejora continua de la calidad.

BIBLIOGRAFÍA

Aceró, A. y Jiménez, A. (2004). "Evaluación del programa 'Entre Todos'. Confirmación de evidencias metodológicas en la implementación de programas de prevención". *Proyecto Hombre*, 52, 44-47.

Alonso, C. y Del Barrio, V. (1997). "Efectividad de tres intervenciones para la prevención del consumo de tabaco en el medio escolar". *Revista de Psicología General y Aplicada*, 50 (2), 223-241.

Alonso, C. y Del Barrio, V. (1998). "Efectividad de tres intervenciones para la prevención del consumo de alcohol en la escuela". *Análisis y Modificación de Conducta*, 97 (24), 679-701.

- Bañón, A., López, A., Villanueva, M., Alarcón, M.D., Herrero, N. y Domínguez, A. (2003). "Resultados de la evaluación del programa En la huerta con mis amigos". En F. de Arce (coord). *Ponencias de las VII Jornadas sobre Prevención de Drogodependencias*. Alcorcón, 2002, pp. 340-342
- Calafat, A., Amengual, M., Megías, G., Borrás, M. y Palmer, A. (1989). "Evaluación del programa de prevención escolar Tú decides". *Adicciones*, 1 (2), 96-111.
- Espada, J.P., Rosa, A.I. y Méndez, F.X. (2003). "Eficacia de los programas de prevención escolar de drogas con metodología interactiva". *Salud y Drogas*, 3 (2), 61-81.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2006). *EDDRA Information System*. Consultado en <http://eddra.emcdda.eu.int> el 22-9-2006.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F.D., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A. y Lemma, P. (2005). *School-based prevention for illicit drug use. (Review)*. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1*, Art. No. CD003020.
- Foxcroft, D.R., Ireland, D., Lister-Sharp, D.J., Lowe, G. y Breen, R. (2002). *Prevención primaria para el abuso de alcohol en los jóvenes. Traducida de The Cochrane Library, Issue 2*. Chichester, U.K.: John Wiley & Sons, Ltd.
- Foxcroft, D.R., Lister-Sharp, D. y Lowe, G. (1997). "Alcohol misuse prevention for young people: a systematic review reveals methodological concerns and lack of reliable evidence of effectiveness". *Addiction*, 92 (5), 531-537.
- García del Castillo, J.A., López, C., Fernández, I. y Catala, L. (2003). "Evaluación del programa de prevención de drogas Barbacana". *Salud y Drogas*, 3 (1), 33-55.
- Gates, S., McCambridge, J., Smith, L.A. y Foxcroft, D.R. (2006). *Interventions for prevention of drug use by young people in non-school settings*. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1*, Art. No. CD005030. DOI: 10.1002/14651858.CD005030.
- Jiménez, A. y Árbex, C. (2006). *Déjame que te cuente algo sobre... los porros. Evaluación del programa de prevención del consumo de cannabis*. Madrid: Atica. Servicios de Salud.
- Lence, M., Gómez, J.A. y Luengo, M.A. (1997). "El meta-análisis y la prevención de drogodependencias en el ámbito escolar: una revisión". *Adicciones*, 9 (4), 601-616.
- Luengo, M.A., Romero, E., Gómez, J.A., Guerra, A. y Lence, M. (1999). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia, Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio del Interior y Universidad de Santiago de Compostela.
- Martín, E. y Moncada, S. (2003). "Programas de prevención de ocio alternativo". *Adicciones*, 15 (2), 327-346.
- Megías, E. (2005). *El contexto sociocultural en los problemas de drogas: de la percepción social a los valores*. Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha, 1, 21-27.
- Pentz, M.A. (2003). "Evidence-based prevention: Characteristics, impact, and future direction". *Journal of Psychoactive Drugs*, supl. 1, 143-152.
- Peterson, A.V., Kealey, K.A., Mann, S.L., Marek, P.M. y Sarason, I.G. (2000). "Hutchinson Smoking Prevention Project: Long-Term Randomized Trial in School-Based Tobacco Use Prevention - Results on Smoking". *Journal of the National Cancer Institute*, 92, 1979-91.
- Sambrano, S., Springer, J.F., Sale, E., Kasim, R. y Hermann, J. (2005). "Understanding prevention effectiveness in real-world settings: The National Cross-site Evaluation of High Risk Youth Programs". *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31, 491-513.

*Las redes asistenciales en el tratamiento de las drogodependencias**

Tina Ibáñez Pascual



INTRODUCCIÓN

Desde la aprobación de la Constitución Española hasta el presente, han sido grandes los esfuerzos de determinados gobiernos, y en particular de un grupo significado de profesionales y políticos, por restituir el derecho a la salud de los ciudadanos y avanzar hacia un estado del bienestar desarrollando uno de los principales sistemas públicos de protección social: el sistema de salud.

En la década de los ochenta se puso en marcha en nuestro país una Reforma Sanitaria que ha permitido pasar de un sistema mutual a un sistema nacional de salud, similar al implantado en los Países Escandinavos y Gran Bretaña; se optó entonces por una asistencia sanitaria universal, descentralizada, impulsando la reforma de la Atención Primaria con un enfoque integral de los recursos y con una gestión predominantemente pública, llegando a desarrollar un sistema sanitario que aspiraba y aspira a ser de los más completos y eficientes (Lamata y Ortega, 1998).

La Ley General de Sanidad, que puso las bases para la implantación y organización del Sistema, dejó incompletos no obstante aspectos competenciales de las distintas Administraciones y de financiación, algunos de los cuales se encauzaron y fueron corrigiéndose con el tiempo (la organización político-administrativa del sistema sanitario público, la mejora en la cobertura de los recursos sanitarios), otros que permanecieron abiertos (la financiación del sistema) y otros como el desarrollo de la atención a la salud mental, que han cristalizado de forma desigual en las distintas autonomías, y cuyo desarrollo ha sido muy lento e incluso ha llegado a estancarse a pocos años del inicio de su andadura, a principio de los noventa (Espino, 2006; Torres, 2002; García, 2000): lo que influyó de forma directa en la configuración actual del sistema asistencial de las personas dependientes de sustancias adictivas.

Así, el ministro Ernest Lluch, previo a la promulgación de dicha Ley, promovió el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica cuyo XX aniversario se ha conmemorado recientemente (Espino Granado, 2006). Sus principales propuestas, totalmente vigentes en la actualidad, fueron entre otras, velar por los derechos de ciudadanía de las personas con trastornos psíquicos, incluidos los adictos (normalizando su relación con la sociedad), introducir un modelo de intervención comunitaria, y desarrollar una atención sectorizada e integral en los distintos niveles de atención del sistema sanitario general: Atención Primaria y Especializada.

Sin embargo, y en base a lo antedicho, la atención a la salud mental en nuestro país, presenta claros aspectos positivos que giran en torno a la normalización de la asistencia. (García González, 2000), y claros aspectos deficitarios: la desigualdad existente entre las Comunidades Autónomas (en la organización, en la dotación de recursos, en la dependencia institucional) que impide un equitativo acceso a las prestaciones de salud mental en el territorio espa-

* Estas reflexiones son el fruto de la práctica en el desempeño de mi trabajo tanto en el Plan Regional de Drogas, como de clínico y responsable de equipo en los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias, del intercambio con los colegas (Margarita Eguiagaray, Berta Cid, Marino Montes, Pedro Marina, Covadonga Fernández, Nacho Donate, Ana Otero, José García González) y la generosa colaboración de responsables y técnicos de los distintos organismos de coordinación de Salud Mental y Drogas de las CCAA que me permitió actualizar información de última hora. Requieren mención aparte las ricas aportaciones y colaboración incondicional de Domingo Comas.

ñol, así como el escaso desarrollo (hasta ahora) de otros sistemas de protección social (los Servicios Sociales), que ha obligado en algunos casos a la Salud Mental a intervenir en áreas que superan sus competencias (apoyo para la autonomía, vivienda, ocupación, empleo), el escaso desarrollo de los programas de intervención comunitaria y "la persistencia en el sistema de fuertes tendencias a la conservación y mantenimiento de camas en hospitales psiquiátricos, tanto con funciones de internamiento prolongado como breve" (García González, 2000, p. 13; y Salvador, 2005).

Todo ello unido a lo que la epidemia de la heroína en España distorsionó en cuanto a la consideración o representación social de una conducta y de una patología (hasta estigmatizarla), y su influencia en la provisión urgente de recursos y en la organización de los servicios sociales y sanitarios dispuestos para su atención en los años ochenta y noventa.

En la consulta no formal que hemos realizado para este trabajo hemos constatado que, independientemente de la estructura sanitaria de la Comunidad Autónoma a la que pertenezcan los técnicos o gestores preguntados, nadie discute que la drogodependencia pertenezca al ámbito de la salud mental en tanto que puede producir alteraciones tanto fisiopatológicas como psicopatológicas y que están recogidas como un trastorno mental en el Catálogo Internacional de Enfermedades de la OMS.

Y que según plantea la propia Ley General de Sanidad, las personas con una adicción tienen derecho a ser tratadas dentro del sistema sanitario general equiparándose a las demás personas que presentan una enfermedad.

Otra cuestión distinta es la posición mantenida en dicha consulta sobre la idoneidad u oportunidad de acometer cambios organizativos consecuentes con dicha valoración.

Cuando en 1996 revisamos la situación de las redes de servicios de atención de las drogodependencias y su inclusión en las redes de servicios de Salud Mental (Comas Arnau e Ibáñez Pascual, 1997), el panorama reflejaba una situación dispar en las comunidades autónomas que era pareja a las diferencias en el desarrollo de los sistemas de protección social (sanitarios, sociales y de seguridad social), al grado de implantación de la reforma psiquiátrica y del grado de consolidación del nivel de atención primaria en los diversos territorios. Además, integración no suponía coordinación entre ambas redes (que en el plano asistencial significa continuidad de cuidados).

Diez años después, la situación general ha cambiado notablemente en el plano legislativo (Leyes de Servicios Sociales autonómicas, Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, transferencias sanitarias en todas las Comunidades, la Declaración de Helsinki de 2005, Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad y Consumo que está a punto de salir a la luz, la Cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, de 2006), al tiempo que se han producido grandes cambios en cuanto a la provisión de recursos y consolidación de las redes asistenciales para drogodependientes.

Esto configura un panorama sobre la atención sanitaria de las drogodependencias en España que (partiendo del importantísimo desarrollo alcanzado y de la calidad de la misma), pueden resumirse en cuatro consideraciones: primera, que se ha hecho un gran esfuerzo para integrar la asistencia y se percibe una cierta tendencia en algunas Comunidades hacia la inclusión del tratamiento de las adicciones en la Atención Especializada de los Servicios de Salud autonómicos; segunda, que en las Comunidades Autónomas hay diferencias y dificultades en la oferta de recursos sanitarios ambulatorios y de hospitalización de agudos de personas con trastornos derivados del consumo de sustancias, independientemente de la organización de los mismos (servicios públicos, contratación externa de servicios, convenios con asociaciones y ONGs); tercera, que persisten funcionamientos paralelos en las redes asistenciales y cuarta, que a fecha de hoy, el planteamiento del Ministerio de Sanidad no presenta dudas en cuanto a la responsabilidad del Sistema Nacional de Salud sobre la salud mental y las adicciones tras la clara definición de la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006), señalando las funciones de Atención Primaria y Especializada (Salud Mental) en su abordaje.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL EN LAS DISTINTAS CCAA

La transformación de la atención sanitaria (ambulatoria y hospitalaria) para las personas adictas desde los años ochenta hasta la actualidad ha sido importantísima en España. También se observan cambios en la última década, y en particular en los últimos dos años; cambios que no pueden ser identificados con indicadores claros, debido a la escasez de estudios epidemiológicos y de evaluación de los servicios (Desviat, 1999) en lo que a Atención Primaria y Especializada en Salud Mental se refiere, y por la dificultad para cruzarlos con los sistemas de información de las redes de drogodependencias.

Por otra parte, en el año 2006 se han producido cambios legislativos y organizativos en algunas Comunidades Autónomas que nos han obligado a actualizar la información a través de entrevistas personales a técnicos o responsables.

Con el objeto de abarcar exclusivamente la situación del centros ambulatorios y hospitalarios, vamos a tomar como referencia algunos indicadores organizativos y asistenciales básicos derivados de la Ley General de Sanidad y de la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud (MSyC, 2006): la dependencia administrativa de la asistencia ambulatoria, y la hospitalización psiquiátrica y de desintoxicación.

DEPENDENCIA POLÍTICO-ADMINISTRATIVA DE LOS CENTROS AMBULATORIOS VERSUS CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y DE CUIDADOS

En general, podemos afirmar que en las Comunidades Autónomas, cuanto más estructurada e integrada se encuentra la Red de Salud Mental con los otros subsistemas de la red sanitaria general, más posibilidades hay de que las redes de atención a drogodependientes (estén o no incluida en la red de salud mental, como en Andalucía o Cataluña) estén integradas en dicha red sanitaria general (Comas e Ibáñez, 1997).

En las distintas CCAA, conviven redes asistenciales ambulatorias para drogodependientes fuera del sistema sanitario (o del nivel especializado de salud) que están muy desarrolladas e integradas en la red asistencial de las personas con drogodependencias, con otras cuyo nivel de desarrollo e integración es menor, y que presentan dificultades para prestar una atención integral, pública y accesible.

Como decíamos, durante los últimos diez años se han producido en España algunos cambios en la dependencia administrativa de los centros ambulatorios de atención a las drogodependencias: si en 1995 eran tres las CCAA (Asturias, País Vasco y Navarra) donde la atención ambulatoria a los drogodependientes estaba integrada en la red sanitaria general, en los Servicios Autonómicos de Salud y en el nivel especializado de Salud Mental (Figura 1), en el 2006 son siete (con Galicia, La Rioja, Murcia y Castilla-La Mancha). A ello hay que añadir que en dos Comunidades (Valencia y Aragón) dependen de Atención Primaria, que en cinco (Baleares, Canarias, Extremadura, Cantabria y Cataluña) dependen de la Consejería de Salud, sin integrarse en el servicio de salud, y que en dos (Andalucía y Castilla y León) dependen de la Consejería de Bienestar Social.

En Galicia, donde nunca existió un Plan de Salud Mental, acaban de ser aprobados en el Parlamento Gallego los Planes de Drogas y de Salud Mental y por Decreto de 2005 se crea una Subdirección General de Salud Mental y Drogas, por el que los servicios asistenciales de atención a drogodependientes pasan a depender orgánica y funcionalmente del Servicio Gallego de Salud y concretamente de Salud Mental. La red de atención a las drogodependencias es amplia y está bien dotada, específica y con funcionamiento en paralelo que dependía de Ayuntamientos y Asociaciones.

En Castilla-La Mancha, en el Plan de Salud Mental 2005-2010 se sientan las bases para la integración funcional y administrativa de la red específica de drogodependencias (contratadas con entidades privadas previamente) en la red de Salud Mental. El único centro específico de drogodependientes que se mantiene se hace de forma excepcional. La Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental (FISLEM) asumirá a su vez la integración social de las personas drogodependientes.

