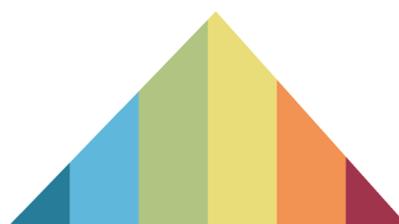


**¿Qué es ser drogodependiente hoy?
Claves para la reflexión**

**Un estudio realizado por la
FUNDACIÓN ATENEA**



Departamento de Innovación, Investigación y Desarrollo Fundación Atenea

Autores: Yolanda Nieves Martín
Carlos Molina Sánchez

Junio 2014

Equipo de trabajo

Victoria Rivero Marcos

Con la financiación de



Índice

Introducción	3
Evolución de la percepción social	6
Encuestas	7
Percepción de los profesionales	16
Evolución del concepto	21
Percepción sobre la evolución del perfil	28
Adecuación de la administración a las necesidades	32
Según los expertos	33
Opinión de los profesionales	39
Traslado a los políticos	50
Conclusiones	54
Bibliografía	56



Introducción

El siglo XX es el tiempo en el que las drogas comienzan a ser calificadas como “problema social”, pero no hay que olvidar que la historia de los seres humanos desde sus orígenes se mueve en una constante relación con estas sustancias, que también han supuesto un medio para superarse; es más, un número importante de sustancias que alteran las funciones psíquicas y físicas de las personas han estado estrechamente imbricadas con el nacimiento y desarrollo de muchas civilizaciones a través de una relación establecida entre lo médico y lo mágico; dichas prácticas se encontraban vinculadas asimismo con la concepción misma de la enfermedad, que se consideraba castigo divino e impureza que necesitaba de prácticas terapéuticas asociadas a magias y ritos religiosos. Por eso los marcos sociales en los que existían las legitimaban e incluso las valoraban positivamente.

La invención y evolución de técnicas agrícolas procuró la mejora en muchas especies vegetales silvestres, como en las que contienen efectos psicoactivos. Por ejemplo, existen indicios del cultivo de la adormidera en Europa hacia el siglo 25 a.C, así como de plantaciones de cannabis en China en el 4.000 a.C, o de bebidas alcohólicas utilizadas en la Antigüedad resultante del fermento de vegetales.



Se registran escritos del Antiguo Egipto sobre el uso de la adormidera, y sólo se hacían recomendaciones morales para casos aislados en los que se comprobaba el consumo abusivo de alcohol; también se conservan escritos babilónicos sobre la utilización de mandrágora y cannabis. En la Biblia se refiere al consumo de vino – sangre de Cristo consagrada- con una valoración paradójica, por un lado se ensalzan sus bondades y por otra se critican sus excesos.

Con el tiempo la relación entre medicina, magia y religión empieza a disolverse, y basándose en las ideas de Hipócrates y Galeano aparece un nuevo uso de las sustancias psicoactivas. En esta época, en el Imperio Griego, aparece la concepción de droga [*phármakon*] que significa a la vez remedio y veneno, cuyo límite se fijaba en el uso que las personas hacían de las sustancias. El consumo no estaba penalizado, sólo condenado moralmente.

Con la aparición del Imperio Romano la unión de Iglesia y Estado significa una variación en el concepto de droga y se comienza a penalizar todo uso de sustancias, excepto el vino, puesto que se relaciona con actividades satánicas, la brujería y la desviación. Por eso comienza a funcionar todo un sistema punitivo y legal entorno al consumo de estas sustancias, lo que supuso además la desaparición de todo el conocimiento que se produjo en la Antigüedad y dejando de lado todo el uso médico-farmacológico de las sustancias.

De nuevo, con la presencia de los árabes, y todo su conocimiento sobre medicina, empiezan a reposicionarse las sustancias psicoactivas en su aspecto médico-terapéutico. En el Renacimiento, el consumo de alcohol se dispara.

El surgimiento de lo que conocemos como Estados Nacionales Modernos, que supone una pérdida de autoridad de la Fe como valor moral frente a la Razón, significa un importante cambio en la consideración de las sustancias psicoactivas, que pasan de estar perseguidas a volver a usarse en el contexto de la medicina, que aparece como ciencia moderna.

Durante el siglo XIX se empieza a trabajar sobre los principios activos a través de los que se producen las sustancias, y no sobre los vegetales, que dejan de poseer rasgos



místicos. Así, estos principios empiezan a ser tratados y reproducidos en laboratorios, a la que vez que comercializados, y su presencia se extiende de manera definitiva.

A partir de las últimas décadas del siglo XX se produjo un incremento significativo en el consumo dado el proceso de cambio que han vivido las sociedades occidentales, sustentado en un abandono del peso de unos valores tradicionales asentados en la idea de trabajo –como ahorro y austeridad- que surgieron por el proceso de industrialización y una apuesta por la búsqueda del placer y la gratificación individual. Es en este punto, el nacimiento de la Sociedad de Consumo, donde los expertos y expertas sitúan el momento de la generalización del consumo de drogas y también el inicio en su clasificación como “problemática”.

Como se ve, la relación entre drogas y sociedad es heterogénea y compleja. Este estudio recoge la evolución de la concepción de las drogodependencias en España centrándonos en la visión actual que sobre las drogas, y la concepción que de su uso y abuso se hace con el objeto de establecer una comparación con la perspectiva política que de ellas se tiene. De manera que establezca la adecuación de las políticas, planificaciones y recursos al concepto que sobre los usos y problemáticas de la sustancia tienen profesionales y personas expertas.



Evolución de la percepción social

La percepción social sobre las drogas está fuertemente ligada a la forma en que cualquier hecho social se transforma en problema social. Hechos que por circunstancias trascienden del ámbito privado de los individuos (y su entorno) al ámbito público, visible. Es un proceso muy complejo con multitud de agentes involucrados y todo ello filtrado y mediado en lo individual por el contexto sociocultural en el cual se desarrolla.

Al aproximarse al fenómeno de las percepciones conviene clarificar de qué se está hablando. De modo que se debe echar mano a una definición ya clásica, de Moscovici (1979), más las aportaciones de otros autores (Jodelet, 1984; Palmonari, 1989), refiriéndonos a las representaciones sociales como 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 esas representaciones sociales es que significan 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, Comas, Elzo, Navarro y Román, 2000). Comportamientos y actitudes que han ido evolucionando desde la aparición del fenómeno de las drogas como problema social en las percepciones de la sociedad española que analizaremos a través de la evolución de los barómetros del Centro de Investigaciones Sociológicas.

Partiendo de la base de que en un principio los problemas relacionados con consumos de drogas pertenecían al ámbito privado de los individuos, de las familias y del entorno más cercano, sin una percepción problemática. Las consecuencias de estos consumos debían ser asumidos de forma privada. Su trascendencia al ámbito público puede ser situada en el inicio de la década de los 80, la llamada "crisis de la heroína", acompañada por el aumento de la delincuencia y la percepción de inseguridad ciudadana, el tratamiento mediático, una posterior presión social por parte de los



movimientos sociales, fundamentalmente asociaciones de afectados como madres contra la droga o asociaciones vecinales.

La necesidad de dar respuesta a esta alarma social y a la realidad de los drogodependientes se articula desde la administración, entidades del tercer sector y la red de recursos de drogodependencias.

A estos factores se une la aparición del VIH, con especial afectación en los consumidores de drogas por vía parenteral. A partir de este momento se articula una respuesta a un problema de salud pública, y se introducen dentro de los programas de drogodependencia el modelo de reducción de daños, como un intento para atajar la propagación del VIH. A la conceptualización de drogodependiente en ese momento inicial, se suman la de delincuencia y VIH.

Para evaluar la percepción social el mejor instrumento con el que contamos son las encuestas de opinión.

Encuestas

Un instrumento de medida de las percepciones en España es el Barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Esta es una encuesta con carácter mensual, realizada a una muestra aleatoria de 2.500 personas a lo largo de todo el territorio nacional. Esta encuesta tiene dos bloques temáticos, uno variable y otro fijo, este último es el que resulta más interesante porque mantiene una serie estable de preguntas a lo largo del tiempo. Dentro de este bloque hay una pregunta que pide a los encuestados que enumeren los 3 problemas más importantes en su opinión de la sociedad española del momento¹.

¹ Para más información, ir a la página web del Centro de Investigaciones Sociológicas: http://www.cis.es/cis/opencm/ES/11_barometros/index.jsp.



P.7 ¿Cuál es, a su juicio, el principal problema que existe actualmente en España? ¿Y el segundo? ¿Y el tercero?

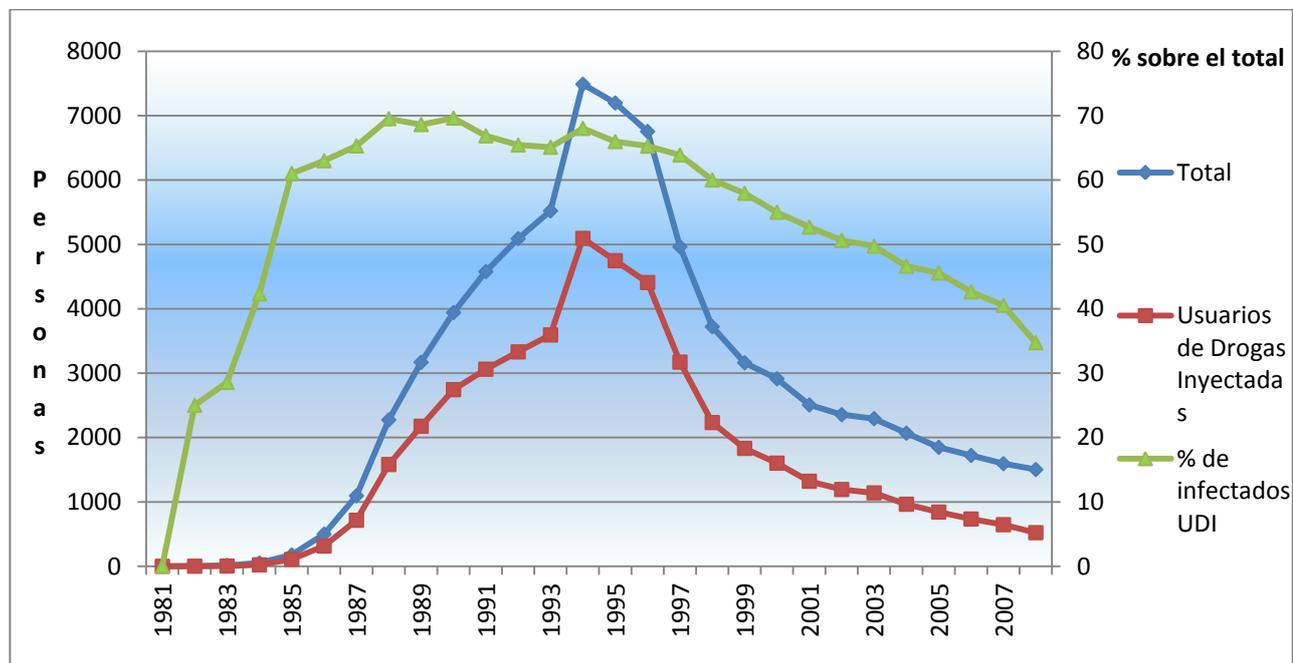
_____	(38)(39)
_____	(40)(41)
_____	(42)(43)
N.S.	98
N.C.	99

Fuente: Cuestionario del barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS)

Al analizar la serie histórica que proporciona el CIS, que va desde el año 1985 hasta la actualidad. Si prestamos atención a la “Droga” como problema para los encuestados se puede observar que hay tres etapas bien diferenciadas. La primera que va desde el año 1985 hasta 1993, ésta podría ser denominada como la etapa de la “Gran Preocupación”. En el inicio de la serie, la droga es percibida como uno de los tres problemas principales para el 17,5% de los encuestados bajando al 10,5% al año siguiente (1986), para luego tener una gran subida durante los dos años siguientes, llegando a situarse en el 49% en el año 1988, alcanzando su máximo histórico. Esta etapa coincide con la que Oriol Romaní (1999) ha denominado como la de “El reinado de la Heroína” (1982-1992), y que según él es la etapa del alarmismo social en torno al tema de la droga: “Un gran aumento de la alarma social sobre el tema, de la que, a su vez, podemos destacar tres aspectos: uno social, el aumento de hechos delictivos relacionados de alguna manera con las drogas; otro cultural, la imagen de que ‘la droga’ es la causa de lo que se crea entonces como un concepto en España, la inseguridad ciudadana; y un último político, la gran polémica sobre la seguridad ciudadana del bienio 1983-1984...” (Romaní, 1999: 106). Esta etapa es a su vez la de la aparición del SIDA y su asociación con los consumidores de drogas por vía intravenosa, que contribuyó sin duda a ese estado de alarma social creado por la droga, sus consecuencias, y la percepción de muchos problemas sociales visibles para la ciudadanía, jeringuillas en la vía pública, hurtos, tirones, inseguridad etc. estaban de alguna manera relacionados con los consumos.



Gráfico 1. Contagio de SIDA y porcentaje respecto del total por consumo de drogas inyectadas.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE.

Esta serie del CIS se interrumpió entre el año 1989 y 1992, por lo que no se puede saber cómo evoluciona entre esos años. De este modo la segunda etapa (1993-2001) que arranca en el año 1993, la droga se sitúa como un problema relevante para el 35,8% descendiendo al 25,9% el siguiente año (1994). Durante los años siguientes los porcentajes oscilaran entre el 29,2% de máximo y el 13,3% de mínimo. Estos años coinciden con la pérdida de relevancia de la heroína como droga más consumida y su sustitución por la cocaína, una droga más asociada al éxito económico y a otras clases sociales, más acomodadas y con mejor valoración social (Romaní, 1999), que a la marginación y la delincuencia. Así como la aparición de drogas de diseño (éxtasis principalmente). Esa disminución de la percepción de la droga como problema social también es asociada por algunos autores como una consecuencia de la respuesta institucional, una respuesta como la creación de una red asistencial profesional, de forma que “la sociedad delega las respuestas en este colectivo profesional. Es decir, si había alguien que se ocupaba del tema, y además lo hacía bien, ya estaba todo dicho y hecho” (Comas, citado en Arza, 2013).



