

EDUCACIÓN SOCIAL

**SONIA FUERTES  
TONI GARÍN**

**EDUCACIÓN SOCIAL Y  
DROGODEPENDENCIAS**



**EDITORIAL UOC**



**12 h**

# **Educación social y drogodependencias**

# Educación social y drogodependencias

Sonia Fuertes  
Toni Garín



Directores de la colección Manuales (Educación Social): Eva Bretones y Segundo Moyano

Diseño de la colección: Editorial UOC

Diseño de la cubierta: Natàlia Serrano

Primera edición en lengua castellana: mayo 2017

Primera edición en formato digital (epub): noviembre 2017

© Sonia Fuertes y Toni Garín, del texto

© Editorial UOC (Oberta UOC Publishing, SL) de esta edición, 2017

Rambla del Poblenou, 156 08018 Barcelona

<http://www.editorialuoc.com>

Realización editorial: dâctilos

ISBN: 978-84-9116-781-5

Ninguna parte de esta publicación, incluyendo el diseño general y de la cubierta, puede ser copiada, reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma ni por ningún medio, ya sea eléctrico, químico, mecánico, óptico, de grabación, de fotocopia o por otros métodos, sin la autorización previa por escrito de los titulares del *copyright*.

### **Sonia Fuertes**

Licenciada en Filosofía y Ciencias de la Educación, así como en Educación Social. Ha cursado estudios en el ámbito de las ONG —Función Gerencial en las ONG, seminarios de Innovación en ESADE— y un posgrado de Ciencia política y de la administración en la Universitat Oberta de Catalunya (UOC). Su trayectoria profesional se remonta a finales de la década de 1980 y se centra especialmente en el ámbito de las drogodependencias, la salud mental y la ejecución penal. Actualmente desarrolla tareas de subdirección en el área de Inclusión Social de la Fundación Salud y Comunidad, y participa en diversos espacios de colaboración entre organizaciones como, por ejemplo, Entitats Catalanes d'Acció Social (ECAS), Taula del Tercer Sector y Dones directives i professionals de l'acció social. Colabora también como docente en diversas instituciones y de forma estable en el grado de Educación Social de la UOC, así como en el máster de Drogodependencias del IL3.

### **Toni Garín**

Licenciado en Filología y grado en Educación Social. Posgrado en Educación Social de la Universidad de Barcelona. Ha cursado estudios de psicoanálisis (Tétrada) en la sección clínica del Instituto del Campo Freudiano, así como estudios referidos a la función directiva: Update directivo en La Unió, Innovación social y liderazgo por ESADE. Su trayectoria profesional se inicia a principios de la década de 1980 en el ámbito de las drogodependencias, la salud mental y la ejecución penal. En la actualidad dirige el Área de Inclusión Social de la Fundación Salud y Comunidad. Supervisor y consultor de instituciones y equipos de trabajo. Formador de formadores. Como docente ha impartido seminarios, talleres y actividades formativas en diferentes instituciones: en la Universidad de Barcelona, en la Unidad de Formadores de la UPC y en el máster de Drogodependencias del IL3, entre otras.

*Siempre nos ha parecido que el espacio de agradecimientos tiene mucho de reconocimiento: da cuenta de esa trayectoria compartida que supone aprender.*

*Resulta difícil elegir o priorizar a alguien en esta lista. Muchas personas han contribuido a hacer de nosotros quienes somos hoy desde aquellos lejanos años ochenta en los que iniciamos nuestro camino en la educación social.*

*En orden cronológico, podemos destacar especialmente a los docentes y compañeros que encontramos en la Escuela de Educadores Flor de Maig. A las profesoras Violeta Núñez y Hebe Tizio, y a todos aquellos con los que compartimos aula. Sin duda ahí se inició el viaje.*

*En la profesión, en los distintos lugares, hemos tenido siempre la oportunidad de colaborar con grandes profesionales: en la comunidad terapéutica, en el centro de día, en los programas intrapenitenciarios, en el club social, en los programas de reducción del daño...*

*La lista es interminable y solo cabe añadir que en todos los lugares transitados encontramos profesionales apasionados y comprometidos con la tarea educativa.*

*Finalmente, en la UOC, mención especial merece Segundo Moyano. Su acompañamiento ha resultado en momentos de sequía creativa un impulso para continuar.*

# Introducción

El encuentro con profesionales del ámbito de la acción social siempre nos ha resultado estimulante por lo que entraña de interrogante y descubrimiento compartido.

En ese sentido, es un honor aportar nuestra reflexión para incentivar el debate y dialogar sobre un fenómeno como es la drogodependencia que continuamente nos retorna preguntas a pesar del tiempo transcurrido desde la implantación de los primeros programas. Esto indica que es un ámbito sugerente, dado que tenemos alguna conciencia de lo mucho que nos queda por saber y eso nos lleva a intentar conquistar nuevas parcelas a la ignorancia.

Es también una gran responsabilidad ofrecer estas aportaciones fundadas en la experiencia educativa desde un formato que apunta a una modalidad de intercambio que nos parece oportuna: la lectura, lugar que convoca al encuentro, a la discusión, al debate con el otro. Platón asociaba la filosofía, el afán de saber, al diálogo. En sus escritos lo adopta como vía fructífera para acceder al saber y a la verdad. En el intercambio dialéctico de buenas preguntas y respuestas los dialogantes trabajan en pos de un objetivo común. Al respecto, siempre consideramos que Platón hubiera sido un buen conductor de equipos de trabajo o, cuando menos, un buen teórico del tema. En la línea que subraya Lou Marinoff, reivindicamos hoy la necesidad de «más Platón y menos Prozac». Es una declaración de intenciones respecto a lo que expondremos.

Debutamos como profesionales en este ámbito conduciendo grupos y las denominadas tertulias, un espacio educativo que propiciaba el diálogo hace... hace ya mucho tiempo; concretamente en Can Puig, comunidad terapéutica ubicada en el Tibidabo, próxima a Barcelona. Era una actividad de sobremesa que acompañábamos de un café. Uno de los participantes preparaba un tema que pudiera resultar de interés, ordenaba el contenido, lo sustentaba en ejemplos y lanzaba preguntas para el posterior debate. Lo formidable consistía en el efecto que se observaba. Al hablar, los sujetos se apaciguaban, respetaban sus turnos de palabra y, así, la actividad devenía en un paréntesis en la agitada vida de la institución.

Podían reconocerse, regulaban los intercambios y cada uno encontraba espacio para sus palabras. Ese efecto, que se producía mientras hablábamos, nunca dejó de maravillarnos. Simbolizar, poner en palabras, tranquilizaba y, a la vez, relanzaba las ganas de saber, de aprender.

Esta situación cronológicamente queda ubicada —¡qué barbaridad!— a principios de los años ochenta en plena eclosión del consumo masivo de drogas. Los que ahora escribimos este libro éramos recién llegados a la profesión y, en honor a la verdad, cabe decir que nadie nos pudo explicar con precisión en qué debía consistir nuestro trabajo, dada la falta en la época de centros específicos de formación de educadores. La excepción fue la mítica Escuela de educadores Flor de Maig, a la que tuvimos la fortuna de asistir. No obstante, resultaba aún más difícil encontrar educadores con formación en el ámbito de las drogodependencias. Era

frecuente que la plaza de educador estuviera ocupada por profesionales de otras disciplinas. Consistía su función en una especie de cajón de sastre, una actividad que podía ser ocupada por cualquiera que dispusiera de un mínimo de sentido común, pero que, obviamente, no gozaba de un reconocimiento estable. En efecto, todos lo consideraban como un lugar de tránsito desde el cual acceder, en el futuro, al ejercicio de su formación específica.

Ciertamente, había pocas posibilidades de partir de una cartografía que orientara las acciones y ofreciera soporte para el desarrollo riguroso de la función educativa. Paradójicamente, hacer frente a ese vacío, esa ausencia de formalización, aunque suponía una dificultad inicial permitió vislumbrar todo lo que quedaba por hacer y por definir. Así, lo que en principio —en aquellos iniciales encuentros con la profesión— producía una sensación de vértigo, acabó derivando en un método generador de saber.

Hablamos, pues, de una posición o, si quiere, de una mirada particular que privilegia no tanto lo conocido como lo que resta por conocer. Es desde ese lugar desde donde se desplegarán los contenidos ofrecidos a los lectores, a los educadores, que también leen, que deben aprender a leer. Sostenemos desde el texto una posición de ignorancia que permita la emergencia del interrogante y del deseo. Luego, ese deseo habrá de articularse con lo social desde la práctica profesional.

Y, si hablamos de la práctica, quizá os podremos explicar algo acerca de los vertiginosos cambios que han incidido en el ámbito profesional de las drogodependencias. También de sus conceptos básicos, de la profusión de terminologías y lenguajes que operan en él; de la multiplicidad de síntomas que aparecen en lo social en relación con su ámbito; de las producciones científicas que nos incumben desde las diferentes disciplinas; de la importancia de comprender la lógica subyacente en materia de adicciones; de observar, también, el deslizamiento continuo de las formulaciones teóricas y, en definitiva, de cómo elegir un posicionamiento ético ante la tarea de facilitar la integración de lo que se describirá en las siguientes páginas. La idea no es hacerlo desde una mirada meramente académica y enciclopédica, sino desde una actitud valiente que permita acrecentar el saber a partir de la experiencia, el cuestionamiento y la reflexión.

Llegados a este punto, quizás el lector quiera saber algo más sobre este ámbito apasionante que nos plantea preguntas acerca de qué lleva a los sujetos al consumo de drogas: ¿por qué algunas de estas prácticas pueden ser mortíferas?, ¿qué es lo que se satisface cuando actuamos contra nosotros mismos?, ¿qué acontece en las instituciones habilitadas para el tratamiento de las adicciones y cuáles son las contradicciones que enfrenta un sujeto que declara que quiere dejar de tomar sustancias y, paradójicamente, sigue haciéndolo? Y siguiendo este mismo hilo: ¿qué os ha llevado a elegir la lectura de este texto?

Acaso entonces quisierais saber algo más acerca de por qué no existen conceptos establecidos de manera categórica en esta parcela de estudio. Pareciera que el desconocimiento de estas cuestiones, junto a otras, favorece que algunos profesionales acaben «quemándose» en el desempeño de su praxis. Ahora bien, al respecto, decimos que lo que desgasta con frecuencia es no disponer de elementos técnicos y éticos que favorezcan la

actualización del saber para poder mantener su interés en relación con la tarea y que evite el abandono de su función. En este sentido las instituciones deben apoyar a sus profesionales dotándoles de espacios para la supervisión, el trabajo en equipo y el aprendizaje compartido.

Y quizá, también, el lector quiera saber cómo nos sentimos después de tantos años que ejercemos de educadores frente a esta tarea siempre inacabada. La respuesta sería que no hemos mejorado tanto como para llegar a ser educadores ni hemos empeorado tanto como para llegar a creérnoslo.

## Una mirada al contexto

Trabajar desde la educación social con drogodependientes implica necesariamente disponer de elementos que nos permitan leer signos más allá del ámbito de las drogodependencias. Es preciso ponerlo en relación con lo económico, con las políticas sociales y con los hechos del presente para no parcializar en exceso nuestra mirada, y así evitar reduccionismos que influyan en el profesional y, por extensión, en la calidad de la oferta educativa que ofrecemos a las personas atendidas.

Sustentamos la mirada en una posición de asombro, de curiosidad, de extrañeza. Será necesariamente una mirada parcial, consciente de sus límites. Paradójicamente, nos encontramos en la sociedad de la exhibición, promotora de la disolución de la privacidad. El panóptico virtual arrincona las subjetividades fomentando un totalitarismo de la transparencia que uniformiza a los individuos.

«Frente a la obsesión de hacerlo todo transparente, Nietzsche defiende el enigma, la máscara, el secreto, el velo...», como nos recuerda Byung-Chul Han. Desde esta perspectiva describiremos aquí, sin ánimo de ser exhaustivos, algunas características del momento actual.

### 1. Modernidad líquida y capitalismo de ficción

Vivimos en lo que se ha dado en llamar un capitalismo de ficción (Verdú, 2006) o globalización de los mercados financieros —o también, la modernidad líquida. Cada uno de estos conceptos nos pone en relación con algunos rasgos de nuestra época.

Así, la modernidad líquida —término acuñado por Bauman— hace referencia a la inconsistencia de los vínculos sociales, a la pérdida de su carácter sólido, estable. Por otra parte, otra característica de nuestra sociedad es la avidez por el consumo de todo tipo de objeto —uno de sus máximos exponentes es el drogodependiente. Compramos y consumimos objetos que quizá no necesitamos; de ahí la ficción. Es una suerte de explotación del narcisismo: gozamos al ir de compras. Trabajamos y gastamos más que nunca. Nuestra renta per cápita es notablemente superior a la de generaciones precedentes, pero los índices de felicidad han caído y las depresiones se han multiplicado por diez (Putnam, 2002). Robert Putnam propone la generación de capital social en una doble dimensión: el capital-vínculo, sobre la capacidad de vivir en comunidad, estableciendo lazos con los semejantes por edad, raza, religión, costumbres etc., y el capital-puente, capaz de generar vínculos con personas diferenciadas, distintas. En su ausencia esto se traduce en tensiones étnicas, religiosas o de otro tipo que suelen acabar en enfrentamiento.

En la misma línea, recientes estudios han intentado medir la felicidad de las sociedades

llegando a la conclusión de que la riqueza no es el mayor indicador de bienestar. Habrá que pensar, pues, en otras cuestiones, como son la calidad de las relaciones personales y los vínculos.<sup>1</sup>

No obstante, es el escenario que vivimos actualmente y que tan bien ilustra la película *Crash* (2004). La acción transcurre en Los Ángeles y vemos cómo sus protagonistas viven tensiones sociales, religiosas y de valores, y esto produce un universo caótico en el que nos podemos identificar y reconocer. La película muestra cómo, ante ello, surge el temor, la aparición del miedo ante la presencia del «otro» social. De manera más cercana en el tiempo, la serie *Shameless* o *The Wire* nos sirven también para ilustrar el momento de la época. La pérdida de relaciones de calidad y la ruptura de los vínculos sociales comporta también la desconfianza y el desapego frente al contrato social. Hemos vivido situaciones que han puesto este tema de manifiesto. Las revueltas urbanas en la *banlieu* francesa son un ejemplo. La falta de oportunidades, la constatación de las precarias posibilidades de promoción social, establece en el imaginario de numerosos jóvenes la fijación de un destino vaciado de futuro. Otra película, *La haine* (1995), nos dibuja a la perfección lo que acontece en los suburbios de París y, por extensión, en otras ciudades del mundo.

En un contexto de fragilidad del vínculo, la desconfianza y la obsesión por la seguridad se adueñan de nuestro espacio público. Las cámaras que se instalan por doquier, los drones que nos sobrevuelan, los detectores de metal, los radares... Nada escapa a la vigilancia en aras de una supuesta seguridad.

En paralelo, vivimos un momento histórico complejo que se caracteriza por la velocidad con la que se instauran las formas de construcción social. Los procesos económicos y del mercado global van más rápidos en los cambios que la posibilidad de los sujetos de acompañarlos. Esto nos lleva, como expresan Fitoussi y Rosanvallon, a

«una profunda mutación de las relaciones entre lo individual y lo colectivo. Durante mucho tiempo, la referencia a lo colectivo fue un medio fundamental de satisfacción de las necesidades individuales».

Fitoussi y Rosanvallon (1997)

En la actualidad, el porvenir de los individuos aparece menos ligado a un destino común, acentuándose el individualismo hasta el punto de que lo social aparece fracturado por doquier. Los vínculos se difuminan dando lugar a desencuentros continuados que cristalizan en fenómenos como los de la dualidad metropolitana, y en donde

«el aspecto nuevo es que los procesos de exclusión social se manifiestan en las ciudades de casi todos los países, siendo así que en los distintos espacios del mismo sistema, existen, sin articularse y a veces sin verse, las funciones más revalorizadas y las más degradadas».

Borja y Castells (1997)

Lo social se nos presenta como un universo no estable, sin reglas fijas, sin señales a las cuales remitirse para encontrar una orientación posible. Uno de los efectos es la incertidumbre

en cuanto al futuro. Si bien desde algunas instancias académicas, y también en la esfera de las políticas públicas, algunas voces reclaman la necesidad de un retorno a lo común (Dardot, Laval, 2015), consideramos que resultan todavía movimientos incipientes que, a pesar de su valor, requieren de un mayor desarrollo.

Asistimos, por otra parte, a lo que podemos denominar *apoteosis del cálculo*, quizá como fallida tentativa de ordenación. O quizá también como una subversión del espacio democrático. La economía se ha adueñado del espacio político, del pensamiento, de la acción social. Todo es susceptible de evaluación, de registro, de tasación. Se confunde valor con valor económico. Al respecto, nos viene a la memoria la reflexión que hace El Roto en su viñeta periodística cuando apunta: «Cuanto más de cerca veo los números, más borroso veo a las personas». En paralelo, la excesiva información a la que tenemos acceso nos concede cierta ilusión de control sobre los acontecimientos, pero es tal su profusión que el precio que pagamos con frecuencia es el vaciamiento del sentido y, por tanto, la ausencia de relato. La narración, para que pueda producirse, necesita de un vacío, de una ausencia, que la dinámica del mundo actual tiende a suturar, a cerrar.

Como profesionales de la acción social hemos de reivindicar la necesidad de otros saberes frente a la primacía de lo económico y, en esa reivindicación, debe primar también la producción de sentido y la dimensión ética de nuestras actuaciones. Por ello mismo, en la práctica profesional, nuestra recomendación es la de conducir los procesos pero no a los sujetos. De esta forma evitaremos los efectos perniciosos observados en otros lugares, que han pasado del arte de orientar a la tarea de controlar, aspecto este que guarda relación con el contexto neocapitalista que prima la producción en términos meramente contables y cuantificables.

## **2. La incertidumbre**

Nuestra actualidad se caracteriza por la incertidumbre entendida como falta de certeza o seguridad. Nos genera inquietud el no poder prever lo que ocurrirá. O, es más, desconocemos el desenlace de las acciones, las consecuencias. Más que del orden, la incertidumbre aparece de la mano del caos y del azar.

Por primera vez en la historia moderna, cuando menos de manera tan intensa, se hace difícil predecir qué es lo que nos espera; los cambios son radicales; el tiempo en el que acontecen es fugaz, y con frecuencia aún no hemos podido adaptarnos cuando ya tenemos una nueva situación que se solapa a la anterior.

Existe incertidumbre en la política, en la economía, en la educación, en el curso que tome la demografía a escala planetaria, en la migración y sus efectos, en el cambio climático; también, respecto a las modalidades del consumo de drogas y a las bolsas de ciudadanos excluidos de las redes sociales normalizadas. Existe incertidumbre, en definitiva, en nuestras vidas y, probablemente, no de forma coyuntural sino estructural. Sufrimos una cierta desorientación

ante la cual, con frecuencia y de forma natural, sentimos temor y estupor.

Las situaciones que lo atestiguan se producen continuamente. No obstante, algunas de ellas impactan especialmente en nosotros y adquieren categoría de paradigma en nuestra memoria. A continuación, mostramos diferentes ejemplos que, por distintas razones, nos hicieron reflexionar sobre la incertidumbre.

La primera aconteció en Roquetas de Mar, en la provincia de Almería, en 2008. A consecuencia de un asesinato en el barrio llamado de las 200 Viviendas, y de las condiciones en que se produjo, se generaron revueltas y altercados entre sus habitantes que requirieron de la intervención de las fuerzas de seguridad del estado. El hecho dio a conocer que el número de personas que vivía en aquel espacio en ese momento ascendía, según el censo, a cuarenta mil de las cuales alrededor de treinta mil lo hacían en condición de «sin papeles». Estos en su mayoría eran de origen subsahariano. Carecían de trabajo en muchos casos, y no disponían de equipamientos sociosanitarios y escolares. Además, vivían en un escenario sin presencia policial y en donde el tráfico y consumo de drogas era frecuente. Hoy en día la zona se ha convertido en un gueto en el que recientemente —en diciembre de 2015— se han vuelto a producir quema de vehículos, manifestaciones, altercados y enfrentamientos con las fuerzas del orden. Esta «concentración de marginalidad» en espacios físicos concretos responde a una percepción fragmentada de lo social (Wacquant, 2007).

Tenemos la experiencia de haber desarrollado proyectos en espacios similares. Podemos citar el poblado de Las Barranquillas, la Cañada Real, Valdemingómez en Madrid, Las Cañas en Valencia o lo que era Can Tunis en Barcelona. Son espacios en donde la exclusión, la prostitución, el tráfico y consumo de drogas alcanzan cotas y dimensiones difícilmente imaginables hace tan solo unos años; lugares donde los valores, los usos y, podríamos decir, «sus leyes» responden a otras lógicas. Pero existen muchos otros: La banlieu, en París; el barrio de Secondigliano, en Nápoles, en el que a la pobreza y al abandono escolar se une la mirada omnipresente de la mafia; amplias zonas de Marsella, con barrios enteros que escapan del control y regulación de los poderes públicos, en los que incluso la policía desiste de actuar o bien ha de hacerlo con medidas excepcionales de autoprotección. Existen grupos organizados que tienen el contrabando de drogas como principal fuente de actividad. Esto genera un millonario negocio de importación de hachís desde el norte de África con distribución a toda Europa. En fin, la lista es amplia.

Así lo atestigua el último informe *ONU-Habitat* (2014), en el que se estima que alrededor de mil millones de personas residen en barrios y viviendas marginales. Y esta cifra no deja de aumentar debido a las migraciones y a la presión demográfica.