En La Rioja, en abril de 2006 se aprueba un Plan Director por el cual se integra la atención a los drogodependientes en la red sanitaria general y concretamente en Salud Mental.

En estas tres Comunidades (Galicia, Castilla-La Mancha y La Rioja) se propone crear una estructura de coordinación de Área, común para salud mental y drogas. Los argumentos que más han pesado para este cambio son: unos más conceptuales basados en la definición de la drogodependencia como un problema de salud y la normalización de la asistencia incluyéndola en la red sanitaria general (disminuir el estigma); y otros de tipo organizativo y funcional persiguiendo mejorar la accesibilidad de los recursos, la continuidad de cuidados, la atención a los problemas psicopatológicos derivados de los nuevos consumos de drogas (tanto a nivel ambulatorio como hospitalario), y la mejora en la dotación de profesionales y dotarlos de mayor estabilidad laboral.

En todas ellas se percibe como muy positiva la cultura asistencial, comunitaria, de estas redes específicas de atención a las drogodependencias que ahora se integran en la estructura sanitaria del Servicio de Salud.

En una línea de reforma y actualización de los planes de actuación se encuentran las CCAA de Cataluña, Extremadura y Aragón.

En Cataluña, acaba de ser aprobado por el Gobierno de la Generalitat en febrero del 2006 el Plan Director de Salud Mental y Adicciones, para “impulsar planificar, coordinar y estudiar las actuaciones que se han de desarrollar en el ámbito de la promoción de la salud mental, la prevención y el tratamiento de las enfermedades asociadas a la salud mental y las adicciones, y mejorar la calidad de vida de los afectados” (gencat, 2006). La Red de Atención a las Drogodependencias es específica, en los niveles de atención primaria y secundaria, ofreciendo una asistencia integral de los aspectos orgánicos, psicológicos y sociales (Trinidad Requena, 2003).

La integración funcional de las redes de salud mental y de drogodependencias es una de las necesidades planteadas para mejorar funcionamiento y normalización de los sistemas de atención haciendo énfasis en la continuidad de cuidados. La atención a la patología dual, el desarrollo de espacios psicoterapéuticos, la atención a los procesos físicos y sociales, entre otros, se señalan como necesidades prioritarias (Martí y Borrás, 2006).

En Extremadura, donde se está reelaborando el Plan de Salud Mental, una de sus mayores preocupaciones es la atención de la patología dual, y la adecuada dotación de recursos en los servicios de Salud Mental, persiguiendo su integración total en la red sanitaria general (en especial el nivel hospitalario). Se persigue una coordinación funcional entre los servicios de drogas y de salud mental, partiendo de la diferencia de funcionamiento de ambas redes y de la imagen social de los adictos.

En Aragón está teniendo lugar un proceso de cambio en la planificación y organización asistencial. Se ha sectorizado la atención y se ha creado una Dirección General de Salud Mental y Drogodependencias, integrando las Unidades Atención y Seguimiento de Adicciones en Atención Primaria de Salud.

En Valencia, la Dirección General de Drogodependencias depende de la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Valenciano de Salud, por lo que cuenta con una red específica para la atención de todas las adicciones en los Centros de Salud (aunque no siempre ubicados en los mismos). Si bien la patología dual se atiende en Salud Mental, está en proyecto la creación de un centro específico de 24 horas de referencia autonómica para el tratamiento de la misma.

En Canarias, parece existir una situación de transición: si bien teóricamente se ha planteado la integración de ambas redes (el II Plan Canario de Drogas, 2003-2008) se incluye el tratamiento de las drogodependencias en el Servicio Canario de Salud, no existen las condiciones para un cambio por el momento.

Coexisten experiencias mixtas: en algún Centro de Salud Mental (La Gomera) se atiende a la población drogodependiente, y en las Unidades de Atención a Drogodependientes se están atendiendo pacientes con patología psiquiátrica grave y consumidora de drogas. Por otra parte, la dependencia de los servicios es de Cabildos, Ayuntamientos y ONGs.

Figura 1. Atención ambulatoria
Estructura organizativa de los servicios para las drogodependencias por Comunidad Autónoma

	SERVICIO SALUD		SERVICIOS SOCIALES	OTRAS CONSEJERÍAS Y DIPUTACIONES
	SALUD MENTAL	ATENCIÓN PRIMARIA SALUD		
Andalucía			• ¹	
Aragón		• ²		
Asturias	•			
Baleares				• ³
Canarias				• ⁴
Cantabria				• ⁵
Castilla-La Mancha	•			
Castilla y León			• ⁶	
Cataluña				• ⁷
Euskadi	•			
Extremadura				• ⁸
Galicia	• ⁹			
Madrid				• ¹⁰
Murcia	•			
Navarra	•			
La Rioja	• ¹¹			
Valencia		• ¹²		

Fuente: elaboración propia a partir de las Memorias del PNSD y de consulta directa.

1. El Comisionado para la Droga de Andalucía es una Dirección Gral. y depende directamente del Consejero de Bienestar Social. Los CADs dependen de las Diputaciones que establecen convenios con ONGs. Funcionalmente integrados en la red asistencial.
2. En Aragón, a partir de 2005, se sectoriza la atención y se sitúa en Atención Primaria de Salud.
3. En Baleares, el Comisionado para la Droga depende directamente del Consejero de Salud.
4. En Canarias, la Dirección General de Atención Drogodependencias depende de la Consejería de Sanidad, directamente de la Consejera de Sanidad.
5. En Cantabria el Plan Regional de Drogas depende de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, no está en el Servicio Cántabro de Salud.
6. En Castilla y León, los CADs son subvencionados por la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades e integrados funcionalmente en el Sistema de asistencia e integración social del drogodependiente (entidades públicas y privadas).
7. En Cataluña, la Red de Atención a las Drogodependencias depende de la Dirección General de Drogodependencias, del Departamento de Sanidad y Seguridad Social.
8. En Extremadura, desde el 2003 la Secretaría Técnica de Drogodependencias y los centros ambulatorios (subvencionados) se adscriben a la Dirección General Sociosanitaria y de Salud.
9. En 2006 se integra la red de drogodependencias en Salud Mental.
10. Los Centros de Atención Integral a Drogod. Dependen de la Agencia Antidroga de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.
11. En La Rioja, desde 2006 se integra la atención ambulatoria de drogas en Salud Mental.
12. Las Unidades de Conductas Adictivas están subvencionadas por la Gerencia de Atención Primaria de Salud del Servicio Valenciano de Salud.

ASISTENCIA HOSPITALARIA. UNIDADES DE DESINTOXICACIÓN Y UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA (AGUDOS)

La Ley General de Sanidad señala que la hospitalización aguda de todas las personas que padecen una enfermedad, independientemente de su patología se realizará en el hospital general.

En la actualidad es minoritario el ingreso en hospitales psiquiátricos para desintoxicación (y cuando se realiza es alcohólica), y más generalizada la convivencia de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales con la realizada en hospitales psiquiátricos u hospitales monográficos, si bien continúa aumentando en número de Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (Figura 2). En algunos de los hospitales psiquiátricos se han realizado procesos de reforma, creando estructuras de rehabilitación e incluso unidades de gestión clínica, mientras que en otros no. A pesar del

movimiento de desinstitucionalización, el hospital psiquiátrico sigue teniendo un papel relevante en la asistencia psiquiátrica en nuestro país (Figura 3).

En algunas CCAA donde no existen camas de desintoxicación hospitalaria no alcohólica, se señala la no unificación de la atención de drogodependencias y Salud Mental como un impedimento para su atención, debiendo utilizarse los recursos privados.

La continuidad de cuidados en pacientes con patología dual (especialmente en trastornos límites de la personalidad y psicosis) es uno de los problemas asistenciales graves identificados en todas las redes de atención.

El papel de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica en este tipo de pacientes es muy importante por la confusión y desorganización conductual que pueden presentar, siendo necesaria una atención tanto psicofarmacológica como psicoterapéutica y de contención.

La creación de servicios específicos de tratamiento (de hospitalización total y diurna) para tratar a pacientes que presentan patología dual es una tendencia que está teniendo lugar en varias Comunidades (Cataluña, Valencia, Cantabria Castilla y León, Madrid) (Figura 2). En Madrid se trata de un Centro de atención integral al cocainómano.

Figura 2. Asistencia hospitalaria

	DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA*		HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA AGUDA		OTRAS
	HOSPITAL GENERAL	HOSP. PSIQUIÁTRICO O MONOGRÁFICO	HOSPITAL GENERAL	HOSP. PSIQUIÁTRICO O MONOGRÁFICO	UNIDAD DE PATOLOGÍA DUAL
Andalucía	•		•		
Aragón	•		•		
Asturias	•		•		
Baleares	•		•		
Canarias	•		•		
Cantabria	•		•		•
Castilla-La Mancha	•		•		
Castilla y León	•		•	•	•
Cataluña	•	•	•	•	•
Euskadi	•	•	•		
Extremadura	•	•	•	•	
Galicia	•		•		
Madrid	•	•	•	•	•
Melilla	•		•	•	
Murcia	•		•		
Navarra	•		•		
La Rioja	•		•		
Valencia	•		•		•

Fuente: elaboración propia con Memorias PNSD, Catálogo Nacional Hospitales MSyC (2001)
* Desintoxicación de alcohol/u otras sustancias.

Figura 3. Evolución de Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos y de camas en Hospital General y en Hospital Psiquiátrico

	1991	1994	1996	2001
Nº camas Hospital Psiquiátrico	23.282	15.879	14.778	15.605
Nº camas agudos H. Psiquiátrico	1.694	1.689	Sin datos	Sin datos
Nº camas agudos H.General	2.107	2.367	2.647	Sin datos

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Salud Mental, 1996. Atlas de la Sanidad en España, 2001. Ministerio Sanidad y Consumo

LA ATENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN ASTURIAS

Junto con otras CCAA (Navarra y País Vasco), Asturias integró desde 1983 la asistencia de las drogodependencias en los Servicios de Salud Mental, y la incluyó en los distintos niveles asistenciales de la red sanitaria general en virtud de acuerdos con el Insalud. Los servicios de Salud Mental se incorporan al Servicio de Salud Principado de Asturias y una vez trasferida la sanidad en 2001, Salud Mental pasa a formar parte de la Dirección Asistencial.

Las características más significativas de la actividad asistencial en los últimos años en Asturias (Registro Acumulativo Casos Psiquiátricos, Observatorio sobre Drogas para Asturias) son las siguientes: se ha producido un descenso en el número total de admisiones en los últimos años, si bien se mantiene una gran actividad asistencial por el alto número de pacientes que continúan en contacto. Los pacientes, en mejores condiciones sociales y laborales, envejecen en contacto con los servicios.

Se mantiene una gran proporción de tratamientos por heroína, pero el porcentaje ha disminuido progresivamente, tendencia que es contraria a la mostrada por los inicios de tratamiento por abuso de cocaína, que aumentan desde 1992, así como de alcohol y cannabis.

VARIOS SON LOS ASPECTOS A DESTACAR EN LA SITUACIÓN QUE NOS OCUPA EN ASTURIAS

Una, que la asistencia sanitaria de las personas con drogodependencias reviste similares ventajas y desventajas que el resto de los usuarios de Salud Mental. Dos, que el cambio del perfil de los consumidores (con clínica más confusional por consumos distintos: Figura 4) y la mejora de la calidad asistencial exige una mejora en la provisión de espacios psicoterapéuticos y actualización de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica. Tres, como tarea histórica pendiente está la coordinación y el trabajo por casos con la Atención Primaria de Salud para favorecer la continuidad de cuidados de los pacientes tanto en los aspectos somáticos como psicológicos y familiares. Cuatro, que es preciso ampliar los programas específicos (familias, hijos). Cinco, la participación de los Servicios Sociales en el apoyo social a los enfermos mentales (también pacientes con adicciones). Seis, una mayor sensibilidad de los órganos de gerencia de la red sanitaria general hacia las especificidades de la Salud Mental (incluidos los adictos).

Figura 4. Doble categoría diagnóstica (CIE 10) en usuarios atendidos en el Area IV (Oviedo) de los Servicios S. Mental del Principado de Asturias en 2001

	TRASTORNO MENTAL POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS (F10-F19)
Trastorno Personalidad /comportamiento (F60-F69)	24.62%
Psicosis (F20-F29)	5.97%
T. del Humor (F 30-F39)	23.27%
T. neuróticos (F40-F48)	7.55%
T. mentales orgánicos (F00-F09)	2.20%

Fuente: Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos. Servicios Salud Mental del Principado de Asturias.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En estos momentos, el mapa de la dependencia administrativa-funcional de la red asistencial de las drogodependencias en España queda configurado de la siguiente manera: un primer grupo de Comunidades (52.9%) que optan por la integración administrativa y funcional de ambas redes dentro de los Servicios de Salud autonómicos, de los cuales el 77.7% lo hacen en Atención Especializada, en Salud Mental y el 22.2% en Atención Primaria de Salud; un segundo grupo (11.8%) que lo integra en Servicios Sociales, y un 35.3% que quedan fuera de ambos sistemas de protección social y la sitúan en otras estructuras de gobierno (Consejerías de Sanidad, Diputaciones, Cabildos, Ayuntamientos).

Las dificultades que se aprecian para la integración de ambas redes en el último grupo de CCAA pasan por supuesto por una voluntad política, pero también por razones de tipo práctico: el reparo a perder recursos económicos, a decrecer en poder o agilidad administrativo-política, por la consolidación y sedimentación del actual modelo organizativo, e incluso por diferencias de cultura asistencial y rechazo de determinados agentes.

Son las CCAA de Galicia, Castilla-La Mancha, Cataluña, Aragón, Extremadura y La Rioja (el 35%), donde en los últimos dos años están teniendo una tendencia reformista, mientras que en el resto (65%) es más continuista.

La estructura y funcionamiento de la red asistencial ejerce su influencia tanto en la calidad y la continuidad de cuidados de los usuarios como en la representación social del proceso de enfermar.

El énfasis en normalización creemos que es uno de los aspectos más importantes para evitar la estigmatización en las sociedades desarrolladas (en otras culturas, la representación social de la enfermedad mental es diferente) tanto de las personas con una adicción, como de las que padecen otros trastornos mentales. Garantizar, pues, unas prestaciones mínimas en todo el territorio español, que permita un tratamiento integral y coordinado de los aspectos somáticos, psicológicos y sociales de las diferentes patologías adictivas, puede plantearse como un objetivo realista y que forma parte de las propuestas tanto de la Conferencia de Helsinki como de la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

La participación de otros sistemas de protección social (Servicios Sociales) es básico para un desarrollo armonioso y normalizado de la asistencia de los drogodependientes. El escaso desarrollo de los Servicios Sociales ha provocado que éstos hayan vivido de espaldas a determinados sectores de población con necesidades sociales: es así en el caso de los drogodependientes, pero también lo es por ejemplo en los trastornos mentales severos, respecto a los cuales hay una resistencia de tipo ideológico por la que se les ubica competencialmente (en necesidades de vivienda, ocupación, apoyo social) en la red sanitaria de salud mental.