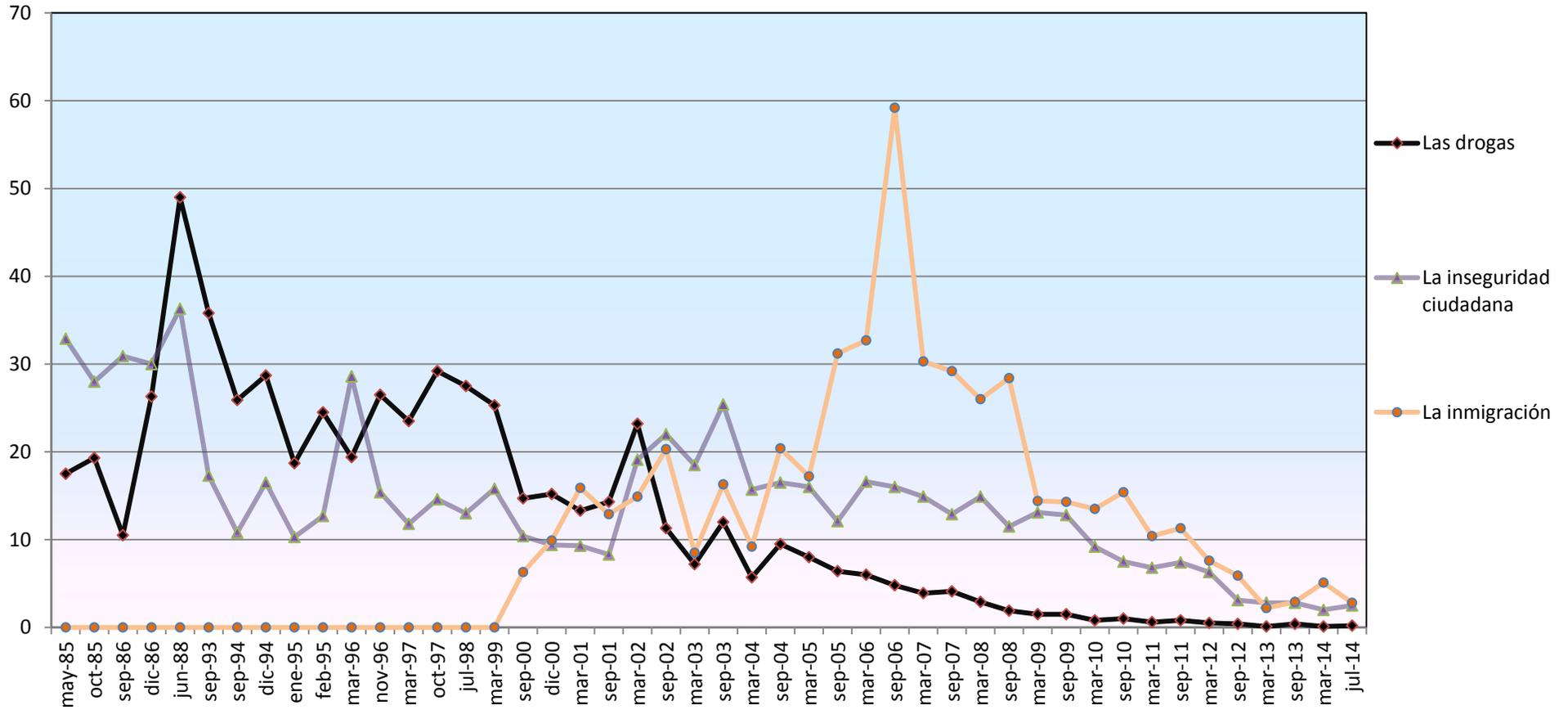
“La respuesta que en su día dio la Administración para buscar recursos pues responde a una alarma social que había. Yo no sé si no hay hoy más motivos de alarma que entonces, no lo sé, entonces había un perfil que era el único que había y todos respondían al mismo perfil. Hoy no tenemos uno, tenemos unos pocos, quizá esa alarma que estaba asociada al perfil del heroinómano más tradicional, más estándar pues sí, parece que la RED ha hecho un buen trabajo porque desde luego han dejado de generar conflicto, o sea la gente ya no está tan alarmada con la situación de estos usuarios que daban problemas fundamentalmente de orden de público, parecía que había inseguridad” (GD)

Por último la tercera etapa que se extiende desde el año 2002 hasta el año 2014. Durante la misma al inicio hay un pequeño repunte pasando de una percepción problemática para el 13,3% (2001) a un 23,2% a comienzos del 2002, vinculado a la aparición de las drogas de diseño y su consumo en jóvenes, ampliamente recogido por los medios. Durante los siguientes años la percepción de la droga como un problema social pierde relevancia y como se puede ver comienza una curva descendente, con oscilaciones entre 11,3% (septiembre 2002) y el 6,4% (2005). A partir del año 2005 los datos indican un descenso paulatino de la percepción de la droga como problema en España, hasta situarse en un problema para el 0,2% de las personas encuestadas, prácticamente su mínimo histórico. Resulta paradójico el hecho de que la percepción social baje, cuando es la época con mayores niveles de consumo en nuestro país.

Otro dato interesante que resulta de observar los datos del gráfico 2 y que coincide con las aportaciones de Oriol Romaní, es la asociación que existe entre el fenómeno de la droga y la percepción de la inseguridad ciudadana. Según sus propias palabras “la imagen de que ‘la droga’ es la causa de lo que se crea entonces como un concepto en España, la inseguridad ciudadana” (Romaní, 1999: 106). Si tomamos en consideración el gráfico podemos observar que el momento álgido de la droga como uno de los problemas nombrados por los encuestados, Junio de 1998, coincide con el porcentaje histórico más alto de inseguridad ciudadana. Y si continuamos, vemos que excepto en momentos puntuales, las tendencias de ambas curvas son similares, cuando aumenta la percepción de la droga, aumenta a su vez la percepción de la inseguridad ciudadana como problema. Una posible explicación del desajuste, a partir del año 2002, entre las curvas de la droga y la inseguridad puede ser debido a la aparición de un nuevo fenómeno social como es el de la inmigración, que en un primer momento para una parte de la sociedad supuso una alarma vinculada a que produciría un aumento de la delincuencia.



Gráfico 2. Evolución de la percepción del problema de la droga para la población española (1985-2014)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).



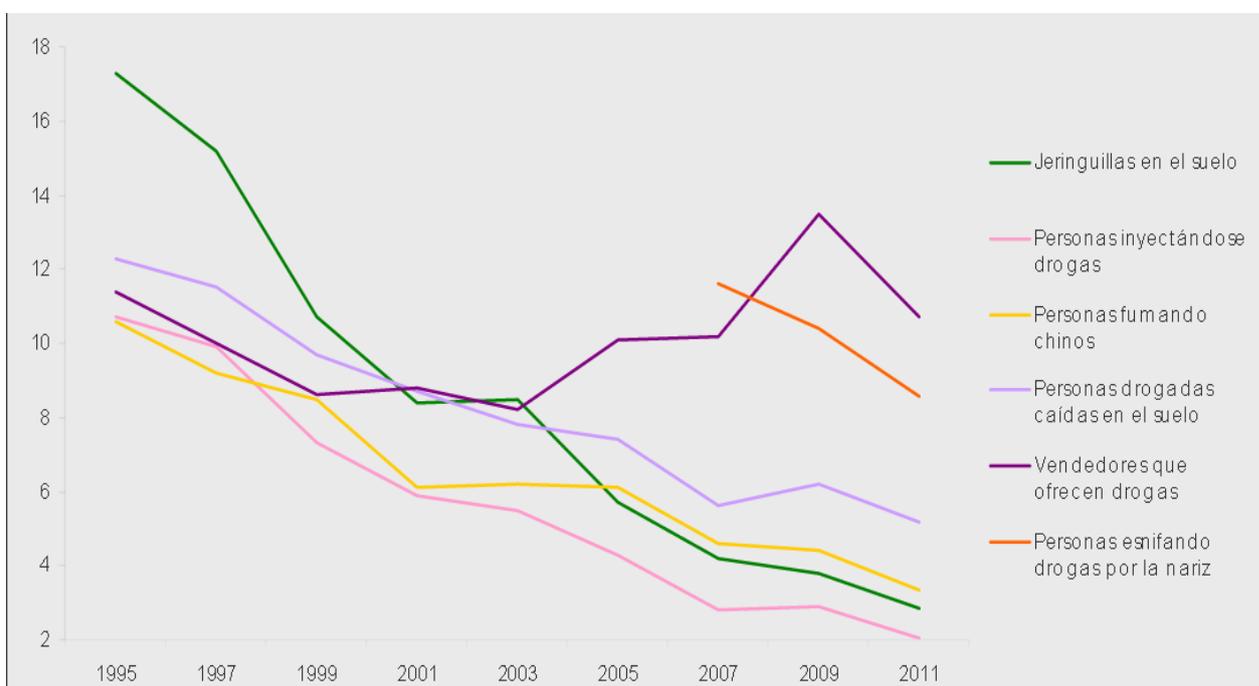
La Encuesta Sobre Alcohol y Drogas en Población General en España,² nos aporta más información sobre la evolución de la percepción de la visibilidad en el entorno cercano de algunas situaciones relacionadas con el uso de drogas ilegales.

R4. De las siguientes situaciones, ¿dígame con qué frecuencia se las encuentra Vd. actualmente en el barrio o pueblo donde vive?

	Muy frecuente	Frecuente	Poco frecuente	Nunca	NS/NC
a. Jeringuillas tiradas en el suelo	1	2	3	4	9
b. Personas inyectándose droga	1	2	3	4	9
c. Personas inhalando o aspirando drogas en papel de aluminio	1	2	3	4	9
d. Personas drogadas caídas en el suelo	1	2	3	4	9
e. Vendedores que ofrecen drogas	1	2	3	4	9
f. Personas esnifando drogas por la nariz (ej. en el baño de bares o discotecas, portales, coches, etc.)	1	2	3	4	9

Las situaciones por las que se pregunta se refieren específicamente a la visibilidad del consumo en un entorno próximo.

Gráfico 3. Evolución de la percepción de la visibilidad en el entorno cercano de algunas situaciones relacionadas con el uso de drogas ilegales (1985-2014)



Fuente: EDADES 2012

² EDADES. Elaborada por el PNSD desde 1995

La visibilidad de las jeringuillas en el suelo, muy asociada al consumo de heroína en los 80, sirve de muestra para ver como la visibilidad del consumo por vía parenteral en el que se centra la concepción en sociedad general de drogadicto prácticamente desaparece de la percepción social, debido por una parte a la acción de los Programas de Mantenimiento con Metadona pero también a la concentración de este perfil de consumidores en zonas muy concretas, alejadas de la visión de la población general.

La percepción sobre el consumo de drogas cambia pero el consumo se mantiene y traslada a otras sustancias como muestra por otro lado la percepción tanto de consumo de sustancias esnifadas, como la visibilidad de personas que ofrecen esas sustancias.

Vinculado a este último aspecto la encuesta pregunta también sobre la percepción de accesibilidad al consumo de sustancias.

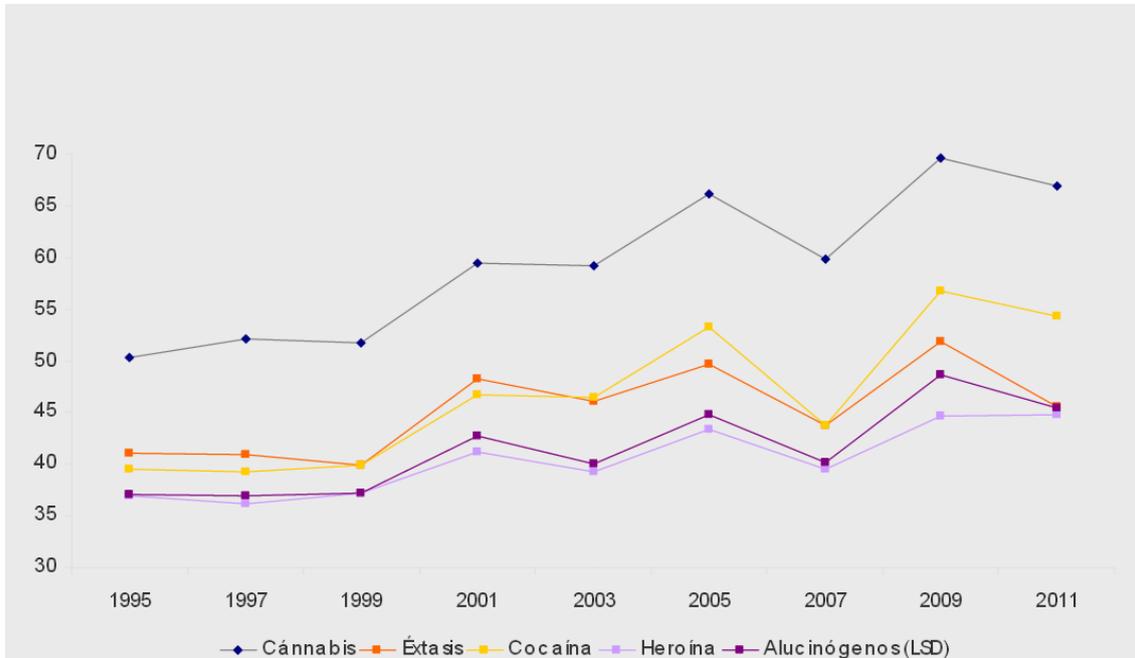
R2. ¿Qué grado de dificultad piensa que tendría Vd. para obtener cada una de las siguientes sustancias, en un plazo de unas 24 horas?