Es uno de los efectos de la globalización, aquello que hace algún tiempo visualizábamos en películas y documentales en ciudades de Estados Unidos, de América Latina o del Lejano Oriente ahora lo tenemos en nuestra propia casa. Es un fenómeno de carácter global que aparece muy bien reflejado en la película-documental *Narcocultura* (2013). En ella se nos muestra cómo en México amplias capas de la población han incorporado y normalizado los valores que exhibe «el narco». Así, vemos cómo algunos adolescentes muestran las armas que

llevan y explican orgullosos los delitos que cometen. La certeza de indefensión se apodera de los ciudadanos, que, por ejemplo, han de soportar, atónitos, que el 97 % de los homicidios en Ciudad Juárez se queden sin resolver. Igualmente grupos musicales en sus canciones —los narcocorridos— loan las actividades y vicisitudes de los que participan de dicha cultura. Resulta incómodo ver cómo se entroniza y se pone en valor esa forma de vida a la cual aspiran multitud de jóvenes que ven en la tenencia de armas, la extorsión y la exhibición ostentosa de poder y de dinero un modelo que imitar. En un testimonio del documental aparece un joven que explica que asociarse al narco es la única manera de salir del gueto y de la pobreza. Es más, en algunos contextos, la persona extraña, aquella que no está integrada socialmente, es la que no participa del sostenimiento de dichos valores.

Es inquietante observar, al margen de otras consideraciones, que lo que se multiplican son territorios, espacios sociales, literalmente al margen de la ley y de las instituciones del estado. Conviene precisar que no nos referimos a algún aspecto de legislación escrita —aunque también—, sino a la *ley simbólica*, aquella que al hacer límite permite la regulación de los conflictos sociales, sin la cual los escenarios de convivencia devienen en caóticos espacios de intercambio.

En este horizonte la incertidumbre también genera perplejidad, extrañeza, y esta se configura como un sentimiento actual. La incertidumbre no procede de nuestro desconocimiento sino de la indeterminación propia de la realidad social contemporánea. Todo es velocidad, rapidez, evanescencia, también en las instituciones que trabajan con drogodependientes. Los espacios profesionales están menos unificados simbólicamente que en el pasado y la consecuencia es que los espacios donde pensar la actuación profesional resultan heterogéneos, fragmentarios. No obstante, se hace preciso habilitar espacios para la reflexión que puedan generar confianza en los profesionales, pues una institución que no se aplica en esta tarea solo encontrará dispersión y conflicto estéril, no productivo. El profesional encontrará acomodo en el lugar donde pueda constituirse pensando con otros. ¡Qué gran tesoro atreverse a pensar en voz alta de manera conjunta! Esta es una apuesta por establecer espacios de confianza, de vínculo ante la incertidumbre que, seguramente, ha venido para quedarse. Así pues, se hace preciso establecer esos lugares y, ante la indeterminación que establece el presente, no desistir ni ceder en nuestro deseo. En fin, no sabemos si esto es posible, lo que sí creemos es que es necesario.

---

1. Tal como citan algunos estudios —entre los que destacamos el *Informe mundial sobre la felicidad 2015*—, las diferencias en el respaldo social, el nivel de ingresos y la esperanza de una vida saludable son los tres factores más importantes para la felicidad.

# La drogodependencia en la sociedad actual

## 1. De la Ilustración a nuestros días

La categoría *drogodependiente* hace relativamente poco que existe, mientras que *acciones desde lo social con sujetos excluidos* hace bastante más tiempo. La idea que sostenemos es la de que solo podremos entender el presente si tomamos distancia y analizamos las diferentes categorías, métodos, efectos, instituciones y modelos de acción social puestos en juego hasta la fecha.

La descripción que hacemos es solo una propuesta entre las muchas que podríamos hacer. No pretendemos que sea considerada como la verdadera. Desde nuestro enfoque no importa, ya que no se trata de decir la verdad de la historia, sino de exponer la historia de las verdades. Mostrar el abanico de las diferentes interpretaciones permite separarnos, siquiera someramente, del dogmatismo de las lecturas únicas.

Las drogas han formado parte de la cultura en todas las etapas de la historia de la humanidad. No obstante, situamos la historia de las drogodependencias —entendida como la sucesión de acontecimientos que nos llevan hasta el presente— en el nacimiento del estado liberal, es decir, en la Ilustración, en el siglo de las luces, o, lo que es lo mismo, en el siglo XVIII. Es aquí donde situamos el inicio del hilo histórico que nos habrá de llevar como primera puntada hasta el momento presente.

El paso del Antiguo Régimen al estado liberal y burgués marca un cambio en la relación entre gobierno y ciudadano. El imaginario de la época se modifica: frente al despotismo y la barbarie estaba el reino de los derechos. El estado liberal surge asociado al proyecto burgués; para ello habrá de idear nuevas formas de orden en lo económico y en lo político. La sociedad del capitalismo y del mercado libre desplegará diferentes medios para disciplinar a las poblaciones y educar a las masas para que acepten ser excluidas del acceso a la propiedad e incorporen los valores y principios dominantes.

El cambio de mentalidad se plasmará en las leyes y en el nuevo código penal, instrumento que servirá para visualizar el cambio de paradigma: las penas siempre serán de privación de libertad. Se suprime el padecimiento público. El «excluido» como espejo de la nueva sociedad industrial pagará con su tiempo y su trabajo. Aunque en realidad el estado, intentará hacer respetar las nuevas relaciones de propiedad e intercambio.

Ante tan ardua tarea aparecerá todo un ejército formado por médicos, higienistas, filántropos y reformadores sociales que pretenderán ser portadores de la verdad científica, una instancia que se pretende apolítica, objetiva e imparcial. El fin último, y muchas veces no explícito, es el de educar y disciplinar a la población con el fin de transformar las formas de vida que no se ajusten a las necesidades impuestas por el nuevo orden económico. Los procedimientos para

moralizar a las masas son los referidos al orden, la limpieza, el urbanismo, el ahorro individual, la higienización de las pasiones entre otros... El principio regulador de todo el proceso se puede sintetizar en que la educación esmerada del pobre es la mejor salvaguarda del rico.

En ese contexto aparecen múltiples definiciones respecto a los sujetos con pretendidas conductas desviadas. En nombre del «bien» se ejecutarán decenas de iniciativas con el fin de modificar el alma y curar las nuevas dolencias. Así vemos cómo aparecen un sin fin de nuevas enfermedades. Pero quizá es mejor ilustrarlo con ejemplos propios de la época. Comenta Fernando Savater en la entrada «enfermedad» de su *Diccionario filosófico* (2007), cómo un insigne médico llamado Rush publica un tratado llamado *Investigación de los licores espirituosos en el cuerpo y en la mente* (1785), cuyos síntomas serían: insólita garrulería, hosco silencio, propensión a juramentos blasfemos, inmodestia y enrojecimiento de la nariz. No contento con esto teorizó también sobre la por él llamada «enfermedad de la negritud», a la que define como una especie de lepra característica de un grupo numeroso de seres. Con todo, no fue el único en hacerlo, ya que las corrientes filosóficas del momento propiciaban todo tipo de propuestas. Cabe citar en relación con este mismo tema al doctor Samuel Cartwright, quien en su *Informe sobre las enfermedades y peculiaridades físicas de la raza negra*, publicado en Nueva Orleans en 1851, comenta la inclinación irresistible de esta raza a escaparse de sus amos. En el afán clasificatorio de la época, nombra como nuevo trastorno la drapetomanía, es decir y literalmente, la locura del fugitivo. Pero sin duda, por lo pintoresca de las llamadas «nuevas enfermedades», destaca aquella que hace referencia a la locura masturbatoria. En 1758, Tissot, famoso médico de Lausana publica *Onania, o tratado sobre los desórdenes producidos por la masturbación*, con lo que sienta las bases «científicas» para la consideración de esta práctica como enfermedad. Será en el siglo XIX cuando empieza a ser definida como problema psiquiátrico, llegando casi hasta nuestros días en forma de cultura popular y girando en torno a la idea de que en el ejercicio de esa práctica nos asolarían todo tipo de trastornos morales y fisiológicos.

Es en este período cuando la filosofía positivista sienta las bases, pretendidamente científicas, para el estudio de la sociedad, el individuo y la cultura. La crítica a la misma radica en el hecho de que toma los métodos de las ciencias físico-naturales con lo que deja fuera de su observación cuestiones como el sentido, la intencionalidad o el significado. La consecuencia todavía hoy la podemos constatar en instituciones que hacen de la observación la unidad principal de medida. Son espacios en los que, sin otros instrumentos teóricos y metodológicos, lo más que favorecen es la simulación adaptativa a la institución y en donde los profesionales, básicamente, se emplean en explicar y describir con profusión lo que observan. Este efecto lo hemos podido constatar en supervisiones de equipos en instituciones cuando, tras leerse un largo informe sobre un caso preguntas: «Y el interesado, ¿qué dice de todo lo que se describe?». Se da la circunstancia de que, en ocasiones, ni siquiera se ha hablado con él.

La teoría orienta las acciones, aunque no lo sepamos. Esta es la razón por la cual durante un

largo período de tiempo se privilegió exclusivamente el control por la mirada y la abstinencia como objetivo primordial. La consecuencia fue que durante mucho tiempo el mensaje más atribulado y desnortado en algunos sectores del ámbito profesional llevaba a considerar que las drogas eran malas —malísimas— y que, por tanto, erradicarlas era lo más conveniente. Esto era independiente de la edad, del contexto, del ritual, de la cultura; en fin, había que acabar con las drogas y su ingesta, y, por tanto, nadie quedaba excluido de tener que seguir la cruzada so pena de ser, sino excomulgado, sí marcado por displicente y ligero de criterio.

Recordamos, para ilustrar lo anterior, haber asistido a algunas jornadas y congresos en donde no se servían bebidas alcohólicas en las comidas ni en las cenas. Estas iniciativas, a las que podríamos encontrarles un sentido como experiencia de promoción de la salud, quedaban absolutamente devaluadas cuando, fuera de ese contexto, por la noche en un bar, había quien miraba con recelo a quien consumía por ejemplo, una cerveza. Bien, podemos considerar que eso era algo casi inquisitorial derivado de la concepción y de los modelos teóricos operantes en ese momento. La palabra *droga* devenía anatema que, ante su sola pronunciación, invocaba todos los males que se pudieran imaginar. Lógicamente, esta consideración ejercía un irresistible atractivo para numerosos jóvenes: ante mensajes publicitarios como el conocido «La droga mata», añadían irónicos, «de gusto».

## **2. Repensar las drogas desde nuestro presente**

Las drogodependencias han sido durante los últimos treinta años uno de los temas que de forma más evidente y masivo ha expresado el malestar social. Con el devenir del tiempo, han ido cristalizando otras modalidades sintomáticas que se han ido superponiendo, como por ejemplo: la violencia de género, los radicalismos identitarios, la ludopatía, las compras compulsivas, la agudización de los problemas asociados a la salud mental, entre otros. Pero durante dos décadas, especialmente de 1978 a 1998, constituyeron el síntoma al que más jóvenes y adultos de toda edad y condición se adscribieron para evidenciar un grito de época que finalmente resultó mudo y que, en su recorrido, supuso la muerte y enfermedad para muchos de ellos.

Esta tendencia se acentuó cuando el consumo de drogas por vía parenteral comportó en muchos casos la asunción de determinadas prácticas de riesgo —sobre todo las derivadas del intercambio de jeringuillas infectadas por el VIH—, favorecidas por el consumo masivo de estos usuarios y estigmatizando, más si cabe, al colectivo. En todo caso, y aunque no siempre, el consumo problemático de drogas suele aparecer asociado a otro tipo de cuestiones; así, vemos con frecuencia que la violencia hacia las mujeres guarda estrecha relación con el consumo de alcohol o de cocaína o de ambos a la vez. De igual modo, el ingreso de personas en las instituciones penitenciarias, en un elevado porcentaje, guarda relación con el tráfico, el consumo y otras actividades asociadas al universo de las drogas.

En ese sentido podemos afirmar que cada época y cada cultura ha usado y consumido drogas

de una manera determinada. El consumo de algunas de ellas es milenario, mientras que otras —como algunos tipos de metanfetamina— se van actualizando continuamente mediante variaciones introducidas en su estructura química, siendo su existencia, por tanto, mucho más reciente. En cualquier caso, estamos hablando de unas prácticas que, no de manera infrecuente pueden generar problemas en distintas esferas: familiar, personal, de salud pública, judicial...

Con el tiempo, y debido en gran medida al proceso de globalización en el que estamos inmersos, el mercado de sustancias estupefacientes ha expandido sus redes gracias al mayor intercambio entre países y continentes y a las posibilidades que ofrece el espacio virtual. Esto, junto al cambio de valores y la manifiesta ruptura y disolución de los vínculos sociales en las sociedades occidentales, hace que la educación social aparezca como una de las más evidentes posibilidades de regulación ante el manifiesto desorden de los intercambios sociales del presente.

Contrariamente a lo que pudiera parecer, son las drogas legales las que generan mayor índice de trastornos de todo tipo y, a la vez, las que son consumidas de manera más intensiva. El alcohol aparece en las primeras posiciones de la lista y, aunque en menor proporción, no debemos olvidar los psicofármacos, claramente promocionados por la industria farmacéutica. En el caso del tabaco, las complicaciones orgánicas asociadas a su consumo son múltiples. En cuanto a las drogas ilegales —heroína, cocaína, drogas de síntesis, marihuana, inhalantes, etc.—, obviamente forman parte de la oferta de sustancias cuyo abuso o consumo problemático acaba generando numerosas dificultades.

En cualquier caso, convertirse en drogodependiente implica reconocerse en una identidad, en un lugar. Es cierto que, tras pasado cierto umbral, va a implicar severas contraprestaciones —enfermedad, prisión, conflictos relacionales...—, pero resulta algo tangible, real, lo más real que el sujeto conoce y, por tanto, la identificación se sostiene en una lógica que apunta al «más vale malo conocido que bueno por conocer».

Y lo cierto es que se siguen consumiendo drogas. Según el *Informe anual 2014 del observatorio europeo de drogas y toxicomanías* se estima que casi una cuarta parte de la población adulta —aproximadamente unos ochenta millones— ha consumido drogas ilegales en algún momento de su vida. Si a esta cifra le añadimos los consumidores de drogas legales —alcohol y tabaco—, tomaremos conciencia de la relevancia del fenómeno, pues, aunque en muchos casos se trata de consumos puntuales, es una experiencia o tránsito al que se enfrentan los jóvenes de todos los países y, en ese punto, es una forma de socialización que merece ser abordada desde la educación social. Razón por la cual, los programas educativos para jóvenes deben ser prioritarios y enfocarse especialmente a la reflexión sobre el uso de las normas, la motivación, la promoción social y el ejercicio sobre toma de decisiones.

El consumo de cannabis es la vía de inicio más generalizada a las drogas ilegales y así, por ejemplo, en 2012 fue la sustancia principal notificada de inicios de tratamiento de la drogodependencia. Las tendencias de consumo, no obstante, difieren notablemente en función de cada uno de los países. En Dinamarca, Suecia y Finlandia se observa un repunte de su consumo, mientras en otros países parece observarse una tendencia a la estabilización.

Igual ocurre con el consumo de anfetaminas y éxtasis. No obstante, el informe alerta del incremento sin precedentes de nuevos compuestos sintéticos. Estos suelen comercializarse por internet como legales —en ocasiones no están tipificados como drogas porque al legislador no le da tiempo de añadirlas en ningún listado—, y están pensadas en su elaboración y comercialización para eludir los controles establecidos al efecto. En concreto en 2013, se notificaron ochenta y una nuevas sustancias psicotrópicas, lo que eleva la cifra a un total de trescientas cincuenta.

Del conjunto de la población de la Unión Europea, reciben tratamiento aproximadamente 1,3 millones de personas, siendo los opiáceos la principal droga consumida por la mayoría de usuarios que inician tratamiento. Le siguen el cannabis y la cocaína, por este orden. Estamos, afortunadamente, lejos de los estragos que la eclosión del consumo de la heroína causó en el último cuarto del siglo pasado. En el imaginario social actual no se privilegia su uso como entonces, en el que se le asignaba un fuerte componente contracultural y de oposición «al sistema». En la actualidad existe cierta estabilización a la baja y lo que sí es una muy buena noticia es que algunas de las estrategias de intervención organizadas en ese momento han ido ofreciendo resultados que han favorecido la inserción social de los sujetos y, en primera instancia, han contribuido a salvar numerosas vidas. Es el caso de los programas de reducción del daño.

Por otra parte existen evidencias de que, por ejemplo, el tratamiento de sustitución de opiáceos —metadona, por ejemplo—, cuando se combina con actuaciones de carácter psicosocial, se convierte en una de las opciones más eficaces para los consumidores. Reducen el consumo, en general, de todo tipo de drogas, favorecen el abandono de las prácticas delictivas o permiten introducir cambios en el estilo de vida, así como favorecen una mejora general del estado de salud. Igualmente disminuyen las sobredosis, la mortandad global y presentan mejor grado de adhesión al tratamiento.

Qué lejos quedan los tiempos en que incluso se celebraron manifestaciones y actos de protesta ante el ayuntamiento de Barcelona cuando se dio a conocer que, en paralelo a los programas libres de drogas, se podría suministrar metadona de forma controlada a los usuarios de heroína. Corrían los años ochenta y el tratamiento con metadona no estaba exento de polémica (González, 1985). Los profesionales y entidades considerábamos, no sin alguna razón, que entonces la inversión iría destinada sobre todo, a este tipo de programas —en detrimento de otras actuaciones. Estas resistencias hallaban su eco en el marco normativo y no fue hasta 1990<sup>1</sup> que empieza a operarse un cambio introduciendo una mirada más terapéutica que restrictiva.

Lo cierto es que la experiencia demuestra que son estrategias complementarias, porque permite ofertar un mayor abanico de posibilidades a cada uno de los sujetos en función de su situación y de su demanda. Uno de los grandes logros de esta modalidad de actuación estriba en que posibilitó la incorporación a los distintos programas a usuarios de drogas que, sin esta opción, no llegaban —o no podían mantenerse en los servicios entonces definidos básicamente

— como libres de drogas.

Este es un ejemplo de la necesidad que tenemos como profesionales y entidades que trabajan en este ámbito, de actuar con flexibilidad y capacidad de adaptación. También podemos citar para ilustrar lo señalado en los párrafos anteriores como, hasta hace muy poco, las administraciones atendían con servicios e infraestructuras fijas a los drogodependientes con mayor grado de exclusión social en los poblados o agrupaciones urbanas en los que se instalaban. Pero el grado de movilidad de los usuarios de drogas —que varía en función de la ubicación de los puntos de venta, de la presión policial, entre otras razones— ha hecho que en gran medida las unidades de atención sean móviles en estos casos. Así, los servicios se desplazan en forma de unidades móviles —vehículos habilitados y equipos profesionales— a los lugares de nuevo tráfico y consumo de sustancias.

Este cambio en la mirada profesional, que pasa por prestar atención a la reivindicación de los derechos de las personas consumidoras de drogas, se acompaña asimismo de un giro en cuanto a las políticas sociales. Es posible que nos encontremos en el umbral de aceptar lo que Thomas Szasz propone en su libro *Nuestro derecho a las drogas* (1992). Esto es, sustituir los marcos prohibicionistas, dados los magros resultados obtenidos desde políticas eminentemente restrictivas, por propuestas basadas en el ejercicio de la responsabilidad y la defensa de las elecciones individuales.

En su momento, dicho alegato casi parecía ciencia ficción. Hoy, por increíble que pueda parecer, en Estados Unidos existen veinte estados donde la marihuana medicinal es legal y el estado de Colorado, en concreto, desde 2014 permite su uso recreativo. Otros países como Uruguay, Bangladesh o Corea de Norte disponen de ordenamientos jurídicos respetuosos con el consumo y compra de cannabis. En Europa, ya en 2005 en el *Informe Catania* se hicieron públicas recomendaciones al Consejo Europeo para ir introduciendo en la legislación un cambio en el tratamiento del consumo de drogas. La pretensión del documento es no ubicar en primer lugar la prohibición y el tráfico a gran escala, sino «abordar el problema desde todos sus puntos de vista, basándose en un enfoque científico y en el respeto de los derechos civiles y políticos, en la protección de la vida y de la salud de las personas». Este tipo de formulaciones, basadas en una larga experiencia y en las evidencias de carácter empírico, permiten la gestación de nuevas realidades.

En nuestro país la aparición y legalización de los clubs cannábicos apuntan en esa dirección. En España a principios del 2015 existían alrededor de cuatrocientos clubes de esta índole que permiten a miles de consumidores tener acceso al consumo, al margen del circuito del mercado ilegal. Esta experiencia ha abierto multitud de posibilidades. No obstante, debido al éxito de su implantación y a una normativa con lagunas, que deja en exceso a la interpretación —si penal o administrativa— la respuesta a las posibles irregularidades en la actividad de los clubs, han llevado a la fiscalía a la adopción de nuevas orientaciones. En ese sentido, el documento *Sobre algunas cuestiones relativas a asociaciones promotoras del consumo de cannabis* elaborado por la fiscalía del estado ofrece recomendaciones jurídicas sobre el tipo de tratamiento que hay que realizar, si penal o administrativo. Esta cuestión ha puesto en alerta

al entramado de asociaciones, pues, en uno de sus apartados, establece que «el cultivo, así como posesión de esta planta y sus derivados, aunque sea para uso privado, constituyen actividades ilícitas, salvo que se cuente con las correspondientes autorizaciones administrativas».