La necesidad de contar con indicadores de atención en Salud Mental y la inclusión, al menos a nivel informativo de la atención a las adicciones, en los sistemas de información con el resto de las patologías, así como información unificada sobre los centros asistenciales es básica para realizar una adecuada planificación, comparar experiencias y poder extraer consecuencias sobre buenas prácticas.

En este sentido, la rica literatura científica y documental producida durante estos veinte años por las redes de administraciones, profesionales, fundaciones y ONGs, es un fiel reflejo del enfoque comunitario, promovido en la práctica en el área de intervención de las drogodependencias y que ha de incluirse entre esas buenas prácticas. Sin olvidar otros aspectos como el nivel de la gestión y de la planificación y coordinación institucional, los sistemas de información puestos en marcha, la evaluación de los procesos y de los resultados de las intervenciones, tanto preventivas como asistenciales.

No hay que perder de vista que en Salud Mental, si bien el enfoque curativo y hospitalcentrista parece perder fuerza (al menos teórica) entre los profesionales del Sistema Nacional de Salud, el paradigma biologicista, basado en el tratamiento farmacológico, y justificado también por la saturación de los servicios, está perfilando un modo de intervención sanitario tecnocrático y alejado del sujeto, y por lo tanto de su marco comunitario.

Es preciso asimismo conocer las peculiaridades de la asistencia a los drogodependientes en la Atención Primaria de Salud y su articulación con el nivel especializado, sea éste el que sea (dependa de Bienestar Social, del Servicio de Salud). Una relación coordinada y consensuada entre los distintos subsistemas es una de las tareas pendientes y que está incluida en prácticamente todos los planes estratégicos de Salud Mental (Asturias, Cataluña, Andalucía), así como en la estrategia del Plan Nacional sobre Drogas.

Por otra parte, no por ser muy evidente, deja de ser oportuno recordar que la Salud Mental no fue un asunto sanitario hasta la Ley General de Sanidad. Hasta entonces la enfermedad mental leve no se atendía y los pacientes graves eran cuidados en establecimientos no sanitarios, monográficos. Formar parte del Sistema Nacional de Salud fue un primer gran paso hacia la igualdad.

Socialización, cultura y drogas: aprendiendo de los jóvenes

Jaume Funes Artiaga



I. ESTILOS DE VIDA, CULTURAS Y USOS DE DROGAS ENTRE LOS GRUPOS JUVENILES

1. Pequeño resumen sobre los estilos de vida y las culturas juveniles. Pertenecer a alguna “tribu” y construir activamente el propio estilo.
2. La cultura como lógica vital. Componentes de la lógica vital adolescente y joven.
3. Las drogas, los usos de drogas, como componentes culturales, como explicaciones y experiencias vitales jóvenes.
4. Comenzar la adolescencia, comenzar el uso de drogas.
5. La socialización adolescente hoy: de los valores de la sociedad globalizada a los nuevos ritos de transición.

II. SU LÓGICA NO ES NUESTRA LÓGICA

1. Las miradas adolescentes y jóvenes sobre la realidad, sobre sus realidades:
 - Descubrir sus argumentos.
 - Trabajar en clave joven.
2. La investigación receptiva: de cómo pasar del preguntar para contar al saber para interpretar adecuadamente su mundo.
3. Argumentos para probar, para seguir, para abandonar. Argumentos para ubicar las drogas en su vida.

III. DECÁLOGO PARA PODER SOCIALIZAR ACTIVAMENTE, TAMBIÉN SOBRE LAS DROGAS:

1. Organizar y mantener los sistemas de observación de sus realidades en sus contextos.
2. Preguntar siempre. Saber antes de actuar.
3. Dar respuesta a sus preguntas. No dar soluciones a problemas que no tienen.
4. No reducir sus prácticas a nuestras categorías. No reducir sus argumentos a nuestras explicaciones.
5. Explicarles el porqué de nuestras angustias.
6. Dejar claras nuestras pretensiones socializadoras.

Reequilibrando abstinencia y reducción de daños

Juan Antonio Abeijón Merchán



“LOS DEMÁS NOS FIJAN EN NUESTRO SER” (J. P. SARTRE)

“Somos deudores de nuestra historia”, esta constatación, tan presente a nivel de las realidades individuales y colectivas del ser humano, lo está también en la historia reciente del consumo de drogas y en la evolución del abordaje de las consecuencias del consumo, sea a nivel de los tratamientos como de las políticas preventivas. Deudores no quiere decir obligados a repetir patrones establecidos sin posibilidades de cambio, sino más bien, que evolucionamos en constante diálogo con una realidad que se alimenta de su historia. Al hablar de drogas hablamos de individuos y de sustancias en un contexto en constante interrelación y dinamismo, de la mirada interna y de la mirada hacia el exterior, de nuestro ser interno y de los demás contemplándolo y fijándolo en el tiempo y el espacio, en la historia.

Los modelos asistenciales en toxicomanías, así como la comprensión profunda del fenómeno, han evolucionado en paralelo con la percepción social del consumo de drogas.

Los objetivos buscados en los tratamientos se solapan con las expectativas que los consumidores atribuyen al uso de sustancias.

El sufrimiento forma parte de las experiencias del ser humano, experiencias a las que no puede escapar por mucho que lo intente. Como dice B. Vergely en su libro *El Sufrimiento* (1997-2005): “el sufrimiento es un fenómeno humano y un fenómeno vivo, es decir es un fenómeno del ser humano que vive. El sufrimiento tiene no uno, sino dos sentidos, el primero consiste en el dolor, dolor en el cuerpo, dolor en el espíritu, en la vida entera. Tener dolor, dolerse, es lo propio del ser vivo y sensible, que siente dolor porque está hecho de carne y hueso; porque tiene corazón es capaz de reaccionar frente a la violencia, la injusticia y la crueldad; porque aspira a existir y no sólo a vivir, es decir a manifestar las posibilidades que tiene dentro de él en libertad. El segundo sentido del sufrimiento consiste en soportar. Tener paciencia cuando la enfermedad, los hándicaps físicos o la inminencia de la muerte aparece, con lo que conlleva de dolor, de dificultades en las cosas más simples de la vida, en la angustia; resistir a la adversidad, a los conflictos, a las rupturas y a las pérdidas, a la violencia sin caer en la tentación de responder con más violencia. En definitiva a asumir la prueba del tiempo y de la vida.”

Modificar la experiencia del sufrimiento forma parte de la vida cotidiana. El consumo de drogas puede convertirse para muchas personas en una forma de enfrentarse a la experiencia del sufrimiento, controlarlo, acallararlo, desviararlo... Pero la gestión del sufrimiento no es la única forma como se presenta el consumo de drogas, la otra es la reivindicación de lo lúdico, la droga en el espacio del placer.

La reivindicación de lo lúdico expresa la necesidad de búsqueda de una forma amable de afrontar la realidad. La realidad, la búsqueda del bienestar y la lucha contra el sufrimiento son algunos de los grandes ejes que organizan la existencia del ser humano.

La percepción individual y social del consumo de drogas se nutre de estos ejes.

Desde la presentación de la droga, “el pharmakon”, en las sociedades primitivas bajo la forma ritual de lo sagrado, de lo divino, hasta la experiencia en nuestras sociedades del vacío, de lo que nos falta y de lo que tiene que llenar el vacío, algo que puede ser una sustancia, que es vivida como una pasión, que se consume y nos consume. Parafraseando a M. Foucault cuando habla de la locura hay en el ser humano moderno una constatación: que la toxicomanía es una experiencia de la que el hombre sale sin ser el mismo que ha entrado.

Cuando se ha producido una petición de ayuda, elemento clave y necesario a la hora de intervenir en toxicomanías con el paciente, para afrontar las raíces y las consecuencias de la experiencia del consumo mantenido de una sustancia, se afronta, en la relación entre el toxicómano y su terapeuta, la experiencia de lo obtenido y del vacío, del bienestar (¿placer?) y el sufrimiento.

El consumo de drogas debe leerse como una conducta, un mensaje del individuo que nos comunica elementos esenciales de sí mismo y su contexto. Como nos lo dicen los estudios recientes las raíces genéticas y neurofisiológicas están presentes en la conducta del consumo de drogas, aún así esta conducta se expresa como un comportamiento con consecuencias para el individuo y para su medio relacional inmediato y lejano.

La posibilidad de interferir en los mecanismos relacionales modifica de forma muy importante el significado y la evolución de la conducta de consumo de drogas.

Esto es la terapia, la capacidad de organizar y estructurar determinadas interferencias de forma consentida por el terapeuta y el paciente.

Las terapias se organizan en intervenciones complejas que viven en la dualidad de la necesaria intensidad de la intervención continuada y la búsqueda de una causalidad en programas diversificados y cambiantes.

Las expectativas sobre la evolución de las intervenciones en los tratamientos vive la tensión de estas dualidades: “sufrimiento y bienestar”, “vacío y pasión”, “intensidad y causalidad”, “abstinencia y mejora de la calidad de vida”.

El desarrollo profesional de los responsables de los programas de tratamientos en toxicomanías ha captado de forma privilegiada la tensión existente entre el individuo consumidor de drogas y la percepción social del consumo.

El equilibrio entre abstinencia y reducción de daños en los abordajes de los toxicómanos en la actualidad es fruto del desarrollo profesional y de la adaptación de los programas asistenciales a la tensión existente entre el individuo que sufre y el que busca el bienestar.

Los profesionales que trabajan en toxicomanías han hecho un gran esfuerzo para leer los cambios que se han producido en las necesidades de los usuarios de los servicios adaptando a las prácticas del buen hacer los programas asistenciales y los objetivos de los mismos y afrontando con gran creatividad las tensiones de carácter ideológico que durante años han gravitado en las propuestas de tratamiento a toxicómanos siguiendo además los criterios que los organismos internacionales y las diferentes escuelas han ido sugiriendo.

¿ES POSIBLE CURAR A UN TOXICOMANO?

El profesor C. Olievenstein contestaba recientemente así a esta pregunta: “Seguro, escandalizaría a todos diciendo que hay más toxicómanos curados que activos y sin embargo así es.

¿Pero cuáles son las dificultades para el tratamiento?:

En primer lugar el *background* de la ideología clínica, para curar a un toxicómano la clínica de la intensidad es tan importante como la clínica de la causalidad y lo complicado es hacerlas coincidir y los objetivos no son muchas veces los mismos, por ejemplo alguien que quisiera dejar de sufrir puede que no quiera dejar de consumir, esto obliga a plantearse una diversidad de intervenciones de todo tipo (ortopédicas, pedagógicas, institucionales o psico-pedagógicas).

gicas) asociándose entre sí. Hay que gestionar un doble trabajo, por una parte la intervención basada en la causalidad (muy importante en el mundo occidental) y por otro la intervención de la intensidad que caracteriza el mundo de la toxicomanía. La institución debe de pivotar este difícil equilibrio.

El especialista en toxicomanías sabe bien que su intervención consiste en calmar un sufrimiento nacido de la construcción social del vacío, del deseo y de la rapidez psíquica, los toxicómanos son a la vez enfermos y sanos (no-enfermos) y nuestra sociedad, que simplifica y racionaliza todo, ha preferido, de esta doble afirmación escoger una sola: son enfermos.”

Y yo añado: pero no podemos escaparnos de una dualidad que se expresa a nivel social en la contradicción de presentar el consumo como una elección en la libertad del ciudadano, lo que conduce a los tratamientos a un espacio, el de la ética, en el cual el profesional, en su ejercicio técnico, debe de encontrar un cierto equilibrio.

Como plantea E. Morin en su libro *Ethique Methode 6* (2004) “Con frecuencia se busca distinguir ética y moral. Hablamos de ética para designar un punto de vista supra- o meta-individual, y de moral para situarnos al nivel de la decisión y de la acción de los individuos. Si embargo los dos términos son inseparables y a veces se superponen. La moral depende implícita o explícitamente de una ética y la ética se seca y se convierte en vacía sin las morales individuales.

Los programas de reducción del daño surgen como una necesidad de minimizar los efectos físicos, psíquicos y sociales negativos asociados al consumo de drogas a través de un conjunto de medidas socio-sanitarias, individuales y colectivas (A. Mino, 1993).

Se trata de mejorar la calidad de vida que según Diener y Lucas (1999) recoge para el individuo, por un lado, los juicios cognitivos sobre satisfacción con la vida y, por otro, las evaluaciones afectivas sobre el humor y las emociones.

En el estudio de Marquez, Iraurgi y col., *Los programas de mantenimiento con metadona en la CAPV* (2000) se señalaba que la opinión de los usuarios de los distintos programas reflejaba una mejoría en los siguientes ámbitos de la vida del toxicómano:

- Reducción del consumo de drogas y de las conductas de riesgo.
- Reducción de las conductas delictivas.
- Mejora de las relaciones familiares y sociolaborales.
- Mejora de la calidad de vida percibida.

De nuevo desde la dualidad se construye una dicotomía entre los llamados programas de alto umbral de exigencia y otros de bajo o nulo umbral de exigencia con las siguientes características:

Programas de alto umbral (Verster y Buning, 1999)

- Acceso difícil.
- Orientados a la abstinencia.
- Propuestas de tratamiento de recorrido obligatorio y rígido de cumplimiento inflexible.
- Contenidos psicoterapéutico y/o psico-educativo.
- Presencia de mecanismos de control.

Programas de bajo umbral

- Acceso fácil.
- Orientados a la reducción del daño.
- Tratar el síndrome de abstinencia y mejorar la ansiedad del paciente y su calidad de vida.
- Diferentes opciones de tratamiento.

Todos plantean la necesaria asociación entre la administración de cualquier tipo de fármaco (metadona, heroína...) y el trabajo de *causelling*.

La presentación de programas de bajo y alto umbral de exigencia plantea una reflexión e interacción sobre el que propone los programas, el profesional, el responsable de las políticas sanitarias, y a los que se dirigen los mismos, los pacientes, los grupos sociales; de carácter ético para alejarse de una filosofía rehabilitadora más global e inespecífica según los postulados de Dole y Nyswander (1965) y acercarse a criterios de contención, control socio-sanitario y acercamiento al toxicómano.

INDIVIDUO, COMUNIDAD Y SENTIDO ÉTICO (E. MORIN EN SU LIBRO *ETHIQUE METHODE 6*, 2004)

Las sociedades humanas han desarrollado y complejizado este doble carácter sociológico: el de la relación del interés y de la rivalidad en el individuo y el de la comunidad. El sentimiento de comunidad es y será fuente de responsabilidad y de solidaridad a su vez fuentes de la ética.

Esta tensión, de carácter ético y moral, entre individuo y comunidad, podría explicar la confrontación entre programas libres de drogas y programas de reducción del año si aplicamos esta reflexión al consumo de sustancias y al abordaje terapéutico de sus consecuencias.