	Prácticamente imposible	Difícil	Relativamente fácil	Muy fácil	NS/NC
a. Hachís, cannabis, marihuana	1	2	3	4	9
b. Heroína	1	2	3	4	9
c. Cocaína	1	2	3	4	9
d. LSD, ácidos	1	2	3	4	9
e. Éxtasis u otras drogas de diseño	1	2	3	4	9

Aunque con fluctuaciones la percepción de la disponibilidad de todas las sustancias ilegales ha ido en aumento, con especial crecimiento las de mayor consumo cannabis y cocaína.



Gráfico 4. Evolución del porcentaje de personas que piensa que conseguir cada una de las sustancias en 24h es fácil o muy fácil (1985-2014)

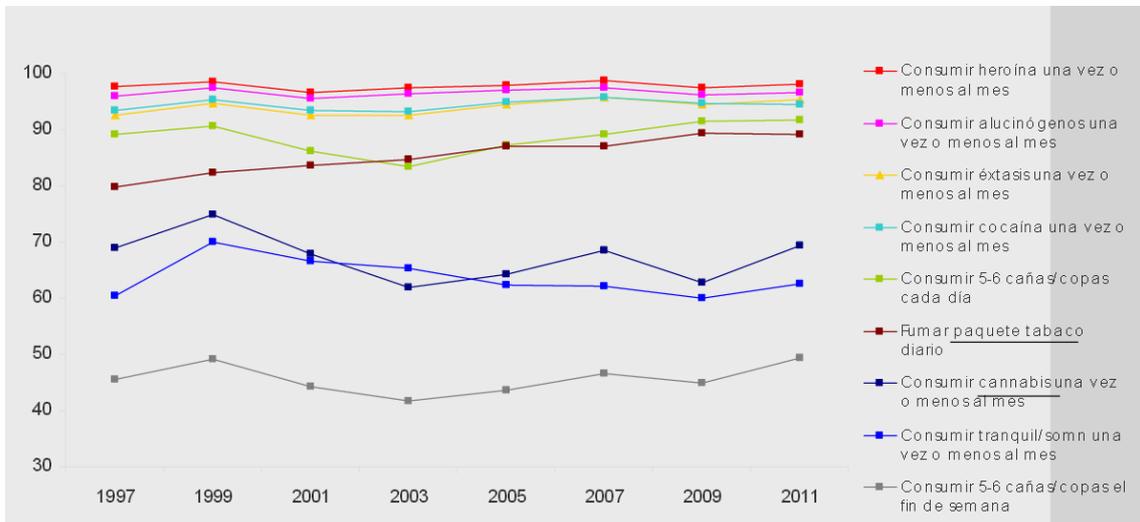


Fuente: EDADES 2012

Dado que la visibilidad disminuye en cuanto a personas consumidoras cercanas, pero la accesibilidad crece, lo interesante es analizar la percepción del riesgo. La percepción del riesgo por el consumo de heroína se mantiene estable. El nivel más alto se sitúa en la heroína, dando muestras que en la percepción colectiva los problemas relacionados con el consumo de drogas siguen asociándose a esta sustancia. El éxtasis que tanta repercusión tuvo en los noventa también es una de las sustancias con mayor percepción del riesgo. La cocaína también es considerada de riesgo para la salud. Mientras cannabis y alcohol, de consumo mayoritario, y socialmente aceptado tienen menores niveles de percepción.



Gráfico 5. Evolución de la percepción del riesgo ante diversas conductas relacionadas con el consumo de drogas



Fuente: EDADES 2012



Percepción de los profesionales

Los profesionales son un colectivo que puede aportar información muy relevante, puesto que son los que mantienen un mayor contacto con las personas drogodependientes, con sus familias. Muchos de los entrevistados, son personas con una larga trayectoria profesional y una amplia experiencia. Que han visto de primera mano la evolución del problema de las drogas en nuestro país. Son los encargados de ejecutar las acciones determinadas por los planes, de todos los niveles administrativos, locales, autonómicos, nacionales y europeos.

“El problema de los años 80, las encuestas del (.), todo lo que estamos hablando. Ahí el drogodependiente creó un potente imaginario social, un potente imaginario mediático, y tenía ese perfil, porque era el que se veía, el que se visualizaba, y ese perfil le conducía a la prisión, a las comunidades terapéuticas, y más adelante a los centros ambulatorios. Pero básicamente a los centros de internamiento en una primera fase. Y en el imaginario colectivo así fue visto en todos los años 80” (GD,).

“entonces había un perfil que era el único que había y todos respondían al mismo perfil” (GD,)

La aparición de nuevas drogas como el éxtasis, la ketamina, los cambios en los patrones de consumo de alcohol, sobre todo en los jóvenes, el aumento de la tolerancia al consumo de cannabis, y la percepción de que tanto éste como el alcohol no entrañan grandes riesgos. Aunque estos nuevos perfiles no son tan “nuevos” según algunos de los profesionales consultados, ya existía este tipo de consumo pero eran eclipsados por el consumo mayoritario de heroína, y como se decía en el apartado anterior no eran visibles socialmente.

“ahora hay el que consume poco mucho tiempo a la semana, mucho un día a la semana, el que consume los fines de semana, el que consume poco los fines de semana pero el día de la fiesta desbarra. O sea hay una cantidad de modos de consumo muy generalizados...” (GD,)



“¿ha bajado el consumo en la población? Yo creo que no solamente ha aumentado sino que se ha diversificado pero en las formas de consumo y en las edades de inicio, pero totalmente.”(GD).

“aunque el tema del alcoholismo siempre ha sido presente ¿eh? Siempre ha sido presente, pero sí que hasta cierto punto una cosa era un alcohólico y otra cosa era un yonqui” (Experto E-EXPERTO).

Otro de los aspectos que se ha podido extraer de las entrevistas y los grupos de discusión es la vuelta al ámbito privado de los problemas de drogas, es decir en el momento ya citado, de gran alarma, el problema pasó del ámbito privado en el que estaba, a ser un problema público, visibilizado por la sociedad, los medios, las instituciones. La situación de las personas consumidoras en esa época, era un perfil de exclusión social total. Mientras que hoy en día los consumidores de drogas están mucho más integrados en la sociedad, son las familias las que se ven sobrecargadas. Hecho relativamente normal en el Estado del Bienestar español, de corte “mediterráneo-familista” (Esping-Andersen, 1993) modelo basado en la familia como principal objeto de las políticas (y no el individuo) y la principal proveedora de servicios sociales, por ello el peso de los cuidados, de niños, ancianos, enfermos, etc. recae sobre las familias principalmente. La alarma de los 80 dio como resultado lo que podría ser calificado como una “anomalía del sistema”, en el sentido de que de no haber sido percibido como un gran problema por la sociedad la respuesta reactiva de las administraciones hubiera sido más lenta, quedándose en un ámbito privado. Alarma que generó múltiples recursos, en todos los niveles, municipal, autonómico, nacional. Un claro ejemplo de ello es la creación en 1985 del Plan Nacional de Sobre Drogas.

“drogadictos hay, en cada cuatro casas puede haber uno perfectamente pero están absolutamente socializados, integrados, mantenidos y sostenidos por la familia y la percepción de problema yo no lo percibo en las familias como hace 15 años, como el perfil del drogadicto que tenías adicto a la heroína que tenía que salir de su casa y se veía en la calle, explícitamente se le veía” (GD).



Esta evolución del problema de las drogas como problema social, público, es decir en la agenda político-institucional, mediática, etc. Ha pasado en los últimos años a formar parte de los problemas del ámbito privado, familiar. En este aspecto hay una gran coincidencia por parte de los distintos profesionales entrevistados para este estudio como muestran los siguientes extractos. Hecho que puede ser explicado por varios motivos, uno de ellos es que la crisis actual, haya hecho emerger otros problemas situándolos por encima de la droga como problema social percibido. Explicación poco sustentada por los datos de los barómetros del CIS, los cuales indican que la percepción de la droga como problema social comienza a tener una tendencia descendente desde el año 2002, que no se ve acentuada por el estallido de la crisis en el año 2007. De este modo otra posible explicación de la vuelta al ámbito privado de este problema es que la estigmatización que conlleva la etiqueta de drogadicto o drogodependiente, pueda suponer en cierto modo la ocultación por parte de los afectados o de sus familias de este tipo de situaciones.

Por otra parte la respuesta institucional a la alarma de los años 80 y 90, con la creación de la red asistencial socio-sanitaria, ha dado respuesta a la demanda de soluciones a dicho problema. A estas respuesta se añade con el consenso de la información extraída de las entrevistas y los grupos de discusión realizados, es que la desaparición de los hechos sociales más visibles, que más afectaban al resto de la sociedad, como la pequeña delincuencia, y la propia visibilidad en la calle de los consumidores hayan tenido como consecuencia la reprivatización del problema de las drogas.

“Creo que hoy día hay personas con problemas de adicción a sustancias como la cocaína, el cánnabis, etc. que nada tienen que ver con la imagen del drogodependiente de los años 80-90. Son personas cuya dependencia generalmente pasa desapercibida socialmente, porque los problemas que genera su adicción se manifiestan en el ámbito privado, familia” (GD)

“gente con trastornos de personalidad que son realmente que generan muchísimo conflicto fundamentalmente dentro de la familia, pero en este país lo que sucede dentro de casa parece que preocupa menos que si nos salpica mucho” (GD,).

“Ahora, es verdad que ahora se tiene más internamente, más en la familia, yo creo que también...” (GD,)



Otro elemento a destacar es la importancia de la sustancia a la hora de las percepciones que se tienen sobre los consumidores. Es decir como el tipo de sustancia que se consume interviene tanto en la autopercepción del consumidor como en la de los profesionales y el resto de la sociedad a la hora de catalogar como drogodependiente/drogadicto/yonqui/toxicómano. Si partimos del ejemplo de las principales drogas legales, alcohol, tabaco y psicofármacos, podemos observar como estas normalmente no suponen que la persona consumidora sea etiquetada como alguien que tiene un problema de drogas, en el caso del consumidor de alcohol, tiene su definición propia, es decir es un/a alcohólico/a pero no drogadicta.

La percepción de drogodependiente sigue en cierta manera ligada al consumo de heroína, porque era el consumo masivo que causo la alarma social. Otras sustancias no han llevado pareja esa concepción. Por ejemplo el consumo de cocaína en España, especialmente durante la década de los 90 y '00 no estaba asociado a esta percepción, es más en algunos ámbitos era signo de prestigio.

Después la cocaína parecía, decía que iba a repuntar el consumo en heroína pero nunca fue así, quiero decir, sí que hay consumos de cocaína pero la gran diferencia del consumo de cocaína al consumo de heroína es que la cocaína no produce marginación social, al contrario, en los años 90 era como un signo, exactamente igual que entró en los tabacos en los 50, entra como un signo de poder, de prestigio y en un cierto glamour.(...). En cambio la cocaína no margina socialmente, al contrario, en ciertos grupos es síntoma de poder, o un signo de poder cerrar negocios, o un signo de éxito social.(GD)

Actualmente el cannabis, goza de amplia tolerancia hacia su consumo, es la droga ilegal más consumida y su consumo incluso cuando es abusivo no es percibido como un grave problema, sobre todo si se realiza por población juvenil. Es difícil por tanto el etiquetaje de estos consumidores como drogadictos. Sin embargo al hablar de drogas, la heroína y actualmente la cocaína, son las que conllevan que una persona sea etiquetada socialmente como drogodependiente.

Pero, es decir, hay un discurso de calle por una parte, y hay un discurso oficial por otra, pero no sé contarte la realidad, la realidad no se percibe ¿eh? (GD)

“es evidente que el concepto de drogodependiente de hoy no tiene nada que ver con el de hace 30 años” (E-experto).



Como se ha ido mencionando transversalmente los profesionales señalan las diferencias de la presencia en medios como factor generador de opiniones y por tanto de percepción del riesgo social.

¿No lo habéis visto en los medios de comunicación? Bueno, unas nuevas pautas de consumo que yo ya por curiosidad pues he consultado con compañeros que trabajan en las puertas de urgencia, oye, yo estoy por descubrir una que use como medio beber alcohol del tampón.(...) Mira, verás, probablemente si salen cuatro veces más (...) en la puerta de urgencias con quemaduras de la mucosa vaginal,(GD)

20

La crítica que se hace a los medios es que sólo se centran en el problema cuando hay algún tipo de conductas muy puntuales, o para hablar del consumo de jóvenes, pero no se tratan otros temas de fondo.

Es que yo ahí lo que tú estás diciendo, yo creo en aquel momento igual por la situación interesaba visualizar mucho y ahora es que es un tema, vamos mejor a la crisis ..., pero no se quiere públicamente en los medios de comunicación, porque que es un problema muy gordo, muchas familias con adolescentes con problemas de sustancias, con temas de cárcel, la patología dual asociada; bueno, los trastornos de personalidad asociados a consumo de sustancias. (GD)



Evolución del concepto

La conceptualización aunque necesaria siempre supone por sí misma una simplificación de aquello que se trata de definir, máxime cuando se intenta acotar una situación perteneciente al ámbito de lo social, compuesto de varios y heterogéneos factores, así como de agentes implicados en la definición y las creencias en muchos casos erróneas de la opinión pública, es decir el velo del sentido común, las “preconociones” (Durkheim, 1997). Actores político-institucionales, actores del ámbito biomédico, científicos sociales, profesionales, instituciones jurídico-policiales, etc. “En el caso de España las principales representaciones sociales sobre drogas, y las correspondientes ideologías que van delimitando el campo de juego del "problema de la droga" se construyen, sobre todo, a partir de los discursos corporativos de tipo policial, jurídico, médico, periodístico y de los profesionales drogas” (Romaní y Rekalde, 2002)

Los conceptos que se han empleado como etiquetas para las personas con problemas de drogas han ido evolucionando a lo largo de todos estos años, y han respondido a factores y perfiles diferenciados. Conceptos cuyas connotaciones y bagaje significativo han ido cambiando según la época, las sustancias predominantes, los problemas asociados, la visibilidad y la percepción pública, la atención mediática, las instituciones de las que partían las definiciones. Así como por el paradigma o modelo dominante desde el cual se desarrollaban.