En cualquier caso, vivimos momentos de cambio y, como tal, conviene despejar la ambivalencia que supone pasar de un paradigma prohibicionista a otro asentado en premisas y valores claramente diferenciados, no solo vinculados a la lógica de la reducción de daños sino también a la gestión de riesgos y placeres. En cuanto a esto, la voluntad del legislador es esencial, pero también la incidencia que puedan propiciar mediante su participación en las políticas sociales los usuarios, profesionales y entidades que operan en el tratamiento de las drogodependencias, entre otros.

---

[1.](#) Real decreto 75/1990, de 19 de enero, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos.

## Conceptos básicos en torno al ámbito

### 1. Droga. Etimología de la palabra

Mucho tiempo atrás, antes de los intentos modernos de definición científica y terminológica, lo que hoy conocemos por droga era el *phármakon* griego: sustancia que incluye el remedio y la enfermedad. Si seguimos a Paracelso —cuando nos dice que «solo la dosis hace de algo un veneno»—, tendremos una afirmación que no sabemos decir si es científica, pero con seguridad es ética. Tiene la virtud de introducir el matiz, es decir, no se trata de blanco o negro, de si es buena o mala de forma radical, sino que apunta a un relativismo que pensamos que es positivo para ubicarse en el ámbito. A lo largo del tiempo se ha pontificado en exceso, especialmente en los primeros tiempos de la implementación de las redes de atención en drogodependencias.

Por otra parte, en cuanto a las denominaciones, algunos autores han propuesto utilizar el término *psicótopo* —del griego *psico* ('mente') y *tropein* ('tornar')— equiparándolo a *droga*. No obstante, y aunque en algunas obras de referencia podamos encontrarlo, es una definición que comprende sobre todo benzodiazepinas, neurolépticos y barbitúricos, que no son el principal interés de los profesionales. Por otra parte, la definición de psicótopo incluye el LSD —sigla de dietilamida del ácido lisérgico— cuya capacidad de generar adicción es más que cuestionable. Pero no adelantemos acontecimientos, antes queremos explicar dónde localizamos los orígenes del uso de la palabra en algunas lenguas romances.

La etimología de la palabra es incierta, como certifican diferentes autores. Existe consenso en afirmar que aparece a lo largo de los siglos XIV y XV en las lenguas romances, pero en todas su origen permanece oscuro. La propuesta más aceptada es que proviene de la palabra holandesa *drogen* que significa 'secar' y esta por sustantivación de *drog*, que significa 'seco'. Por tanto, *droga* remite a productos secos.

La utilización de la palabra parece situarse en un primer momento en las costas del norte de Francia. La primera noticia del *drogue* en francés data de 1525 y está directamente relacionada con la palabra *drogueur*, que servía para designar a los navíos destinados a la pesca de arenque. *Drogue* provendría por tanto de *drogueurs* y no a la inversa, como más instintivamente cabría pensar. Asimismo, la acepción *droguerie*, en su sentido original, haría referencia a «sécrerie de hareng», es decir, 'secador de arenques', en su traducción. Aun con la certeza de que su utilización inicial se sitúa en Francia, el documento más antiguo del que tenemos noticia está escrito en catalán. Data del 1437 y se encuentra en *Les memories historia de Capmany* y dice: «Repert-aben-ne diverses especies, drogues e altres havers de notable valor».

Las referencias a los aspectos relacionados con la vida marítima y viajera son notables. La

evolución posterior incorpora los sentidos asociados a la medicina, como cita Marian Aguiló en su *Materials lexicogràfics aplegats*: «drogues y demes simples medicinals» (1703, Barcelona).

La referencia a astuto, al pícaro castellano, de ser muy hábil para no dejarse engañar, se implanta especialmente en el Camp de Tarragona y en sectores de la ciudad de Barcelona. La expresión «Caram, que est droga, noi», gozó de cierta popularidad en los siglos XVII y XVIII. En la actualidad prevalece el significado de: «Qualsevol substància usada com a ingredient en química, farmàcia, tintoreria i altres preparacions».

En castellano, la voz *droga* parece ser tomada de la acepción que se le asignaba en el norte de Francia. Se encuentra vinculada a los viajes y transportes marítimos de la época. No es casualidad, pues, que la primera obra en la que aparece sea *Colección de viajes y descubrimientos*, citada por Zaccaria en el 1523. La primera acepción es la de ‘cosa de mala calidad’ o de ‘calidad inferior’. También en la época aparece como ‘cosa seca, ingrediente o simple de farmacia; y figuradamente toma desagradable, brebaje o potingue’, según aparece en el diccionario de Roque Barcia. Así, en el siglo XVI, la palabra se propaga asociada a embuste y engaño. Nos cita J. L. Hernández en su *Léxico del marginalismo del Siglo de Oro*:

«assi del que no trata verdad y está en mala Opinión, se dice que quanto trata o hace es Pura droga».

En el curso del siglo XX la significación fue variando. Una de las definiciones más conocidas es la clásica de Kramer y Cameron (1975), que sostiene:

«[...] las drogas son sustancias que introducidas en un organismo vivo, independientemente de la vía de administración, pueden modificar una o más funciones de este. Los efectos que generan, dependiendo de la sustancia consumida, son de diversa índole, pudiendo provocar placer, aliviamiento del dolor, excitación intelectual y sexual, alteraciones de la percepción o del ánimo».

No está de más, aunque pueda parecer una obviedad, señalar que cuando hablamos de drogas lo hacemos incluyendo tanto las legales —alcohol, tabaco, café...—, como las ilegales —cocaína, heroína, drogas de síntesis, hachís, etc. En un pasado no demasiado lejano, amplios sectores tendían a considerar como drogas exclusivamente a las ilegales.

Con todo, como nos apunta Antonio Escohotado:

«Quien busque objetividad se cuidará de no mezclar ética, derecho y química. Pero quizá más decisivo aún sea tener presente siempre que si cualquier droga constituye un potencial veneno y un potencial remedio, el hecho de ser nociva o benéfica en cada caso determinado depende exclusivamente de a) dosis; b) ocasión para la que se emplea; c) pureza; d) condiciones de acceso a ese producto y pautas culturales de uso».

## 2. Dependencias y adicciones

### 2.1. Un poco de historia

En el ámbito de las drogodependencias es particularmente relevante observar cómo se han

utilizado algunos conceptos con contenidos ideológicos y/o morales. En la actualidad vemos cómo el término *adicciones* se ha convertido en una palabra omnipresente que sirve para designar cualquier relación excesiva que el sujeto mantenga con casi cualquier práctica. El ideal de salud se ha convertido en una seudoteología, una nueva moral donde se enmascaran otros tipos de objetivos más vinculados al control social. Así, podemos decir que ideología, moral y ciencia diluyen sus fronteras y originan supuestas categorías gnoseológicas. Con el fin de clarificar estos conceptos, haremos, pues, un poco de historia.

La palabra *adicción* —*toxicomanía*, en algunos casos— es un término antiguo y de utilización variable que se definía como sigue:

«Consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto que el adicto se intoxica periódicamente, mostrando un deseo compulsivo de consumir la sustancia preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente el consumo y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio».

OMS (1994)

El concepto aparecía frecuentemente asociado también al de hábito o habituación, especialmente durante las décadas que van de 1920 a 1960. El matiz diferencial habría que buscarlo en que la habituación presentaba una forma menos severa que el de adicción, ya que remite básicamente al efecto de acostumbrarse a una conducta o estado.

En 1950, el comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo otra definición que consideramos de interés. La toxicomanía quedará asociada a un

«[...] estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintetizada y caracterizado por:

- 1) Un deseo dominante para continuar obteniendo droga y obtenerla por cualquier medio.
- 2) Una tendencia a incrementar la dosis.
- 3) Una dependencia física y generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga.
- 4) Unos efectos nocivos para el individuo y para la sociedad.»

En 1964 el Comité de Expertos de la OMS recomendó abandonar los términos empleados hasta la fecha como *adicción*, *habituación* y *toxicomanía*, y sustituirlos y englobarlos en el de *dependencia*.

La definieron como sigue:

«Estado psíquico y a veces también físico que resulta de la interacción entre un organismo vivo y un medicamento, que se caracteriza por modificaciones de la conducta y otras reacciones que siempre comprenden una pulsión que lleva a tomar el medicamento de modo continuo o periódico para provocar sus efectos psíquicos y a veces evitar el malestar de su privación. Este estado puede acompañarse o no de tolerancia. El mismo individuo puede depender de varios medicamentos».

Más recientemente la OMS mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) —en su décima revisión— establece la dependencia como diagnóstico solo si tres o más de

los siguientes ítems han estado presentes en algún momento durante el año anterior:

- Un deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir la sustancia.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de la sustancia, en ocasiones para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida.
- Aparición de síntomas somáticos cuando el consumo disminuye o cesa. Estos son característicos de la interrupción de la ingesta y encuentran alivio al reanudarla.
- Aumento de la tolerancia, de tal manera que se requiere aumento progresivo de la dosis para conseguir los mismo efectos, que originariamente producían dosis más bajas —son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a opiáceos, en los que los individuos dependientes pueden llegar a ingerir dosis suficientes que incapacitarían o provocarían la muerte a personas en las que no está presente la tolerancia.
- Persistencia en el uso de sustancias a pesar de la evidencia clara de las consecuencias abiertamente nocivas, tales como el daño al hígado por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia, etc.

Otro de los instrumentos diagnósticos utilizados en el ámbito es el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, más conocido como DSM-IV, el cual describe la dependencia como «un síndrome manifestado por un patrón conductual, fisiológico y cognitivo en el que el uso de una sustancia recibe mucha mayor prioridad que otros comportamientos que antes tuvieron más valor». Su pretensión es la de facilitar diagnósticos a partir de criterios supuestamente objetivos. No obstante, en nuestra opinión concibe la dependencia básicamente referida a las sustancias y omite otro tipo de consideraciones en relación por ejemplo, al sexo, a la comida, etc.

En cualquier caso, esta herramienta establece que para el diagnóstico de dependencia química existen siete criterios:

**1)** Tolerancia, definida como la necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. También se detecta al observar que ante las mismas cantidades de sustancia el efecto disminuye claramente con el consumo continuado.

**2)** Abstinencia, definida como síndrome característico para la sustancia.

**3)** La sustancia se consume en cantidades mayores o durante más tiempo de lo que en principio se pretendía.

**4)** Aparece un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo.

**5)** Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la búsqueda y obtención de la sustancia.

6) Se reducen o abandonan importantes actividades sociales: formativas, laborales, de ocio...

7) Se continúa tomando la sustancia independientemente de tener conciencia de los problemas asociados al consumo de drogas.

El DSM-IV propone aplicar estos criterios a cada una de las sustancias potenciales de generar dependencia:

- alcohol
- alucinógenos
- anfetaminas
- cannabis
- cocaína
- fenilina
- inhalantes
- nicotina
- opiáceos
- sedantes, hipnóticos, ansiolíticos
- a otras sustancias o desconocidas

Hasta aquí tenemos la tematización organizada de los principales hitos que del concepto dependencia se han formulado desde las instancias oficiales. Como podemos observar muchas de las definiciones están impregnadas por la terminología médico-científica que básicamente giran en torno a la idea de que la droga, gracias a sus propiedades fármaco-dinámicas, tendría el poder de «hacer» un toxicómano. Desde dicha perspectiva, la dependencia es un problema de drogas que configura una enfermedad, cuando obviamente los factores individuales sobrepasan con frecuencia a los aspectos biológicos. Lo que nos lleva a señalar que la dependencia es producto de la interacción de la sustancia —dosis, vía de administración, pureza, frecuencia—, con el organismo, y con la situación social y particular de cada uno de los sujetos.

Se constata, pues, que las definiciones clásicas han apuntado en exceso hacia una visión organicista en donde la dimensión del sujeto no es, a nuestro juicio, tenida suficientemente en cuenta. Esto genera que aunque las definiciones de los organismos internacionales e institucionales sigan haciendo referencia, formalmente, en gran medida al modelo de enfermedad, en la práctica, en el seno de las instituciones, los equipos profesionales están orientando sus esfuerzos al tratamiento educativo y psicosocial. En ese sentido, para constatarlo, no es necesario más que hacer una comprobación sobre cómo se configuran la mayor parte de los equipos interprofesionales que gestionan los diferentes centros de atención. La mayoría de ellos lo componen educadores, trabajadores sociales, psicólogos y también personal sanitario, aunque en menor proporción.

## 2.2. Diferentes tipos de consumo: del uso a la drogodependencia

Más que hablar de *uso* o de *consumo* conviene hacerlo desde el plural, es decir, de *usos* y *consumos*. La razón es que generalmente lo que se producen son policonsumos. De alcohol con tabaco, de tabaco con cocaína, de cocaína con alcohol y con tabaco, de heroína con marihuana, etc. Además, de esa forma introducimos cuando menos un tanto la particularidad, pues en cada individuo la experiencia es diferente y no universalizable. Es lo mismo que cuando hablamos de *adolescencia*, término excesivamente genérico, por lo que es preferible hablar de las *adolescencias*. No obstante y por razones operativas, establecemos una cierta categorización en cuanto a algunas formas de consumir drogas que pasamos a enumerar:

1) Experimental. En primera instancia es iniciático, pues siempre hay una primera vez en que se prueban las drogas, bien sean legales o ilegales. Se produce ocasionalmente y, en ese sentido, es un rito de paso, una frontera que se traspasa como otras tantas que realizamos en la vida: el sexo, la universidad, el trabajo. Por tanto, está vinculado al descubrimiento de nuevos horizontes y sensaciones. Se basa en las ganas de conocer, siendo el consumo esporádico y acotado en el tiempo. Como tal, conviene contextualizar el tipo de drogas que se prueban, disponer de información previa sobre sus efectos y adoptar medidas de prevención que, ante la prueba inicial, permita disponer del máximo de seguridad posible para que, desde el primer momento, la mantenga la responsabilidad en la situación elegida. Por ejemplo, hay que informarse de los efectos que la droga puede producir, se debe probar en compañía, se debe limitar las dosis, etc.

2) Recreativo, también denominado lúdico. Generalmente asociado a los espacios de ocio y de encuentro, suele ajustarse a la costumbre social y, por tanto, el consumo se da en compañía de otros. Se encuentra vinculado generalmente a experiencias agradables y placenteras que no implican pérdida del control, aunque la frecuencia sea más regular que en el experimental. El abanico psicoactivo se amplía y se comparte con el grupo de iguales y, aunque pueda existir conciencia del riesgo y búsqueda de información para elevar el factor de protección, es el estadio en el que aparecen las diferencias. Puede producirse la clásica situación en la que no todos conducen la situación de igual modo. La trayectoria del grupo puede ser la misma, los lugares, las dosis, las sustancias... Sin embargo, a igual recorrido las consecuencias pueden ser muy diferentes en cada individuo. La historia personal, la información y el conocimiento que se ha adquirido, pero también la posición subjetiva particular, influirán en que ante muy parecidas circunstancias unos consigan mantenerse en esta agrupación —que damos en llamar recreativa— y otros pasen al abuso y consumos problemáticos.

3) Problemático. Se trata del tipo de consumo en el que la frecuencia se instala de manera continuada en la vida de la persona y lo hace, generalmente, sin conciencia del riesgo que supone. Es el período en el que el consumidor suele negar las evidencias de los primeros problemas asociados que observa su grupo de iguales pero no el interesado, lo que favorece

las primeras quiebras en las relaciones sociales y familiares. Cuestiones añadidas como la edad y el contexto en el que se produce permiten vislumbrar futuros problemas de salud y de exclusión social. Hace también referencia al tránsito en el que el sujeto todavía no es necesariamente dependiente. Pero, como consecuencia del estilo de vida asociado se presentan, de forma cada vez más evidente, alteraciones en su conducta.

Una última noción que guarda relación con estos diferentes «modos de relación» con el consumo es la noción de abuso. La voz proviene del latín *abusus* y remite a ‘acción y efecto de abusar’. Supone usar mal, excesiva, injusta o indebidamente algo o alguien, en este caso del consumo de drogas.

Es un término ambiguo que la filología médico-farmacéutica del DSM-III-R<sup>1</sup> describe de la siguiente forma:

«El abuso de sustancias psicoactivas se define como un modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente provocado o estimulado por el consumo recurrente en situaciones en que es físicamente peligroso».

Lo dicho... una filología peculiar que presentamos a modo de pincelada para ilustrar la particular forma de expresión, siquiera puntualmente, que utiliza el discurso médico en este ámbito. Pero que debemos conocer, pues las bases terminológicas en drogodependencias están en gran medida, formuladas desde ese discurso. Es una categoría poco utilizada profesionalmente, pues siempre que sea posible la elección utilizaremos el término *drogodependencia*, menos ambiguo que el anterior.

*Abuso* suele utilizarse como ‘desaprobación, en general, a todo tipo de consumo de drogas’, pero especialmente a las ilegales. Y, por otra parte, entendemos por *abuso de sustancias* la situación en la que con el tiempo dichos consumos, por su cantidad o continuidad, generan consecuencias negativas para el consumidor.

El abuso guarda relación con los momentos en los que el sujeto amplía en forma de círculos concéntricos las fronteras de los conflictos que se le presentan. Así, conducir embriagado acaba derivando en normalidad, pudiendo ocurrir situaciones similares en relación con el trabajo, la familia, las relaciones de pareja, de amistad o formativas.

### **2.3. La drogodependencia como enfermedad**

Si rastreamos en la historia, observaremos cómo asociar la drogodependencia a enfermedad ha tenido un papel fundamental en la aceptación de la misma, lo que ha permitido poner en marcha actuaciones no exclusivamente punitivas, y también la aceptación de las personas que presentaban una drogodependencia y de su entorno. La pérdida de uso del concepto «vicioso» para dar paso al de enfermo tuvo sus aspectos «positivos» desde la perspectiva social. No obstante, ha tenido también sus efectos en la posición del propio sujeto frente a lo que le ocurre, pudiendo llegar a desresponsabilizarse por completo y presentarse como víctima. Recordemos la imagen de Tiger Woods, conocido golfista norteamericano, recurriendo a su

condición de enfermo para justificar sus múltiples relaciones sexuales aireadas en la prensa.

Una primera consecuencia puede ser la de homogeneizar las distintas situaciones, haciendo propuestas estandarizadas. Es cierto que en este sentido se ha diversificado la red asistencial y se han hecho notables esfuerzos para adecuar la respuesta a la demanda y a la situación particular del sujeto, pero todavía hoy en determinados contextos institucionales la propuesta es la de la abstinencia y los métodos que se emplean se vertebran en torno a una lógica de control sobre el sujeto, al sostener la idea de la eliminación del conflicto por medio de la abstinencia. De esta forma, el modelo, así como los profesionales, se convierten en agentes de control por el control. Ahora bien, al no abordar la relación establecida con el consumo, este vuelve a aparecer en el momento que no existe el control directo sobre el individuo. Por otra parte, al considerar la abstinencia como solución, se pone énfasis en la sustancia como problema. Pareciera que es la droga la causante del problema del sujeto, «es la droga que ha hecho al sujeto» y que en su erradicación hallaríamos la clave para la recuperación.

La conceptualización de la drogodependencia como enfermedad se ha acompañado de otra versión aparentemente antitética, la hipótesis ambientalista. En esta última, la drogodependencia aparece como consecuencia del entorno en el que vive el sujeto. En nuestra opinión, es evidente que las condiciones de vida de un sujeto inciden en sus posibilidades. Hemos tenido ocasión de trabajar con personas cuyo inicio en el consumo de drogas se remonta a la temprana edad de nueve años y a este consumo debían añadirse asimismo otras cuestiones: abandono escolar, consumo de drogas en el núcleo familiar... No negaremos que las condiciones sean también importantes y que además constituyan un aspecto sobre el que reflexionar. Creemos que la posición del profesional en este sentido no ha de ser pasiva, sino que también debe, en algún punto, comprometerse y reivindicar una sociedad más equitativa y justa, tanto desde la perspectiva del proceso como la del resultado.

Ahora bien, la hipótesis ambientalista se escora fácilmente hacia el determinismo. Es necesario confiar en las elecciones del sujeto para sostener la acción educativa. De lo contrario, el discurso puede devenir fácilmente conmisericordioso —donde el sujeto es la víctima de la situación— o, por el contrario, punitivo y estigmatizante —son enfermos crónicos, «carne de cañón», etc.

## **2.4. El sujeto drogodependiente**

En primer lugar, en relación con el sujeto, este aparece como «sujeto drogodependiente» actuando el signifiante como rasgo totalizador que en ocasiones obtura la posibilidad de un abordaje particularizado. Obviamente, podrá objetarse que, en el ámbito que nos ocupa, sea «lógico» que este signifiante sea definitorio por cuanto es el motivo por el que una persona acude a los distintos programas y dispositivos, por su «condición» de drogodependiente. Ahora bien, hemos de ser extremadamente cuidadosos en cuanto al contenido que le damos al signifiante, ya que no apunta a un estatus unívoco para cada uno de los sujetos. Es necesario abrir un espacio para el estudio de caso por caso. El sujeto siempre es «algo más» que la

dependencia que le acompaña y, por otra parte, esta condición de dependiente no es universal —no quiere decir lo mismo, obviamente, para todas las circunstancias y situaciones. Por otra parte, es una condición temporal y dinámica, ¿o acaso ha de serlo para toda la vida?

«Efectivamente, el pasaje del sujeto por ciertas redes institucionales, por el discurso que las sostienen, conlleva su reducción a un atributo. Esta perspectiva crea una suerte de ontología de la identificación, “es” un delincuente, “es” un toxicómano, etcétera. El sujeto se borra a partir de esa identificación y se completa con ese atributo que lo representa ante los otros por la modalidad de la transgresión, del goce prohibido que de este modo se fija.»