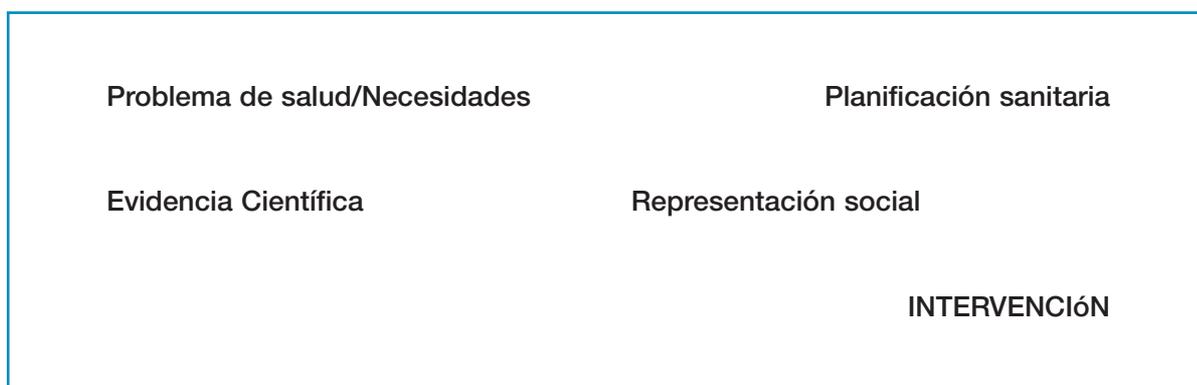
En el individuo con problemas de consumo de drogas el carácter egocéntrico tiene que ver con su capacidad de afrontar la tensión entre sufrimiento y placer.

El sufrimiento supone para el individuo el “peso de la realidad” (Denis Vasse), el sufrimiento aparece en la vida de todo ser humano sin que este lo busque y es fruto del dolor en el cuerpo, de las pérdidas y de la constatación de sus límites.

El sufrimiento se contrapone a la felicidad y en esta el placer es un componente importante.

Escapar, encontrar un sentido, transformar o borrar son formas de enfrentarse al sufrimiento en el ser humano.

En la construcción de las estrategias de intervención en áreas socio-sanitarias hay un modelo de interacción que recoge todos estos elementos comentados caracterizándolos en cuatro esferas que organizan de forma dinámica la intervención de la siguiente forma:



Ya hemos visto cuáles eran las tensiones existentes en las necesidades del individuo que consume drogas y sus sistemas y los problemas de salud que vive tanto a nivel físico como psíquico. La representación social del consumidor de drogas y del propio consumo ha vivido una gran transformación en los últimos años, así como las respuestas asistenciales que se han organizado, con patrones correlativos.

EVOLUCIÓN DE LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL CONSUMIDOR DE DROGAS

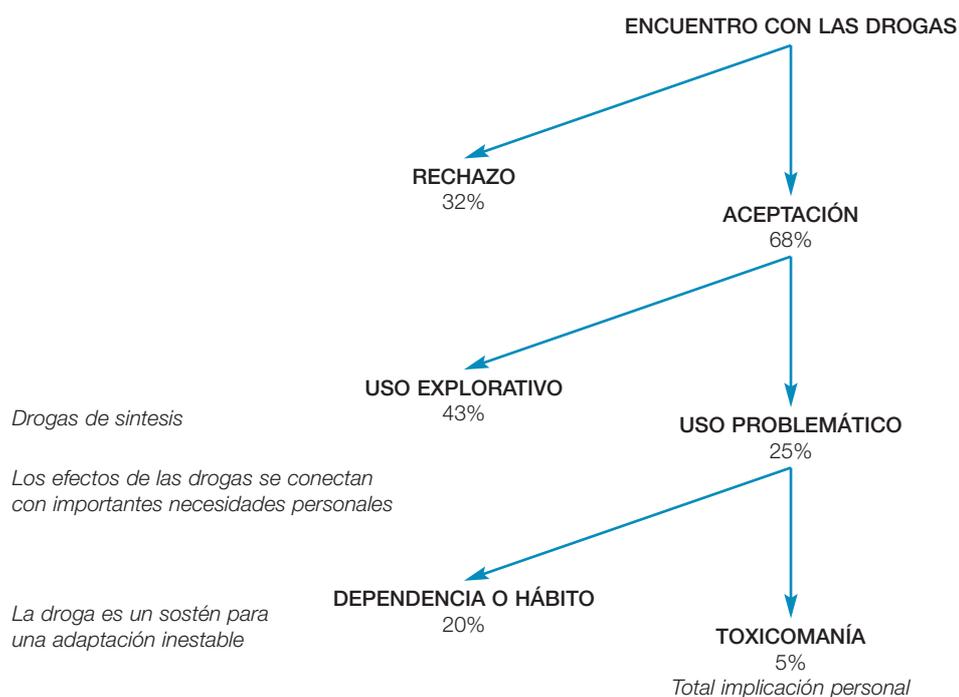
- Una elección equivocada en la vida “yo tengo mucho vicio” Años 80
- Un delincuente Años 80-90
- Un enfermo Años 90
- Un ciudadano Finales de los 90 hasta...

EVOLUCIÓN DE LAS RESPUESTAS ASISTENCIALES

- El modelaje. El rol del ex...
- La exclusión. Las granjas y las comunidades de vida.
- Programas de principios absolutos.
- La asistencia sanitarista basada en el síntoma.
- Los programas de reducción del riesgo y del daño.
- La complementariedad de modelos de intervención. La respuesta profesional.

No todas las personas que se ponen en contacto con las drogas son toxicómanos. Hay diferentes recorridos con paradas significativas que van a necesitar respuestas específicas según las demandas de ayuda que se presenten, si éstas se presentan.

POSIBLES EVOLUCIONES DESPUÉS DEL ENCUENTRO CON LA DROGA



Los problemas surgen en la actualidad no cuando se abordan a los dependientes (20%) o a los toxicómanos (5%) según el gráfico de L. Cancrini, es decir aquellos que proponen una demanda de tratamiento porque están experimentando la pérdida de control sobre el consumo y las situaciones de sufrimiento que las acompañan. Los problemas surgen cuando se nos pide abordar a esa gran mayoría de experimentadores que no hacen ninguna demanda, muchos de los cuales no van a hacer de su consumo de sustancias un problema, pero que portan en ellos las dificultades de sus diferentes contextos hasta hacerla propias.

La confrontación entre programas libres de drogas y programas de reducción del daño en los años ochenta y noventa era deudora de la tensión entre comunidad e individuo, entre intensidad y causalidad. Esta confrontación diferenciaba los siguientes aspectos:

En los programas libres de drogas

- El acento se pone sobre la persona.
- El tratamiento se plantea con objetivos totales: abstinencia.
- Los tratamientos se plantean largos y complejos.
- Se sitúan los tratamientos en la esfera de la intervención psicoterapéutica y psico-educativa.
- Se cuestiona el consumo.
- La dirección se centra en el equipo.
- Se trabaja la demanda de tratamiento propuesta por el consumidor de drogas.

En los programas de reducción del daño

- El acento se pone sobre la sustancia.
- El tratamiento se plantea con objetivos parciales
- Los tratamientos se plantean como intervenciones concretas con recursos definidos.
- Se sitúan los tratamientos en la esfera de la intervención sanitaria y/o biológica.
- No se cuestiona el consumo.
- La dirección del tratamiento es compartida con el paciente.
- Se acepta la demanda inicial de tratamiento propuesta por el usuario.

La complementariedad en la intervención permite intercambiar los elementos presentes en cada una de estos dos apartados haciendo más compleja la propia evolución de las propuestas de tratamiento.

A lo largo de estos años de trabajo se han producido muchos cambios que han tenido consecuencias positivas y negativas y que nos han conducido a la situación actual.

Aspectos positivos en los cambios experimentados en la evolución de los modelos asistenciales:

- Se ha producido un acercamiento a la realidad del consumo de drogas y a la persona del consumidor.
- Se han mejorado los dispositivos dotándolos de mayores medios y profesionalizándolos.
- Se ha creado un marco teórico.
- Se ha caminado hacia "la buena practica".
- Se han flexibilizado las intervenciones que se adaptan mejor a los cambios.
- Se han especializado las intervenciones.

Aspectos negativos en la evolución de modelos asistenciales:

- Hay una tendencia hacia la medicalización de las respuestas asistenciales.
- Se ha relegado a un segundo plano la intervención psicoterapéutica.
- Hay una tendencia a la compartimentalización de las intervenciones por áreas.
- Peligra el *continuum* terapéutico.
- Pérdida de la complementariedad de estrategias de intervención.
- Se minusvalora la formación continua del profesional.

En la actualidad:

- Se trabaja con un grupo crónico de pacientes.
- El consumo se universaliza.
- Hay nuevos pacientes emergentes en los servicios.
- Hay una tendencia al aislamiento de los servicios.
- Preocupan sobre todo las alteraciones de conducta ligadas al consumo.
- Se produce un cruce de intereses entre el sistema sanitario y el judicial.

Caminamos hacia una nueva relación con las sustancias caracterizada por:

- Aceptación del consumo como un derecho individual.
- Las sustancias forman parte del cotidiano.
- El consumo de cierto tipo de drogas aparece como un ritual de acceso a la adolescencia en la juventud española.

LOS RETOS ASISTENCIALES

Los servicios asistenciales se enfrentan en la actualidad a cuatro grupos de consumidores de sustancias que interpelean las capacidades de respuesta de los profesionales de la asistencia y de los responsables políticos de la gestión y planificación de recursos en este campo de las drogodependencias.

1. El grupo de los consumidores crónicos ya atendidos en las redes asistenciales que responden al siguiente perfil: un hombre (8 de cada 10) de edad media 32 años, con un nivel educativo bajo, que se encuentra en paro, con ayudas sociales, que ha sido policonsumidor, con depresores como droga principal (opiáceos), que ha utilizado la vía inyectada principalmente, que ha realizado múltiples tratamientos y que es consumidor de recursos sanitarios y sociales.

2. El grupo de los enfermos mentales con las siguientes características: un joven con historia de ingresos psiquiátricos, consumidor de sustancias psicodislépticas y estimulantes, con una historia de antecedentes familiares problemáticos, que es usuario de medicamentos y consumidor de servicios de Salud Mental y Toxicomanías y que presenta un consumo aislado e individual.

3. El grupo de los adolescentes: con consumo no problemático o muy problemático de sustancias, con antecedentes familiares problemáticos, con implicación familiar en las situaciones actuales, que consume sobre todo sustancias estimulantes, que ha presentado dificultades de integración escolar y social, con muy escasa conciencia de problema, que hace especialmente un consumo lúdico y que plantea fundamentalmente problemas de conducta.

4. El grupo de los jóvenes adultos que están bien integrados sociolaboralmente, que viven en situación de pareja, en los cuales es muy importante el medio ambiente en el consumo, con muy escasa conciencia de problema y que consumen sobre todo sustancias estimulantes y OH; con muy poca implicación familiar, en los cuales los problemas económicos relacionados con el consumo están en el origen del interés por hacer un tratamiento y que hacen un consumo lúdico.

El desafío de la comunicación

Begoña del Pueyo Ruiz



La información sobre drogas surge en nuestro país fruto de la alarma social, provocada por un fenómeno que se asociaba con delincuencia y focalizado en adictos a la heroína. En plena “Transición” sirvió para expresar a través de este fenómeno inseguridades y angustias de tanto cambio como el que se vivía en aquel momento.

Desde un punto de vista antropológico, como destaca Oriol Romaní (*XI Symposium sobre avances de las drogodependencias*. Noviembre 2003) «Los medios de comunicación han enfatizado mayoritariamente aquellos aspectos del sentido común más congruentes con los intereses dominantes y los valores hegemónicos existentes en cada sociedad en cada momento histórico, tendiendo a seleccionar (sobre todo, aunque no únicamente por las fuentes utilizadas) aquellas noticias que pueden conectar más directamente con aspectos afectivos y normativos de las sociedades mencionadas; cosa a la que contribuyen, además del contenido de las noticias, aspectos formales como el tipo de lenguaje utilizado, la presentación de la noticia, etc.»

La fuente fundamental de información para los periodistas en esa primera etapa la constituyeron casi exclusivamente las notas de prensa de la policía, que familiarizaron a los informadores con alijos y presuntos delitos cometidos por los adictos. Esta profusión de información de sucesos contrastaba con el hermetismo de los primeros profesionales que trabajaban rigurosamente en este campo, que huían del tratamiento morboso que se ofrecía en algunos medios de este fenómeno novedoso. La situación contribuyó a la fijación de un estereotipo que ha desenfocado la verdadera dimensión del problema de las drogas durante años y que aún hoy arrastramos.

«Si la construcción social de las drogas que se basa en el paradigma jurídico-medicalista-prohibicionista consiguió éxito popular, que fue uno de los aspectos que le permitió afianzarse hasta convertirse en un modelo de percepción y de gestión dominante del tema que conocemos hoy en día, a juicio de Romaní, no fue sólo porque supo integrar la confluencia de varios y más o menos poderosos intereses en la elaboración del modelo, sino también porque supo manipular los flujos de información de tal manera que le permitió tocar la “fibra sensible” de amplios sectores de la población.»

El “modelo heroína” de los años ochenta que justifica la asociación drogas-marginación, deja paso progresivo a lo largo de los noventa a un mayor protagonismo de los usos de la cocaína, a las (mal) llamadas drogas de diseño y a las nuevas pautas de consumo de alcohol por parte de los jóvenes, elementos mucho más integrados en la normalidad social. En cambio, las percepciones sociales que reflejan encuestas como la del CIS, los informes anuales del PNSD, FOESSA o EDIS, continúan interpretando los fenómenos a través del “modelo heroína”. «Es lógico —a juicio de Romaní— en el sentido de que la forma de ver las cosas suele cambiar de manera bastante más lenta que muchos de los propios hechos sociales, sobre todo en sus aspectos tecnológicos. Pero lo curioso es que los medios de comunicación hacen lo mismo, reforzando estereotipos existentes, cuando ateniéndonos a principios como la objetividad de la información y la lógica de la novedad informativa, quizás deberían haber sido los primeros en romper con la visión de los nuevos fenómenos de las drogas vistos a través de la viejas gafas del modelo heroína.»

Ayuda a explicarlo el hecho de que en comunicación el primer impacto es el que se fija con mayor intensidad. Eso demuestra, aunque no justifica, que todavía hoy 20 años después de la aparición del PNSD, que surgió para dar res-

puesta a este nuevo fenómeno, cuando en un medio de comunicación se quiere mostrar el problema de las drogas en toda su magnitud se recurre a la imagen más descarnada, la del adicto cronificado y desestructurado socialmente.

La consecuencia de esta situación es que la percepción social sobre el consumo de drogas en algunos aspectos es hoy más confusa, si cabe, que hace dos décadas. Por un lado, se mantienen estereotipos estigmatizadores y por el otro, se ha producido una banalización de muchos de los consumos que no se consideran de riesgo, porque no responden al estereotipo. Difícilmente un adolescente que se fuma unos canutos o se toma unas pastillas en una fiesta va a identificar su consumo "lúdico" con el del usuario de una sala de venopunción. Sin embargo, uno de los retos de los medios de comunicación es hacer llegar a la sociedad ambos riesgos, sin que uno se solape con el otro. Tan peligroso es obviar los consumos recreativos como invisibilizar a los adictos.