“cuando se dice el drogota, pues tiene la imagen esa heredada de la tradición alarmista, etc. Pero yo creo que cada día más la gente tiene más experiencias conocidas consolidando otra versión en la que, de todos modos, no se clarifica la confusión entre drogodependiente y digamos usuario de drogas” (E-experto)

Modelos y paradigmas con posiciones “ideológicas” fuertes, en muchos casos enfrentadas entre sí, por la obtención de una posición dominante en la que imponer sus concepciones. La predominancia de unos modelos sobre otros ha orientado las políticas, las leyes, las acciones de las instituciones, los itinerarios terapéuticos según las épocas y los conceptos. Adaptándose de manera reactiva a las diferentes



situaciones sociales provocadas por las sustancias de mayor consumo de la época, pero siguiendo un esquema que podría ser definido como pendular, que se mueve entre el prohibicionismo y la criminalización, la defensa de la abstinencia, la visión de los consumidores como desviados, viciosos o criminales, o bien desde posiciones próximas a la regulación, la reducción de daños, el tratamiento integral y una concepción de los consumidores como enfermos, víctimas o sujetos de pleno derecho.

Tabla 1. Principales modelos y su posición respecto a diferentes variables

	Modelo/componentes	Posicionamiento de los modelos ante:			
		Etiología	Papel del Estado	Ético ante las drogas	Ante la persona adicta
Nowlis (1975)	<i>Ético-jurídico</i>	Decisión moralmente rechazable	Legislación y represión de producción, tráfico y consumo	Anti-drogas o pro-abstinencia	Viciosos que hay que reprimir
	<i>Medico-sanitario</i>	Es una enfermedad, predisposición neurológica	Responsabilidad poner medios de atención	.	No es culpable es una persona enferma
	<i>Psico-social</i>
	<i>Sociocultural</i>	Consumo medio de identificación y para afrontar el contexto social	El Estado deber influir sobre el contexto y los desajustes en él. Tratamiento en comunidades terapéuticas	.	Víctima de su situación
OMS, (Pascual, 2002)	<i>Moralista</i>	.	.	.	Son culpables de su conducta desviada
	<i>Espiritual-iluminativo-existencial-religioso</i>	.	.	.	Culpables, pero no son responsables de su solución, necesita de un poder superior
	<i>biologicista</i>	Es una enfermedad, predisposición neurológica	.	.	No es culpable es una persona enferma
	<i>Socio-cultural</i>	Ídem: Nowlis			
	<i>Biopsicosocial</i>	Interacción entre tres subsistemas: sustancia, características individuales y contexto social. Mediados por el factor temporal	Responsabilizarían integral del Estado. Debe desarrollar estrategias de atención sociosanitaria.	No tiene postura ética, pero los profesionales han defendido los mismos: ético-jurídico	Ni víctima, ni culpable, simplemente es una persona que ha tomado una decisión en un momento social e individual determinado
Soriano (2010)	<i>Prohibicionismo ideológico</i>	Decisión moralmente rechazable	Represión de producción, tráfico y consumo	confrontación moral contra las drogas	.
	<i>Prohibicionismo político</i>	.	.	Abstinencia como objetivo, concienciación	.
	<i>Disminución del riesgo y reducción del daño</i>	Aparición VIH, con especial afectación de los consumidores. Comienzo del modelo	.	.	El individuo tiene derecho a consumir drogas. Y además como ciudadano tiene derecho a mejorar su situación (salud, etc.)
	<i>Negación de riesgos y daños</i>	Decisión personal, en la que no se debe intervenir	No debería intervenir de ninguna manera	Las drogas existen y como tal se deben minimizar riesgos sin ir contra el consumo	.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de Arza (2013)



Los diferentes conceptos³ son:

- *Toxicómano*: 1. adj. Dicho de una persona: Que padece toxicomanía: Hábito patológico de intoxicarse con sustancias que procuran sensaciones agradables o que suprimen el dolor.
- *Drogadicto*: 1. adj. Dicho de una persona: Habitada a las drogas: Sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno.
- *Yonqui*: 1. com. En la jerga de la droga, adicto a la heroína.
- *Drogodependiente*: 1. adj. drogadicto.

Algo en lo que hay que incidir es que se produce una convivencia o una coexistencia de todos estos conceptos según han ido surgiendo. De este modo en los años 60 y 70 el concepto utilizado para designar a los consumidores de drogas era el de toxicómano, el cual proviene del psicoanálisis, una rama de la psiquiatría y la psicología. Estos términos están asociados a la concepción del individuo como un desviado, o un vicioso, que vive en el límite de las normas sociales.

“Y básicamente toxicómano procedía del psicoanálisis, que había tenido una fuerte impronta en la universidad y en la sociedad española en los años 60 y 70. Y fue sustituido por drogodependiente, que es también un concepto que se asocia mucho a toxicómano porque procedía del ámbito también de la psicología. En este caso una psicología más conductual cognitiva y más sistémica, y entonces empezó a utilizarse (.).” (E-experto)

Es a partir de los años 80 cuando empiezan a utilizarse conceptos como drogadicto o y, de forma más coloquial, yonqui; empleados principalmente para denotar y denostar

³ Todas las definiciones han sido extraídas del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Castellana.



al consumidor de heroína, aunque este último es más bien un término coloquial que es utilizado entre la población consumidora y por la sociedad en general, que tiene unas connotaciones muy negativas y estigmatizantes, debido en gran parte a su asociación con la delincuencia y la marginalidad.

“Claro, yo pienso que esto para mí es el ABC de lo que sería seguir la sociología de la (.) o como quieras llamarle, las sumas de elementos estigmatizantes. Si tienes problemas con el alcohol, pero no tienes otros estigmas sociales, pues tienes problemas con el alcohol, pero si además eres pobre, que en la sociedad nuestra sigue siendo estigmatizado y si encima eres mayor, pues no hay más tema, en fin la gente mayor no puede disfrutar de nada y vas juntando estigmas y dices, el estereotipo cada vez es más negativo. Esto yo creo que todavía funciona así” (E-experto)

“Pero lo característico del perfil era un perfil de transgresor. De tener una trayectoria ajena al sistema, y de situarse por fuera de todos los acontecimientos políticos y sociales, y culturales que estaban ocurriendo en aquel momento. Ese era el modelo habitual de perfil que había entonces” (E-experto)

En palabras de Oriol Romaní: “Desde esta perspectiva podemos aventurar que la imagen pública de los usuarios de las drogas ha evolucionado de la de delincuentes que incumplen la ley a la de personas enfermas que necesitan atención sanitaria” (Romaní y Rekalde, 2002). Como ha sido expuesto reiteradamente a lo largo de esta investigación, por su gran relevancia para el fenómeno, los 80 son los años de la gran alarma relacionada con el consumo de drogas. El cambio o la evolución de toxicómano/drogadicto a drogodependiente tienen mucho que ver con la creación y profesionalización de la red asistencial en esos años como respuesta a esa alarma. Y la necesidad de encontrar un término más neutral con una menor carga significativa negativa, con la que poder acercarse a este fenómeno y a las personas.

“Y fue sustituido por drogodependiente, que es también un concepto que se asocia mucho a toxicómano porque procedía del ámbito también de la psicología. En este caso una psicología más conductual cognitiva y más sistémica, y entonces empezó a utilizarse” (E-experto)



En los 90 la aparición del VIH y su incidencia sobre la población consumidora por vía parenteral, amplía el campo y aumentó la implicación del sector sanitario, confiriéndole un mayor poder de incidir sobre la definición del consumidor. Desde estos sectores con una perspectiva biomédica, se impulsó el concepto de adicto, ya que desde esta perspectiva, drogodependiente, centraba toda la atención en la sustancia quitando el foco de la persona. Mientras que el tratamiento o terapia debe estar enfocado en la persona, enferma, con una predisposición neurológica de base para convertirse en adicto. Todo esto generó un amplio debate que debido a su extensión no podemos más que resumir aquí. Debate entre los propios profesionales y teóricos del campo de las drogas, unos a favor de utilizar adicción (sector clínico) y otro a favor del uso de dependencia (sector biopsicosocial). El sector clínico argumentaba que dependencia ya era utilizada para hablar de los efectos de tolerancia y síndrome de abstinencia en tratamientos médicos del dolor. Mientras que el sector biopsicosocial propugnaba el hecho de las connotaciones negativas del término adicto y sus repercusiones en el tratamiento y reinserción de estos individuos. Por lo que la utilización de dependiente generaría confusión (O'Brien, 2006; O'brien y Volkow, 2011).

“Consideraban que el término drogodependiente hacía excesiva referencia a la sustancia, y por tanto la sustancia no tenía que estar en el centro, sino que tenía que estar la persona, y como en el centro tenía que estar la persona, la persona era la del adicto, no la del drogodependiente, que hacía hincapié mucho, excesivamente en la sustancia” (E-experto).

En los últimos años, los cambios producidos en los perfiles de los consumidores, la diversificación de las sustancias y de los patrones de consumo han puesto de relieve la necesidad de cambiar la terminología de referencia. El aumento del consumo de cocaína, cannabis y alcohol, asociados al ocio, que no necesariamente requieren de una dosis diaria, paralelamente a la concentración de los consumos en fin de semana y su asociación al tiempo de esparcimiento. Y que no necesariamente conllevan la exclusión y marginación social, sino que de hecho van asociados socialmente a relaciones y actos sociales. Así como el rechazo por parte de estas personas a ser identificadas con los *yonquis* mediante el etiquetaje de drogodependiente o drogadicto.

“Drogodependiente [...] éste es un término rechazado, sobre todo por el propio afectado (consumidores de cocaína i cánnabis) que no quiere asimilarse al



“drogadicto” de antaño (al “yonqui” que consumía heroína), pues éste estaba vinculado a la marginalidad y el rechazo social. Por este motivo, en general evito usar el término drogodependiente en las entrevistas y prefiero usar el concepto “problemas con las drogas”, con el objetivo de conseguir que el afectado pueda hablar de su relación con la sustancia, sin sentirse etiquetado y sin ponerse a la defensiva de entrada” (GD).

De esta manera hoy en día la tendencia es a emplear la designación de individuos que tienen problemas con las drogas, o con una problemática de drogas. Concepto que tiene una gran dificultad para su implantación social principalmente por la longitud de la definición, que dificulta su utilización real.

26

La importancia de su utilización no es tanto la extensión de su uso más allá de su utilización dentro del sector profesional, sino que abre el debate sobre el acuñamiento de un nuevo concepto que rehúya la estigmatización, la asociación negativa de los términos anteriores y que sea lo suficiente amplio para dar cabida a la heterogeneidad de perfiles actual.

“En mi opinión, es que habría que utilizar otra cosa, porque estamos hablando con toxicómano, con drogodependiente, con adicto, y por eso los cito a los tres. Estamos hablando del pasado” (E-experto)

Pero que también dé cabida a un perfil existente que es aquella persona que no cumple criterios de dependencia y que en un momento determinado tiene un problema de consumo y esta distinción está presente en todas las personas expertas consultadas.

Pues en algunos los veo claros pero en otros casos que yo digo “tú tienes un problemas con las drogas”, no cumple criterios de dependencia. Es más, habría que discutir si tiene problemas con las drogas o no los tiene, entonces claro, vamos reduciendo ese ámbito y claro me puedo quedar con una persona que me diga oye mira, tu defíneme personas que cumplen criterios de dependencia, pues mira estos, y ahí sacamos el listado de dificultades en el ámbito familiar, en el ámbito laboral, en el ámbito de la salud, en el de la justicia, en el de relaciones sociales, mira todo esto define una persona con problemas de drogas. Pero hay otro grupo numerosísimo



¿eh?, que no cumplen todos estos rasgos pero que muchas de las cosas que le ocurren tienen que ver con el uso que están haciendo de las drogas. Por eso me resulta complicado dar una definición, a los primeros lo tengo muy claro pero de los segundos digamos que sí, que el consumo o el uso que hacen de las drogas les traen algunas dificultades, pero no son las de los primeros, es decir, no son dificultades incapacitantes para el desarrollo de una vida... que funcionan vaya, que es gente que funciona, y por funcionar entiendo que es gente que trabaja el que trabaja, que estudia el que estudia, que tiene unas relaciones familiares el que las tenga, pero en todos esos ámbitos pasan cosas que tienen que ver con el uso que hacen de las sustancias.(E-experto)

Sí, digamos entre uso y drogodependiente, porque es verdad, como el alcohol o cualquier droga, puede tener sus momentos de causar problemas a la persona que las toma. Entonces a veces se confunde eso con el hecho de ser drogodependiente, que para mí es otra cosa. Supongo que la gente organiza toda la vida alrededor del consumo de drogas. En cambio yo creo que se ha dado una mayor normalización, que pienso yo que el concepto clave en este momento de los usos de drogas, pues son muy variados. Esto no quita que no haya problemas en determinados momentos y que no haya una minoría que se queda colgada de las drogas, que eso ya sabemos que existe y siempre existirá.(E-experto)

Sí, es consumo que puede ser problemático y puede ser adictivo, pero ves la proximidad a lo es población con consumo que desarrolla problemas, conflictos en su consumo,(E-experto)

O sea muchas personas que usan drogas, no todas las personas que usan o abusan de drogas son drogodependientes. Yo diría que hay como tres, por simplificar, como tres escalones: usos, abusos y dependencias. Cuando estamos en las dependencias, las dependencias de hoy son igual que las dependencias de antes, excepto por la marginación social. En los usos y en los abusos como hay otras sustancias, ¿sabes? Aquí hay pues funcionamientos un poquito más destructivos pero que en realidad esas personas no cumplen los criterios de dependencia.. (GD)



Percepción sobre la evolución del perfil

La pregunta que nos planteamos es cuál es el perfil existente actualmente al que debe ajustarse nuestra definición y las respuestas institucionales. Esta pregunta no es baladí dado que como hemos señalado el problema de las drogodependencias en España surge en la agenda social y política ante la relevancia de un perfil concreto de consumidor asociado tanto a una única sustancia como a una vía principal de consumo. Ante este hecho se origina la red de drogodependencias.