Tizio (2002, pág. 200)

En consonancia a esta identificación, en ocasiones la demanda institucional que se efectúa al sujeto no es otra que la de reconocerse bajo la identificación a la proposición «soy toxicómano». Parte de los grupos de autoayuda de algunas instituciones tienen como primer objetivo la adquisición de «conciencia de toxicómano». Se sostiene así una tesis sustancialista, el sujeto queda definido por su supuesta esencia ontológica —el sujeto es—, produciendo un doble efecto:

- por un lado, el borramiento del propio sujeto como tal al quedar definido por un solo rasgo;
- por otro, la ilusión de que el enunciado «es toxicómano» significa lo mismo en cada uno de los casos. Este efecto homogeneizador se correspondería asimismo con el afán taxonómico y clasificador tan propio del espíritu positivista, pero no ajeno a los discursos sociales. En el caso que nos ocupa, fue notable el esfuerzo y la producción teórica que en torno al «perfil del toxicómano» se hizo durante los años ochenta.

Así, el significante drogodependiente o toxicómano se ha asociado durante muchos años a seductor, manipulador, mentiroso, inmaduro, impulsivo, asocial... Por nuestra parte, en numerosas sesiones de formación dirigidas a profesionales, lanzábamos la pregunta al aire y obteníamos como respuesta este rosario de términos. Es evidente que la posición del profesional varía cuando se ubica frente a un sujeto que considera que le va a mentir o «a manipular». Si no damos el espacio para la emergencia del sujeto, si no podemos tomar distancia con esos momentos donde el sujeto «se engaña» y, por ende, nos engaña a nosotros, favoreceremos, en el mejor de los casos, que finalmente solo nos muestre aquello que cree que queremos ver.

Actualmente, podríamos decir que algunas de estas consideraciones han ido perdiendo fuerza gracias al cuestionamiento realizado desde la propia comunidad profesional y a la diversificación de programas que pretenden dar una respuesta particularizada. La aproximación al sujeto se aborda asimismo desde su concepción de ciudadanos, portadores de derechos y deberes. No obstante, parte de estas marcas prevalecen hoy en algunas de las propuestas institucionales que se realizan.

Ciertamente las sustancias producen efectos en el organismo, pero convendremos que son las personas las que determinan la relación con determinados objetos o, mejor aún, con ciertas

prácticas. De esta forma, la dependencia es un modo de relación que se establece entre un sujeto y lo que constituiría su objeto de dependencia. Este puede ser variable: puede ser el juego, la comida, las drogas, el trabajo, ciertas relaciones afectivas... Por tanto, no es el objeto quien determina las propiedades de la relación, sino la carga subjetiva que el sujeto pone en juego. En todo caso, es una relación caracterizada por un exceso, por una ausencia de regulación que en ocasiones, se muestra sin límites. En el extremo, se trata de una relación totalizadora donde nada media entre ese sujeto y el objeto de su elección. Como vemos, han existido cambios que se han desarrollado a partir de considerar no lo que sabíamos al respecto, sino cuánto ignorábamos en relación con este punto. Esta posición nos ha permitido avanzar algo en la comprensión del fenómeno y en ello seguimos.

### 3. Noción de inserción

Etimológicamente, la voz *insertar* nos ofrece dos aspectos a considerar (Corominas, 1991): ‘injertar, introducir o inserir. Seriar o hacer serie’. *Injertar* es un vocablo latino en el cual se confunden un derivado de *serere* participio *sertum*: ‘tejer, trenzar’, y de otro *serere* (participio *satum*: ‘sembrar, plantar’. Significa ‘incluir, introducir una cosa en otra’. A partir de esta doble acepción, y siguiendo la propuesta de Núñez (1999), podemos presentar dos niveles para el esclarecimiento del concepto presentado:

1) Inserción como derecho: es el derecho de todo ser humano a ser introducido, inserto, entretejido en el espacio social de una época.

2) Inserción como política social: inclusión de una cosa en otra. Admite la exclusión como hecho y, a la vez, borra la operación de admisión, de legitimación de la misma.

He aquí la duplicidad en la que podemos atisbar un espacio al cual los profesionales de las drogodependencias, en general, y los que se dedican a la inserción, en particular, no prestamos la atención debida. Quizá nos ubicamos en exceso del lado de la inserción como derecho, aspecto este que nadie puede cuestionar. Existe común acuerdo en que es necesario «hacer inserción» —y así aparece en los diferentes textos legales, programas y dispositivos creados al efecto—, pero justamente, la profusa utilización del término debiera llevarnos a sospechar. A la palabra *inserción* se le asigna una capacidad tan amplia de designar tan diferentes situaciones que acaba perdiendo valor como concepto, es desvirtuado, despojado de valor analítico.

En ese sentido la palabra *inserción* tiene en la actualidad una fabulosa capacidad para designar situaciones y actuaciones profesionales extremadamente diversas, heterogéneas. Por ejemplo... ¿podemos hablar en rigor de inserción si partimos de un programa de drogodependencias que se desarrolle en el interior de una prisión? O bien... ¿es posible la inserción desde una comunidad rural alejada de cualquier centro urbano o contacto con otras

realidades sociales? Cuando a un sujeto se le obliga a asistir a una institución o programa por una instancia judicial o de otro orden, ¿es eso inserción? ¿Es inserción un empleo precario, mal pagado y en condiciones denigrantes para la persona, o es más bien alineación?

Las reflexiones e interrogantes anteriores nos llevan a coincidir con el postulado que formula Karsz (2000):

«[...] cette notion insertion est faussement simple dans sa generalité».

Se trata de pensar, de inventar, de ampliar la dimensión de los derechos de las personas en la llamada sociedad del conocimiento para esclarecer la orientación de las prácticas profesionales ante las problemáticas que actualmente se presentan en lo social. Esto es así dado que las formas de producción del capitalismo informacional excluyen de sus sinergias, cada vez más a un mayor número de sectores poblacionales. Por tanto, los llamados derechos de integración se perfilan como una necesaria

«Defensa del sujeto, en su personalidad y su cultura, contra la lógica de los aparatos y mercados, que es la que reemplaza la idea de la lucha de clases».

Touraine (1999)

El derecho a la inserción se ubica, pues, como contrapeso adecuado al discurrir solitario de los efectos de la economía globalizada.

«Los llamados derechos de integración afirman no solo el derecho a vivir, sino a vivir en sociedad; considerar a los ciudadanos como miembros de derecho a un lugar social, es decir, con los derechos y las obligaciones que crea la participación en esa vida social.»

Núñez (1999)

El reto estriba en concebir una idea de inserción como articuladora —como mediadora— entre el sistema económico y la posibilidad de participación social de los sujetos. Desde esa perspectiva la inserción se nos presenta como generadora de vínculos, de lazos sociales, en el sentido de entretejer, de generar redes que permitan ampliar la capacidad de circulación social de los sujetos. A eso le llamamos capital social.

Ahora bien, para contratar estas nuevas formas de pacto social es preciso implementar políticas que lo hagan posible. De ahí la importancia de enlazar el derecho a la inserción a la idea de inserción como política social, pues es de esa forma que accedemos a un nivel de representación más amplio y de configuración de una red en donde los diferentes agentes e instituciones trabajan interconectados.

La inserción aparece, pues, concebida como estrategia para procurar la inclusión del consumidor de drogas en lo social y, por otro lado, como intencionalidad de incidir en lo político para transformar las instituciones sociales. En realidad, se trata de configurar espacios y comunidades de aprendizaje porque, al intercambiar experiencias y saberes, la información puede circular de forma abierta y esto incide en nuestra capacidad para aprender

más rápidamente.

La dificultad aparece cuando las políticas sociales no se cuestionan los efectos que producen y, por ello, pueden continuar promoviendo aquello que dicen combatir. Por ejemplo: recibir una prestación económica sin duda puede ayudar, pero estar con otros, vincular y compartir intereses genera unos efectos en términos de capital social igualmente relevantes.

En la actualidad, la incidencia en las instancias políticas en materia de drogas ha sufrido un notable empuje como consecuencia de la organización de la sociedad civil que, mediante las redes que agrupan a entidades, profesionales o usuarios de drogas permiten una mejor canalización de las demandas que formulan.

Los principales objetivos de la interacción con la sociedad civil según la *Guía sobre política de drogas* (2010) son los siguientes:

- Apoyar una formulación de políticas y un establecimiento de prioridades adecuados y basados en experiencias y asesoramientos prácticos.
- Facilitar una comunicación eficaz entre responsables de políticas y actores clave de la sociedad civil, garantizando que las personas y las comunidades participen en las intervenciones que les afectarán.
- Buscar asociaciones mutuamente ventajosas con organizaciones de la sociedad civil para emprender la elaboración conjunta de programas y/o actuar como ejecutores de estos.
- Promover una red dinámica de organizaciones de la sociedad civil que pueda seguir apoyando un diseño y una aplicación eficaces de políticas y programas.

En ese sentido podemos nombrar experiencias recientes de alto valor como, por ejemplo, las asociaciones de usuarios de drogas o afectados por VIH. En un pasado no muy lejano no existían, por lo que aquello que les afectaba directamente quedaba en manos de terceros — políticos, profesionales, organizaciones...— que, lógicamente, mermaba la eficacia de algunas intervenciones.

### **3.1. De las condiciones estructurales de la inserción**

La socialización de los individuos no es tarea exenta de dificultad. Freud ya lo destacaba en el año 1929 en su libro *El malestar en la cultura*. La inscripción en la cultura supone pagar el precio de dominar las pulsiones y apetitos instintivos en un trayecto en el que «ninguna regla al respecto vale para todos; cada uno debe buscar por sí mismo la manera en que pueda ser feliz». Este ideal resulta, como bien conocemos, harto complicado y no necesariamente ha de hallarse vinculado al estar o no insertado en la sociedad. Existen sujetos que pueden sentirse razonablemente satisfechos respecto a su existencia y vivir como un anacoreta alejado del mundo, y también sujetos con una amplia capacidad de circulación social y, sin embargo, sentir que su vida carece de satisfacciones. No obstante, en general, gozar de un grado de reconocimiento por parte de los demás, así como sentir que somos miembros activos de una comunidad parece incidir positivamente, o cuando menos ofrece más posibilidades de

satisfacción de nuestras necesidades afectivas, relacionales o profesionales.

En cualquier caso el hecho de estar en relación con «otros» implica necesariamente un cierto grado de fricción que es de carácter estructural, lo que quiere decir que hemos de aprender a convivir con ello. Dicho de otra forma, cuando hablamos de inserción consideramos el conflicto como algo inevitable, inherente a nuestra condición de humanos, por tanto, no se trata tanto de negarlo o de evitarlo, sino de tomarlo y hacer de él un instrumento que nos permita madurar como individuos. La tarea no es fácil porque de una manera u otra todos lo pretendemos y entonces:

«Este esfuerzo por conseguir que cada cual apruebe aquello que uno ama u odia es, en realidad ambición, y así vemos que cada cual apetece, por naturaleza, que los demás vivan según la índole propia de él. Pero como todos lo apetece a la vez, a la vez se estorban unos a otros, y como todos quieren ser alabados y amados por todos, se tienen odio unos a otros».

Spinoza

En fin, hablamos en ese sentido de un trayecto siempre inacabado, siempre por acabar de satisfacerse y siempre imperfecto. Al respecto, Freud nos dice que existen tres profesiones imposibles: gobernar, educar y psicoanalizar, pues, por más que intentemos gestionar los conflictos, inmediatamente después de su resolución emergerán otros que igualmente habrán de acometerse, configurándose un relanzamiento permanente cuya resolución en el mejor de los casos aparecerá como transitoria.

Con todo, en el devenir de los siglos la civilización se ha dotado de instrumentos que posibilitan con mayor o menor éxito la inserción social de los sujetos que acoge. Dos de las instituciones principalmente encargadas a tal efecto las conocemos perfectamente: la familia y la escuela. Subrayo lo de que «conocemos» porque en lo relativo a los procesos de inserción resulta muy conveniente la reflexión desde nuestra propia experiencia. Todos hemos tenido, o tenemos, familia y todos hemos circulado por instituciones educativas y en esos lugares, en su tránsito, nos han pasado cosas. Es cierto que las familias no trazan un diseño planificado y por materias a sus hijos, lo que no quiere decir que, en función de cómo acometen los conflictos familiares, de cómo se ordenan, de la organización interna que se asuma, el niño no aprenda a conducirse de una manera determinada. Recordad el dicho: «de tal palo tal astilla». Inevitablemente. El sujeto se estructura como tal a partir del lugar simbólico que ocupa en el ámbito familiar; en ese sentido somos efecto de la alteridad del «otro». Incorporamos actitudes y comportamientos directamente tomados de lo que hemos visto y vivido en el seno familiar. Luego está lo que cada cual hace con ello.

En la infancia, tanto la escuela como la familia tienen el encargo institucional de socializar a los sujetos que transitamos por esos lugares. Este proceso de socialización producirá siempre efectos particulares. Con frecuencia en los centros de tratamiento y en el medio penitenciario lo constatamos. En efecto, la infancia y la adolescencia son espacios donde, en general, se nos dice con frecuencia qué hemos de hacer; verificamos que en los primeros años lo que nos dicen con extraordinaria frecuencia es: «¡No hagas esto! ¡No hagas lo otro!».

Hay una infinidad de acciones que resultan prohibidas, censuradas, reconvenidas. La prohibición nos acompaña en el tránsito socializante. Ahora bien, hemos de considerar que siempre las normas son arbitrarias, vinculadas a la cultura. Al respecto traigo a colación una situación profesional vivida en una comunidad terapéutica con uno de los participantes. Todavía recuerdo la extrañeza que le produjo la recomendación por parte de los profesionales de utilizar correctamente los cubiertos en las comidas. No entendía las razones de tal costumbre, lo que le llevaba con frecuencia a alteraciones del ánimo que comportaban una encendida réplica dialéctica por su parte que, en general, acababan en sumisión aparente. En su opinión se trataba de una convención cultural y él, que había convivido con otras comunidades, no le asignaba ningún valor a la incorporación de este hábito. Solo más tarde fue capaz de entender que el conocimiento de los códigos culturales nos abre posibilidades de circulación social. Su asunción es siempre electiva.

El caso es que durante mucho tiempo solemos «hacer las cosas que nos dicen». El tránsito hacia la edad adulta se caracteriza por el deseo de forjar nuestro destino, pero antes ha habido un largo recorrido y unas operaciones de separación que seguro que nos dejaron marca. El caso es que hacerse adulto significa hacer una apuesta por elegir nuestro recorrido; la paradoja es que trabajamos con sujetos muchas veces privados de esa posibilidad. Por eso es complejo nuestro trabajo. Nos enfrentamos con asiduidad a la contradicción que aparece en los sujetos entre lo que dicen y lo que hacen, cuestión esta que, por otra parte, no resulta ajena al común de los mortales. Esta posición configura una forma de alienación, en la medida en que establece una separación entre la racionalidad de lo que aparece como conveniente, y los deseos y la emocionalidad, de carácter subjetivo, que configuran horizontes divergentes y contrapuestos. Esta situación que cualquier profesional del ámbito ha constatado en infinidad de ocasiones es una de las cuestiones nucleares en materia de éxito de la inserción: ser capaces de diferenciar la posición de apariencia de la demanda del sujeto.

En el seno de la institución escolar acontece algo muy similar, si bien la intencionalidad se hace más manifiesta. Se describe, se proyecta cual es el «producto» de sujeto a obtener al final del recorrido institucional. No solo importan las materias que se han de trasladar a los alumnos sino, y sobre todo, cuáles son los valores y la moralidad que se han transferir a los educandos. Por eso, los padres intentan elegir la escuela de sus hijos en función de qué rasgos le caractericen como adulto —religioso, laico, humanista, nacionalista, progresista...—, luego está obviamente la particularidad, el deseo individual de cada sujeto, que es lo que hace que a igualdad de trato, de contenidos, de profesores, de contexto, no se produzcan resultados totalmente homogéneos. Afortunadamente. Recordemos las diferentes formas de totalitarismo que sistemáticamente han perseguido formar sujetos afectos a sus consignas, en un intento de homogeneizar las voluntades y conseguir algo próximo a la clonación. No por casualidad este tipo de regímenes siempre prestó especial atención al control de las instituciones educativas como vía de perpetuación de su poder.

Tal es la importancia de nuestro paso por estas instituciones que, por ejemplo, Jacques Lacan consideraba que cualquier profesional que desde las diferentes disciplinas —

educación, psicología, medicina, trabajo social, psicoanálisis...— trabajara directamente con otros, la primera pregunta a responderse de manera honesta sería: «¿De qué enseñanza somos efecto?».

### **3.2. Inserción social**

Resulta curioso observar que en la tradición china, la edad de los sujetos no es contada desde el momento del alumbramiento o parto, sino que se hace a partir del engendramiento, del momento en que la mujer queda embarazada. Es una manera de formalizar una presencia, de dar carta de naturaleza a la futura presencia física de un humano. Lo importante en este punto es que desde ese momento ya se simboliza y se significan atribuciones a ese futuro infante, a ese futuro miembro que formará parte de una comunidad determinada.

En las sociedades occidentales también cobran cada vez más importancia estos procesos. Así, en los embarazos se recomienda que los padres hablen y se dirijan al futuro bebé, que se acaricie el vientre materno, que se escuche música, entre otras actividades que tienen por objetivo ofrecer las mejores condiciones y estímulos. Hoy en día cualquier pediatra o especialista recomienda este tipo de prácticas, mientras que en el pasado la importancia que se asignaba a este proceso era infinitamente menor.

¿Qué queremos subrayar con todo esto? Pues que la inserción depende en gran medida, y especialmente en las edades más tempranas, de «otro» —padres, familia, escuela...— que con su transmisión facilitarán, o a veces dificultarán, las condiciones para la adecuada inserción social de un sujeto en un contexto determinado. El niño por decir así, salvando las impresiones incorporadas tímidamente en sus procesos neuronales e incipientemente emocionales, llega finalmente al mundo en gran medida «en blanco». Pero se encuentra ya con un universo constituido, que le preexiste. Llega a un espacio social donde se habla una determinada lengua, un lugar plagado de convenciones, normas y valores que difieren en función de la cultura, ubicación geográfica económica o política.

Pues bien, independientemente de si el niño nace en Pakistán, Grecia, Canadá o Togo habrá de realizar una serie de tránsitos comunes. Tendrá que incorporar la ley para poder circular socialmente de forma adecuada en el seno de la comunidad en la que el azar le haya ubicado. Cuando hablamos de la «ley» no nos referimos a un fragmento particular de la legislación, sino a la ley simbólica, aquella que al hacer límite permite a los sujetos inscribirse socialmente. Lo ilustraremos con un ejemplo. Si tenemos hijos o conocemos familiares que los tengan o si hacemos observación en un parque o recordamos nuestra experiencia, observaremos que una de las frases que más se trasladan a cualquier niño es la de: «¡No hagas eso!, ¡No toques eso otro!»

El «no» aparece por doquier, pues configura el intento de que incorpore la prohibición como algo necesario e inherente a su posibilidad de inclusión social.

Es una lucha denodada la que hemos de realizar, dado que los impulsos naturales de entrada nos mueven en otra dirección. Tiempo atrás, uno de los debates encendidos que se producían

en el seno de la comunidad científica consistía en dirimir si la condición del ser humano era la de ser natural o cultural como posiciones enfrentadas y antitéticas. El antropólogo Lévi-Strauss, en su obra *Las estructuras elementales del parentesco*, resuelve a nuestro juicio de forma soberbia esta cuestión al afirmar: «La naturaleza del hombre es la cultura». Es nuestra condición, independientemente de que lo elijamos o no, pues al nacer ya nos encontramos ante un universo cultural establecido.

### **3.3. Noción de éxito en inserción**

El primer interrogante que se presenta es el de qué entendemos por éxito. Sabemos que proviene del latín *exitus* que quiere decir ‘salida’. De forma más precisa es la obtención del resultado esperado en una acción. Alcanzarlo deviene en satisfacción personal y puede que incluso en reconocimiento. No obstante, consideramos que el éxito no es la clave de la satisfacción personal. Es la satisfacción de nuestros anhelos y necesidades particulares la que nos llevará al éxito. Si te gusta lo que haces y lo desarrollas el éxito vendrá.

Guarda relación con nuestras elecciones particulares y, en ese sentido, el éxito se encuentra ligado al ejercicio de la propia responsabilidad respecto a nuestro destino. En este punto coincidimos con Michel de Montaigne cuando en *Los ensayos*, en el capítulo que dedica a la embriaguez, refiere que «el peor estado del hombre es aquel en el cual pierde el conocimiento y el gobierno de uno mismo». Alejado de estas premisas, el éxito desde esta perspectiva deviene en quimera inalcanzable y, por tanto, la búsqueda en la dirección errónea retorna con frecuencia en forma de frustración.

En fin, el éxito es una percepción muy íntima y subjetiva. Una cosa es el dictado, la idea de éxito como representación ante la mirada de los otros, cuando bajo presión o simulación realizamos una acción y otra, es la elección particular desprendida de condicionantes externos. Esto viene al caso para explicar la posición que con frecuencia encontramos en el trabajo con drogodependientes.