INFORMACIÓN CONTRAPREVENTIVA

A menudo se da por sentado que los medios de comunicación actúan como agentes de prevención frente a fenómenos sociales, atribuyéndoles unas posibilidades que no corresponden con la capacidad que tienen los medios para asumir ese cometido. Por otra parte, no todos los periodistas están de acuerdo que ésta sea su misión y, desde luego, las empresas periodísticas no lo consideran entre sus objetivos prioritarios, pese a que prácticamente todos los grupos mediáticos han refrendado códigos de buenas prácticas éticas en relación con la información sobre drogas, como el promovido por la FAD (compromiso para promover información crítica y reflexiva, suscrito ante SM la Reina el 15.12.2005).

A pesar de algunas distorsiones del mensaje, es innegable la capacidad de los medios para concienciar y sensibilizar a la opinión pública. En este sentido, la UNESCO, ya en el año 1972, cuando las drogas comenzaron a provocar alarma social, buscó la complicidad de los medios de comunicación apelando a su utilidad pública y a la posibilidad de convertirse en "un poderoso instrumento para fomentar actitudes y transmitir conocimientos en materia de drogas". Pero también advertía que "una información transmitida inadecuadamente puede llegar a propagar el uso de las drogas".

Tres décadas después esa advertencia continúa vigente más que nunca y el reto al que se enfrentan los medios de comunicación resulta también más complejo, si cabe: ¿cómo advertir a la sociedad sobre la existencia de más sustancias, más accesibles y más baratas, sin provocar el efecto indeseado de fijar el estereotipo de asociar juventud y drogas, normalizando los consumos que precisamente se querían combatir y provocando alarma en los adultos?

Un ejemplo ilustrativo de este efecto contrapreventivo de algunos mensajes lo encontramos en un muestreo sobre hábitos de consumo realizado por la organización Energy Control (ONG que trabaja en programas de reducción de riesgos). Un porcentaje significativo de los alumnos del instituto consultado reconoció consumir sustancias que realmente no existían y que se habían introducido en el sondeo junto a las más populares entre los jóvenes. Las estadísticas de consumo que se transmiten a través de los medios de comunicación les indujeron a exagerar para no sentirse "raros" frente a sus compañeros.

Este dato abunda en la progresiva tendencia a la homogeneización de los adolescentes, que conciben el estereotipo de "ser joven" como vivir el ocio de una manera extrema y eso incluye el consumo de drogas. En ese sentido, los medios de comunicación a menudo recogen las ideas preconcebidas y las devuelven a la sociedad reforzadas e institucionalizadas.

Tampoco ayuda a crear en los jóvenes conciencia sobre los efectos de las drogas el hecho de que la mayoría de los testimonios que se muestran en prensa representan a adictos cronificados y en la mayoría de las ocasiones procedentes de ambientes desestructurados. Los consumidores de fin de semana, que no se sienten identificados con estos testimonios, relativizan el uso que ellos hacen de las sustancias más asociadas a un consumo lúdico.

EL RIESGO DE LOS MENSAJES SIMPLES PARA RECEPTORES HETEROGÉNEOS

En los medios de comunicación convencionales, especialmente los audiovisuales, cuando se abre un micrófono la misma información llega a adolescentes y mayores, de distinta extracción cultural o social, provocando diferentes reacciones según la experiencia, sentimientos y valores individuales. La OMS ya advertía en 1974 respecto a los peligros de comportamientos simplistas para resolver problemas complejos. Esos mismos mensajes distorsionados que los jóvenes interpretan como una normalización de consumos, cuando no les alientan a “probar lo que está en la onda”, los padres los perciben con ansiedad. La profusión de estadísticas sobre consumos y accesibilidad a las sustancias, donde se mezclan usos experimentales con los consolidados, los padres las interpretan con impotencia. En ese sentido, la investigación realizada por la FAD *La brecha generacional en la educación de los hijos* (septiembre 2005) muestra un dato revelador: los padres de hijos menores de 6 años confesaban no saber cómo educarlos. En relación con el consumo de drogas un 43% de los padres considera que es inevitable que sus hijos entren en contacto con las drogas. Lo más preocupante es que se sienten incapaces de influir en ellos para convencerles de que no lo hagan.

Ese miedo hace que se inhiban y, lejos de tomar medidas, ponen en marcha sus mecanismos de defensa, proyectando la responsabilidad en los agentes sociales: la escuela, la administración, la policía, etc.

La razón no es otra que la estrategia de comunicación alarmista que se emplea. Se muestran los problemas, incluso se habla de sus causas, pero en contadas ocasiones se profundiza lo suficiente como para aportar soluciones prácticas, consejos que puedan evitar la impotencia de los padres y les inviten a actuar de una manera más proactiva, con los recursos que tienen a su alcance, que son muchos más de los que se imaginan. Cómo fomentar la autoestima de sus hijos, de qué manera entablar el diálogo intergeneracional, hasta dónde hay que ceder y en qué ocasiones tienen que mantenerse firmes, cómo pelear por los horarios, de qué manera reforzarles frente a la presión del grupo... Estas son estrategias que no aparecen habitualmente en la agenda de los medios de comunicación, porque lo que prima es la singularidad y espectacularidad de los fenómenos. El hallazgo de una nueva sustancia, el uso compulsivo de las nuevas tecnologías sí son noticia. Incluso aunque el ejemplo no sea suficientemente significativo. Precisamente, la magnificación de la realidad es otro de los efectos de la comunicación que pueden distorsionar los mensajes. Todos recordaremos las portadas que acaparó una muerte por sobredosis de éxtasis en el año 2000, frente a la invisibilidad de las 650 anuales provocadas por otras sustancias como la heroína, en unos momentos en que consumían éxtasis no más de 3'5% de los jóvenes, frente a otros usos de drogas más extendidos como el alcohol, el cannabis e incluso la cocaína.

Los expertos que trabajan en drogodependencias a menudo recuerdan que el problema no es la sustancia, sino el uso que se haga de ella, a pesar de esto, ellos mismos caen en el error de enfatizar la preocupación sobre una droga concreta, con el efecto indeseado de desenfocar el peligro que entrañan otras. Hay casos paradigmáticos que ejemplifican cómo percibe la sociedad y los jóvenes, más concretamente, mensajes lanzados desde los medios de comunicación. Resulta ilustrativo el ejemplo de las pastillas sintéticas y los hongos alucinógenos: uno de los mensajes para disuadir del consumo de drogas de laboratorio ha sido su composición química y el desconocimiento de la mezcla de sustancias que podrían estar tomando. La respuesta en algunos casos ha sido recurrir a los hongos, que “son naturales” y además se acompañan de un halo contracultural que aumenta su atractivo.

Capítulo aparte merece el tratamiento que se hace de sustancias legales como el alcohol y el tabaco. La permisividad social frente a estas drogas y la presión de las industrias provocan situaciones tan paradójicas como los anuncios que impunemente se estuvieron insertando en medios en 2005: tabaco de bajo coste (1 euro), ilustrado con la imagen de un joven liándose el cigarrillo y doble sentido en el lema de la campaña “Tú solo te lías” y un croquis de cómo hacerlo.

En la misma línea, en agosto de 2006, ante la ofensiva del lobby del vino, preocupado por su descenso de ventas con la entrada en vigor del carné por puntos, se podían leer titulares del tipo “el vino paga el pato”, “el vino, primera víctima del carné por puntos”. Mensajes que se alternan con las campañas para concienciar a los jóvenes sobre el peligroso binomio alcohol-carretera.

Por otra parte, en los medios de comunicación difícilmente se relacionan fenómenos. La transversalidad que se intenta aplicar en la enseñanza, no tiene parangón en los medios. Parecería que nuestros hijos tienen que estar bien protegidos frente a las drogas, cuando toca hablar de eso, o educados para evitar embarazos tempranos o protegidos contra el *bullying* cuando lo dicta la agenda de medios, sin tener en cuenta que la prevención frente a una multitud de fenómenos en realidad responde a una misma estrategia: la educación en la responsabilidad y en los hábitos saludables.

LA COMPLICIDAD ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA INFORMACIÓN Y DE LAS DROGODEPENDENCIAS, CLAVE PARA LA VERACIDAD DE LOS MENSAJES

El papel de los periodistas es actuar como correa de transmisión, altavoz de lo que está sucediendo, aplicando las normas éticas para el desempeño de su trabajo. Pero quienes tienen la responsabilidad de explicarlo adecuadamente son los educadores, terapeutas, sociólogos, psicólogos, antropólogos y otros expertos y, sobre todo, las distintas administraciones que deberían articular canales que permitan una fluida relación entre los comunicadores y las organizaciones que tienen algo que aportar, especialmente tantas ONGs cuya tarea pasa desapercibida por falta de acceso a los medios de comunicación.

En la medida que esa complicidad entre periodistas y profesionales que trabajan en drogodependencias exista, será más factible realizar una información rigurosa, veraz y crítica, sin sesgos y estereotipos, que permita concienciar a la sociedad, sin alarmar y dando a conocer los recursos a donde pueden acudir en busca de ayuda esos padres asustados y acomplejados porque la sociedad les está diciendo constantemente que no lo saben hacer bien y eso les inhibe de intentarlo.

RESPONSABILIDAD DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

El Consejo de Europa recomendaba en 1982 que los medios “produzcan información comprensible, atrayente, objetiva y creíble, con el objetivo final de conseguir que los individuos puedan tomar decisiones responsables sobre las drogas, sean legales o ilegales”.

A propósito de la objetividad informativa, Amando Vega profesor del Departamento de Didáctica de la Universidad del País Vasco, puntualiza que los medios de comunicación deben informar “sin actitudes moralizantes ni condenatorias”.

Hoy por hoy, sin embargo, la información sobre drogas no cumple las expectativas:

- El carácter noticioso de la información proviene de lo que es insólito, anómalo o problemático.
- Predominan las noticias descriptivas frente a la opinión y el análisis.
- El léxico que se emplea está cargado de juicios de valor y prejuicios.
- Se ofrece similar cobertura informativa indiscriminada a rigurosos estudios y muestras de dudosa validez. No se contrasta críticamente los resultados con otras fuentes.
- Se tienen muy poco en cuenta antecedentes y circunstancias sociales que favorecen el consumo.
- Aunque se ha superado la barrera del drogodependiente asociado a delito, para enmarcarlo en el ámbito de la enfermedad, continúa existiendo gran confusión entre consumidor y drogodependiente, tráfico y delito.

Muchos de estos problemas se resolverían con una mayor especialización de los periodistas. La realidad, sin embargo, es que postgrados sobre esta temática cuentan escasamente a la hora de presentar el currículum en un medio de comunicación, por lo que los estudiantes universitarios priman otro tipo de titulaciones. Por otra parte, cuando algunos organismos han apostado por realizar seminarios para periodistas, la escasa asistencia de los mismos (que no se puede interpretar como una falta de interés sino de tiempo disponible), prueba una vez más la poca sensibilidad de las empresas periodísticas a la hora de valorar esta especialización.

Por eso, siendo más pragmáticos, bastaría con que los responsables de los medios de comunicación permitieran una cierta dedicación a quienes muestran especial sensibilidad hacia estos problemas sociales y no cambiar constantemente de interlocutores a los profesionales que trabajan en drogodependencias, de tal manera que les permitiera establecer ese clima de fluida comunicación que facilite la accesibilidad y contraste de las noticias.

Lo más básico, con todo, es conseguir que todos los esfuerzos que se hacen desde las administraciones y organismos como la FAD (en colaboración con Asociaciones de la Prensa y Colegios de Periodistas), para elaborar materiales destinados a los periodistas lleguen a sus destinatarios, los redactores que se enfrentan cada día a las noticias. Esa es una asignatura pendiente hoy por hoy.

PROPUESTAS DE ACTUACION

1. No podemos perder de vista que la comunicación se rige por unas leyes entre las que está la prioridad de las noticias negativas sobre las positivas y lo singular y novedoso sobre lo cotidiano. Sin embargo, existen mecanismos para equilibrar esa información, contextualizando fenómenos y reforzando situaciones antagónicas a la que surge al hilo de la actualidad.

También sería necesario habilitar espacios de periodicidad fija para abordar cuestiones relacionadas con el problema de las drogas que no tengan que seguir la servidumbre de la noticia.

Estos espacios que se prestan más al análisis reflexivo y el debate, permiten profundizar sobre cuestiones relacionadas con la educación en la responsabilidad, que es el fin último de la prevención sobre drogas.

Sin concesiones a la actualidad de la jornada, a propósito de estadísticas o la alarma social frente a los efectos de una nueva sustancia, estos espacios pueden servir de altavoz de la tarea que realizan los profesionales y ofrecer recursos para los ciudadanos que precisen de ayuda y que, a menudo, dicen “sentirse solos” cuando se enfrentan a un problema como el de las drogas.

2. La premura de tiempo con que se tienen que realizar las informaciones y la falta de espacio no deben ser tampoco excusa para justificar la falta de rigor, en lo relativo al tratamiento de determinadas noticias que llegan ya elaboradas a los medios de comunicación (dossier de prensa) y que se transmiten sin contrastar ninguna otra fuente y en ocasiones descontextualizando los datos que se proporcionan.

En la medida que existan referentes a los que los redactores puedan acudir en busca de asesoramiento se facilitará esa tarea, imprescindible para garantizar una información veraz. Siempre y cuando estos expertos no quieran actuar a su vez como fuente unívoca de la información, sino facilitar el contacto con otros profesionales que trabajan en drogodependencias. No podemos obviar la advertencia de hacen Rekalde y Romaní (2002: 48-50) “las fuentes de información de las instituciones de control social están legitimadas, organizadas y hacen publicidad de sus éxitos”.

Tampoco podemos olvidarnos que “el proceso de distorsión de la información se inicia en las propias fuentes que facilitan las noticias y se consuma en el proceso periodístico, de tal modo que la visión final que se ofrece del problema no se corresponde con la realidad que la sustenta”. En este sentido, también habría que concienciar a las organizaciones que trabajan en drogodependencias de que sus logros no pueden obtener reflejo en los medios de comunicación a cualquier precio (publicitando resultados parciales, experiencias cuyos resultados resulta demasiado prematuro para dar a conocer, etc.).

3. Un efecto colateral de la escasa especialización es el manejo inadecuado del lenguaje, términos moralizantes y catastrofistas cuando no contrapreventivos: “lacra social”, “el mundo o el infierno de las drogas”, “droga” en singular, sin diferenciar las distintas sustancias de tal manera que los problemas reales a los que se hace referencia quedan enmascarados, “drogas de diseño” que ofrecen un plus de atractivo para los jóvenes, “toxicómano”, “narcosala”... La misma clasificación que han hecho los profesionales de “consumo recreativo” tiene una connotación igualmente equívoca.