La respuesta que en su día dio la Administración para buscar recursos pues responde a una alarma social que había. Yo no sé si no hay hoy más motivos de alarma que entonces, no lo sé, entonces había un perfil que era el único que había y todos respondían al mismo perfil. Hoy no tenemos uno, tenemos unos pocos, (GD)

Antes de desarrollar la adecuación de la red de drogodependencias, y las políticas desarrolladas, debemos establecer a qué se debe de dar respuesta ahora. Pero nos interesa más allá de los datos que existan sobre los perfiles estadísticos en memorias de recursos, cuáles son estos perfiles para las y los profesionales y expertos, porque es a la adecuación a estos sobre la que gira su discurso.

Lo que nos encontramos unánimemente es que el modelo de perfil único se rompió. Este perfil asociado a la heroína sigue existiendo en los recursos, en parte debido a la cronificación de parte de esa población original en cierto tipo de programas, pero a este perfil se han añadido otros.

Sí, en los 90 quizás el éxtasis, pero yo creo que ahora hay una variedad, multiplicidad digamos de consumos diversos que bueno, que de algún modo se traspone a eso, se ha quedado en los supermercados, como cuando vas al supermercado y hay todo lo que quieras, entonces yo creo que no hay uno característico, me parece a mí que no. (E-experto)

La percepción de los profesionales en la actualidad es que los consumos de drogas se han diversificado, arrojando “nuevos” perfiles, distintos de aquel que predominaba



durante los años 80, la “edad dorada” de la heroína, cuya representación es la del “yonqui-delincuente” en el imaginario colectivo.

pero no se quiere públicamente en los medios de comunicación, porque es que es un problema muy gordo, muchas familias con adolescentes con problemas de sustancias, con temas de cárcel, la patología dual asociada; bueno, los trastornos de personalidad asociados a consumo de sustancias. Eso no ha decaído pero absolutamente nada, al contrario, al contrario, se van multiplicando las fórmulas, los modos y los consumos, con lo cual socialmente yo creo que es un tema que está ahí aparcado, vamos a dejarlo ahí quietecito, de vez en cuando dice: (..) el consumo de las drogas, ¿Quién? Los jóvenes, hay que tener cuidado. Pero la población en general lo que ha cambiado son las formas de consumo, ya no se toma la droga por jeringuilla, ya se fuma o se toma en plata o se toma en botella pero las adicciones son las mismas o peores y los grados de deterioro psiquiátrico o psicológico creo que hoy por hoy son hasta peores que los de los heroinómanos,(GD)

La diferencia de los llamados nuevos perfiles estaría situada en vías de consumo y el traslado de los problemas asociados ya no hacia la inseguridad ciudadana sino hacia la salud mental.

Yo creo que ahora se ha rectificado el modelo de consumo, eso ya no lo digo yo, se ha dicho, está escrito mil veces, ahora hay el que consume poco mucho tiempo a la semana, mucho un día a la semana, el que consume los fines de semana, el que consume poco los fines de semana pero el día de la fiesta desbarra. O sea hay una cantidad de modos de consumo muy generalizados que (..) I(GD)

Pero ¿son nuevos los nuevos perfiles? Una respuesta a esta pregunta es que los nuevos perfiles denominación surgida a mediados de los '90 en la red para señalar la llegada a los recursos de una población consumidora de sustancias que no eran heroína caracterizados por una integración social alta y un consumo de otras sustancias.

A estas alturas de la película que estamos nuevas no son.(...) Entonces, bueno, yo creo que (...) trabajar con adolescentes en el año 96 y en el 98 un programa específica, en el 98 (...) entonces ese término yo creo que no (..),(GD)



Pero está el alcohólico tradicional, está un colectivo importante de jóvenes que no son drogodependientes, que tienen consumos conflictivos, consumos problemáticos pero que van acompañados fundamentalmente con conductas de tipo...disruptivas..., comportamientos muy desorganizados, con una rebeldía absoluta, con figuras de autoridad completamente perdidas. Luego hay un perfil que tiene que ver consumidores ya dependientes de cannabis, están luego los de cannabis más alcohol, están los consumidores de clorhidrato de cocaína con alcohol, responden a un perfil de ciudadanos perfectamente socializados.(...)Que está integrado familiarmente, laboralmente. Consumidores que yo los llamaría pre consumidor estándar, que son los que empiezan a hacer consumos de cocaína pero ya de cocaína base, que digamos están en la antesala del salto al consumo de heroína. Y ahora se ven muchos perfiles. (GD)

Por lo que consideramos importante analizar esta percepción sobre los perfiles de consumidores es porque se construyen sobre la información que se tiene normalmente resultado de la población atendida en la red, sobre todo desde el punto de vista de los y las profesionales. Y a los que han de adecuar su atención.

que lo he traído por si te resultaba interesante y la verdad es que sí, que fue un poco esta conclusión, los nuevos perfiles era lo que verdaderamente nos había llegado a las asociaciones, no que no existieran anteriormente, que sí que existían. (pero no habían llegado).(GD)

Sí es cierto que sigue existiendo una imagen como muy fosilizada de lo que es un CPA, es como de la metadona y ahora pues el colectivo metadona, Pero si por algo se caracteriza un CPA es que la puerta está abierta para todo el mundo, o sea si juega se le atiende, si no hay una dependencia (.) se le atiende, si toma alcohol se le atiende, si toma heroína se le atiende, o sea ahora mismo digamos si se caracteriza por algo es que hay una disponibilidad absoluta a cualquier demanda del tratamiento que se pueda hacer....(GD)



Pero si la población no tiene una imagen de que el recurso sea el adecuado no acudirá al recurso, sino acude al recurso las personas profesionales no visibilizan a ese sector de la población con consumo. Si no se visibiliza no se desarrollan estrategias, programas ni recursos para alcanzar a esa población. Y es en este momento donde la percepción social de los recursos emerge, siendo socialmente identificados como recursos que atienden a un único perfil.

los consumidores de metanfetamina, ¿Dónde ha estado esa demanda? Recordarás la ruta del bacalao que nos iba a inundar los centros, ¿no? Pues yo todavía estoy por ver a un sujeto que me acuda a solicitar tratamiento porque es adicto a sustancias de ese tipo. Y conozco a muchos, a muchos que consumen pero la demanda que han traído no era esa, son consumos y donde los he visto pues ha sido en la puerta de urgencias pero cuando he estado trabajando de facultativo en salud mental porque en el CTA no he visto nunca, yo he visto accidentes agudos por eso pero ahí no hay un cuadro de dependencia establecido.(GD)

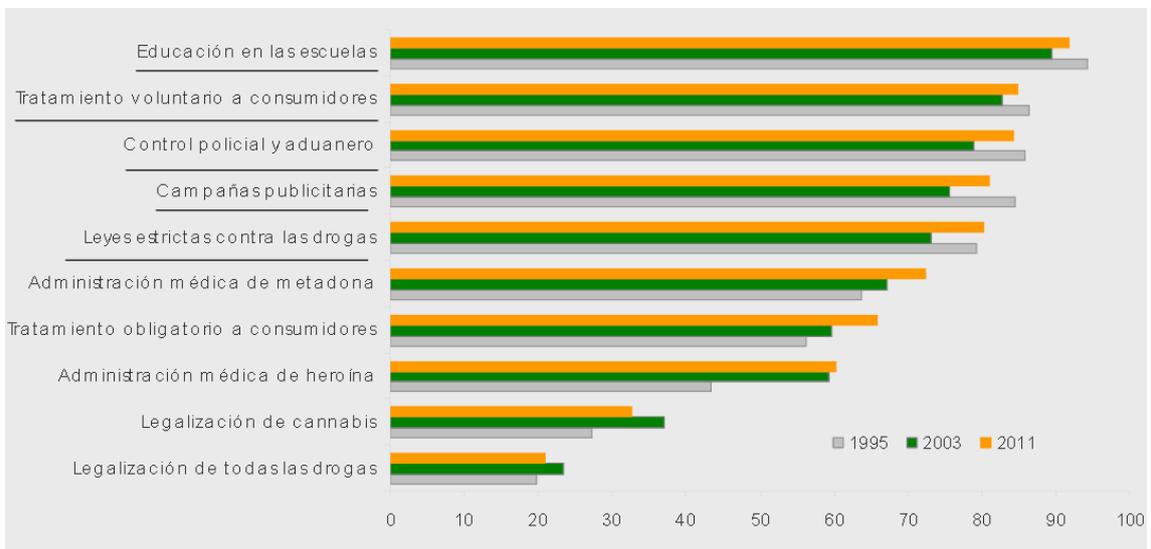
Yo creo que ahora mismo, bueno, finalmente por (..) los recursos estaban muy estigmatizados y muy asociado a determinado perfil de usuario, pues ya pues por cansancio han terminado viniendo, ¿no? O sea ya perfiles que no tienen nada que ver los unos con los otros han asumido que esto es lo que hay y han terminado viniendo, ¿no? No sabemos si todavía hay un montón de gente que sigue sin hacer demanda porque entiende una agresión verme reflejado en un servicio que yo asocio a otro tipo de perfiles, cuánta gente es, ¿no?, la que no acude pero, efectivamente, igual habría que diversificar la oferta y facilitar el acceso de perfiles que ahora mismo pues tienen un concepto de enfermedad pues que coincide con el perfil tradicional del drogodependencia, e incluso adaptar los recursos, ¿no? (GD)



Adecuación de la administración a las necesidades

Para contextualizar retomemos la posición mayoritaria de la sociedad general sobre las medidas que hay que tomar para abordar los problemas con las drogas, ya que las políticas se articulan en gran medida en base a la opinión social sobre los problemas y las demandas que generen.

Gráfico 6. Evolución de la valoración de las diversas acciones para resolver el problema con las drogas



Fuente: EDADES 2012

La sociedad dota de mayor peso a la educación, a través de medidas focalizadas en campañas de información general y programas específicos en el ámbito escolar. Además del control legislativo y policial y el tratamiento voluntario. Reseñable es el tratamiento obligatorio con tendencia creciente. Se valora positivamente el papel de los PMM y se produce una apertura creciente hacia la administración de heroína bajo supervisión, que no dejaría de ser una puerta a la regularización, bajo un amparo médico. Las posturas hacia la legalización son mucho menores, comparativamente a la dispensación médica de heroína, pese a ello existe una apertura hacia la legalización del cannabis. No deja de llamar la atención que siendo esta la sustancia ilegal con mayor consumo, mayor tolerancia social, mayor accesibilidad y menor percepción del riesgo, el posicionamiento hacia su legalización sea inferior al 50%.



Según los expertos

Los perfiles han cambiado y las estrategias para abordar su atención no han seguido un camino paralelo.

cuáles son las necesidades y las características de los drogodependientes, y vamos a encontrar soluciones a esta situación, sino que bueno, hay una estructura montada y bueno, hay quien consume algo de sustancia, entonces acude a un centro que le han dicho que es de atención a drogodependencias, y los técnicos que están en aquel centro pues desarrollan el papel que a lo largo de estos 15 o 20 años los poderes han enseñado a lo que es el tratamiento, la prevención ¿no? Pero pocos se han cuestionado si realmente lo que estaban haciendo era eficaz o no, o era, eso, eficaz y eficiente. (GD)

Además las respuestas que se dan lo hacen de una manera uniforme sin tener en cuenta variables básicas de la población.

y por otra parte también hemos encontrado en que todo lo que son los planteamientos de los consumos de las sustancias legales, diríamos de medicamentos, resulta que estos nadie se preocupa de ellos, y en realidad los efectos de dependencia en la mayoría de casos son muy superiores, no sé si me explico.

Eso por una parte, por otra parte no hay..., otra característica, y es que no se contempla suficientemente ni la edad, ni el sexo, ni la cultura, en la mayoría de centros ¿no? No es lo mismo una persona que se ha iniciado a los 14, 15, 16, 20 años, que una persona consumidora que hoy día tiene 60 años, que es la población en la cual pues yo estoy metiendo en estos momentos ¿no? Como evidentemente no es lo mismo que sea hombre, que sea mujer, y que sea de una cultura determinada o que sea de otra cultura ¿no? Claro, todos estos parámetros no se contemplan en la historia clínica, o en la historia social a la hora de dar (.) lo que es el tratamiento; por tanto se hace ver...(E-experto)

Y realmente el discurso, frase, por dar unos principios de atención según aspectos de género ha quedado como un elemento decorativo, porque después te vas a oír gente que va a hablar de género, y te habla de estadísticas que separan por sexo, hombre y mujer, y dices, pero qué ha entendido la gente que es eso ¿no? O sea, que en eso se ha avanzado muy poco, los espacios de atención para mujer sí que



encontramos servicios que han incorporado el grupo de atención a mujer, que es un gran avance, pero es muy de los ámbitos de intervención que no han sido contemplados aún, yo creo.(E-experto)

Dando respuestas en ocasiones desde la diferencia de la sustancia de consumo.

Totalmente, incluso eso lo vemos cuando hay muchos servicios que siguen haciendo clasificaciones en sus modelos de intervención según sustancia ¿no? Cuando después el abordaje, si hablamos exclusivamente de lo que es aspecto adictivo de la sustancia no habría tantas diferencias, evidentemente que tú tienes instrumentos o recursos terapéuticos a nivel farmacológico para abordar una sustancia que no tienes en otra, en el caso de heroína lo que sería la metadona propiamente ¿no? Pero sí que ese punto de diferenciación lo hacen los propios profesionales en el momento de acercarse, pero que sí que no sólo las diferencias están en la sustancia sino que realmente las diferencias están en las condiciones de oportunidad de la persona ¿no?(E-experto)

La percepción es que se da respuesta a los nuevos perfiles, pero se da respuesta desde los programas que se desarrollan tradicionalmente, adaptando estos, no creando nuevos.