Si nos atenemos al marco legislativo, el objetivo estaría claro. El éxito estaría en procurar la inclusión social. Es lo mismo que pretenden otras dos instituciones que tienen como razón de ser habilitar socialmente a los sujetos: la familia y la escuela. Las entidades sociales y los equipos profesionales abordan numerosos casos en donde el «éxito» de estas instituciones no ha dado el resultado esperado y, por tanto, los colectivos que no han quedado incluidos en las redes normalizadas devienen en objeto de nuestra actuación. Abordar estas problemáticas y ofrecer respuestas efectivas no resulta fácil, pues la drogodependencia, al igual que la exclusión, es un fenómeno multidimensional, y consecuentemente, su análisis debe huir de planteamientos unidireccionales. Se hace necesario tener presente un conjunto de variables y avanzar poco a poco en la construcción integrada de indicadores. Lo cierto es que en gran medida esta es un área de desarrollo técnico y metodológico que se ha de desarrollar a pesar de las complejidades que presenta.

Tener trabajo, vivienda, salud; disponer de unos ingresos que permitan vivir dignamente;

tener una relación sentimental estable podemos. Todo esto podemos definirlo como indicadores de bienestar, pero llevado a nuestro ámbito... ¿qué sería? Mantener la abstinencia de por vida, insertarse social y laboralmente, que las recaídas fueran de carácter leve, seguir consumiendo pero en condiciones seguras, o de menor riesgo, reducir los niveles de conflicto, no ingresar en prisión, seguir tomando....

En nuestro caso perseguimos favorecer la inclusión en el entramado social de los sujetos consumidores de drogas para que insertos en las mismas, se beneficien de sus efectos. Este fin, no se circunscribe a un momento concreto en el tránsito por una institución, que también, sino que debe estar presente en todas y cada una de las actuaciones profesionales. Estas pueden ser de carácter breve o continuado: en un encuentro puntual en una actuación en un poblado marginal distribuyendo metadona; en una primera entrevista en un ambulatorio; o bien, de forma prolongada en un centro de día o en una comunidad terapéutica. En unos casos serán destellos fragmentarios de vinculación, de contacto social que pueden posibilitar nuevos y más intensos contactos. En otros habrá posibilidades de planificar acciones más sistemáticas y perdurables en el tiempo.

En ocasiones es la presión externa la que moviliza a los sujetos hacia los dispositivos para usuarios de drogas y, muchas veces, al ingreso en una institución. Este tránsito no quiere decir que sea negativo, ni mucho menos. De hecho gran parte de las intervenciones profesionales parten de ese punto. De lo que se trata entonces desde la actuación profesional es de favorecer las condiciones para que mediante una aplicación técnica y ética, perseverancia y un acompañamiento adecuados, permitan la preparación para realizar un tránsito de una posición subjetiva a otra.

El éxito está vinculado a las elecciones particulares que hacemos, a nuestra posición como agentes responsables de nuestro obrar. De hecho, si algo nos constituye a lo largo del tiempo es la suma de las elecciones que hemos realizado en nuestro trayecto vital. Por eso, el éxito no es universalizable. ¿Qué fue lo que elegimos estudiar?, ¿por qué cambiamos de ocupación laboral?, ¿por qué decidimos tener ese hijo?, ¿qué ocurrió ante aquel conflicto familiar que a todos cambió?, ¿cómo enfrentamos el amor?, ¿y la muerte? Es más, y sin ánimo de ponernos especialmente trascendentes, ¿de qué enseñanza fuimos efecto?, ¿a qué escuela asistimos?, ¿cuáles eran los valores que incorporamos?, ¿además de las matemáticas, la geografía, la literatura que nos transmitieron, cómo fue forjándose nuestra moralidad?

Por eso pensamos que el éxito consiste en promover la restitución del derecho a elegir algo que les sea propio y que puedan formularlo, poner en palabras en presencia de otro. El profesional con su presencia, y gracias a su necesaria competencia para generar vínculo, queda convertido en soporte de dicha operación.

#### **4. Deseo como ética**

El éxito, tal y como nosotros lo concebimos, es una ética. O más precisamente es el

sostenimiento de la ética del deseo. En ese punto coincidimos con Spinoza cuando afirma que «el deseo es la esencia del hombre», y es, al mismo tiempo, el corazón de la existencia humana y la preocupación central de nuestras actuaciones. Deseo que, recordemos, no es la relación con un objeto sino la relación con una falta. Se trata de algo parecido a lo que nos ocurre cuando nos iniciamos profesionalmente en el trabajo con drogodependientes; en general, experimentamos temores, las inseguridades nos asaltan y los prejuicios emergen casi sin darnos cuenta. Este conjunto de impactos en nuestra persona hace que acostumbremos a «llevarnos los problemas a casa». Son momentos en los que no es infrecuente que nos asalten las dudas acerca de si estamos capacitados para ejercer esta profesión tan exigente. No obstante, es lo normal; lo preocupante sería que no ocurriera, o mejor dicho, siempre ocurre. Por eso, conviene desprenderse del temor a reconocer estos obstáculos para superarlos.

En este punto, los profesionales que avanzan son aquellos que expresan las dificultades y las dudas que les aparecen, más que aquellos que optan por el silencio y la simulación acomodada. Dar un paso al frente, manifestar que nos hemos equivocado, que no estamos seguros de haber ejecutado adecuadamente una acción educativa, es la vía metodológica para sostener la función profesional.

Con el tiempo, y después de pagar el precio que entraña reconocer nuestro reflejo, estos obstáculos quedan diluidos mediante la adecuada supervisión con otros profesionales con más experiencia y, en la medida que enfrentamos estos conflictos, nos permite tomar la demanda que nos presenta el sujeto. Expresado de otra forma: la desposesión nos pone más cerca de poder escuchar al otro y, por tanto, de que se genere una demanda.

El deseo es algo parecido a lo que hacemos con una cebolla cuando la vamos desprovando de sus capas. Va quedando cada vez más reducida y así, capa a capa, hasta que nos queda la última. Cuando la retiramos... ¿qué nos queda? Nada. Pues bien, metafóricamente hablando, ese es el punto más cercano que podemos alcanzar en relación con el deseo.

Sin duda, sentir que tenemos éxito tiene que ver con las realizaciones de nuestro deseo. Tener el deseo actualizado es lo contrario a la depresión, pues el primero moviliza, orienta y genera un recorrido. El segundo paraliza y, en un caso extremo, aproxima a la muerte subjetiva. El problema aparece cuando olvidamos que el deseo guarda relación con lo inconsciente; con frecuencia, en nosotros mismos observamos que racionalmente pretendemos conseguir algún objeto, pero en ocasiones ocurre que sistemáticamente trabajamos en el sentido contrario.

Todos somos conocedores de actuaciones de nosotros mismos que querríamos cambiar y, sin embargo, no es infrecuente percibir que una fuerza persistente nos hace trabajar en otra dirección. Un ejemplo claro que ilustra este argumento es el que tiene que ver con la transmisión del VIH. Numerosos sujetos consumidores de drogas —y también otras personas— son conocedores de las vías de transmisión. Es, en ese sentido, una de las enfermedades que resultaría más fácil de erradicar. Sabemos cómo prevenirla, cómo no infectarnos. Y sin embargo... siguen existiendo prácticas de riesgo que ponen en peligro nuestra salud. Puede ser un buen momento para reflexionar al respecto acerca de nuestras propias actuaciones.

Pensemos en la división que se nos instala: por un lado sabemos que racionalmente no debemos, ni queremos realizar, determinadas actuaciones; no obstante, una fuerza nos lleva a proceder incluso contra nosotros mismos. Esto recuerda una de las leyes de la termodinámica: la que explica que la energía ni se crea ni se destruye, solamente se transforma. Sirva para ilustrarlo el caso con el que trabajamos hace algún tiempo.

Tuvimos la oportunidad de trabajar con un sujeto no solo dependiente a las drogas, sino también, y sobre todo, a un estilo de vida. La delincuencia como medio para procurarse sensaciones excitantes como traficar con drogas, atracar bancos, ir armado o conducir en las huidas le proporcionaban vivencias adrenalínicas a las que no estaba dispuesto a renunciar. Esto le condenaba irremisiblemente a un circuito del que no lograba escapar y que conllevaba, entre otras cosas, a nuevos consumos de drogas. Y así, una espiral inacabable. Hasta que un día descubrió los deportes de riesgo y de aventura. Mediante su práctica y mejoramiento pudo seguir experimentando situaciones extremas sin necesidad de lesionar a otros, y mediante una actividad valorada socialmente. Hoy en día es un experto formador de este tipo de actividades. Con esto lo que pretendemos subrayar es que no basta con reprimir determinadas actuaciones; es necesario ofrecer alternativas mediante actos educativos que propulsen hacia espacios reconocidos socialmente.

## 5. Deseo y vínculo

El deseo posibilita vincular, establecer lazos sociales con los demás. Si bien este ejercicio siempre nos pone a prueba. Decimos *poner a prueba* porque por más que alguien pueda estar acostumbrado al ejercicio de establecer vínculos —en las entrevistas, en los grupos, en las coordinaciones, en el trabajo en equipo...—, la propia estructura del mismo implica la cualidad de su renovación permanente y, por tanto, en cada una de las situaciones en que lo pretendamos, habremos de afrontar el temor que nos produce desprendernos de lo repetido para así hacer emerger lo original de nuestro decir como profesionales.

De esta forma es como podemos presentarnos ante vosotros para hablar sobre el vínculo, es decir, intentando en el mismo movimiento vincular desde el presente. Es cierto que atesoramos alguna experiencia profesional que sirve como referente y, de esta forma, es posible echar mano a situaciones, vivencias, técnicas incorporadas en el devenir del tiempo. Pero el éxito de que podamos obtener alguna enseñanza en la reflexión sobre el vínculo va a depender de que podamos mostrarnos desprovistos de ese bagaje, que lo podamos olvidar.

Pues, en cuanto al tema que nos ocupa, todas las dificultades giran en torno a una misma raíz: el temor; que desaparece gracias al vínculo, pero paradójicamente dicho vínculo nos produce temor. Por tanto, la recomendación que podemos efectuar es la de que como profesionales de la acción social, nos ejercitemos ante la aventura del saber de forma decidida, pues, entre la temeridad y la cobardía es donde encontraremos un espacio para ser valientes.

Ese posicionamiento decidido puede ayudar a desvelar algo en torno al misterio que encarna

el vínculo profesional. Por eso, como profesionales somos una suerte de investigadores que no cesan en su empeño de perseguir su resolución, intentando cernir una verdad que siempre se escapa, que no puede asirse en su totalidad más que parcialmente, efímeramente.

En ese sentido me gustaría recomendar la lectura de la saga ideada por el autor sueco Heanning Mankell, ya fallecido, un escritor preocupado por el análisis de los síntomas de la actualidad contemporánea y creador del inspector de policía Kurt Wallander. Lo traemos a colación por las preocupaciones profundamente humanas que enfrenta en sus procesos de búsqueda de la verdad. La persigue continuamente, pero suele toparse con su propia angustia ante ella. Esto le lleva con alguna frecuencia a necesitar un tiempo para aclarar los misterios que habrá de desvelar y esto es así porque la verdad no siempre es bella, como por otra parte nos enseña con precisión el psicoanálisis. Enfrentarse a sus temores le requiere un proceso de confrontación consigo mismo que no le deja inerte. Se ve afectado por su impacto.

Algo parecido ocurre en nuestra tarea como profesionales, pues para establecer el vínculo hemos de estar dispuestos a tomar aquello que se nos presenta como dificultad en la relación profesional con el otro.

Esta cuestión es otra consideración que proponemos: que el vínculo se produzca siempre es responsabilidad del profesional, nunca del sujeto que atendemos. La resistencia en este punto cae de nuestro lado y es ahí hacia donde habremos de remitirnos.

Otro aspecto a considerar en relación con el deseo es el de su carácter no conclusivo, podríamos decir, donde lo importante no es el fin sino el camino que seguimos. Intentaré ilustrar este punto con un ejemplo. En mi infancia recuerdo que jugábamos al juego de buscar tesoros. Dicho juego consistía en acudir a alguno de los descampados que entonces era frecuente encontrar en la ciudad y rastrear, intuir y escarbar en la tierra, para encontrar el «tesoro» que previamente alguno de nosotros había escondido y que, generalmente, consistía en una insignia, una chapa o similar. Para ello realizábamos un agujero en la arena que, finalmente, protegíamos con una pequeña porción de cristal y que tapábamos poniendo tierra encima.

En realidad, el valor objetivo del tesoro era mínimo, pero lo verdaderamente maravilloso era el proceso de búsqueda que nos embargaba, la expectativa de que algo se hallaba oculto generaba en nosotros una ilusión, un deseo inagotable por resolver el enigma que se nos presentaba. Tal era así que, finalmente, cuando algún tesoro era encontrado, con frecuencia lo desechábamos de inmediato para emprender una nueva búsqueda, o bien enterrarlo de nuevo para así recomenzar el proceso. Era fascinante observar cómo nos movilizaba el ejercicio, pues no nos cansábamos de buscar tesoros. Este movimiento que describimos es, justamente, el que permite que el profesional «no se quemé», que no desista de su tarea, que no sufra ningún síndrome, ni *burn-out*, aunque su trabajo lo desarrolle en el seno de una institución sea cual fuere.

Y decimos institución ahora porque, aunque encontremos diferencias sustanciales de unas a otras, no podemos olvidar que lo instituido reprime por definición al deseo instituyente, y podemos dar cuenta de algunas instituciones que encarnan en sí mismas todas las condiciones

para que el vínculo no se produzca, cuando menos en el nivel que nuestra tarea exige. Por eso, la medida del vínculo es vincular sin medida, es decir, como orientación, como posición en la que nos ubicamos a pesar de que la institución persiga el aplastamiento o anulación del sujeto.

Llegados aquí podríamos preguntarnos si es posible configurar vínculos en semejantes escenarios y qué sentido pudiera tener. Pues el vínculo, como multiplicador de sentidos, opera desde la fascinación por el enigma, aunque no sea ese el sentido dado desde la institución.

A tal efecto es oportuno hablar del libro de Carlos Ruiz Zafón, *La sombra del viento*, lectura recomendable, no solo por su texto, sino también por la imagen de la cubierta. Es una fotografía de una escena que podría ubicarse en los años cincuenta. En ella aparecen un padre y un hijo entre las brumas de primera hora de la mañana, en una calle solitaria y que, por la hora y el escenario vacío, sugiere alguna idea de riesgo para el menor. Por eso, el padre —o así se puede interpretar— encarna la protección y el cuidado por su hijo, pero también el orgullo de sostener esa función. Va contento de la mano de su hijo y, así, parece en disposición de poder hacer frente a cualquier contingencia que pudiera presentarse. El hijo, además, va contento, se siente orgulloso de su padre. Está feliz en su compañía, pero sobre todo de lo que le transmite. Se siente seguro en su recorrido y todavía tiene la alegría en el rostro. No sabe que algún día esa situación cambiará y entonces... entonces habrá de ser él quien, a su vez, transmita a otros esa función simbólica que el padre le brinda en su presencia.

Lo que es seguro es que, a pesar del dolor de la pérdida, él a su vez llegado el momento, sabrá hacer lo propio con su hijo. A estas alturas del relato imagino que ya han caído en la cuenta de que el vínculo se transmite, se anuda, de generación en generación y es su pérdida la que conlleva los efectos devastadores que todos conocemos. Y entonces es cuando hablamos de la fractura del vínculo social.

En efecto, no se trata de que como profesionales hagamos de padres, pero sí hemos de perseguir una transmisión simbólica de la función del límite de carácter técnico e intencional, siendo esto lo que nos ubica como profesionales.

Cuando, como profesionales, sostenemos el deseo y el vínculo, hacemos una apuesta que nos define como sector profesional. Es un elemento que nos caracteriza más allá de las definiciones. Además, no podemos hacer otra cosa. En ese sentido nos ocurre como en las antiguas academias griegas en donde los «alumnos» no acudían para hacer acopio de conocimientos formativos disgregados, separados de ellos mismos. Elegían la academia porque en su paso incorporaban un estilo de vida, una forma de estar en el mundo.

Algo parecido acontece con nuestra aportación. Diseñamos proyectos, formulamos programas, ofrecemos respuestas a las demandas institucionales, los implementamos con los estándares de calidad requeridos y los evaluamos con el máximo rigor. Pero, y en esto nos diferenciamos de otras propuestas, trabajamos considerando las aportaciones de carácter subjetivo.

Esta operación nos lleva a describir cómo dirigimos este proceso. Desde esta perspectiva dirigir hace referencia a conducción, a cómo en este caso guiamos los equipos profesionales para hacer desde la operativa del desarrollo del proyecto una marca, una distinción, una forma

específica de concebir el trabajo y, por extensión, una manera de concebir la actuación con los usuarios y con las instituciones que demandan nuestra colaboración. En ese sentido dirigir aparece como sinónimo de educar, de formar, de «sacar hacia fuera». Es una operación técnica en la cual hemos de conducir el proceso, pero no al sujeto, que siempre es particular. De ahí que cuando conducimos un grupo, una actividad, una entrevista habremos de observar las relaciones del sujeto con el poder, la autoridad, el trabajo en equipo, las metas de autorrealización, el reconocimiento...

Por eso hemos de tratar de ofrecer a cada sujeto la posibilidad de desarrollar su personalidad única, irrepetible y enriquecedora y no solamente ofertar estrategias de acción a cada uno de ellos. Es importante que cada sujeto pueda hacerse un lugar, por tanto, se ha de incentivar más la diferencia que no la réplica clónica de las maneras de hacer. Pretendemos hacer emerger en cada sujeto su estilo, su manera de hacer las cosas y estas, puestas en relación con los fines y objetivos de la oferta profesional.

## **6. Tecocracia y saber**

En nuestra opinión desde la profesión promovemos la generación de valores sociales como: saberes, mantenimiento del deseo, justicia, transparencia, colaboración, capacidad de escucha entre otros. Por consiguiente, los éxitos que puedan generarse desde la ejecución de los programas no los medimos solamente por «cuánto generó», sino por «cómo lo generó». El valor económico debe medirse en relación con otras cuestiones, de orden ético. Esta consideración responde a nuestra manera de hacer. Creemos que el fin no justifica los medios, lo que traducido sería que existen diversos métodos para que las personas dejen de consumir drogas. Lo que ocurre es que no todas las prácticas responden a la misma ética.

A nuestro entender, una vez que se haya fijado la idea de dirigir, cobra sentido la interrelación con los conceptos de eficacia, eficiencia y calidad. Tan pronto como estén abrochados, se trata, como casi siempre, de buscar un equilibrio en su utilización que nos permita que las técnicas y herramientas que disponemos estén al servicio de los sujetos y no a la inversa, para no perder nuestras señas de identidad. De esta forma evitaremos los efectos perniciosos observados en otros lugares que han pasado del arte de dirigir a la tarea de controlar, aspecto este que guarda relación con el contexto neocapitalista que prima la producción en términos meramente contables y cuantificables.

Tiempo atrás no empleábamos estos instrumentos metodológicos o, cuando menos, no con la profusión del presente. El momento actual que vivimos en relación con los indicadores me recuerda cuando, hace no demasiados años, los equipos de básquet se enfrentaban sin más. Cinco contra cinco, atacaban y defendían intentando conseguir más canastas que el rival. Eso era todo. Luego, de forma gradual pero continuada, empezaron a aparecer estadísticas: tapones, porcentaje de acierto en canastas de dos, de tres... en recuentos de equipo e individuales. En función del número total de indicadores se establece una valoración global.

Realmente da la impresión que más que un partido de básquet estamos comentando las variaciones de la bolsa. Puede hacer gracia, pero en realidad es muy serio. Con esto no queremos devaluar lo que aportan las estadísticas, al contrario; son útiles en la medida que nos permiten contrastar datos para la mejora continuada, pero siempre que se tenga claro que no todo es objetivable ni constreñible.

Vivimos tiempos complejos que requieren soluciones también complejas, pero estas soluciones no deben ser burocráticas. De un tiempo a esta parte existe una fiebre por obtener datos. Los profesionales pasan una parte importante de su tiempo recopilando, anotando datos, datos y más datos. Quizá ocurra que reduciendo la presencia del profesional llegue un momento en el que los sujetos podrán hacer los programas sin verlos. Es una posibilidad no tan remota; que la tecnocracia nos consuma sin habernos dado cuenta. Por eso me resulta más sobresaliente lo expuesto con anterioridad, porque existe equilibrio entre la técnica y el saber. Hemos de confesar que, en un primer momento, nos asustó poder reducir el juego a una mera combinatoria lógica y sistemática. Afortunadamente algo sigue escapando, algo sigue resistiéndose, a ser absorbido por la tabla estadística y por el entusiasmo científico contemporáneo por medir y cercar todas las conductas del ser humano.

Por eso, es importante no descuidar los postulados que orientan epistemológicamente los fundamentos de las ciencias naturales y de las sociales. Pues, así como las primeras pueden establecer relaciones de equivalencia de manera exacta, las segundas apuntan a un deslizamiento continuado. Sus postulados varían en función de la época; los valores y las definiciones cambian y son sustituidas por otras que emergen en el tiempo. Lo que no implica renunciar a la ciencia, todo lo contrario, pero sí dotarnos de los elementos metodológicos propios de las ciencias sociales.

# España: las drogas como problema. Las respuestas

## 1. Breve historia de las drogas en España. El consumo de drogas en España como problema

Presentaremos a continuación, de forma muy sintética, los principales rasgos del consumo de drogas en España, así como la respuesta institucional que se ha dado al respecto. Acotaremos esta presentación a la época que comprende desde el inicio de la transición democrática hasta nuestros días.