Imágenes como las que ilustran la información sobre las fiestas de una población con jóvenes acodados a una barra, como si fuera la única manera de concebir celebraciones, a menudo se filtran sin control. Esto sucede porque a

pesar de figurar como advertencias y recomendaciones de muchos de los manuales de buenas prácticas, una vez más se comprueba que no llegan a sus destinatarios, los periodistas que tienen que elaborar la información.

4. Puede que conscientemente los medios de comunicación no persigan un objetivo definido de carácter pedagógico (así lo resaltaba el Congreso Mundial Vasco de 1988), pero los medios sí pueden practicar una cierta “pedagogía social”, explicando a los ciudadanos algunos de los programas que se ponen en práctica y que se prestan a malinterpretaciones, cuando no manipulaciones por motivos ideológicos: salas de venopunción; intercambio de jeringuillas; programas de reducción del riesgo, como los test de sustancias o de reducción del daño, como la dispensación controlada de heroína, uso terapéutico del cannabis, etc.

En la medida que los periodistas entiendan correctamente estos conceptos serán capaces de transmitirlos a la opinión pública y evitarán, a su vez, ser manipulados por disputas ideológicas y partidistas, denunciando estos programas novedosos como malas prácticas, como ha sucedido en algunos medios de comunicación.

Para eso es imprescindible tener acceso a fuentes fiables de información y posibilidad de contrastar ágilmente estas medidas.

5. Los medios de comunicación hablan de los jóvenes, pero sin los jóvenes y con ello perdemos una buena oportunidad de escuchar sus argumentos. Es verdad que los mensajes que se lanzan desde los medios de comunicación convencionales, difícilmente llegan a penetrar en los más jóvenes (que sienten un profundo descontento con la imagen que se proyecta de ellos), pero aunque hayamos aceptado que su espacio relacional sean las nuevas tecnologías, se debería tener en cuenta que para los padres y la sociedad en general es bueno que esa comunicación intergeneracional se produzca también en un foco de influencia como son los medios de comunicación.

Cuando en el año 2000 el PNSD convocó el *Congreso sobre Alcohol y Tiempo Libre*, la primera vez que se debatía seriamente sobre el fenómeno “botellón”, algunos jóvenes tuvieron oportunidad de explicar en los medios de comunicación qué significaba para ellos ese ritual.

Fue un espejismo, porque pasada la alarma social por el problema de orden público, no se volvió a abrir el debate hasta que en la primavera de 2006 una convocatoria por Internet, que tuvo mucho que ver con el efecto mediático, volvió a poner el fenómeno en el candelero con más pena que gloria. Esta vez los medios perdieron una oportunidad única de profundizar sobre aspectos cruciales de este fenómeno que sólo se abordaron superficialmente.

Bien es verdad que no resulta sencillo conseguir este propósito, porque la muestra es de lo más heterogénea como para representar a todo el colectivo: ¿se buscan jóvenes de qué edades, que estudien, que trabajen, que consuman sustancias, que no lo hagan? Pero lo verdaderamente importante es huir del discurso victimista o culpabilizador.

6. “Los jóvenes utilizan el contenido de los medios para reafirmar o argumentar sus opiniones e ideas, como parte de su proceso de socialización y para desarrollar su sentido de pertenencia: en muchos casos este contenido vehicula las conversaciones de los grupos juveniles”, según explica García Gonzalez en *La juventud y los medios*. Hasta tal punto son importantes los impactos que pueden recibir, no sólo a través de Internet, sino de las radiofórmulas, verdadera asignatura pendiente, junto con las teleseries, los medios que precisamente más influencia ejercen sobre el colectivo juvenil.

Dicho esto, también hay que matizar que ni existe “una afición universal de los jóvenes a la música”, ni se puede aceptar como una verdad absoluta que “los jóvenes no leen y sólo ven la televisión o los jóvenes no se interesan por las noticias”, contrastado por el estudio *La comunicación mediática entre los jóvenes madrileños* (Rodríguez, Navarro y Megías, 2001). Un significativo grupo del 51,7% de entre los más mayores, que siguen los informativos televisivos, resulta suficientemente representativo. También hay que tener muy en cuenta las publicaciones gratuitas, revistas de variedades adolescentes y fanzines y cómics.

Los jóvenes parecen estar rodeados por una esfera invisible que hace difícil acceder a ellos a no ser que se conozcan sus claves. “Respeto, relevancia, reconocimiento, respuesta, son esenciales para poder ser escuchado, para que la comunicación sea eficaz”, según explica en su teoría de la ciberesfera el experto en comunicación, Fleming. Hasta el momento, los profesionales que se quejan de la banalización de las drogas que se hace en estos espa-

cios radiofónicos o televisivos con más audiencia juvenil, tampoco han hallado la forma de contrarrestarlos con otros de carácter más constructivo que, sin embargo, no resulten moralizantes y como tal rechazados por los jóvenes. Desde luego, sin escamotear la realidad de que las drogas se consumen porque producen placer.

En este sentido, la preocupación por la fuerza de la ficción viene de lejos. A propósito de cine y drogas, Romà Gubern recuerda que en 1930 la censura en Estados Unidos provocó el “código Hays”, que impedía la aparición de estupefacientes en la gran pantalla. La respuesta de los cineastas cuajó en una serie de cintas en las que la temática fundamental era el sexo, la violencia y las drogas, siendo el máximo exponente *Marihuana*, la historia de una joven drogadicta que cae en la prostitución. También surgieron en esa época falsos documentales moralizantes como *Reefer Mandes* que en 1936 llegaba a afirmar que la marihuana era una hierba cuyas raíces están en el infierno.

En nuestras teleseries queremos que los jóvenes no hagan referencia a los canutos que se fuman, no aparezcan en el bar como lugar de encuentro de referencia pero, tomando otra vez como ejemplo la gran pantalla, no podemos pasar por alto que todos los héroes de la edad de oro del cine americano apuraban interminables cigarrillos, y protagonizaban rondas insaciables de whisky y aguardiente. Con esto quiero decir que es la propia sociedad quien dicta los gestos que la ficción se encarga de enfatizar.

Para no pecar de ambiciosos sino de realistas, en la medida que se consiga de los guionistas que tomen conciencia sobre los guiños innecesarios que podrían ahorrar y que en cambio tienen una gran trascendencia en el imaginario juvenil, al menos una parte de esta compleja tarea estaría ganada. Al tiempo, ese contacto con este colectivo permitiría poner a su alcance otras realidades en positivo, sin presiones.

En cuanto a los reality shows, cuya influencia es mucho más certera que la información, sí que las cadenas de televisión deberían asumir el deber moral, que si bien se comprometen a seguir en los protocolos sobre buenas prácticas que firman con distintas entidades (la FAD es una de ellas), no ponen en práctica por servidumbre a las audiencias.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La definición de comunicación lleva implícito el concepto “educar” junto con informar y entretener, pero lo cierto es que desde los medios de comunicación no se lleva a cabo esa tarea pedagógica.

Informar es la mera transmisión de conocimientos sobre determinados hechos: datos sobre drogas, información sobre legislación, recursos disponibles a nivel preventivo y terapéutico. La educación pretende ir más allá de la simple transmisión de conocimientos para conseguir actitudes sanas y estimular hábitos ajenos al abuso de drogas.

Ambos propósitos se pueden aunar utilizando los medios de comunicación como instrumento de dinamización de colectivos. Los talleres de radio y televisión que proliferaron en los años ochenta, continúan siendo tan válidos como en su momento para este propósito de educar para la salud con adolescentes, sin desmerecer las nuevas tecnologías.

El problema es que no se destinan recursos económicos para una tarea que no puede dejarse en manos del voluntarismo de profesores y periodistas sensibilizados.

La experiencia que viene llevando a cabo el Grupo Interdisciplinar sobre Drogas, GID, es un claro ejemplo de que se pueden optimizar recursos para concienciar a los más jóvenes por una vía alternativa.

Por otra parte, los medios de comunicación públicos locales están infrautilizados, por lo que emplearlos para estos menesteres debía entrar dentro de sus prestaciones como servicio a la comunidad. Su objetivo, más ambicioso que el de los meros talleres, consigue no sólo llegar a los estudiantes sino interactuar con el entorno: padres, vecinos, etc., que a través de esos programas también pueden tomar conciencia de la realidad que viven los adolescentes.

LOS TESTIMONIOS, CADA VEZ MÁS INVISIBLES PARA LOS MEDIOS

Resituándonos en los años setenta y ochenta, cuando las drogas adquirieron su máximo protagonismo en los medios de comunicación, junto con las notas de la policía, la otra fuente de información fueron los drogodependientes y sus familiares. Entrevistas y reportajes que también contribuyeron a desenfocar la verdadera dimensión del problema, porque a las cámaras y los micrófonos sólo accedían los testimonios de quienes provenían de ambientes desestructurados. Era su manera de echarle en cara a la sociedad que les había fallado, mientras que las otras familias de clase media-alta, sentían vergüenza por lo que consideraban su fracaso y se mantenían en el anonimato.

Actualmente, continúan fuera del foco mediático los casos más habituales y sólo los más anecdóticos y extremos protagonizan muy de cuando en cuando algún reportaje de fondo. Eso sin contar las distorsiones que originan los testimonios en los programas de telerrealidad, en los que personajes populares están dispuestos a confesar su adicción, previo paso por taquilla.

Por otra parte, el interés mediático que originaron los primeros centros de rehabilitación y los distintos tipos de tratamiento han pasado a la práctica invisibilidad. El resultado, teniendo en cuenta de que “lo que no aparece en los medios de comunicación es como si no existiera”, es que la percepción social sobre las dificultades que entraña la deshabituación a las drogas también se ha desenfocado. Parecería que quien tiene un problema acude a un centro y lo soluciona.

Bien es verdad que los profesionales que trabajan en drogodependencias ya nos advirtieron desde hace tiempo del peligro que entrañaba que los ex-drogodependientes acudieran a los centros escolares a explicar su experiencia, porque la lectura que podían hacer era relativizar el riesgo. Pero la situación actual, la de invisibilizar a los drogodependientes, no conduce a una lectura más constructiva.

Tampoco aparece con el suficiente énfasis en el discurso mediático un dato que los propios expertos a menudo olvidan mencionar cuando avasallan con estadísticas de consumo y que, en cambio, puede resultar clave para acabar con el determinismo de quienes piensan que nada se puede hacer: de los jóvenes que realizan un consumo experimental con drogas, sólo un 10-15% llegarán a necesitar ayuda en un centro de rehabilitación. Una información que, desde luego, debe ir acompañada de esas otras explicaciones sobre factores de protección que pueden impedir que los consumos experimentales se conviertan en adictivos.

Escenas como las que se han vivido en Barcelona en la primavera del 2006, con vecinos agrediendo a los usuarios de una sala de venopunción, ponen en evidencia el camino que queda todavía por recorrer para ofrecer un panorama más ajustado a la realidad del fenómeno de las drogas. Una realidad que atribuye el consumo de drogas cada vez más al placer, diversión y presión de grupo en detrimento de las relacionadas con enfermedad o desajuste personal o social, según refleja el estudio (Megías et al., 2000: 333-334) que clasifica en dos grupos diferenciados las tomas de posición:

- Un perfil (estándar) temeroso, indefenso, asustado y, al tiempo, confrontado frontalmente con los problemas de drogas, que estaría representado por el grupo de población de personas mayores, de nivel educativo bajo, mayoritariamente no activas desde el punto de vista laboral, autoposicionadas en el centro-derecha político, que se consideran católicos y practicantes, que no conocen personalmente a consumidores, que están convencidos de que las drogas podrían erradicarse de forma plena y que no consumen o que consumen exclusivamente alcohol y tabaco.
- Otro perfil significativo de población es más proclive a encontrar algún beneficio en las drogas, está menos asustado ante las mismas, es más favorable a algunos aspectos de sus manifestaciones. Sería el perfil de población integrado por personas de franjas más juveniles, con un nivel educativo más alto, fundamentalmente estudiantes o trabajadores en activo, agnósticos o no creyentes y autoposicionados en la izquierda o centro-izquierda político; serían personas que conocen a consumidores y que algunas de ellas consumen y que creen poco en la posibilidad de hacer desaparecer los problemas de las drogas.

Buscar la complicidad (de los agentes)

Gloria García Lalinde



LAS ESTRATEGIAS DE APOYO ENTRE IGUALES

La educación a través de agentes de salud (educación inter pares) como estrategia para el cambio del comportamiento se basa en teorías bien conocidas, como la *Teoría del aprendizaje social* (Bandura, 1986), la *Teoría de la acción razonada* (Fishbein & Ajzen, 1975), la *Teoría de la difusión de la información* (Rogers, 1983) y otras. La educación inter pares se ha aplicado en muchas áreas de la salud pública, como educación sobre nutrición, planificación familiar, consumo de drogas y prevención de la violencia. Sin embargo, en el campo del VIH/sida la educación inter pares destaca por la frecuencia de ejemplos de aplicación en la documentación internacional reciente sobre salud pública. Durante la ejecución del *Programa de Prevención y Control del Sida* (AIDSCAP) de Family Health Internacional/USAID, 116 de los 195 proyectos de Comunicación para el cambio de comportamiento aplicaron la educación inter pares.

La educación a través de agentes de salud (educación inter pares) es un concepto que implica un enfoque, unos principios, una metodología, un canal de comunicación y una estrategia. El término “par” se refiere a “una persona de la misma posición social que otra, que pertenece al mismo grupo social”. El término “educación” se refiere al “desarrollo”, “formación” o “persuasión” de una persona determinada, o a los “conocimientos” resultantes del proceso educativo. A menudo la educación inter pares se utiliza para propiciar cambios al nivel individual, tratando de modificar los conocimientos, actitudes, creencias o comportamientos de una persona. Sin embargo, la educación inter pares también puede producir cambios a nivel social o de grupo, modificando normas y estimulando la acción colectiva conducente a cambios en los programas y las políticas¹.

La presente ponencia presenta algunas reflexiones y consideraciones metodológicas sobre la participación de consumidores de drogas como agentes de salud. Varios son los “puntos fuertes” de los agentes de salud para el desarrollo de acciones de educación inter pares desde el marco de la reducción de daños asociados al consumo de drogas (o desde la prevención):

- Su experiencia personal les hace conocer mejor el terreno y los códigos del colectivo de usuarios de drogas.
- Sus mensajes pueden ser más comprensibles y creíbles para esta población.
- Pueden ganarse más fácilmente la confianza y el respeto por parte del colectivo con el que trabajen.
- Pueden detectar con mayor facilidad las necesidades y problemáticas de esta población.

El ambiente en el que los consumidores de drogas desarrollan la mayoría de sus actividades suele ser bastante cerrado. Es habitual iniciarse en el consumo con amigos, por lo que los “saberes” del grupo de pares sobre modos, prácticas y riesgos del consumo suelen ser bastante homogéneos y se transmiten eficazmente, junto con los valores y las normas del grupo.

1. ONUSIDA. *Educación inter pares y VIH/SIDA: Conceptos, usos y problemas*. Ginebra. Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA (2000).