Seguimos trabajando con esquemas de los 80..(...) no se está haciendo porque aunque haya un argumentario teórico que así lo justifica, luego tu este argumentario te lo tienes que llevar a un equipo de trabajo que lleva 20 años trabajando así. Aquí está el médico, te estoy hablando de los recursos, aquí está el médico, aquí está el psicólogo, aquí está el trabajador social, enfermero o enfermera. Y estos vienen trabajando de una manera igual hace 20 años y te pueden decir “hombre, pero estamos atendiendo otros perfiles”, sí, estáis atendiendo muchos más casos de alcohol, es verdad, ¿pero está cambiando el tratamiento?, ¿el modelo está cambiando? ¿la manera en que lo estáis haciendo está cambiando?, no está cambiando.(E-experto)

Pero esta falta de adecuación no sólo afecta a los perfiles de consumo más recientes. En España existe una población de consumidores de sustancias, que se mantiene



más o menores estable gracias a los programas de mantenimiento con opiáceos, que se ha cronificado en los programas de la red de drogodependencias, a los que no se les termina de dar respuesta.

Si está instalado bajo el paraguas de la reducción de daño. ¿Cómo justifico esto? Justifico mi intervención diciéndote que lo que estoy haciendo es reducción del daño, no se mueren, que no contraiga hepatitis, que no contagia a nadie, así estoy justificando esto. Desde un enfoque sanitario. ¿Y el social? ¿qué hacemos con esta gente? Que tienen un circuito prisión, centro de (.), comunidades terapéuticas, la calle. Intervención social. Hace mucho tiempo que la intervención con estas personas dejó de ser por drogodependencia, es un excluido social, no es un drogodependiente, es un de los atributos que lo adornan, que consume metadona o heroína cuando puede, pero lo que tiene es un problema de exclusión social, es lo que le pasa a ese hombre de 50 años ¿y en eso qué estamos haciendo? (E-experto)

Estamos hablando de respuestas que necesitan de una atención integral, que implica la coordinación entre diferentes recursos y diferentes áreas. Esta coordinación no se ha conseguido articular eficazmente.

porque es gente a la que cuando te pones delante de ella tu dices “¿qué te cuento y qué me cuentas? ¿qué te empiezo a hablar de estilos de vida saludable? ¿te empiezo a hablar de resocialización, de buscar amistades que llamábamos en los 90 positivas? ¿o si vamos a recuperar relaciones familiares?”, “si mis padres murieron hace años”, pero aunque no, porque sigo viendo a gente “es que a la madre no vamos a intentar no marear mas esto porque lleva 20 años recorriendo sitios con el hijo, deja a la señora en paz”. ¿Qué te ofrezco? Pues lo que te puedo ofrecer tiene poco que ver con la droga y mucho que ver con lo social, probablemente lo que necesites es ver cómo hacemos para que puedas cobrar tal prestación o tal otra, o vemos como solventamos tu tema de alojamiento de una manera un poco mas estable, no a través de centros de transeúntes sino a través de modelos de pisos, otro modelo de ver a las personas sin techos. Van por ahí el problema. Pero si tu esto se lo cuentas a la Consejería de Sanidad te va a decir que “eso es hacer política social, eso no es mío”, entonces ya entramos con los problemas administrativos insalvables muchas veces (E-experto)



Para articularla atenciones integrales tiene que haber una interlocución entre todos los sectores.

Es decir, en esta mesa nos tenemos que sentar más gente además de los que sabemos de drogas. Yo necesito tener a mi lado al que sabe de centros de transeúntes, yo necesito tener a mi lado al que sabe de educación. Para hablar. Y esto no se hace.(E-experto)

Utilizamos el ejemplo de una población con problemas de drogas concreta pero la necesidad de respuestas integrales está presente en todas.

Evidentemente trabajas desde el problema drogas y trabajas muchas otras cosas, trabajas la precariedad, la vida personal, trabajas estos elementos que pueden tener, que tienen relación con lo que a ti te pasa con las drogas, pero tienen relación con muchas más cosas, como siempre, los consumos de drogas son síntomas de otras cosas y es una cosa que me parece que a lo largo de, si algo he aprendido estos años es esto. Cuando se convierte en problemático es un síntoma de que hay otras cosas detrás.(.....)

Es evidente que un chaval con problemas entre otras posiciones tendrá mayores consumos de cannabis, pero es que esto forma parte de los problemas que tiene el chaval, es una manifestación más y eso sólo no le ayudará mucho.(E-experto)

En el desarrollo de tratamiento lo que estamos viendo es una involución, para mí; es decir que, yo lo que estoy viendo es que el modelo bio-psico-social, el modelo de intervención integral, pues se está sustituyendo por una simplicidad a través del dogma, del discursos más hegemónico de Sanidad entendiéndolo exclusivamente al drogodependiente como una persona enferma crónica, y que hay que tratar, eso es un elemento muy poco lector de lo que son los determinantes de la problemática del drogodependiente ¿no? Y después, de lo que son los aspectos de acompañamiento que deben existir.(E-experto)

La falta de adaptación de la atención a los problemas reales se plasma también en la percepción de lo realizado en los programas de prevención. Por una parte en cuanto a



su estructuración por la apuesta mayoritaria por la prevención general y no por la selectiva o indicada.

Y se hace una prevención fácil. Me explico. Las tres tipologías clásicas de la prevención, la universal, la selectiva y la indicada, todo el dinero se ha puesto en la universal, todo el dinero, la gran mayoría del dinero. Esto tampoco es gratuito, es decir, las grandes empresas que trabajan en prevención ¿a qué se dedican fundamentalmente ¿a qué se dedican? A la universal. ¿Por qué?

Porque la universal es transferible, la vendo en Badajoz y la vendo en Cartagena, el mismo libro ¿eh? Y te hablo de experiencias directas “Es que el Ad hoc me vale para el colegio ese en tal sitio y yo eso no lo puedo vender en otro lado”. Entonces todo el dinero se ha metido en la prevención universal, que no la quiero denostar, solamente me gustaría que se complementaran un poco las otras dos, hombre que se transfiriera un poco. (E-experto)

Pese a que hay directivas europeas y del propio PNSD que identifican la necesidad de desarrollar este tipo de estrategias. Además existe una crítica sobre el desarrollo real práctico de la prevención universal en centros educativos.

Aparte de que se ejecutan mal los programas ¿eh? Los programas están perfectamente diseñados, cualquiera de los que cojas están perfectamente diseñados y evaluados, pero ¿quién está aplicando esos programas tan y como se diseñaron? Nadie. ¿Qué es lo que hace el tutor o el educador social? De todos estos libros que me han mandado en esta hora de tutoría yo saco una página que adapto y desarrollo, ¿cuándo voy a hacer otra? No lo se, pero no lo se porque detrás de los de la droga están los de la seguridad vial, y detrás los de los trastornos de la alimentación y después los de violencia de género, con lo cual desarrollar todos estos programas según además me los diseñáis que son unas cosas monumentales, pues mira lo que puedo hacer en una hora de tutoría semanal es hacer un taller esta semana hago es tratar los trastornos de la alimentación. No es culpa de los profesionales. (E-experto)

También existen críticas hacia la excesiva focalización hacia los programas de ocio alternativo en detrimento del impulso a las líneas de prevención selectiva o indicada.



Claro que sí que vemos líneas de intervención que sí que están siguiendo la realidad de consumos, e intentan responder, y en el momento que se están planteando ¿no? Para nosotros, digamos, de alguna manera los abordajes en poblaciones selectivas e indicadas desde la perspectiva preventiva, fue una prioridad desde hace muchos años ¿no? Pero también es cierto que una de las convocatorias más importantes del Plan Nacional sobre Drogas para lo que sería entes locales, es para ocio alternativo, u ocio saludable; ocio saludable entenderíamos ese ocio que se hace sin drogas, o que las drogas no van a estar presentes o cercanas ¿no?(E-experto)

Por otra parte pero vinculada a esta idea de la apuesta por lo general la falta de conocimiento de las demandas y necesidades concretas de prevención, sobre todo en jóvenes, o la falta de apoyo institucional para que las actuaciones que van encaminadas a conocer más esta realidad.

A pesar de los muchos esfuerzos que muchos técnicos están realizando, o un 10-20% de técnicos están realizando en adaptar y poder captar realmente la realidad de los consumidores, sobre todo hay que trabajar en prevención, hay un esfuerzo importante en algunos de ellos, pero continúan sin tener una incidencia efectiva, no hay una incidencia real. Es decir, la población joven de hoy día y consumidora, pues va por un camino y los técnicos van por otro, no coinciden; es decir, solamente coinciden cuando estos consumidores tienen una crisis, o tienen un desarrollo de patología, entonces claro, acuden al médico, acuden a urgencias los fines de semana para los problemas de exceso de consumo de alcohol por ejemplo, y de otras drogas, y cuando se pasa la crisis ¿no? Están un día hospitalizados, y al día siguiente pues se van a su casa y algunos de ellos se asustan y acude al psiquiatra, o acuden a un centro específico, por el susto que ha recibido, pero la mayoría de los otros consumidores no tienen ningún contacto con profesionales ni nada.(E-experto)

Entonces, en prevención te diría que claro que encontramos líneas de prevención que están actuando muy siguiendo la realidad, tanto en lo que sería la emergencia de nuevos consumos, nuevas sustancias, de desarrollo de contactos directos con la población consumidora, en lo que sería seguir los nuevos mercados de consumo como puede ser a través del Web Profunda, metiéndose en los foros..., tenemos, pero esos no son los priorizados, esos siguen siendo la marginalidad de la intervención preventiva.(E-experto)



Opinión de los profesionales

La opinión de los profesionales sobre la adecuación de los planteamientos de la administración presenta una clara coincidencia en que se han puesto en marcha numerosas iniciativas y programas, pero que estos fueron desarrollados al albor de una situación de alarma social, en la que proliferó un sinfín de recursos tanto públicos como privados (sobre todo tercer sector). Esos recursos se han ido definiendo, reorientando y agrupando, pero la planificación surgió para ordenarlos, por tanto su existencia no obedece a una planificación previa. La necesidad de dar respuesta provocó su surgimiento, pero al cambiar la situación no se ha realizado una nueva planificación de la que surja un mapa de recursos que se adapte a las necesidades actuales.

hace unos años el modelo que era un modelo que se inseminó y que tenía una ideología clara y definida y sabía lo que quería hacer y diversificó tratamientos y pensó en distintos tipos de demanda y empezó a alimentar un poco la red no solo propia de la Administración sino las entidades de tipo social, las iniciativas que procedía de la Comunidad. Eso fue un tiempo y luego ya eso se ha caracterizado porque no se sabe muy bien dónde se va y después a ese problema pues se ha unido un problema económico, de recursos económicos muy limitados.(GD)

Hay una percepción de que falta un proyecto sólido que dé las respuestas necesarias a las necesidades actuales en materia de drogodependencias.

“ahora mismo estamos en una situación de sostenimiento mínimo y sin un proyecto tampoco muy claro, no se sabe muy bien esto para dónde va, no se sabe dónde se va a insertar, no se sabe muy bien..., vamos, ni a qué consejería va a ir, vamos, no se sabe muy bien en general porque yo pienso que se carece de proyecto, no se tiene muy claro qué se va a hacer con esto. Se sabe que tendríamos que promocionar alguna respuesta pero al mismo tiempo pues ahora (.) económico importante. Y luego, bueno, se ha generado una red de recursos en un momento tan florida que ahora es muy difícil darle una respuesta, o barajar tanta diversidad porque



aquí hay recursos de todas las administraciones, recursos de todo tipo de institución privada y eso pues claro, es un problema incluso para respetar las directrices que las Naciones Unidas respecto a la atención en adicciones”. (GD)

“el tema de heroína que también sufrió el tema del VIH y tal, eso creó un boom importante, se dedicaron muchos recursos económicos y tal en esa época, surgieron muchas asociaciones, se intentó dar respuesta y yo creo que se consiguió bastante a todas esas familias y a esas personas que tenían necesidad pero con el tiempo ha ido cambiando el perfil como hemos estado comentando pero ahora mismo si hay que recortar en un momento de crisis en el que estamos de recortes, la droga no está de moda, hay otros colectivos que..., no es que no haya problema.” (GD)

Y esa falta de proyecto sólido viene vinculada a que la apuesta estaba dirigida a solucionar un problema con visibilidad social, pero no es una apuesta con convencimiento político. Toda vez que no existe esa percepción social del problema, desaparece el apoyo político.

“Aquí no hay fraguado nada, no ha generado estructura ninguna, esto es humo en realidad, que es lo que decía, bueno, hubo una implicación política, hubo una proyección importante, creció mucho la red pero creció de una manera muy descerebrada y ahora estamos sufriendo un poco las consecuencias de la insolvencia de la red”(GD)

“Respecto a lo que decimos, yo creo que no solo hay que echarle las culpas a los políticos, los políticos, los políticos son también parte de la sociedad y el problema es que el problema social (.) como problema social por la sociedad y si no ahí están unas estadísticas, el de percepción de...”(GD)

La consecuencia de la escasa percepción social, la falta de ordenación de la red, y la falta de apoyo político y visión de la necesidad de ella, la está situando en el centro de los recortes, en muchas comunidades.

“después de todos los avances esto ha crecido, efectivamente, se le ha dado mucha proyección pero ha crecido muy descerebradamente y a lo mejor



tendría que haber crecido menos y haber fraguado, haber enraizado más porque, efectivamente, por eso desaparecen los recursos y no pasa nada”.(GD)

“Y luego, bueno, se ha generado una red de recursos en un momento tan florida que ahora es muy difícil darle una respuesta, o barajar tanta diversidad porque aquí hay recursos de todas las administraciones, recursos de todo tipo de institución privada y eso”.(GD)

A su vez coinciden en que esa falta de planificación provoca que haya una cierta inequidad en lo que respecta a los recursos de atención a la población consumidora, desigualdad con una base territorial, es decir según cuál sea el lugar de residencia se tiene acceso a unos recursos o a otros. Incluso dentro de los mismos recursos no hay homogeneidad en el volumen de atención. Hay una demanda sobre la conveniencia de que existan ratios de atención para los profesionales, al igual que tiene que haber un médico de familia por cada 10.000 habitantes debería haber un psicólogo especializado en drogas por cada 100.000, por poner un ejemplo sencillo. Es decir que se estableciesen ratios en conformidad con las necesidades reales de la sociedad y que estuvieran basados en criterios de igualdad.