El período que abarcaremos será, pues, el que comprende desde los años sesenta hasta finales de los ochenta. En cuanto a la situación actual, la información disponible en internet es muy amplia. En este sentido consideramos recomendable la visita de algunas páginas web que nos pueden aportar datos detallados:

- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC)<sup>1</sup>
- Informe mundial sobre las drogas en castellano (2009)<sup>2</sup>
- Observatorio europeo de drogas y adicciones<sup>3</sup>
- Observatorio español sobre drogas<sup>4</sup>

### 1.1. Conceptualización de las drogas como problema

Aparentemente no hubo una preocupación en torno al consumo de drogas en España hasta los años sesenta. En este sentido —y de ahí que calificuemos esta falta de preocupación como aparente— el contexto político propició un cierto «mutismo» en relación con el tema. Hasta ese momento, podemos destacar un importante consumo de alcohol y tabaco, un consumo de cannabis muy circunscrito a grupos calificados como marginales, un uso muy minoritario de cocaína —aquí los consumidores eran tanto grupos marginales como elitistas—, un consumo de anfetaminas relacionado a grupos concretos —como los estudiantes universitarios— y el uso de morfina controlado desde instancias médicas y habitualmente bajo prescripción.

Como decíamos, y como observamos que tantas veces ocurre en las interpretaciones que del consumo de drogas se realizan, la supuesta «ausencia de preocupación» guarda relación con la opacidad del régimen franquista y con el interés de ofrecer una imagen de sociedad impoluta desde la perspectiva moral. Recordaremos aquí que la dictadura franquista se mantuvo en el poder hasta el año 1975 lo que nos ubica en un paisaje social de casi cuarenta años bajo un régimen opresivo que utilizaba el miedo y la religión prácticamente a partes iguales. En ese sentido, la censura operaba en todas las producciones artísticas, en los medios de comunicación, en los círculos académicos y era especialmente sensible a aquellos aspectos vinculados con la transgresión o el placer. Perder el control —aunque fuera momentáneamente

— era, por razones obvias, una práctica que había que prohibir. De esta forma, el sexo y las drogas eran cuestiones sobre las que nunca se hablaba abiertamente.

No obstante, podían apreciarse cambios en algunas pautas de consumo que se habían iniciado a finales de los años cincuenta como fue el caso del alcohol. Estas modificaciones en las pautas apuntaban a un cambio que permitía no relacionarlo exclusivamente a la denominada cultura mediterránea —desde esa óptica, la presencia del vino en nuestra cultura y en otras culturas como la griega o la italiana se explicaría por su raigambre cultural. En concreto, el aumento del consumo de bebidas destiladas constituiría un ejemplo. Otro aspecto que hay que destacar es que a nivel social, y de forma progresiva, la mujer se incorporó al consumo.<sup>5</sup>

En la medida que España se iba abriendo culturalmente a Europa apareció el interés por el uso de sustancias y de ello se hacen eco los medios de comunicación. Aparecen asimismo consumidores de psicodislépticos y aumentan los usuarios de cannabis. La inquietud social por el tema crece, si bien resulta difícil en el horizonte político de la época deslindar lo que responde a preocupación y lo que guarda relación de nuevo con la censura y el control. Recordaremos que en este «segundo momento» el consumo de drogas se identificaba a la contracultura y la protesta política.

En ese contexto, la Ley de Peligrosidad Social de 1970 se presentó como la respuesta al problema lo que favoreció la creación de las «casas de templanza», que finalmente no salieron adelante al no contar con dotación presupuestaria (artículo 5). En 1974 se constituye una comisión interministerial que redacta un informe, pero que deja su tarea inconclusa al no llevar a la práctica ninguna de sus propuestas.

Los consumos de drogas legales e ilegales se incrementan y la percepción social refleja una mayor y creciente preocupación. Probablemente como eco del 68 vivido en Europa y muy fundamentalmente en Francia, el hachís se configura como seña de identidad juvenil y se da, asimismo, un mayor consumo de LSD (Puig, Soler, 1981). A finales de los años setenta es notable el consumo de heroína por vía parenteral sin aparente vinculación ideológica. Es a partir de este momento que se genera una gran alarma social vinculada al aumento de la delincuencia. Son los años de la «inseguridad ciudadana». En el imaginario de la época, la heroína se considera la droga problemática por excelencia.

## **1.2. El consumo de heroína. Etapas**

El consumo de heroína atravesará durante los años setenta diversos períodos, que de forma sintética pueden agruparse en tres etapas (Comas, 1997):

**1)** De 1973 a 1978. Conocida como etapa elitista. Los consumidores de este período eran de extracción social alta, frecuentemente universitarios que asimilaban el consumo a la necesidad de experimentación y que de alguna manera podían recordarnos a la generación *beat* norteamericana.

2) De 1977 a 1981. La denominada etapa de masificación. El consumo se expande a todas las clases sociales y también a entornos rurales. Es un período caracterizado por un aumento de la delincuencia.

3) De 1981 a 1984. Es la llamada etapa de marginación. Aumentan las muertes por sobredosis y la entrada en prisión de muchos drogodependientes debido a los delitos cometidos. Son destacables a nivel legal las reformas del Código penal (1983) y la Ley de enjuiciamiento penal (1984). El denominado «problema de las drogas» pasa a ser la preocupación principal de los españoles en las encuestas del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Para muchos ciudadanos se trata de tomar medidas —represivas— frente a la inseguridad ciudadana. Para otros, es un problema que están viviendo en sus familias. Las películas de Juan Antonio de la Loma entre las que destacamos *Perros callejeros* (1976), *Perros callejeros II* (1979), *Los últimos golpes de «el Torete»* (1980) y *Yo, «el Vaquilla»* (1985) dan cuenta de esta época. En esa línea, *El pico* (1983) y *El pico 2* (1984) de Eloy de la Iglesia o *27 horas* de Montxo Armendáriz son también un fiel retrato de aquel momento.

La alarma social que genera la situación —y que los medios de comunicación amplifican—, así como el sufrimiento de las familias o la preocupación de asociaciones y profesionales, favorece la irrupción de respuestas de carácter asistencial fundamentadas básicamente en programas libres de drogas. Dos cuestiones vienen a modificar sustancialmente el panorama. Por una parte, la aparición de la epidemia de sida y, por otro, la constatación de que numerosos drogodependientes no accedían a los distintos recursos de la red (Mino, 2000). Paradójicamente, la propia red, excesivamente rígida, generaba exclusión. Al demandar la abstinencia como condición de ingreso a aquellos que justamente pedían ayuda por no poder sostenerla, se creó un bucle perverso que cercenaba las posibilidades de intervención.

Como veremos en la descripción de los distintos programas, del lado de la respuesta asistencial se propiciarán de forma progresiva los programas de reducción del daño que contribuyeron a diversificar la respuesta asistencial, lo que la flexibilizaba.

### **1.3. De los noventa a hoy**

En los años noventa disminuye el consumo de alcohol de forma notable, aunque se incrementa entre los adolescentes. Es destacable asimismo la expansión del consumo de hachís y el de drogas de diseño que, en ocasiones, recibirá una atención mediática no proporcional a la realidad del consumo, de carácter minoritario. El grupo de consumidores de heroína del período de marginación se mantiene estable y tutelado por las administraciones aunque, transcurridos prácticamente doce años de consumo, sus posibilidades de circulación social se habían visto muy reducidas.

Podríamos decir, pues, que en la segunda mitad de los noventa asistimos a una nueva etapa de consumo de intensidad similar al anterior, pero con un mayor control institucional y menos alarma social (Inciardi, 2000).

En cuanto a los inicios del año 2000, se hacen ya visibles los cambios acaecidos en relación con el consumo de drogas en España, ya que se dibuja un panorama radicalmente distinto caracterizado por la complejidad y diversidad de situaciones.

Por una parte, podemos constatar que el consumo de heroína se estabiliza y en algunos casos incluso disminuye. Recordamos que, como hemos visto, durante mucho tiempo fue la sustancia a la que se destinaron más esfuerzos de distinto signo. Desde principios de los años noventa hasta el año 2004 el Observatorio Español sobre Drogas<sup>6</sup> fue reflejando en todos sus indicadores esa tendencia. Por ejemplo, el número de personas tratadas por primera vez en la vida por abuso o dependencia de heroína pasó de 20.017 en 1992 a 16.647 en 1996, 7.461 en 2001 y 3.836 en 2004; la proporción de urgencias directamente relacionadas con drogas en las que se menciona el consumo de heroína pasó de 61,5 % en 1996 a 40,5 % en 2000 y 24,2 % en 2004, y el número de muertes por reacción aguda a drogas con presencia de opioides en seis grandes ciudades pasó de 544 en 1992 a 391 en 1996, 225 en 2003 y 183 en 2004. Otro dato significativo es el descenso del uso de inyección para consumir heroína. De hecho, la proporción de tratados por heroína por primera vez en la vida que consume esta droga principalmente por inyección pasó de 50,3 % en 1991 a 18,2 % en 2002, 16,4 % en 2004 y 15,1 % en 2005. La vía inyectada ha sido sustituida principalmente por la vía pulmonar.

No obstante, todos estos datos han de manejarse con extrema prudencia, ya que debemos tener en cuenta que muchos de los drogodependientes que habían iniciado el consumo tiempo atrás continuaban vinculados a programas de uno u otro tipo, y presentaban, además, en diversas situaciones enormes dificultades y problemas desde la perspectiva de su promoción social y también desde su propia salud.

Otro hecho destacable en relación con los últimos indicadores es el aumento del consumo de cocaína. En el año 2005 la heroína dejó de ser la droga que motivaba un mayor número de admisiones a tratamiento (37,4 %) y pasó a serlo la cocaína (45,6 %). A continuación se situó el cannabis (11,7 %). Estos datos varían cuando se trata de admisiones en un primer programa donde la cocaína (58,3 %) y el cannabis (20,1 %) se sitúan por delante de la heroína (15,9 %). La forma predominante de consumo de cocaína sigue siendo el clorhidrato de cocaína (43,6 %) frente a la cocaína base (2 %). Ahora bien, es probable que este consumo se encuentre en aumento si bien posiblemente restringido a círculos de consumidores de heroína. En este sentido es destacable el aumento de problemas relacionados con el consumo de cocaína base.

Otro aspecto significativo en relación con estos indicadores es la existencia del denominado policonsumo en los consumidores de drogas psicoactivas ilegales, sobre todo entre consumidores de heroína, cocaína y cannabis.

## **2. La respuesta asistencial**

Presentamos a continuación de forma sintética los grandes rasgos de la respuesta asistencial para desarrollar más ampliamente la red como la conocemos hoy en el siguiente apartado.

Como ocurre en tantas otras ocasiones, el papel de la comunidad fue decisivo en las diferentes respuestas profesionales y legislativas que se dieron al consumo de drogas y también a la drogodependencia.

Hasta mediados de los años ochenta, las respuestas asistenciales fueron de la mano de movimientos asociativos y vecinales, y pasaron paulatinamente a ser lideradas por profesionales que, a pesar de no tener formación específica al respecto, desarrollaron un alto compromiso y, casi de manera autodidacta, promovieron múltiples encuentros y jornadas que facilitaron la especialización.

En aquel momento, la red de atención a drogodependientes empezó a configurarse y se articuló de manera gradual como una red de atención específica, desvinculada de la sanitaria, y vertebrada en torno al modelo biopsicosocial.<sup>7</sup> El componente de militancia de los profesionales es en aquellos años muy alto y puede explicarse por el rechazo que la figura del drogodependiente despertaba en gran parte de la sociedad, así como por la cercanía con familiares y el entorno próximo a las personas drogodependientes. La presión social resultante de la mezcla entre la alarma social y los movimientos de familiares consiguen, asimismo, un alto nivel de compromiso institucional que se concretará en el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), lo que favorecía una visión diferente y una mayor sensibilidad por parte de la colectividad.

Los programas son mayoritariamente los denominados como programas libres de drogas —cuyo objetivo es la abstinencia a todo tipo de sustancias— aunque también tienen protagonismo los programas de prevención.

A mediados de los años ochenta entramos en una etapa de cuestionamiento de la oferta asistencial. La expansión del sida —en el año 1986 la cifra de personas infectadas en España es ya de 177 y se contabilizan 113 defunciones<sup>8</sup>— contribuye de forma notable a denunciar la rigidez de los programas libres de drogas. A partir de los años 1992 y 1993 asistimos a una importante proliferación de programas de reducción del daño que se prolongará hasta 1997 aproximadamente dando paso a una nueva fase, la de la complementariedad.

Es importante destacar cómo la propia historia de la oferta asistencial nos remite a pensar en las múltiples dimensiones de la drogodependencia siendo el contexto social, cultural y político muy relevante. En ese sentido, y como no podía ser de otro modo, las respuestas asistenciales han sido también el resultado de cada uno de los momentos históricos, que abarcan tanto respuestas de carácter represivo —y exclusivamente vertebradas en torno a la abstinencia— como el amplio espectro de programas que hoy configuran la red de atención y que trabajan desde las premisas de la complementariedad.

## **2.1. Las respuestas desde la Administración**

Expondremos a continuación lo que han constituido las principales respuestas desde las distintas administraciones en sus diferentes niveles de articulación —estatal, autonómico y local. Hemos incluido referencias de páginas web donde esta información puede ampliarse y

actualizarse. Una vez más, por razones de espacio, no hemos presentado otro tipo de propuestas de carácter global como las de la UNODC<sup>9</sup> o algunas de las de International Drug Policy Consortium (IDPC).<sup>10</sup>

### **2.1.1. El Plan nacional sobre drogas**

El Plan nacional sobre drogas (PNSD) nació en el año 1985 como resultado de la presión social y el esfuerzo y trabajo realizado desde la sociedad civil. Este proceso finalmente originó a su vez un diálogo de carácter político que propició la creación del Plan.

La idea fundamental en torno a la que se estructura es que los aspectos concernientes al consumo de drogas son altamente complejos y requieren para su abordaje de una respuesta integral. Los tres ejes de su actuación son el control de la oferta, la reducción de la demanda y la actuación sobre los efectos del consumo.

En su documento fundacional se definen tres objetivos básicos:

- Conseguir un amplio consenso social en torno a las drogas.
- Diseñar un plan técnicamente consensuado y, por lo tanto, flexible en sus postulados metodológicos.
- Generar recursos que satisfagan la demanda social.

A estos tres objetivos debe sumarse la voluntad de coordinación entre las distintas administraciones —autonomías, municipios...— y entre los distintos agentes que intervienen —ONG, cuerpos de seguridad, etc.

Tal y como podemos consultar en su página web<sup>11</sup> su estructura organizativa es la siguiente:

**1)** El Grupo Interministerial para el Plan nacional sobre drogas, integrado por los ministros de Sanidad y Política Social, de Asuntos Exteriores y de Cooperación, del Interior, de Justicia, de Educación, Cultura y Deporte, de Trabajo y Asuntos Sociales y de Administraciones Públicas; el secretario de estado de Seguridad, del Ministerio del Interior; los secretarios de estado de Hacienda y Presupuestos y de Economía, del Ministerio de Economía y Hacienda; el secretario de estado de Relaciones con las Cortes, del Ministerio de la Presidencia; y el secretario general de Sanidad, del Ministerio de Sanidad y Consumo. La presidencia la ostenta el ministro de Sanidad y Consumo.

**2)** Dos organismos creados para favorecer la relación entre la Administración central y las comunidades autónomas:

**a)** La Conferencia Sectorial, formada por los miembros del Grupo Interministerial y los consejeros responsables de la política de drogodependencias en el ámbito autonómico. Es un órgano de decisión política y lo preside el ministro de Sanidad y Consumo.

**b)** La Comisión Interautonómica, formada por los responsables directos de los planes

autonómicos sobre drogas.<sup>12</sup> Su función es la de realizar propuestas técnicas a la Conferencia Sectorial y ejecutar las directrices desde allí propuestas. La preside la delegada del Gobierno para el PNSD.

Hemos de destacar que con la puesta en marcha del Plan se da un importante impulso a la red asistencial y de forma progresiva van desarrollándose distintos planes de carácter autonómico y local. En 1992 la red contaba ya con 393 centros ambulatorios específicos, 79 comunidades terapéuticas, 50 unidades de desintoxicación hospitalaria, 18 centros de día y 113 centros para la dispensación de metadona. En paralelo a estos recursos acreditados, gran número de organizaciones de carácter religioso o pseudosectario promovieron la creación de sus propios centros.

Como señala acertadamente Domingo Comas (1997), esta nueva situación del consumidor puede leerse asimismo en clave política. Del consumidor libertario, próximo a las tesis del 68, pasamos a un consumidor absolutamente tutelado por las instituciones. Este cambio puede vincularse por la transición que España atraviesa en ese momento: de la reivindicación de las libertades políticas al interés por mantener la estabilidad.

### **2.1.2. Comisiones de carácter político para el estudio del problema**

En paralelo al impulso de distintos planes, se han ido creando también espacios de trabajo político en relación con el tema.

En la segunda legislatura, de 1982 a 1986, se creó en el Senado la Comisión de investigación sobre el problema de las drogas. En la tercera legislatura se constituyó una Ponencia para el estudio del problema de la droga en el seno de la Comisión de Sanidad y Seguridad Social del Senado. En la cuarta legislatura, de 1989 a 1993, se crea una Comisión mixta Congreso-Senado para el estudio del problema de la droga<sup>13</sup> cuyo carácter es permanente. El papel de esta Comisión ha sido siempre activo, ha solicitado múltiples comparecencias y ha propuesto líneas de actuación.

### **2.1.3. Planes autonómicos**

En un primer momento, cuando desde el Plan nacional empiezan a impulsarse los planes autonómicos la situación era muy heterogénea. En ese sentido las comunidades autónomas que destacaban por su experiencia eran Cataluña y País Vasco. La diversidad de situaciones no era solo referida a la existencia de planes de actuación sino también en cuanto a distribución de los problemas que eran más acuciantes en zonas urbanas. Obviamente esta desigualdad se traducía asimismo en los recursos y el bagaje profesional al respecto. En cuanto a la respuesta política, esta era asimismo muy diferente en función de las zonas y contaba con presupuestos dispares.

Ante este panorama desigual fueron dándose asimismo respuestas diferentes, en función de

las necesidades y también de las posibilidades.

De forma paulatina los planes autonómicos fueron homogeneizándose al menos en cuatro aspectos:

- los modelos de programas,
- el modelo de relación con las ONG y con las entidades proveedoras de servicios,
- los criterios generales para la asistencia,
- la provisión de presupuestos propios.

Un último aspecto reseñable es el gran avance en cuanto a la coordinación y gestión de los planes en el territorio, que son cada vez más competencia de cada una de las comunidades autónomas (Trinidad, 2003).

## **Un ejemplo concreto: el Plan de salud mental y adicciones en Cataluña**

El Plan director de salud mental y adicciones<sup>14</sup> se pretende como un nuevo modelo que se basa en:

- la orientación de los servicios a los usuarios promoviendo su implicación y favoreciendo la participación de sus representantes legales,
- la integración como objetivo de mejora permanente —integrando las redes especializadas de salud mental, drogodependencias y hospitalaria—,
- una visión global y de continuidad asistencial basada en el trabajo en red y en la multidisciplinariedad de los equipos,
- un enfoque comunitario con un modelo más preventivo, rehabilitador y proactivo,
- una organización basada en el sistema de atención integral e integrado en el territorio,
- una práctica asistencial basada en la experiencia científica y experiencia demostrable.

Asimismo, los objetivos que se plantean son:

**1)** Promocionar la salud mental y la prevención de los trastornos mentales y las adicciones. Este objetivo contempla la promoción de factores de protección de la salud mental, la prevención de trastornos mentales y adicciones desde una visión intersectorial e interdisciplinar, abogando por el enfoque comunitario y haciendo especial énfasis en lo que se denomina poblaciones «más vulnerables».

**2)** Mejorar la atención de los trastornos mentales y de las adicciones en los centros de atención primaria mediante la detección precoz, la formación de los profesionales, el soporte a los equipos y la creación de una cartera de servicios específica.

**3)** Incorporar una cartera de servicios orientada a las necesidades de los usuarios en base territorial. A la perspectiva de territorialidad y orientación al usuario deben añadirse los conceptos de priorización y reorganización.

**4)** Mejorar la implicación de los afectados favoreciendo su participación como ciudadanos

y la salvaguarda de sus derechos, introduciendo el respeto a la autonomía.

5) Conseguir la implicación y la satisfacción de los profesionales, aumentando su participación, mejorando sus condiciones de trabajo y promoviendo la formación.

6) Facilitar la integración funcional de las redes y servicios de atención. Son documentos de referencia el *Programa de atención a la dependencia* y el *Plan de atención integral a las personas con enfermedad mental*.

7) Favorecer la mejora de los sistemas de gestión con la implicación de las entidades proveedoras: potenciar la cultura de la evaluación, disminuir la variabilidad clínica y mejorar la información clínica mediante las tecnologías.

8) Potenciar la formación continua y el sistema docente de posgrado. Planificar las necesidades de los profesionales, revisar el sistema actual de formación y crear ámbitos de conocimiento específico.

9) Fortalecer la investigación epidemiológica y clínica, de evaluación de servicios y de cooperación europea.

10) Asegurar la gestión del cambio y conseguir la equidad de oferta asistencial en el territorio.

Quisiéramos comentar que, como participantes en numerosos procesos en espacios de interlocución, sabemos que la gestión de cualquier plan director consensuado entre la Administración y las fundamentales organizaciones del sector es siempre un trabajo laborioso, estimulante pero no exento de obstáculos.