La ventaja de contar con la colaboración de consumidores o personas clave cercanas a ellos, es que éstas realizan intervenciones en el seno de su propio contexto, con su grupo de pares y sobre la base de sus propias redes de relaciones. Disponen de un fácil acceso a las zonas de consumo y conocen todo aquello que lo rodea, saben el lenguaje de la calle y son reconocidos por sus pares como “de pertenencia”².

En esta breve introducción se han mencionado varios conceptos. Nos detendremos en algunos que consideramos especialmente relevantes para el tema que nos ocupa:

- Educación para la Salud.
- Valores, actitudes y normas sociales.
- Información significativa.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Se define como “cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud y busquen ayuda cuando la necesiten”³. Pretende capacitar a las personas para que puedan responsabilizarse de su estado de salud y adoptar las medidas adecuadas para mantenerla o mejorarla. La Educación para la Salud no es un acto, sino un proceso que requiere de situaciones de aprendizaje continuas en el tiempo. La información se utiliza como recurso para tomar decisiones con respecto a la salud, pero nunca como un fin en sí mismo, por lo que se considera necesario trabajar también las actitudes, los comportamientos y los aspectos contextuales⁴. Para Costa y López es un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo (Costa y López, 1996).

VALORES, ACTITUDES Y CAMBIO DE CONDUCTA

EL PROBLEMA DE LA INFORMACIÓN

Como se destaca en la definición anterior, no debe confundirse Educación para la Salud con transmisión de información sobre salud. Son innumerables los ejemplos en los que la posesión de información exhaustiva sobre comportamientos poco saludables no cambia éstos (conducción temeraria, consumo de alcohol y drogas, conducta sexual de riesgo...). La información, por sí sola, no cambia el comportamiento.

Los intentos individuales por cambiar la conducta se ven influenciados por otras variables como las opiniones, influencias y acciones del grupo de pares y de los grupos sociales de pertenencia y por los contextos sociales, políticos y legales en los cuales ocurre la conducta en cuestión. Según la OMS (1998), los Programas de Reducción de Daños deben orientar sus intervenciones hacia:

- El cambio de conducta individual que se manifiesta muchas veces en un contexto interpersonal y que se ve influido por una serie de variables que van más allá de la mera información; por ejemplo, la conciencia y las creencias (actitudes y valores) del individuo sobre los riesgos de una determinada conducta para su salud, las intenciones y motivaciones para cambiar dicha conducta, y la capacidad que tienen para efectuar dicho cambio.
- El cambio a nivel grupal. Los intentos individuales por cambiar la conducta se ven influidos por las opiniones y acciones de los grupos sociales a los cuales pertenecen los individuos y por los ambientes sociales en los que ocurren el uso de sustancias y las conductas sexuales. Es lo que se llama “norma subjetiva o de pares”. Las

2. Ver Insúa P. (Dir.) (1999): *Programa de Formación para la prevención de los problemas de salud asociados al consumo de drogas*. Plan Nacional sobre Drogas, Plan Nacional sobre el Sida, Universidad del País Vasco.

3. 36ª Asamblea Mundial de la Salud, 1983.

4. *Programa de Prevención Comunitaria*. Grupo GID, 2000.

normas del grupo de pares influyen en el comportamiento de las personas. Las normas entre iguales determinan si un comportamiento es aceptable o normal para el individuo y el grupo. Por tanto, el cambio individual se ve facilitado por el cambio en las normas de los iguales. El trabajo con los iguales hace evolucionar las normas de éstos en materia de conducta sexual y uso de drogas, y contempla tanto los cambios de comportamiento en el grupo como los individuales.

En los últimos años se han desarrollado algunos modelos teóricos para estudiar cómo el individuo interpreta y valora la información sobre un comportamiento, y como toma decisiones y puede tener control de su comportamiento. Los más relevantes son el *Modelo de Creencias de Salud* (Becker, 1974), la *Teoría de la Acción Razonada* (Ajzen y Fishbein, 1980) y la *Teoría del Aprendizaje Social* (Bandura, 1982). Estos modelos han permitido identificar una serie de determinantes individuales de los comportamientos de riesgo, como la percepción de riesgo, la autoeficacia, la valoración de beneficios de un cambio, la percepción de que los iguales cambian y apoyan los cambios y la adquisición de habilidades.

ACTITUDES Y NORMA SUBJETIVA

A través de nuestra intervención pretendemos modificar valores y actitudes y, en última instancia, conductas. Tradicionalmente se ha sostenido desde las ciencias sociales que los valores y actitudes (constructos teóricos, al fin y al cabo) no son fiables a la hora de predecir la conducta. Sin embargo, en los últimos años se han desarrollado modelos cada vez más concretos y predictivos. Nosotros nos apoyaremos en uno de estos recientes modelos teóricos, el de Fishbein-Ajzen⁵, adaptándolo a nuestra realidad. Muy brevemente, Fishbein-Ajzen⁶ distingue entre:

- Creencias conductuales (el convencimiento del sujeto, a partir de la información que posee, de que una conducta determinada tendrá un resultado positivo o negativo para él).
- Creencias normativas (el convencimiento que tiene el sujeto de que determinadas personas o instituciones importantes para él esperan que realice o no determinada conducta).
- Las creencias conductuales dan lugar a las actitudes y las creencias normativas dan lugar a las normas subjetivas. Del balance que el sujeto hace entre ambas surge la intención, y de ésta, la conducta.

Por tanto, para trabajar actitudes y valores es necesario:

- Clarificar los propios valores y actitudes: *Técnicas de Clarificación de Valores*.
- Modificar la información falsa, incompleta o deformada que está en la base de algunas actitudes: *Técnicas de Actitudes*.
- Poder expresar una decisión propia, aun en contra de la norma subjetiva: *Técnicas de Expresión de Opiniones, de Toma de Decisiones y de Mejora de la Autoestima*.
- Poder traducir el cambio de actitud en conducta: *Adquisición de Hábitos y Habilidades Sociales y de Negociación*.

LA INFORMACIÓN SIGNIFICATIVA

A) INFORMACIÓN Y ACTITUDES

Muchos usuarios de drogas han recibido información exhaustiva sobre prácticas de uso de drogas y sexuales de riesgo en la transmisión del VIH a través de talleres, folletos y consejo sanitario, tanto en prisiones como en medio abier-

5. Fishbein, M. y Ajzen, I. (1980): *Understanding attitude and predicting social behavior*. Prentice Hall. New York.

6. Escamez, J. y col. (1993): *Educación para la Salud*. Ed. Generalitat Valenciana, FAD, NAU Llibres. Valencia.

to. Pero, como hemos visto, la información no es suficiente para modificar valores y actitudes y, por lo tanto, conductas. Sin embargo, la información (buena o distorsionada) de que dispone un sujeto está en la base de sus actitudes y valores, así que, es fundamental reflexionar sobre qué características debe tener la información y cómo debe transmitirse para que efectivamente tenga alguna incidencia en los valores y actitudes de las personas.

Hay unas premisas básicas para que la información sea significativa para las personas receptoras:

- La información debe estar adaptada:
 - A la edad: niños, adolescentes, adultos...
 - A las circunstancias de las personas que reciben la información: consumidores en activo requieren una información diferente a adolescentes en riesgo.
- La información debe ser veraz:
 - Las fuentes (documentos, libros, datos...) han de ser creíbles para el colectivo que recibe la información.
 - El emisor (persona o entidad que emite la información) ha de tener prestigio y credibilidad para los receptores de la información.
 - Evitar los intentos de manipulación, no dar información sesgada por el posicionamiento del emisor. Es importante mostrar distintos puntos de vista, incluso contrapuestos.
 - La información proporcionada debe potenciar el análisis crítico, mostrando la complejidad del fenómeno tratado. El tono dogmático o moralista no es adecuado.

La información debe tener relación con las experiencias y el entorno de las personas que reciben la información. Ha de estar relacionada con experiencias, sentimientos, valores y estilo de vida. Es importante conocer las actitudes y valores del colectivo diana y dar oportunidad al grupo de expresar la información que posee. Debe ser, por tanto, horizontal, bidireccional.

La información debe tener en cuenta las emociones. Las personas que viven en situaciones amenazantes inhiben la comunicación sobre el peligro y lo minimizan, por ejemplo evitando hablar del asunto o prefiriendo creer que el problema no las amenaza a ellas. Tenemos que ser conscientes de que la información significa distintas cosas para distintas personas.

La información debe permitir la observación y la auto-observación, facilitar el análisis crítico y la evaluación y fomentar la participación activa.

B) PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS E INFORMACIÓN SIGNIFICATIVA

Partiendo de estas premisas, se hace necesario adaptar el tratamiento y la difusión de la información a las personas con las que vamos a trabajar. Hay que considerar que muchos de ellos están inmersos en una subcultura de la droga, carcelaria o de la marginalidad con sus creencias, códigos y valores. La información que proviene de instituciones o de profesionales puede parecer alejada de sus vidas e intereses, incomprensible e incluso manipulativa, por lo que son refractarios a ella.

Para que la información sea significativa la población afectada tiene que hacerse con el mensaje, traducirlo a su código, a través de la participación de los propios consumidores de drogas en los programas.

Los usuarios tienen muchos conocimientos (aunque a veces erróneos) y experiencia sobre los temas que vamos a tratar. Escuchar lo que saben hace nuestros mensajes más realistas. Hay que tener en cuenta que abordamos información emocionalmente sensible: consumo de drogas, enfermedades graves, riesgos, muerte, etc., con personas que viven esas realidades.

Según nuestra experiencia, los programas de reducción de daños deben incorporar estrategias de trabajo con actitudes y valores que se construye alrededor de dos métodos eficaces para incidir en estos aspectos:

- La participación activa de los propios consumidores como agentes de salud, que contribuye a interiorizar la información, mejora la autoestima y los sentimientos de auto-eficacia, implica activamente a las personas en el proceso global, dotándolo de significado y, en definitiva, contribuye claramente al cambio de valores y actitudes.
- La elaboración de la información por parte de los propios usuarios, a través, por ejemplo, de la creación de folletos informativos. Esta estrategia facilita la asimilación de la información, ya que crear un folleto requiere reflexionar sobre el contenido; facilita la interiorización de la información, puesto que los mensajes propuestos tienen que ser creíbles para los propios agentes de salud; facilita también la cercanía emocional a los mensajes que transmite el folleto.

BOLA DE NIEVE (BDN)

El canal de comunicación para la transmisión de información significativa que utilizamos preferentemente es el método *Bola de Nieve*, en el que distintos grupos de usuarios de drogas participan en un proceso de formación como agentes de salud.

Bola de Nieve es un método de sensibilización y transmisión de información sobre sida, riesgos del consumo y otros aspectos relacionados con la salud y las drogas en el que la información se transmite a través de un grupo de usuarios de drogas formados como agentes de salud. Este grupo recibe un curso de formación sobre hepatitis, tuberculosis, sida, reducción de riesgos, recursos sociales y sanitarios, etc. Posteriormente, los participantes diseñan y llevan a cabo actividades informativas y sensibilizadoras dirigidas a sus iguales (García Lalinde, 1999). Cada agente de salud se pone en contacto con al menos diez usuarios de drogas de sus mismas características.

Los agentes de salud contactan con poblaciones específicas de usuarios de drogas a las que ellos mismos pertenecen, dependiendo de los objetivos de cada operación. Algunos ejemplos: contacto con el colectivo de usuarios de drogas inyectables en general; contacto con usuarios de programa de metadona que siguen consumiendo heroína/cocaína; contacto con jóvenes y recientes inyectores; contacto con usuarias de drogas que ejercen la prostitución; contacto con usuarios con pareja estable (prevención de la transmisión sexual del VIH); contacto con usuarios de drogas de la comunidad gitana; contacto con usuarios de drogas seropositivos; contacto con parejas serodiscordantes de usuarios de drogas; contacto con usuarios de cocaína; etc.

Según nuestra experiencia las operaciones *Bola de Nieve* son más eficaces si están enfocadas preferentemente a poblaciones y colectivos particulares (mujeres, minorías étnicas, inmigrantes, ex-reclusos, seropositivos...), a problemas específicos (consumo de cocaína, prevención de sobredosis, tratamiento para seropositivos, fomento de recursos...) y enraizadas en programas más amplios con perspectivas comunitarias (García Lalinde, 1999).

LA IMPLICACIÓN DE USUARIOS: LOS AGENTES DE SALUD

Como hemos visto, la implicación activa de los usuarios de drogas es una piedra angular del trabajo con actitudes y “normas subjetivas” en el contexto del consumo de drogas.

El otro factor tiene que ver con la importancia de los “modelos” entre la población usuaria de drogas (ver Norma Subjetiva). Los agentes de salud, sigan consumiendo o no drogas, son modelos positivos para sus iguales, por cuanto están correctamente informados sobre temas relevantes para los consumidores de drogas, tienen contactos positivos con los recursos sociosanitarios y se preocupan por los demás desarrollando acciones concretas de apoyo a otros usuarios de drogas. Además, elaboran materiales (carteles, folletos...) y participan activamente en otras actividades. La influencia de los modelos en la conducta humana es fundamental, es más fácil afrontar problemas cuando podemos observar a nuestros iguales resolviéndolos adecuadamente.



INTRODUCCIÓN

El tema de las drogas, por más que sea ancestral en la cultura humana, nos ha cogido a todos por sorpresa. Se ha disparado de tal manera en las últimas décadas, que ha producido en todos nosotros una auténtica reacción de pánico. Los psiquiatras conocen muy bien este tipo de reacciones, y saben que ante ellas se desencadenan en los seres humanos mecanismos irracionales, reacciones extremas e incontrolables. Estas reacciones, según describió Kretschmer hace ya muchos años, son de dos tipos, unas por exceso y otras por defecto. A las primeras las denominó reacciones de sobresalto y a las segundas reacciones de sobrecogimiento. Ambas son fruto del miedo más que de la reflexión. Por eso suelen ser poco prudentes. Son reacciones polares, extremas, y desde el tiempo de Aristóteles sabemos que las soluciones más razonables y prudentes suelen hallarse en el medio. El refranero español ha recogido esta idea en la manida sentencia que dice que “la virtud está en el medio”.

Cabe preguntarse si en nuestra reacción social ante el tema de las drogas no ha habido mucho de esto, de sobresalto y de sobrecogimiento. La idea de penalizar completamente estas conductas, haciendo de quienes consumen drogas delincuentes, o de patologizarlas, convirtiendo a los consumidores en enfermos mentales, tiene mucho de reacción de sobresalto. En nuestro caso, el sobresalto ha consistido en utilizar la fuerza, la fuerza física o la fuerza de la ley, como método para controlar este tipo de conductas. La reacción de sobrecogimiento sería la contraria, la de inhibirse y pensar que todo es lo mismo y que allá cada uno. Son dos posturas muy frecuentes; quizá, las más frecuentes.