“aquí no se han estandarizado ni unos mínimos asistenciales, o sea tú eres usuario de Z y te van a prestar equis servicios y si eres de V son otros, o sea no se ha cedido a la atención ni siquiera a la categoría de derecho, o sea tú tienes un dentista por una ratio de población, un médico de cabecera por una ratio” (GD)

Un aspecto problemático resaltado por una parte de los profesionales del sector entrevistados, reconoce que se han dedicado muchos más recursos al tratamiento médico-farmacológico, que al tratamiento psico-social, este siempre ha ido por detrás en importancia y en los últimos años además se está imponiendo cada vez más la perspectiva biomédica, según la cual el drogodependiente es un enfermo crónico. Perspectiva que ha contribuido de manera positiva a la desestigmatización de las personas drogodependientes, pero que a su vez ha cerrado o restado importancia a otros itinerarios terapéuticos mas enfocados hacia la integración social y familiar. Itinerarios que pretenden conseguir una mayor normalización social de las personas consumidoras.



“Pero si se da mucha importancia, que la tiene, a la parte del tratamiento, ya sea con fármacos, psicológico, etc., pero la otra parte también del tratamiento que es de incorporación social ha estado un poco al arrastre de la otra, digamos el grueso del tratamiento.” (GD)

“Médico igual enfermo. Creo que este es hoy día el modelo que domina, que quizá sea menos despectivo que los dos anteriores, pero que en el fondo...” (GD)

“ese tratamiento farmacológico que ha primado y falta toda la parte psicoeducativa que la red no asume. A ver, existe pero existe en tan pequeño porcentaje que, claro, obviamente no ha habido avances en mucha gente sino que ha habido consecuencias de seguir así cronificando, de alguna forma ha cronificado”.
(GD)

El problema de las drogas y la posición dominante de la perspectiva biomédica puede haber ocultado en cierta medida otros factores de vulnerabilidad, como la pobreza y la exclusión, los problemas familiares, la falta de perspectivas y de opciones de futuro para la juventud. Es decir la concepción de los drogodependientes como meros enfermos, dejando de lado la coyuntura y la estructura social, puede suponer una ocultación de otros factores condicionantes de estas personas.

“Porque no preocupa, seguimos teniendo por ejemplo en Cataluña 5.000 primeras visitas en centros de tratamiento ¿no? Como los habíamos tenido años y años atrás, pero hoy en día no es una prioridad intervenir en tema drogas, incluso se plantean modelos que cierran la especificidad a la intervención, o la atención de esa población, cuando sabemos que su problemática en términos de salud está absolutamente condicionada por determinantes sociales y económicos; entonces, sanitizar el abordaje, o el trabajo, como si fuera una enfermedad más, es una simplicidad absoluta del conocimiento de lo que son las drogodependencias, y en ese punto, pues yo creo que igual como se está cerrando una atención global y equilibrada e integral sobre esa población, pues el resto lo tienes absolutamente para..., pues tal vez dejar, o abandonar una posibilidad de que sean consideradas personas de derecho a su salud y su dignidad, pues se abandonan aún más” (E-EXPERTO)



La preeminencia del sector sanitario y de la perspectiva biomédica, entronca a su vez con la falta de evolución o el mantenimiento de los formatos de tratamiento desarrollados para los heroinómanos, que aunque siguen siendo necesarios dado que estos siguen siendo usuarios de estos recursos, no son los únicos. La atención ha evolucionado poco para hacer frente a los cambios en los perfiles de los consumidores actuales. Los cuales se han diversificado enormemente, tanto en formas de consumir como en las sustancias que se consumen.

“Otra cosa quizá es, también tendremos que debatir si acaso, es la dificultad para adaptarse a una evolución de un perfil con la rapidez que a lo mejor la demanda lo vive” (GD)

“En el desarrollo de tratamiento lo que estamos viendo es una involución, para mí; es decir que, yo lo que estoy viendo es que el modelo bio-psico-social, el modelo de intervención integral, pues se está sustituyendo por una simplicidad a través del dogma, del discursos más hegemónico de Sanidad entendiéndolo exclusivamente al drogodependiente como una persona enferma crónica, y que hay que tratar, eso es un elemento muy poco lector de lo que son los determinantes de la problemática del drogodependiente ¿no? Y después, de lo que son los aspectos de acompañamiento que deben existir” (E-EXPERTO).

“los programas que estamos hablando que son programas de sota, caballo y rey, que necesitan mucha diversificación profesional para atender a esta gente, yo ahí veo la complejidad y el problema” (GD).

Asimismo estos profesionales han expuesto que existen deficiencias importantes en la red asistencial para personas con patología dual. Es decir en las personas que tienen problemas de dependencia o adicción a las drogas y que además sufren de alguna psicopatología. La definición que dan desde asociaciones especializadas como la Asociación Dual es que “la **Patología Dual** es un término que se aplica para designar la existencia simultánea de un trastorno adictivo y un trastorno mental en una misma persona. Se puede considerar pues como la intersección entre los trastornos adictivos y los trastornos mentales. Otros términos que hacen referencia a la misma realidad



son **co-morbilidad**, **simultaneidad** o **coexistencia** de ambos trastornos”⁴. Hay muy pocos recursos especializados para tratar con este tipo de problemáticas, que requieren de una asistencia específica y especializada. Estas normalmente reciben atención según cuál sea el motivo de consulta o el principal causante de problemas, si acuden o son recibidos en referencia a la enfermedad mental serán tratados como tal, y viceversa si acuden por los consumos que tienen, serán atendidos como drogodependientes. El Plan Estratégico de salud mental 2010-2014 de la Comunidad de Madrid (Consejería de Salud) reconoce que: “La principal dificultad asistencial para tratar a pacientes con abuso de sustancias y co-morbilidad psiquiátrica procede de la existencia de dos redes: la de atención a la Salud Mental y la de atención a las Drogodependencias”.

“No hay, en la Administración no hay una institución que integre, acoja a esos enfermos mentales y están mezclados con nuestra población adicta, que también son adictos pero una vez que desaparece el problema de la adicción, haces un abordaje de patología dual, ¿Dónde lo derivas? No hay” (GD)

“hay ahora un problema muy grande en las familias, por lo menos en las que yo trato aquí en Sevilla, con hijos que tienen patología dual y están cumpliendo condena de prisión en unos sitios que no son adecuados para ellos [...] Entonces eso sí es alarmante dentro de prisión la cantidad de, la estadística que hay de personas con patología dual cumpliendo... y los recursos pues no están..., por lo menos lo que yo veo” (GD).

“Yo creo que (...) la droga ha empezado a estar presente por detrás de muchos problemas, entonces a veces se camufla, se enmascara y como la parte (.) sea más potente que la parte psicológica terminas en un recurso o terminas en otro”. (GD).

⁴ Para ampliar información visitar: <http://www.patologiadual.com/aproximacion.html> o <http://www.patologiadual.es/>



Tabla 2. Ejes que permiten la identificación de la Patología Dual

DELIMITACIÓN DIFERENCIAL ILUSTRADA

	Si es Patología Dual	No es Patología Dual	Cuadros no duales: ejemplos
Eje Psicopatológico	Eje I: Trastornos neuróticos graves Trastornos psicóticos crónicos Eje II	Cuadros reactivos transitorios Cuadros inducidos por abstinencia Síndromes transitorios reactivos a eventos vitales estresantes	Psicosis tóxica por cocaína Abstinencia a alcohol Síndrome depresivo por duelo
Eje del Consumo	Uso y abuso patológicos Dependencia	Uso puntual de tóxicos Abuso sin efecto patológico directo sobre la estabilidad mental	Consumos esporádicos de cannabis Abuso de alcohol en fin de semana sin impacto sobre el cuadro mental

Fuente: Asociación Dual, <http://www.patologiadual.com/aproximacion.html>

Pasando al caso concreto de las mujeres maltratadas, estas suelen desarrollar ciertos consumos, alcohol, psicofármacos o cocaína. El problema es que cuando reconocen estos consumos, son etiquetadas como drogodependientes y son expulsadas de los recursos destinados a mujeres maltratadas. Lo que puede indicar que si eres una mujer maltratada no puedes ser a su vez consumidora de sustancias. Lo que en principio no parece ser muy verosímil. Por lo que se debería incorporar a estos recursos gente especializada en drogodependencias o en su defecto los recursos para las mujeres maltratadas deberían colaborar estrechamente con la red de atención a personas con problemas de drogas. Para así poder proporcionar una atención integral



y conceder el nivel de protección social necesario para este colectivo en situación de especial vulnerabilidad.

“el tema de las mujeres maltratadas que desarrollan una adicción en el ámbito doméstico, ya sea pastillas con alcohol o cocaína que también que compran, eso no tiene absolutamente ninguna respuesta por parte de la Administración, tú vas a una casa de acogida de mujeres maltratadas y si tienes un problema de adicción ya estás en la calle porque eres una drogadicta, “no, mire usted que soy una mujer maltratada; no, eres una drogadicta”. Entonces, claro, ahí hay un vacío, tú estás diciéndole denuncia. Mujeres con maltrato, vamos, que las mataban y cuando se ha descubierto que tenía una dependencia a sustancias han dicho te tienes que ir, “pero es que me va a matar”; “es que te tienes que ir”, y que se han tirado que ir con el agresor otra vez. Y ahí un vacío absolutamente” (GD).

Las y los profesionales reivindican su esfuerzo para adaptarse a las nuevas situaciones pero críticos también con los resultados de esa adecuación.

“quiero añadir esto de que realmente en la realidad de los usos y los abusos va siempre por delante de las políticas, de las políticas que impulsan las prevenciones y los tratamientos. Y que a pesar de que nos queremos adaptar a estas realidades pienso que no, que todavía tenemos instrumentos obsoletos para tratar a los drogodependientes de hoy en día, ¿me explico?”(GD)

“luego una adaptación, que era lo que tú preguntas, recursos adaptados a los drogodependientes actuales yo creo nunca se llegaron a adaptar bien a la situación real de este tipo de familias o este tipo de personas con problemas.

Comunidad Terapéutica ha funcionado con un perfil concreto, Proyecto Hombre ha funcionado cuando la metodología ha funcionado en esa persona, luego hay muchos que se han quedado en el camino y no había recursos, patología dual no ha tenido recursos nunca. Y jóvenes, bueno, si hablamos de prevención, que es el área donde a mí me toca, muchísimo que desear en tiempos de bonanza también”. (GD)

“los centros de día se están hablando años de que había que darles una vuelta y se nos están yendo por el sumidero y no le hemos dado la vuelta”. (GD)



La flexibilidad de las redes de drogodependencias es uno de los argumentos que influyen en esa adecuación: Se realiza un esfuerzo de adaptación pero quizás no con la celeridad que se demanda.

“hay un desarrollo de un sistema, una estructura de atención importante que se ha desarrollado durante todos estos años, difícil es si está completa. Hombre, probablemente puesto a analizar así encontraríamos sectores en los que a lo mejor haría falta todavía más puntualizar la atención a determinados perfiles concretos pero yo creo que la red pública y privada en Andalucía es suficientemente potente. Otra cosa quizá es, también tendremos que debatir si acaso, es la dificultad para adaptarse a una evolución de un perfil con la rapidez que a lo mejor la demanda lo vive”. (GD)

Y en esa adaptación las y los profesionales diferencian recursos públicos y recursos privados. La red de drogodependencia pública muestra mayores dificultades para adaptarse a las nuevas demandas que la privada.

“Yo en ese sentido algo positivo de las entidades privadas con respecto a la Administración Pública, es que las entidades privadas han podido evolucionar conforme han ido evolucionando también el tema de la adicciones. Han ido evaluando programas, los proyectos y se han ido adaptando a los nuevos perfiles y a las nuevas necesidades que tienen las personas. Proyecto Hombre, el programa de cocaína, el programa de mujeres, con jóvenes, por poner un ejemplo de Proyecto Hombre. Sin embargo la Administración Pública se ha quedado en el recurso y no ha podido evolucionar en ese sentido, o por qué no sacar nuevos programas más adaptados. Ha evaluado que hacía falta asesoramiento legal por ejemplo y contratar este servicio de asesoramiento legal”. (GD)

“Y eso difícil de atajar, los programas que estamos hablando que son programas de sota, caballo y rey, que necesitan mucha diversificación profesional para atender a esta gente, yo ahí veo la complejidad y el problema. Al final la experiencia mía en la red pública es que al final tú tienes tres casillas o cuatro casillas entonces lo metes en la que es”. (GD)



Otro de los argumentos, además vinculada a esa celeridad de respuesta y recursos, es la falta de apoyo a las nuevas propuestas, al igual que señalaban las y los expertos.

“a pesar de que hay esfuerzos, cada vez más, porque por ejemplo antes, eso de estar un año ingresado ya ha pasado a la historia porque no se puede, entonces ya los tratamientos son más cortos, hay algunos tratamientos expres de decir entras un fin de semana, nadie se entera, ¿me explico? Nadie se entera que tú tomas cocaína porque, claro, es lo que te decía, las personas pueden ser drogodependientes y estar en el trabajo, entonces la persona no puede desaparecer seis meses y decir que tiene un consumo a cocaína. Se están haciendo tratamientos expres, etc., etc. Pero todavía siempre, siempre como las políticas van hechas por políticos que realmente no conocen la realidad pues todavía vamos un poco por detrás, creo que necesitan cierta adaptación. Por ejemplo, te explico, a nivel de prevención de riesgos, estamos viendo que las drogodependencias se producen con los jóvenes en los contextos recreativos, etc., están pues eso, pues tomando pastillas, cocaína, están utilizando por ejemplo drogas que se compran por internet, ni siquiera hay una legislación con respecto a este tipo de sustancias. Entonces dices, bueno, si ni quiera se ponen de acuerdo en si esto es legal o ilegal cómo vamos a hacer alguna política de prevención”.(GD)

Los planteamientos que nos encontramos respecto a la prevención también son coincidentes sobre todo en lo referente a ocio alternativo y necesidad de prevención selectiva.