El Plan director es el resultado de mucho esfuerzo sostenido por profesionales de distintas organizaciones y plantea una ordenación general que puede en muchas ocasiones facilitar la tarea. Ahora bien, es conocido en nuestro ámbito que no ha aparecido como resultado de un esfuerzo conjunto sino que las organizaciones más representativas del ámbito de las drogodependencias —como lo es la Federación Catalana de Drogodependencias— no se han sentido suficiente escuchadas. Como veremos en el próximo apartado, en sus orígenes la respuesta profesional fue de la mano de profesionales altamente comprometidos con el tema y el sector sanitario, incluido el de salud mental, permaneció prácticamente al margen<sup>15</sup> llegando a constituirse una red con pocos puntos de intersección donde el sujeto que requería asimismo de una atención psiquiátrica se veía excluido por su condición de drogodependiente —y a la inversa, excluido de la red de atención al drogodependiente por tener un trastorno mental.

En ese sentido, el Plan director pretende configurar un nuevo espacio de trabajo integrado, pero, a nuestro entender, corre el riesgo de no incluir el saber de todas aquellas organizaciones que impulsaron los programas en los años ochenta y que, en la actualidad, comparten una mirada centrada no tanto en los aspectos médicos o psiquiátricos sino también en lo social. De hecho, el Plan como tal recoge los Centros de Atención y Seguimiento (CAS) y deja fuera el resto de programas y recursos al considerarlos de «soporte social». Este hecho

no solo supone el desmembramiento de una red que funcionaba como tal —con cierta coherencia y lógica internas— sino que del lado de la financiación ubica algunos recursos bajo la égida del departamento de Salud y otros del lado de Bienestar Social con todas las dificultades que la coordinación interdepartamental puede generar.

Por otra parte, en un plano conceptual, vuelven a ubicarse los aspectos concernientes a la drogodependencia del lado de la enfermedad mental. Si bien se pone el énfasis en la mirada comunitaria y la participación de las personas, el concepto de prevención —que en ocasiones, como veremos, puede acabar asociado a lógicas de control— sumado al de «poblaciones vulnerables» nos invita, cuando menos, a la cautela.

Un aspecto que quizá nos explicaría esta definición de la drogodependencia sería la falta de integración social y sanitaria<sup>16</sup> en nuestro país, integración que permitiría una consideración de los derechos sociales como derechos subjetivos que deben garantizarse desde las políticas públicas. No obstante, en este sentido el camino a recorrer es largo y no exento de dificultades asociadas.

Por último, otro aspecto relevante y que hemos podido observar en diferentes reuniones y encuentros, es una cierta regresión en torno al mapa de figuras profesionales, que vuelve a dibujar una cierta jerarquía que ubicaría al psiquiatra en primer lugar, al médico a continuación y, en tercer lugar, al psicólogo y que sería, en nuestra opinión, «coherente» con un discurso predominantemente médico. Obviamente en esta lógica la figura del educador ocupa —en el mejor de los casos— uno de los últimos escalafones, que puede incluso ser sustituida por el terapeuta ocupacional o por la de monitor.

Nos resulta notoria la confusión imperante en torno a las distintas aportaciones profesionales a la vez que no podemos dejar de manifestar nuestro asombro en cuanto a esta distorsión interesada que dificulta que un educador pueda asumir tareas de dirección, pero en cambio pueda hacerlo un médico. Todavía andamos preguntándonos qué relación guarda el saber técnico con el saber de la gestión. Entendemos que se trata de competencias profesionales diferentes y que, por lo tanto, a priori ninguna de las formaciones mencionadas las atesora en exclusiva en su currículo. Planificar presupuestos, conducir equipos profesionales, velar por las relaciones institucionales... estos saberes se adquieren en escuelas de negocios y formaciones análogas y no se circunscriben a ninguna de las disciplinas mencionadas.

#### **2.1.4. Planes locales**

En cuanto al desarrollo de los planes locales estos han sido todavía más desiguales, lo que ha generado a veces dificultades de coordinación. En algunas ciudades como Madrid, Barcelona y Valencia los planes se encuentran desarrollados y bien dotados, aunque no es así en todos los municipios. En ese sentido la historia favorece una mayor oferta de servicios en algunas ciudades; algunas de ellas pusieron en marcha iniciativas en los años ochenta y otras se incorporaron mucho más tarde.

Así, en Barcelona, el Ayuntamiento puso en marcha en 1980 el Programa Municipal de

Drogodependencias de Servicios Sociales (DROSS) (Domínguez, Silveira, 1987, págs. 153-170) que se gestionaba desde dos asociaciones: APAT —Asociación para la prevención del alcoholismo y otras toxicomanías y para la reinserción social— y Llevant —formada por familiares de drogodependientes y extoxicómanos. Otra iniciativa destacable también en Barcelona en el mismo año fue la creación del Servicio de Prevención, Orientación y Terapia para Toxicómanos (SPOTT) del Área de Servicios Sociales de la Diputación provincial (Colectivo Ioé, 1989).

Podríamos decir que la mayor parte de planes han surgido como consecuencia de la voluntad política del ayuntamiento en concreto y también como resultado de la presión de la sociedad civil. En esa línea, muchas de las actuaciones se han desarrollado en colaboración con las ONG del territorio y se han centrado en programas de prevención y también en favorecer la incorporación social.

### 2.1.5. Líneas de futuro

En febrero de 2009 se aprueba la *Estrategia nacional sobre drogas 2009-2016*.<sup>17</sup> En este documento se recogen los objetivos que se plantean para el próximo año desde el Plan nacional de drogas.

Según podemos leer en el documento,<sup>18</sup>

«la Estrategia tendrá como finalidad actualizar el Plan Nacional sobre Drogas, orientando, impulsando y coordinando las diferentes actuaciones en materia de drogas y de drogodependencias que se desarrollen en España en el período 2009-2016 y sirviendo de marco de referencia para el establecimiento de la necesaria coordinación, colaboración y cooperación entre las diferentes administraciones públicas y las organizaciones no gubernamentales dedicadas al fenómeno de las drogodependencias.

Un aspecto que claramente destaca es la utilización de una combinación de medidas que intervengan simultáneamente en los ámbitos de la exposición y accesibilidad a las sustancias psicoactivas, del consumo y de la reducción del daño asociado a éste».

A lo largo del texto quedan definidos tanto las líneas de actuación como el marco conceptual de la política de drogas. Se enfatiza la importancia de la prevención y la excesiva banalización de los consumos esporádicos. Por otra parte, es una estrategia que se pretende humanitaria y que promueve los programas de reducción de daño como alternativa necesaria para acceder a las poblaciones que en el documento se definen como vulnerables.

Se apoya en tres pilares fundamentales:

- definición de principios rectores
- coordinación general
- evaluación sistemática

A su vez, estos se concretan en seis principios rectores: evidencia científica, participación social, intersectorialidad, integralidad, equidad y enfoque de género.

Sin ánimo de extendernos más en la presentación de la *Estrategia* consideramos que

constituye una lectura de interés para conocer de manera exhaustiva aquellos aspectos que se han consensuado a nivel político y social en lo que a este tema concierne.

### **3. La red, hoy**

Este apartado pretende ofrecer una panorámica general de los distintos programas y recursos que se ofertan hoy a los drogodependientes en un ánimo de enfatizar la enorme importancia que estos tienen en la búsqueda de la promoción social de cada uno de los sujetos.

Desde nuestra perspectiva profesional, una primera apreciación en este sentido es que no podemos considerar la inserción como un proceso que se inicia al finalizar el tratamiento (Funes, 1991, pág. 28). Por lo tanto, en nuestra opinión todos los dispositivos que atienden a estas personas independientemente del momento en el que estén tienen la responsabilidad de incluir este horizonte en sus planteamientos. En este sentido, tal y como hemos señalado anteriormente, en el momento actual un riesgo cierto es el de volver a situar al sujeto en la égida exclusiva de la enfermedad y convertir, además, aquellos recursos no sanitarios en subsidiarios y prácticamente irrelevantes con todas las consecuencias simbólicas que comporta.

Pensamos que es especialmente importante incorporar en el seno de la institución la idea de lugar de tránsito, lugar que a su vez permitirá al sujeto acceder a otros espacios sociales. Para ello se hace necesario que la institución se ubique en la red de recursos comunitarios —no solo en la red de recursos específicos— y evite, en la medida de lo posible, contribuir al establecimiento de una relación de dependencia con el sujeto.<sup>19</sup>

Resulta difícil ordenar toda la amalgama de instituciones y programas que pretenden hoy dar respuesta a las drogodependencias. Con el objetivo de utilizar una clasificación, seguiremos la utilizada por el PNSD por ser una de las más reconocidas. Dentro de esta ordenación se diferencian tres áreas: área de prevención, área de asistencia y reducción del daño y programas de incorporación social.

#### **3.1. Área de prevención**

«La proliferación de programas de intervención social encaminados en la idea de prevención opera en nombre de la educación. La prevención deviene un concepto clave y se convierte en un término idóneo para sostener un pensamiento único. Esto implica revisar toda la serie de operaciones que se ponen en marcha, cada vez que se altera la idea de prevención y termina en exclusión. En primer lugar, estas ideas suponen recurrir a razones instrumentales porque se trata de prevenir, se trata de incluir, hay que hacerlo, sin pensar más que en un hacer algo, algo que generalmente no sabemos qué es, pero justifica, cualquier intervención porque se hace en nombre del bien del otro. En segundo lugar, la causalidad contra la que se lucha exclusión/inclusión tiende a devenir causa única del fenómeno en cuestión, aboca a fenómenos crecientes de simplificación o más propiamente de un simplismo exagerado para sostener este principio de eficacia “hay que hacer algo ya”.»<sup>20</sup>

Los programas de prevención en el ámbito de las drogodependencias pueden incurrir en alguna de las cuestiones reseñadas en la entrada anterior. Por una parte, bajo el paraguas de

las buenas intenciones, pueden constituirse como sutiles prácticas de control por el «bien del otro». Por otra parte, en su afán científico y de conocimiento llegan a establecer categorías asociadas a «vulnerabilidad, factores de riesgo, exposición...» que devienen instrumentos en la gestión de las poblaciones. Desde este planteamiento crítico nos vamos a acercar humildemente a ellos, si bien lo matizaremos en la medida que consideramos que pueden también realizarse propuestas de carácter preventivo que no se inscriban en el marco conceptual reseñado.

Según el diccionario de la Real Academia Española, el verbo *prevenir* tiene varias acepciones de las que destacamos:

- ‘preparar, aparejar y disponer con anticipación lo necesario para un fin’,
- ‘prever, ver, conocer de antemano o con anticipación un daño o perjuicio’,
- ‘advertir, informar o avisar a alguien de algo’,
- ‘anticiparse a un inconveniente, dificultad u objeción’.

De la propia definición podemos aventurar dos líneas de actuación. La primera sería la encaminada a evitar que el daño o la dificultad ocurra; la segunda consiste en reducir el impacto una vez que haya ocurrido —o evitar que se concatenen más daños al primero.

En el ámbito de las drogodependencias los programas de prevención han jugado siempre un papel muy relevante, especialmente en los años ochenta, si bien ha resultado complejo dilucidar cuál era, en cada una de las orientaciones, el daño a evitar. Desde posiciones más radicales e ideológicas que defendían evitar el uso —como si todo uso de una sustancia fuera a priori nocivo— hasta las que previenen el abuso pasando por posiciones aparentemente dulcoradas, pero también ideológicas —e incluso corporativistas— como las que sostienen la pertinencia de prevenir el uso no médico; la polémica ha estado siempre presente contribuyendo a generar más confusión si cabe. Nos atrevemos a afirmar que en el terreno de la prevención, muchas propuestas se han enarbolado desde la moral.

Donde sí ha parecido haber consenso es en el objetivo general que persiguen, que no es otro que la salud de los individuos y de la comunidad. Ese sentido es recogido, asimismo, por la legislación que tipifica los delitos de tráfico como delitos contra la salud pública.

Las nociones de educación para la salud y promoción de la salud han reforzado asimismo esa concepción y desvirtúan, sin pretenderlo quizá y a lo mejor sin saberlo siquiera, las aportaciones del discurso educativo que se ha convertido en un «discurso para», en un instrumento en aras de la supuesta salud de todos —que, como hemos señalado, ha devenido a su vez un significante sobre el que se ocultan prácticas de control social. Podríamos decir que, finalmente, en muchas ocasiones esta insistencia en la salud enmascara cuestiones ideológicas y morales.

Ahora bien, en nuestra opinión, una posición crítica frente a los programas de prevención debe incluir una reflexión en torno al entramado conceptual que los sostiene. Por ese motivo consideramos que es necesario interrogarse en primer lugar acerca de qué entendemos por

salud.

En el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud<sup>21</sup> se define la salud como

«un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

Esta definición, suscrita por los representantes de sesenta y un estados, no ha sido modificada desde 1948, año en que entró en vigor.

La primera cuestión sobre la que cabe interrogarse es si efectivamente podemos hablar de completo bienestar en todos los órdenes de nuestra existencia y si no será ya la propia definición la expresión de un mandato imposible. Por otra parte, es una definición que, sin precisar nada, totaliza todos los aspectos convirtiéndolos en sanitarios, incluso los acontecimientos propios de la vida en sociedad y por tanto de la política —¿qué será el bienestar social?

### **3.1.1. Concepto de promoción de la salud**

Promover la salud es evitar la enfermedad antes que se produzca y para ello es necesaria la actuación sobre el individuo pero también sobre su entorno. Con este concepto, promoción de la salud, se hace referencia asimismo a la idea de salud positiva, que se entiende como la dimensión física, las habilidades para afrontar el estrés y la integración en la comunidad. Podríamos decir que se corresponde al tan manido concepto de calidad de vida.

En el ámbito de las drogodependencias hablar de prevención es hablar de modificar el estilo de vida de un grupo y/o de una sociedad. Una primera constatación acerca de cuán resbaladizo es este terreno es pensar, en nuestro fuero interno, cuál es la primera imagen que nos viene al considerar los estilos de vida asociados al consumo de drogas. Son, muy probablemente, aquellos que aparecen como «visiblemente problemáticos» y no el consumo de drogas que se pueda realizar en las fiestas de la aristocracia europea o en las galas de beneficencia de nuestros famosos en Marbella. ¿Cuál es el estilo de vida que hay que modificar?, ¿cuáles son las razones que permiten justificar la «intervención» en unos lugares y la connivencia o complicidad con otros? Probablemente andamos en un terreno más abonado de contenido moral de lo que en ocasiones nos pudiera parecer.

Ahora bien... ¿cuál es la representación social de la prevención? Por una parte, gran parte de esta supuesta tarea preventiva se asimila a la represión del tráfico de drogas ilegales; es la mal llamada «lucha contra la droga» que se concreta en el decomiso esporádico de alijos y la detención de traficantes. Otra dimensión de la prevención se identifica con la transmisión de información sobre las sustancias y sus efectos.

Desde nuestra visión, nos parece un planteamiento ingenuo pensar que el mero conocimiento de las consecuencias del consumo favorecerá que el sujeto no la pruebe. Evidentemente tener información nos ayuda a tomar decisiones, pero es obvio que en nuestra vida no es solo la lógica racional la que orienta nuestras decisiones. Conocemos los efectos del consumo de

alcohol y cómo puede afectarnos en la conducción de un vehículo, pero no siempre prescindiremos de este; sabemos que para mantener nuestro cuerpo en un peso adecuado hemos de combinar una alimentación equilibrada y ejercicio... Tenemos información sobre los efectos de algunas prácticas pero no siempre podemos renunciar.

En ese sentido, recuerdo una persona drogodependiente que acudió a hacer programa en un centro de día: disponía de más información que prácticamente todo el equipo profesional al completo. Como libro de cabecera utilizaba el *Vademécum* y conocía al dedillo los efectos de los distintos barbitúricos que consumía. De hecho, era tal su nivel de información que tomaba vitamina B12 para contrarrestar los efectos en su organismo del abuso de alcohol. Saber de los efectos y cómo amortiguarlos, sabía. Ahora bien, no sabía cómo dejar de consumir. Sin duda, hay algo más allá de la razón que promueve nuestras actuaciones, a veces en contra de la razón misma...

¿Significa esto que debemos abandonar las campañas de información? Sin duda alguna, no. No solo no debemos abandonarlas sino que además entendemos que hay una responsabilidad comunitaria y política en garantizar que esta información sea accesible y asequible al público al que nos dirigimos. En el caso de los adolescentes y jóvenes, esta será mejor aceptada si viene de la mano de un acompañamiento no intrusivo o paternalista.

Ahora bien, tengamos en cuenta que la información no será suficiente, al menos no en todos los casos. En ese sentido, una vez más, la educación social tiene el reto de mejorar sus metodologías y también su evaluación, para poder conocer el alcance de nuestras actuaciones, nuestro impacto.

### **3.1.2. Diversos enfoques en prevención**

Tradicionalmente se ha considerado que podíamos hablar de distintos enfoques que presentaremos a continuación. En nuestra opinión, cualquiera de ellos resulta incompleto y debiéramos integrar las diferentes perspectivas. Presentamos a continuación los diversos enfoques en prevención, si bien consideramos que cualquiera de estas lecturas resulta en algún punto incompleta y que, una vez más, es el caso por caso el que finalmente nos puede ayudar en el análisis de las situaciones particulares:

- Enfoque jurídico-moralista. Es el más antiguo. La dependencia se lee en términos morales y, por ese mismo motivo, es determinante la clasificación entre drogas legales e ilegales. Desde esta óptica se puede justificar el consumo de alcohol y censurar duramente el de otras sustancias no integradas en ese contexto cultural. En esta lógica, próxima al derecho, cobra protagonismo el castigo, que se utiliza con finalidad ejemplarizante. Recordemos que la sanción se utiliza socialmente con esa finalidad, no tanto con la de «ayudar» al infractor.
- Enfoque de la distribución del consumo. Estrechamente relacionado con el anterior. Las acciones preventivas se basan, en este modelo, básicamente en la utilización del sistema legislativo para el control social. El problema se identifica a un problema de acceso y, por tanto, se trata de regular el suministro mediante el incremento del precio, la prohibición de su

publicidad y de la venta a menores, las campañas disuasorias —como las imágenes en las cajetillas de tabaco—, la restricción horaria para la venta de alcohol... En cuanto a este enfoque, hemos de destacar que, efectivamente, el acceso a las sustancias incide en el consumo, así como la percepción de «riesgo» que pueda asociarse al consumo de las mismas —si bien esta percepción guarda relación en cada caso con el contexto y en nuestro caso es especialmente relevante en el consumo de alcohol, normalizado en nuestra sociedad.

- Enfoque médico-sanitario. Este enfoque aparece a finales del siglo XIX con el movimiento higienista. En el caso concreto de la drogodependencia, el agente infeccioso es la sustancia y la persona que la consume el «huésped» de la infección. Existe toda una nomenclatura que da cuenta de la prevalencia de este enfoque y que se manifiesta en el uso del significante *epidemia* y sus derivaciones (*epidémico*). Obviamente, el consumidor pasa a ser considerado enfermo. Dentro de esta óptica se privilegia la investigación en torno a factores biológicos (genéticos, cerebrales) —por considerar que algunos de ellos predisponen a la adicción<sup>22</sup>—, la educación sanitaria y el control de la oferta de las drogas. A este enfoque corresponden también las distinciones, a nuestro juicio confusas, entre prevención primaria —evitar que aparezca la enfermedad—, secundaria —evitar la transmisión mediante detección y puesta en marcha de medidas— y terciaria —paliar las consecuencias.

Recientemente, en el ámbito que nos ocupa, se ha dado un paso más allá y se considera que trastornos como el trastorno por déficit de atención (TDA) predisponen al consumo de sustancias. El tema excede el espacio que podemos concederle aquí, si bien quisiéramos recordar una vez más la importancia de abordar caso por caso para no incurrir en asociaciones que finalmente pueden condicionar nuestra respuesta profesional —a la vez que incurren en simplismos y generalizaciones.

- Enfoque psicosocial. Este enfoque enfatiza la relación entre el sujeto y la sustancia en un determinado contexto social y cultural. Los parámetros que utiliza son las características de índole personal —manejo de las emociones, tolerancia a la frustración, capacidad de resolución de problemas...— poniéndolos en relación con los distintos grupos con los que el individuo se relaciona —grupo de iguales, familia... Aquí la transmisión de información no es el aspecto más relevante, ya que se considera que son otros los factores que propician que el sujeto decida consumir y, por tanto, el trabajo a efectuar es de otra índole (elaborativa). Existe un distanciamiento en relación con el modelo sanitario y el sujeto es considerado usuario o cliente. Se pretende, con ambas denominaciones, apuntar a un lugar para la elección aunque se introducen asimismo otras cuestiones no exentas de polémica. En el caso de usuario, la crítica que se realiza es a la noción de uso que pareciera vaciar de contenido la participación en los servicios —en su diseño, implementación... En cuanto a la segunda, el término se cuestiona en una línea similar enfatizando en la crítica esta dimensión de mercado a la que se apunta con la noción cliente.

No obstante, hemos de destacar que en la génesis de este modelo, la motivación es otra y, por ejemplo, en cuanto al modelo jurídico, en esta orientación se cuestionaría el valor de las

normas cuya utilidad y aceptación no haya sido trabajada previamente con el grupo — factores sociales.