Pues bien, mi tesis, la que yo quiero defender aquí y ahora, es que ninguna de ellas es correcta, y que por eso mismo ninguna va a solucionar el problema. La cuestión no está en prohibir, ni tampoco en permitir. Se trata de algo más difícil pero sin duda más humano: se trata de promover la madurez personal y el sentido de la responsabilidad. Lo he dicho mil veces: frente a prohibición o permisión, criminalización o trivialización, responsabilidad. Lo cual plantea el problema de qué es lo que queremos decir cuando hablamos de responsabilidad y qué significa responsabilidad ante las drogas. Son las dos partes de que va a constar mi exposición.

1. QUÉ ES ESO DE LA RESPONSABILIDAD

El término responsabilidad tiene una curiosa historia. Hoy es de uso tan normal en nuestra lengua, que nos resulta difícil pensar que no haya existido siempre. Y, sin embargo, es una palabra bastante reciente. Si echamos la vista atrás y pensamos en nuestras lecturas de textos clásicos, comprobaremos, no sin sorpresa, que el término responsabilidad brilla por su ausencia. Para no irnos muy lejos, pensemos en un libro castellano de principios del siglo XVII, el más representativo de la literatura española de todos los tiempos, *El Quijote*. La palabra responsabilidad no aparece ni una sola vez en él. Y la pregunta es por qué.

La educación tradicional no ha intentado nunca promover la responsabilidad de las jóvenes generaciones. Es duro decir esto, pero no hay más remedio que hacerlo, porque es la verdad. Pensemos por un momento en el esquema

de la enseñanza clásica. Un maestro transmite los conocimientos al discípulo. Se trata de una transmisión unidireccional, que tiene por objeto hacer que éste conozca sus contenidos, no que los discuta ni, incluso, que los entienda. Recordad, por ejemplo, la enseñanza clásica del catecismo. El maestro es el *doctus*, quien se dedica a enseñar, *doceo*. Lo que enseña se denomina, por ello mismo, *doctrina*. Y aquel a quien se transmite es el *discipulus*, término que procede de *disco*, aprender. Del discípulo se espera que sea *docilis*, no que tenga autonomía o que discuta lo que se le transmite. Lo que se le pide es docilidad y obediencia; someterse a la enseñanza que recibe. De ahí que ésta posea el carácter de disciplina.

Se comprenderá fácilmente que ese esquema es por completo incompatible con el fomento de la responsabilidad. Como mínimo hay que decir de esa cultura que fomenta la heteronomía, no la autonomía, y la responsabilidad, como veremos inmediatamente, es producto de la actitud autónoma. Estos dos términos, autonomía y heteronomía, son esenciales en ética. *Nómos* significa en griego norma o ley, y por tanto es heterónoma toda conducta regida por normas externas o distintas a uno mismo. Yo soy heterónimo cuando actúo siguiendo normas que me vienen impuestas por otros o que no me he dado yo mismo, y soy autónomo en caso contrario. Es autónomo quien se da a sí mismo su propia ley, quien es fuente de sus propios deberes. En la autonomía moral sucede lo que en la política, que consiste en la capacidad de alguien o de algo, por ejemplo, de un territorio, de autolegislación y autogobierno. Lo curioso es que el término autonomía no tiene la misma solera en política y en ética. De hecho, esa palabra se utilizó ya en el griego clásico, hace veinticinco siglos, pero sólo en el sentido político. El moral no lo ha adquirido más que recientemente, en el siglo XVIII, sobre todo con Kant.

Esta clarificación de términos tiene su importancia, porque el término responsabilidad ha seguido una trayectoria histórica muy similar a la de la autonomía. Más cabría decir, y es que hay una correlación positiva muy estrecha entre autonomía y responsabilidad. De hecho, la responsabilidad como concepto no se ha desarrollado históricamente más que en el contexto de la autonomía.

Aún es necesaria una última precisión. Además de las autonomías política y moral, hay otra, la autonomía jurídica. En Derecho se entiende por autonomía la capacidad de ser sujeto de imputación de actos jurídicos; autónomo es quien puede ser imputado y, por tanto, sancionado o castigado. Esto puede formularse de otro modo, afirmando que el sentido clásico del término responsabilidad ha sido el de imputabilidad jurídica. Por responsable se ha entendido tradicionalmente el ser imputable jurídicamente.

Esto es importante, porque el sentido más antiguo del término responsabilidad fue éste, el de imputabilidad jurídica. La responsabilidad más clásica ha sido la que yo suelo llamar “responsabilidad consecuente” o *a posteriori*. Por el contrario, la responsabilidad moral es formalmente anterógrada, antecedente o *a priori*. Sólo se es moralmente responsable de aquello que uno ha podido prever. Y la previsión lo es siempre respecto del futuro. De ahí que la responsabilidad moral lo sea también con el futuro. Somos responsables de nuestro futuro. Y como la función básica del conocimiento todo, y en especial de la ciencia, es la previsión, según dijera ya Comte, resulta obvio que un siglo como el XX, el siglo por antonomasia de la ciencia, sea también el siglo de la responsabilidad.

No es un azar que el término “ética de la responsabilidad” surgiera a comienzos del siglo XX. Lo introdujo un sociólogo, Max Weber, inmediatamente después de la Primera Guerra Mundial. La tesis de Weber es que esa guerra la habían producido dos tipos de políticos: de una parte, los fanáticos, siempre dispuestos a permitir el hundimiento del mundo antes que renunciar a sus ideas. Son los que practican la que Weber llama “ética de la convicción”. De otra parte estaban los Realpolitiker, aquellos que no vivían “para” la política sino “de” la política. Son los secuaces de la “ética del éxito”, por supuesto, del éxito personal. Éstos son los logreros de la política y los otros los fanáticos de la política. Frente a ambos extremos, Weber sitúa al político que tiene principios, pero que no es fanático sino que atiende a las consecuencias de sus actos y las pone en relación a los principios. Esto es lo que Weber llama “ética de la responsabilidad”. La persona responsable tiene en cuenta los principios, pero también pondera las consecuencias de sus decisiones, y con todo eso intenta hacer un juicio prudente, es decir, responsable.

Weber fue un sociólogo, muy preocupado por el tema de la “acción social”. De ahí que para él la responsabilidad no sea una idea, ni un constructo meramente intelectual, sino una característica de la acción humana. Las acciones no

las deciden los seres humanos sólo movidos por razones, sino también por emociones, valores, creencias, etc. Por tanto, la responsabilidad no es sólo intelectual, aunque sí necesita tener una justificación intelectual.

Max Weber fue persona muy cercana al neokantismo de Rickert y Windelband. De ahí que para él en la acción humana no intervinieran sólo hechos objetivos o datos puramente intelectuales, sino también valores, dotados de una profunda carga emocional. La acción humana cubre todo ese amplísimo espectro y, en consecuencia, también la responsabilidad.

Promover la responsabilidad no consiste sólo en exhortar a la responsabilidad o informar sobre los riesgos y los beneficios de las acciones. No es un puro problema de información. Tampoco de prohibición, coacción o penalización. Se trata de aprender a madurar nuestra personalidad, de crear personalidades coherentes, integradas y maduras. No resulta fácil, pero es absolutamente necesario para vivir en una sociedad autónoma como la nuestra, en que se han roto las viejas ligaduras que orientaban y hasta determinaban la conducta de los seres humanos. Promover la formación de personalidades deliberativas y responsables es el único modo de ser verdaderamente autónomo. Y este proceso tiene que comenzar en la más tierna infancia. Otro gallo nos cantaría si la educación estuviera orientada en tal sentido desde el inicio.

Permitidme un breve ejemplo. ¿Qué desea todo padre de sus hijos? Sin duda, que sean responsables. Probablemente no sepa muy bien lo que eso significa, pero sabe que es lo único que puede desear para ellos. De hecho, es lo que les decimos cuando salen por la noche o conducen un vehículo: “¡Sé prudente, sé responsable!” Lo cual no es mucho. Pero es lo único que podemos decirles. Y si bien se mira, es todo.

A partir de Weber, el término “ética de la responsabilidad” se generaliza en la cultura europea. Y entre 1919, final de la Primera Guerra Mundial, y 1941, comienzo de la Segunda, filósofos de muy distinto tipo lo van dotando de contenido. Es la época de la fenomenología y el existencialismo. Y revisando los textos de esa época se podrá comprobar que como salida a la crisis de la primera de las contiendas mundiales, y como prevención de catástrofes similares en el futuro, todos suelen proponer la misma terapia: incrementar la responsabilidad de las personas, hacer que cada una sea responsable de sí misma y de sus actos.

A partir de 1940 las cosas comienzan a cobrar un matiz distinto. Si la reflexión sobre la primera gran guerra dio origen al nacimiento de este tipo de ética, el cataclismo de la segunda obligó a nuevas reflexiones, si cabe, más sombrías. La bomba atómica con que finalizó la contienda levantó en la conciencia colectiva de la humanidad el fantasma de las llamadas “armas de destrucción masiva”. La puesta a punto, a comienzos de los años cincuenta, de bombas mucho más potentes, las llamadas entonces bombas H, y de un alocado rearme que no ha hecho más que crecer en las restantes décadas del siglo, hizo que fuera necesario poner a punto nuevos conceptos. Lo que comenzaba a estar en juego era la humanidad como un todo, el futuro de la vida humana sobre el planeta. Ya no se trataba sólo de la responsabilidad individual de cada uno respecto de sus propios actos, sino de la responsabilidad colectiva, de la responsabilidad total. De la “acción responsable” que ocupó a los pensadores entre las dos guerras mundiales, se pasa ahora a la llamada “responsabilidad total” o “responsabilidad sin culpa”. Todos somos responsables de todo. Es lo que Hans Jonas llamó, en un famoso libro aparecido el año 1979, “el principio de responsabilidad”, *Das Prinzip Verantwortung*, a partir de 1984 titulado “el imperativo de responsabilidad”, *The imperative of responsibility*. La ética ecológica y del medio ambiente, la preocupación por las futuras generaciones, etc., son consecuencias de este nuevo modo de entender la ética. Cada época tiene sus propios problemas y ha de buscar sus específicas soluciones. Y no hay duda de que lo más característico de la ética del siglo XX es la idea de responsabilidad. Quizá porque es cuando más necesitados estamos de ella.

La idea de responsabilidad total o responsabilidad sin culpa ha recibido, últimamente, críticas muy severas. Una de ellas procede de un pensador tan ponderado y ecuánime como Paul Ricoeur. Su tesis es que una responsabilidad tan amplia acaba siendo opresiva. Considerarse responsable de todo es el mejor modo de no acabar siendo responsable de nada. Con esto Ricoeur no quiere atacar la idea misma de responsabilidad, y menos prescindir de ella. Pero sí considera necesario asumirla con prudencia. La responsabilidad, como todo, puede llevar al fanatismo y la locura. De ahí la importancia de aprender a gestionarla con lo que siempre ha sido específico de la ética, la idea de

prudencia. *Ni quid nimis*, decían los clásicos: nada en exceso. Tampoco esto. Responsabilidad sí, pero responsabilidad madura, ponderada, juiciosa, prudencia, no responsabilidad fanática, extremista.

En síntesis, esto es lo que ha dado de sí la reflexión sobre la responsabilidad a lo largo del siglo XX. Nunca los seres humanos han tenido tantas posibilidades en sus manos, y por tanto también nunca antes han tenido tanta responsabilidad como ahora. Sus acciones tienen hoy consecuencias muy superiores a las de cualquier otra época, precisamente porque podemos hacer más cosas y cosas que generan mayores consecuencias, tanto en sentido positivo como en el negativo. De ahí la necesidad de educar a las nuevas generaciones en la responsabilidad. Necesita ser responsable quien es libre para decidir, quien tiene ante sí muchas posibilidades y se ve en la tesitura de elegir entre ellas. La ciencia y la técnica han ampliado enormemente el abanico de nuestras posibilidades. Y por eso también exigen de los seres humanos una responsabilidad mayor que nunca antes.

Siempre me han impresionado unas líneas escritas por Zubiri en los años sesenta. La historia es para él el proceso de creación de posibilidades por parte de los seres humanos. Cada vez nuestras posibilidades son mayores. Pero las posibilidades son tanto positivas como negativas. De hecho, el ser humano no es capaz de generar posibilidades positivas sin que aumenten también las negativas. No hay fármaco sin efectos secundarios, ni progreso que no genere un deterioro en algún sentido. En cualquier caso, parece que la historia no ha hecho otra cosa que ampliar el ámbito de posibilidades de los seres humanos. Hoy es más amplio que nunca, tanto en sentido positivo como en el negativo. De ahí que hoy más que nunca antes sea necesario el ejercicio de la responsabilidad. En épocas pasadas, en las que las posibilidades eran mínimas, las diferencias entre las personas responsables y las irresponsables eran también muy pequeñas. Había poco donde elegir, y por tanto las consecuencias de las decisiones también lo eran. Hoy esto no es así. En nuestro medio hay personas responsables e irresponsables, o más responsables y menos responsables. Pues bien, la diferencia entre ellas es mucho mayor que nunca antes. Esto en cualquier aspecto de la vida. Y, por supuesto, también en el de las drogas. Es el tema que hemos de analizar ahora.

2. RESPONSABILIDAD ANTE LAS DROGAS

Una de las reflexiones más serias que cabe hacerse ante el tema de las drogas es por qué fracasan tan estrepitosamente los programas de prevención del consumo de drogas, así como las leyes de prohibición. En nuestro medio, hay dos ejemplos muy significativos de esto último: la reciente ley antitabaco y el intento de reducir los accidentes de tráfico mediante la introducción del carnet por puntos.

¿A qué se deben tales fracasos? Yo no lo sé, y menos creo tener la respuesta correcta. Pero sí desearía contribuir, en la medida de mis posibilidades, a ella. Una primera cosa que me llama poderosamente la atención es que se considere el tema de las drogas como una cuestión de hechos y no de valores. A mi modo de ver, aquí está el origen de muchos errores, como, por ejemplo, el que consiste en psiquiatrizar estas conductas y considerar que todo se arregla catalogando al consumidor de productos psicoactivos de enfermo mental.

Las drogas se consumen porque promueven valores, y valores positivos: generan bienestar, dan energía, aumentan la capacidad de sintonizar con los demás, incrementan la empatía, estimulan la potencia sexual, etc. Si las drogas no fueran fuente de estos valores positivos, nadie las consumiría. Si todo lo que provocaran fueran efectos negativos (síndrome de abstinencia, acortamiento de la vida, alteraciones neurológicas, gasto económico, etc.), no habría problemas de consumo.

Podía elaborarse una tabla, a dos columnas, con los valores positivos y negativos asociados a su consumo. De este modo, cabría hacer un análisis puramente racional del problema, ponderando los beneficios y los perjuicios derivados de su consumo. Por esta vía, no hay duda en cuál sería la conclusión: el consumo de drogas es negativo, malo.

Pero el problema de los seres humanos es que no actuamos de modo estricta o exclusivamente racional. En nuestras decisiones influyen poderosísimamente las emociones. ¿Por qué vamos a más de 120 kilómetros por hora siendo así que sabemos que el riesgo en caso de accidente aumenta de modo exponencial con la velocidad?