“O sea si tú miras esto en el estado español la mayoría del Plan Nacional invierte muchísimo en ocio alternativo y dices, bueno, vale, está bien, de acuerdo; pero y en el ocio normal, en el ocio consumista que es la mayoría, ¿Qué tipo de prevención hay?”(GD)

*“la normalización de la que hemos hablado y es complejo. Lleva al colegio y dice drogas, el especialista en drogas, ¿Quién está?
A lo mejor no hay nadie.*

Y a lo mejor no hay nadie. Y, claro, el colegio dice: uuuuu; los servicios sociales como haya drogas, drogas”.(GD)

Por otra parte existe una percepción desde el ámbito profesional sobre la necesidad de dar respuesta desde los recursos, que en el fondo tiene que ver también con las dificultades de coordinación y atención integral. En el momento en que una persona



manifiesta una problemática y además consumo de sustancias su derivación suele ser primero a la red de drogodependencias y esto suele suceder especialmente en jóvenes.

“En un centro a nivel educativo no hay respuesta, cuando hay respuesta suele ser bastante inadecuada, que coinciden con (...), vamos, yo creo que la mayoría de los sancionados están encantados de la sanción y buscan respuesta en el ámbito asistencial, digamos ya cuando realmente el problema está en lo educativo, ¿no?, vamos, todavía está en lo educativo, ¿no?, , a nivel de están llegando muchas demandas a la red especializada que no deberían de llegar, o sea que hay recursos mejor posicionados para atender ese tipo de demanda, a mí muchas veces me da miedo de que lo que se pretende hacer un poco por dar respuesta a una situación no sea luego entendido como una guía por donde debe discurrir la patología, ¿no?, que muchas veces parece que la estamos encarrilando y le vamos dando nosotros forma a lo que está ocurriendo y la atención primaria, los recursos educativos, los servicios sociales, etc., deberían de tener una mayor implicación con consumo que pueden tener igual la categoría de problemático pero que en muchos casos no llegan ni a la altura clínica de abusos de sustancias, vamos”.(GD)



Traslado a los políticos

Vamos a analizar a grandes rasgos los temas tratados en el Informe realizado por la Comisión Mixta para el Estudio del Problema de las Drogas. El objeto de esta ponencia como manifiesta por sí misma es el siguiente:

“La Comisión estableció, como objeto de la Ponencia, el estudio de las perspectivas de futuro en el abordaje de las actuales y nuevas adicciones, con sustancias y sin sustancias, realizando un diagnóstico prospectivo de las posibles adicciones de futuro y de la dimensión que adquirirán, pudiendo hacer un pronóstico de certeza como punto fundamental para poner en marcha los mecanismos oportunos para abordar, desde el presente, la prevención y acercarnos al tratamiento de las adicciones de futuro” (Comisión Mixta del Senado, 2014).

50

En dicha ponencia comparecieron algunos de los principales expertos y representantes, tanto del mundo científico/académico, como responsables de programas institucionales, nacionales e internacionales, responsables de organizaciones del tercer sector, responsables del sector sanitario y otros pertenecientes a los diferentes agentes implicados en la problemática de las drogas. Así pues trata de hacer una prospección y un acercamiento al fenómeno actual de las drogas. Partiendo de la siguiente definición:

“...la adicción es un trastorno que se caracteriza por la administración compulsiva de una sustancia o de una conducta y la pérdida de control sobre esa conducta, pese a las consecuencias adversas que puede tener para el individuo” (Comisión Mixta del Senado, 2014).

El hecho de introducir las adicciones sin sustancia abre el abanico de posibles adicciones como la adicción al juego, a las nuevas tecnologías, a las compras, al sexo, etc. Aunque posteriormente a lo largo de la ponencia únicamente hace referencia a la adicción al juego y deshecha el resto por no haber suficientes pruebas empírico/científicas que demuestren dichas adicciones, pero ánima a continuar investigando sobre las mismas. La adicción al juego ha sido reconocida dentro del



último Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) como un trastorno más dentro de las adicciones y dependencias. Sobre la ludopatía reza la ponencia, que existe un amplio consenso sobre su inclusión en las redes de atención.

Las conclusiones y recomendaciones de la ponencia Comisión Mixta-Senado marcan las propuestas sobre las grandes líneas que orientaran la estrategia y la acción en el futuro de las instituciones españolas en materia de drogas.

Una de las reflexiones principales es que se debe prestar especial atención a los menores de edad y a la juventud en general debido a la observación de la precocidad en el inicio de los consumos, principalmente alcohol y cannabis. Y también porque son especialmente vulnerables a los efectos nocivos de estas sustancias sobre su sistema nervioso, el cual no está completamente formado. Del mismo modo que observan la necesidad de permanecer vigilantes ante la aparición de nuevas drogas. Hay siete conclusiones que pueden ser extraídas de esta ponencia.

- La necesidad de mantener un enfoque equilibrado a la hora de afrontar de forma integral el problema de las drogas. Prestando atención a las diferencias entre sustancias legales e ilegales.
- El hecho de que haya disminuido la percepción social del riesgo asociado a las drogas hace necesaria la promoción de un gran debate social, sobre todo en torno al alcohol, el cannabis y los psicofármacos.
- Se debe intentar retrasar la edad de iniciación de los jóvenes al consumo de drogas, por lo que hay que intensificar la prevención y la detección precoz para posibilitar la atención en edades tempranas.
- La atención es uno de los grandes ejes del problema de las drogas, por lo que se debe garantizar que todas las acciones terapéuticas estén orientadas hacia la reinserción (social, familiar, laboral...) del adicto.
- Es necesario una adecuada integración de redes de drogodependencias y de salud mental para favorecer un abordaje más eficiente de la patología dual.



- El surgimiento de nuevas sustancias reclama una atención temprana y un adecuado tratamiento informacional. Así como la colaboración con otras instituciones internacionales.
- En lo que respecta a la aparición de nuevas adicciones se vuelve necesario prevenir y fomentar el buen uso de las nuevas tecnologías, principalmente en lo que respecta a la seguridad de la red para los menores. Y en lo que respecta a la ludopatía es necesario desarrollar una estrategia de prevención que promueva el juego responsable.

En referencia a las recomendaciones que se realizan desde el marco de la ponencia, debido al gran número de ellas, se ha decidido agruparlas por temas de referencia.

- Recomendaciones para las acciones de las instituciones
 - a. Consolidar y desarrollar un enfoque de lucha contra las adicciones que integre la multidisciplinariedad, los derechos humanos, el marco legal, la evidencia científica, la perspectiva de género y centrados en los individuos frente a las sustancias.
 - b. Mantener la estabilidad financiera de planes y programas, y ajustar el marco legal a la realidad actual.
 - c. Incrementar los planes de prevención y aumentar la cooperación y las sinergias intranacionales.
- Recomendaciones para la prevención y la lucha contra los problemas de las drogas
 - a. Prestar especial atención a los consumos y conductas adictivas de la juventud, y hacer frente a la banalización de los consumos de sustancias adictivas.
 - b. Reducción de la oferta mediante el aumento de la cooperación entre los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado.
 - c. Aplicar medidas a fin de garantizar un tratamiento sociosanitario pluridisciplinar e integral de las adicciones.
 - d. Destinar esfuerzos a la prevención y al conocimiento sobre las “nuevas adicciones”, y promover y fomentar la sensibilización de la sociedad



respecto al riesgo que supone el abuso de drogas u otras sustancias psicoactivas y sus consecuencias.

- e. Tratar de reducir la demanda de droga en centros penitenciarios mediante la prevención, con el objetivo de la plena reinserción posterior.

- Recomendaciones para la investigación
 - a. Ampliar la investigación sobre adicciones sin sustancia.
 - b. Estimular la investigación con el fin de agilizar la consecución de avances en la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las adicciones.

- Recomendaciones para el tratamiento y los servicios asistenciales
 - a. La orientación del sistema de atención a la reinserción social, laboral y familiar del paciente y aplicar medidas para garantizar el tratamiento pluridisciplinar e integral de las adicciones.
 - b. Potenciar la colaboración con el tercer sector y la equidad y cohesión de la cartera de servicios autonómicos en drogodependencias.
 - c. Reforzar el enfoque de género para hacer frente a las necesidades específicas de las mujeres consumidoras y favorecer la puesta en marcha de programas de atención y tratamiento específico a las politoxicomanias.

- Recomendaciones en el ámbito de la cooperación
 - a. Reforzar los mecanismos de cooperación en todos los niveles, local, nacional, regional e internacional. Y ampliar la cooperación en todos los ámbitos, policial, sanitario, científico, etc.



Conclusiones

“Más o menos, o sea no van paralelos ni la sociedad, ni los políticos ni los profesionales. Bueno, en eso estamos, en intentar tener la misma visión todos”.(GD)

- La sustancia como uno de los principales elementos definitorios de los consumidores de drogas.

El papel de la sustancia de consumo como clave en la percepción social de la drogodependencia en España asociada a la heroína. Mientras el abuso de otras sustancias no tiene la misma categorización social, como es el caso del cannabis.

- El modelo de percepción social en España ha estado muy unido a la época de la heroína. Siendo antes de esta época un problema del ámbito privado, saltando o pasando al ámbito público con el bum de la heroína. Y una vez “solucionado” este, las drogas han vuelto a ser un problema del ámbito privado, sobrecargando a los individuos y a las familias.
- Los conceptos utilizados hasta ahora son cosa del pasado.

Toxicomanía, drogodependiente, adicto son conceptos que conviven pero que no hacen referencia a la situación real del consumo de drogas. Se necesita abordar tanto la dependencia como el consumo problemático, por lo que surge la necesidad de traducir la expresión ‘persona con un problema con las drogas’ a un concepto, debido a la dificultad de implantar socialmente dicha locución.

- Los recursos de atención a los drogodependientes se estaban quedando atrás a la hora de adaptarse a las necesidades actuales de los consumidores y de las sustancias que estos consumen.

Se abordan todo tipo de perfiles desde los recursos de atención, pero su identificación con un tipo de consumidor, la necesidad de impulsar recursos



nuevos y la falta de apoyo a iniciativas nuevas, hacen que este abordaje se haga desde programas formulados para otro tipo de consumidores.

- La adaptación de la atención se está agravando debido a la crisis y a que la percepción del problema de las drogas está en su mínimo histórico.

Por lo tanto el cierre de centros asistenciales y de recursos, pasan más desapercibidos o no crean indignación ni protesta social y son relegados de la agenda política.

- Se requiere una apuesta firme e integral por un modelo de atención Biopsicosocial

Requiriendo una apuesta firme por la atención integral y la coordinación de servicios y áreas.

- Necesidad de invertir en la prevención indicada y selectiva por su mayor eficacia y necesidad social frente a la prevención universal.
- La necesidad de desarrollar recursos de atención especializada a personas con problemas multifactoriales, como la patología dual o las mujeres maltratadas.
- Es necesario volver a poner en el ámbito público la problemática de las drogas y más en un contexto social como el actual, para ello han de visibilizarse de forma efectiva las políticas y recursos.
- Necesidad de reorganizar la planificación de drogodependencias a nivel estatal y autonómico, dando cabida en su formulación a otras áreas.



Bibliografía

- Aliño, J. L. I., & Miyar, M. V. (Eds.). (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition. American Psychiatric Association
- Arza, J. (2013). *Estrategias para la atención sociosanitaria. El caso de las drogodependencias en Navarra (1993-2009)*. Tesis para optar al título de Doctor en Trabajo social, Universidad Pública de Navarra- Nafarroako Unibertsitate Publikoa, Pamplona, España.
- Andersen, G. K. J. E. (1993). *Los tres mundos del Estado del bienestar*. Edicions Alfons El Magnànim, València.
- Cachón, L. (2009). La España inmigrante: marco discriminatorio, mercado de trabajo y políticas de integración. *Barcelona: Anthropos*
- Comas, D. (1989). "La construcción social de la imagen del drogodependiente: consecuencias para la prevención y la atención." En AAVV (1989). *Psicología de la intervención social*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Comas, D. (1994). *Los jóvenes y las drogas desde la perspectiva de los años 90*. Madrid: INJUVE.
- Comas, D. (1996). "Representación social y estrategias sobre drogas: el caso español." En AAVV (1996). *Aprender y cambiar. Balance y perspectivas del futuro de la intervención sobre droga en Europa*. Barcelona: ITACA.
- Durkheim, E. (1997). *Las reglas del método sociológico* (Vol. 86). Ediciones Akal





Fundación Atenea

Con la financiación de:

 MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD	SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
	DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

- European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. (2014). Informe europeo sobre drogas. Tendencias y novedades. Observatorio Europeo de las drogas y las Toxicomanías. Lisboa: Autor
- Megías, E.; Comas, D.; Elzo, J.; Navarro, J. y Román, O. (2000). La percepción social de los problemas de drogas en España. Madrid: FAD.
- España: Comisión mixta del Senado para el estudio del problema de las drogas. (2014). Informe sobre las perspectivas de futuro en el abordaje de las actuales y nuevas adicciones, elaborado por la ponencia creada en el seno de la comisión mixta para el estudio del problema de las drogas. Boletín Oficial de la Cortes Generales, Nº 264 del 25/03/2014.
- O'Brien, C., Volkow, N., & Li, T. K. (2006). What's in a word? Addiction versus dependence in DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 163(5), 764-765.
- O'Brien, C. (2011). Addiction and dependence in DSM-V. *Addiction*, 106(5), 866-867.
- Recio, P. D. (1997). El fenómeno de la droga como capital simbólico y hecho social total. *Estudios de Juventud*, 40.
- Romaní, O. (1999). Las drogas: sueños y razones. Ed. Ariel, Barcelona.
- Romaní, O. (2010). Adicciones, drogodependencias y "problema de la droga" en España: la construcción de un problema social. *Cuicuilco*, 17(49), 83-101.
- Romaní, O., & Rekalde, A. (2002). Los medios de comunicación social ante el fenómeno de las drogas: un análisis crítico. Grup IGIA, Barcelona.