- **Enfoque sociológico.** En este enfoque el sujeto se define en función de los grupos sociales a los que pertenece. El consumo de drogas se lee desde la función que este ocupa en un determinado grupo y se vincula a la existencia de una subcultura de la droga que operaría como aislada de las normas sociales convencionales y que dispondría de sus propias normas, valores, ritos y lenguaje (argot). El consumo de drogas se convierte en un elemento de identificación. Las medidas de control —dirigidas a esa subcultura— y las asistenciales se combinan como estrategia de abordaje de la drogodependencia.
- **Enfoque socioeconómicocultural.** En este enfoque priman las variables macrosociales, las relaciones entre las condiciones sociales y económicas, así como el papel que el consumo tiene en un determinado contexto cultural. Es una lectura compatible con la lectura psicosocial, aunque en este caso se insiste en la vertiente antropológica de las drogas. La prevención se concibe como incidencia en los factores que la originan —por ejemplo, la pobreza. Ahora bien, en ocasiones, la mirada desde este modelo se ha escorado excesivamente hacia las condiciones de desigualdad en nuestras sociedades contribuyendo, paradójicamente, a establecer asociaciones imprecisas y estigmatizantes —obviando que la drogodependencia no es exclusiva de un estrato social o circunscribiendo los problemas asociados al abuso de sustancias con los más visibles socialmente.
- **Enfoque ecológico.** Esta óptica es una aportación realizada desde la psicología ambiental. Para este modelo, el objeto que se ha de estudiar son las interrelaciones entre el sujeto —considerándolo en su doble dimensión «como organismo» y conductual— y el ambiente. Desde esta perspectiva uno de los ejes fundamentales es la adaptación del ser humano, y el consumo de drogas puede ser un comportamiento adaptativo. La persona y el ambiente son interdependientes y forman el escenario de conducta. El sujeto incide en el ambiente y a su vez recibe la influencia de este. Obviamente esta influencia guarda relación con sus propias características. Este modelo promueve el control y modificación de los ambientes, pero también las respuestas individualizadas.

En general, podemos decir que la relación entre la sustancia, el sujeto y un determinado contexto son variables que se han de estudiar en cada una de las situaciones y en cada uno de los casos.

Sabemos que determinados factores inciden en el inicio de consumo de sustancias —aunque no son determinantes— y sabemos también que resulta difícil iniciarse en el consumo de drogas ilegales sin haber consumido drogas legales. No obstante, el hecho de consumir drogas legales no implica traspasar el umbral hacia las ilegales ni tampoco puede sostenerse que el consumo de una sustancia nos llevará a otra —idea conocida como el mito de la escalada, afortunadamente cuestionada hoy.

### **3.1.3. Los programas preventivos, hoy**

Los programas preventivos en drogodependencias basan sus actuaciones en una triple

vertiente:

- control de la oferta (dificultando el acceso)
- incidencia en el contexto (mediante campañas de sensibilización)
- control de la demanda (orientando al sujeto)

Ahora bien, la pregunta que subyace a todos estos programas —y probablemente a todo el ámbito que nos ocupa— es cómo poder diferenciar qué factores favorecen que una persona inicie —y consolide en muchos casos— una relación de dependencia hacia una o más sustancias. Son numerosos los estudios que apuntan a distintas variables, pero entendemos que la lectura de los mismos debe ser siempre una lectura prudente que nos permita no favorecer procesos de asociación entre factores cuya relación es en ocasiones más remota de lo que pudiera parecer. Así, por ejemplo, se ha señalado en algunos estudios que el consumo de cannabis es más habitual en hijos de padres separados. Consideramos que este es un dato que hay que manejar con distancia puesto que «padres separados» o «padres no separados» no engloba en absoluto realidades semejantes entre sí, nos rotula una situación que se puede traducir —y de hecho se traduce— en dinámicas familiares muchas veces divergentes.

En todo caso, sepa el lector que se han elaborado distintas teorías explicativas sobre la drogodependencia tanto desde su vertiente biológica como desde las teorías del aprendizaje social —como la de Bandura, una de las más utilizadas en el ámbito—, las teorías cognitivas, las teorías conductuales, las teorías orientadas al papel de la familia —modelo sistémico—, los modelos sociales... que consideramos que conviene conocer para formarse una opinión fundamentada al respecto.<sup>23</sup> Por otra parte, se han desarrollado también teorías que ponen el énfasis en los distintos momentos vitales o evolutivos.

En ese sentido, un modelo especialmente conocido y utilizado en el ámbito es el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente que analiza los diversos estadios que un sujeto atraviesa en el momento de incorporar un cambio y que son: precontemplación, contemplación, preparación para el cambio o determinación, acción o cambio, mantenimiento o recaída. Su premisa fundamental es que el cambio comportamental es un proceso. Las características de cada una de las etapas son las siguientes:

- Precontemplación: la persona no reconoce la existencia de un problema.
- Contemplación: el sujeto empieza a advertir y reflexionar sobre el problema sin que ello se traduzca en ninguna acción concreta.
- Preparación: en esta etapa se empieza a introducir algún cambio que generalmente consiste en pedir ayuda.
- Acción: el sujeto empieza a introducir más cambios, con inversión de tiempo y esfuerzo.
- Mantenimiento: esta etapa se centra en la consolidación de los cambios y la evitación de recaídas.

En España, uno de los programas más utilizados, Tú decides,<sup>24</sup> responde al modelo de

estilos de vida. La idea que se desarrolla es que existen factores de riesgo y protección para el consumo de drogas. Entre estos factores se incluyen los concernientes al orden social — hábitos de consumo—, la familia, la escuela, la personalidad... La prevención se plantea como la incidencia en estos factores.

Así, como factores de riesgo y protección frente al consumo se señalan:

- cuestiones vinculadas al acceso —disponibilidad, puntos de venta, precio—,
- percepción del riesgo que se tiene sobre la sustancia en cuestión y sistema de creencias,
- procesos de aprendizaje y expectativas,
- estado emocional,
- habilidades personales.

En este modelo, la posibilidad de aumentar o mantener el consumo se vincula a las consecuencias que dicho consumo tenga en la persona y en su entorno inmediato como la aceptación o el rechazo. En el caso de los adolescentes la influencia del grupo iguales se considera muy relevante en este sentido.

Desde el discurso de la educación social, una aproximación rigurosa a la prevención requiere, pues, de un análisis que vaya más allá de sus actuaciones más inmediatas y que nos permita también dibujar interrogantes y cuestionar algunas acciones que actualmente sirven más a objetivos de control que a una supuesta promoción social de los sujetos. Evidentemente, creemos que muchas de estas actuaciones pueden constituirse como educativas, pero pensamos que para ello es necesario repensar la lógica que hasta el momento las ha guiado de forma genérica.

### **3.2. Área de asistencia y reducción del daño**

Tradicionalmente, el área de asistencia y reducción del daño se ha definido como aquella que busca la corrección terapéutica específica de los problemas de drogodependencia y la minimización del daño asociado al consumo de drogas.

El objetivo de esta área es, por tanto, intervenir cuando se ha establecido una relación que podríamos calificar de problemática con el consumo de drogas, con una o más sustancias de elección. Aglutina, por definición, una gran variedad de programas que durante mucho tiempo se han constituido como la respuesta asistencial preferente.

Obsérvese por otra parte que se aglutinan bajo un mismo epígrafe asistencia y reducción del daño, aunando tipologías de servicios que entendemos muy diferentes y que posiblemente requerirían de un apartado independiente. En este sentido no estaríamos tampoco de acuerdo con ubicar la reducción de daños junto a los programas de prevención, ya que consideramos que, en este caso, la diferencia es aun más notoria. Reducción de daños y reducción de riesgos apuntan a dos momentos radicalmente distintos: un consumo que no tiene por qué ser problemático, en el primer caso, y una dependencia que se ha constituido y que genera, a su vez, una serie de dificultades asociadas.

### **3.2.1. Unidades de desintoxicación hospitalaria**

Se trata de recursos de carácter hospitalario destinados a la desintoxicación en régimen de ingreso.

Durante los años ochenta fue uno de los dispositivos protagonistas, no solo porque la drogodependencia formaba parte de las preocupaciones de la sociedad española, sino también porque la escasez de plazas generaba largas listas de espera, situación que fue ampliamente tratada por los medios de comunicación.

Podríamos decir también que la utilización de este recurso fue probablemente excesivo, ya que no siempre era necesario el ingreso para superar la desintoxicación. La falta de conocimiento de la sociedad al respecto y la dimisión por parte de los servicios de asistencia primaria —demasiado proclives a derivar a la red específica cualquier situación que aconteciese a una persona drogodependiente— explicarían asimismo la masificación.

Ahora bien, por otra parte, las largas listas de espera propiciaban que muchos sujetos acudieran a servicios de urgencia en los hospitales, no siempre por situaciones que así lo requerían. Así, como en tantas ocasiones, podemos observar que ante una carencia se acaba generando una situación que a todas luces resulta menos eficiente desde la perspectiva de gestión de los recursos a la vez que menos eficaz al colapsar servicios que en origen cumplen otra finalidad.

### **3.2.2. Centros ambulatorios de asistencia**

Como su nombre indica, desempeñan su tarea de manera ambulatoria, no residencial. Son los centros de referencia para todo el proceso y puede combinar objetivos de abstinencia con otros de carácter intermedio o de reducción del daño. Generalmente los equipos profesionales son interdisciplinarios.

Los primeros dispositivos ambulatorios fueron creados a principios de los años ochenta si bien cumplían un papel auxiliar en la medida que el recurso más utilizado era la comunidad terapéutica y, sin pretenderlo, el centro ambulatorio parecía cumplir una función de soporte previa al ingreso —derivación y contención durante la espera— y de acompañamiento posterior. Este papel debe entenderse en relación con la preeminencia de una mirada puesta en la abstinencia. En los años noventa este papel se ve modificado, ya que asumen un mayor protagonismo desde los territorios —los centros se organizan por áreas geográficas, municipios, distritos...— y se convierten, entonces sí, en los centros de referencia para el sujeto.

En los ambulatorios se ejecutan una gran cantidad de programas: programas farmacológicos —con agonistas opiáceos, antagonistas, interdictores en el caso del alcohol—, acogidas, desintoxicaciones, controles médicos, programas de atención en crisis, entre otros. Como vemos la multiplicidad de estrategias definen una intervención de carácter asistencial, y aunque desde lo ambulatorio puedan realizarse algunas intervenciones de enfoque social, no es

ese el encargo principal que reciben. El ambulatorio es, por tanto, el dispositivo desde el que se deriva a los diferentes recursos. Esto implica una definición de criterios y la descripción de un circuito que incorpore la idea de proceso.

Reciben distintas denominaciones en función de la comunidad autónoma: por ejemplo, en Madrid son denominados Centro de Atención Integral de Drogodependencias (CAID), en Cataluña Centro de Atención y Seguimiento (CAS), en Valencia Unitat de Conductes Addictives (UCA).

Intentaremos ahora sintetizar, de manera general, la cartera de servicios de un ambulatorio —hay que tener presente que cada territorio y cada centro adecúa esta oferta a las necesidades detectadas.

En un primer momento, tras la llegada del sujeto al centro, se inicia el proceso de acogida que consiste en escuchar cuál es la demanda que este efectúa, así como la realización de un diagnóstico —valoración clínica— por parte del equipo. Así, se realiza una previa evaluación del caso. Una vez realizada esta valoración habrá que definir los objetivos y las estrategias que los harán posibles, una de las cuales puede ser la derivación a otro recurso de la red. El programa ambulatorio es, pues, dependiendo de los recursos humanos de que disponga, el primer lugar donde abordar estas cuestiones. Se entiende por ello no solo la indicación al sujeto drogodependiente de acudir a uno u otro espacio de socialización, sino la de formar socialmente mediante los métodos que se consideren necesarios.

Posteriormente se diseña el denominado plan terapéutico individual y habitualmente se define el programa al que se le asigna. De manera general, como criterio de exclusión, puede contemplarse causar problemas de orden público en el centro o incluso en sus alrededores.

Las situaciones vinculadas a la finalización del programa suelen comprender algunas de las siguientes:

**1)** Alta terapéutica. Vinculada al cumplimiento de los objetivos marcados en el plan terapéutico individual.

**2)** Abandono. Habitualmente se considera que el sujeto ha abandonado cuando han transcurrido seis meses desde la última visita.

**3)** Defunción.

**4)** Derivación. Generalmente esta situación hace referencia a un cambio de domicilio por parte del sujeto o alguna razón vinculada con el servicio y su entorno que recomienden su derivación a otro centro ambulatorio como puede ser una orden de alejamiento de su pareja, también tratada en el mismo recurso.

Una primera clasificación de los programas que oferta el centro guarda relación con la sustancia por la que el sujeto solicita tratamiento. Es frecuente que se ofrezca una atención específica para consumidores de alcohol, opiáceos, cocaína y psicoestimulantes, tabaco y otras drogas —como por ejemplo cannabis. Actualmente el modelo es el denominado modelo

orientado al usuario —conocido también como atención centrada en la persona— y los objetivos terapéuticos son los que con él se acuerdan. Por lo tanto, su recorrido por los distintos programas es flexible. En líneas generales, podríamos decir que los objetivos pueden responder a una orientación hacia la abstinencia —o disminución del consumo— o hacia la reducción de daños. Así, en la cartera de servicios los programas que solemos encontrar en un centro de estas características son:

- Programa de tratamiento del abuso o dependencia de alcohol
- Programa orientado a la abstinencia a opiáceos
- Programa de tratamiento con metadona
- Programa de cocaína y otros estimulantes
- Programa de tratamiento de otras drogas
- Programa tratamiento de tabaco
- Programa de atención a la patología dual<sup>25</sup>
- Programa de reducción de daños

Estos programas pueden combinarse, si así se determina, con controles analíticos de orina cuya finalidad es detectar si el sujeto ha tenido algún consumo de sustancias. En este sentido creemos que es importante que estos controles sean de alguna manera solicitados por el propio sujeto como medida que le puede ayudar a modo de límite. Pensamos que su utilización sin ningún tipo de elaboración ni acuerdo se alinea estrictamente en la lógica del control.

Otros programas que encontramos en su cartera de servicios, más orientados al trabajo con la comunidad y el entorno, son:

- Programa de soporte y seguimiento social.<sup>26</sup> En este programa se incluye la intervención socioeducativa, la exploración social y el seguimiento.
- Programa de atención a las familias.
- Programas de prevención y participación en la comunidad. Dentro de estos programas encontramos las acciones referidas a participación en plataformas y grupos de trabajo, las acciones informativas y de sensibilización —organización de eventos puntuales, participación en medios de comunicación...—, la formación de profesionales, la intervención en escuelas y otros centros académicos, la promoción de la participación de los consumidores, programas de voluntariado... Estos programas han visto reducida su actividad en los últimos años debido básicamente a reducciones presupuestarias, aunque muy probablemente también a la preeminencia de una mirada médica.

Dentro del diverso abanico de intervenciones que se llevan a cabo en los CAS encontramos también distintas modalidades de tratamiento, relativamente consensuadas. Así, en términos generales, es habitual encontrar:

- La terapia de incremento motivacional. Técnica de consejo psicológico que promueve la motivación del sujeto para que abandone el consumo de drogas. El método utilizado es la

entrevista —conocida como entrevista motivacional.

- Entrevistas focales de carácter breve. Son intervenciones dirigidas a consumidores con un modelo de vida «normalizado».
- Terapia breve cognitivo conductual.
- Psicoterapia expresiva de apoyo. En esta corriente terapéutica se otorga especial atención al análisis de la relación entre los sentimientos, el consumo y las conductas.
- Actuaciones orientadas bajo el prisma del modelo transteórico de cambio de Prochaska y DiClemente.

Dentro de esta orientación, un programa que habitualmente se oferta en los CAS, es el programa de prevención de recaídas. Bajo esta denominación encontramos toda una serie de estrategias diseñadas en el año 1985 por Marlatt y Gordon para el abordaje del alcoholismo y que han ido aplicándose a cualquier adicción. Parte del supuesto que hay una serie de patrones cognitivos y conductuales que la persona asocia al consumo y a un cierto estilo de vida.

A este tipo de técnicas debe añadirse la utilización de entrevistas clínicas y test.

En cuanto a las actividades que normalmente forman parte de la oferta de los centros ambulatorios encontramos:

- Grupos terapéuticos.
- Talleres destinados a la inserción sociolaboral.
- Talleres de educación para la salud.
- Visita de enfermería. Realización de distintas pruebas —extracciones de sangre, prueba de control de tuberculosis, administración de vacunas, curas tópicas...—, dispensación de metadona.
- Visitas por atención en crisis. Son aquellas visitas demandadas por personas no necesariamente vinculadas al centro y de carácter urgente.
- Actividades relacionadas con la inserción del centro en la comunidad.

Nos parece oportuno destacar aquí la experiencia llevada a cabo en los centros penitenciarios de Brians 1 y Brians 2, donde funciona un CAS que ofrece una cartera de servicios totalmente acorde a la de los demás centros ambulatorios de la red. Evidentemente no constituye esta la única opción de tratamiento en el ámbito de la ejecución penal, pero sí la más «normalizada» en relación con los servicios de la red de atención a drogodependientes. El resto básicamente lo constituyen programas de intervención grupal —motivacional, intensivo o específicos para dependencia al alcohol— y algún departamento de atención especializada (DAE) como el del centro penitenciario de Ponent (Lleida). Su descripción excede las pretensiones de este libro. No obstante, nos parece oportuno destacarlos para poner esas actuaciones en valor a la par que reivindicamos la necesidad de aproximar la red de recursos al ámbito intrapenitenciario, lo que contribuye a restablecer la condición de ciudadanos y ciudadanas de las personas que cumplen condena.

### **3.2.3. Comunidades terapéuticas**

## Descripción

Probablemente la primera dificultad que encontramos es la constatación de la variedad de instituciones que se agrupan bajo este epígrafe. No obstante, como veremos a continuación, los esfuerzos en relación con cierta ordenación han sido notorios y esta situación dista de ser la que encontrábamos en los años ochenta, donde proliferaban multitud de comunidades terapéuticas de muy diferente signo —religiosas, vinculadas a organizaciones sectarias, profesionalizadas, voluntaristas...— sin prácticamente regulación ni supervisión por parte de las administraciones competentes.

En la web del Plan nacional sobre drogas<sup>27</sup> son definidas como

«centros residenciales de carácter socio sanitario, de tratamiento en régimen de internamiento. Realizan una atención biopsicosocial a pacientes adictos que precisen de una intervención intensiva en un entorno controlado».

Por otra parte, podríamos considerar que una comunidad terapéutica debe reunir una serie de características (Comas, 2010, pág. 17):

- Ha de ser un centro residencial. El equipo está presente durante las veinticuatro horas pero no vive allí.<sup>28</sup>
- La estancia ha de estar acotada temporalmente y guardar relación con el cumplimiento de unos objetivos.
- Debe orientarse a un colectivo social con un perfil concreto —delimitado previamente.
- El ingreso ha de ser voluntario.
- El equipo ha de ser un equipo técnico multidisciplinar.
- Ha de tener un número de plazas determinado y habitualmente reducido.
- La vida cotidiana en la comunidad ha de ser fuente de aprendizaje social.
- Ha de existir una serie de procedimientos técnicos que contribuyen a ordenar la tarea.
- El objetivo final ha de ser ayudar a los residentes a construir un estilo de vida alternativo al que les ha conducido allí,
- El sujeto no se ha de considerar un sujeto pasivo sino que se le asignan diversas responsabilidades, el entorno es considerado un entorno de autoayuda,
- La institución debe coordinarse de manera estrecha con el resto de servicios que integran las redes de atención específica e inespecífica.
- La metodología ha de contemplar la evaluación continua.

## Un poco de historia

Los primeros precedentes de las comunidades terapéuticas que hoy en día conocemos debemos buscarlos en los años veinte. En aquel entonces, en Inglaterra, se dio todo un movimiento de cuestionamiento del hospital psiquiátrico que cristalizó en distintos intentos reformadores inspirados por diversas corrientes, entre ellas el psicoanálisis y la psiquiatría social. Ahora bien, el modelo como tal no aparece hasta finales de la Segunda Guerra Mundial. Algunos autores atribuyen este logro al incremento de la demanda de atención

generado por los trastornos que la guerra originó en la población, otros a una toma de conciencia social sobre los problemas de la salud mental y, por último, algunos estudios apuntan la incidencia de la participación de los psiquiatras como técnicos en cajas de reclutamiento —este hecho les facilitó una visión más holística de los problemas de salud mental.

Así, algunos autores (León, 2004) señalan

«que la comunidad terapéutica psiquiátrica prototipo fue desarrollada por primera vez en la unidad de rehabilitación social del Hospital Belmont (llamado posteriormente Henderson), en Inglaterra, a mediados de los años cuarenta. Como aportación novedosa destaca el tratamiento a pacientes internos psiquiátricos con trastornos de personalidad a largo plazo».

Independientemente de los factores que originaron el fenómeno, es importante resaltar que en aquel momento adquiere relevancia la interacción sujeto-entorno y, partiendo de esta base, se considera necesario dar otro tipo de respuesta a la enfermedad mental. Esta respuesta se concreta en la descentralización de los hospitales estatales y la creación de lugares donde tratar la especificidad del problema. Resulta curioso constatar cómo, en sus orígenes, se trata de una institución estrechamente vinculada al ámbito de la salud mental que luego se aplicará a la acción social con drogodependientes y cómo, en este momento actual, vuelve a reivindicarse su utilidad en el abordaje de la salud mental.

Maxwell Jones se considera uno de los precursores del modelo que él define en su libro *Psiquiatría social* (1952).<sup>29</sup> No obstante es Thomas Main, un psiquiatra británico, el primero en utilizar el término en uno de sus artículos (Main, 1946).

Podríamos decir que, en sus orígenes, la comunidad terapéutica era un hospital psiquiátrico que presentaba algunas características diferenciales como la búsqueda de un ambiente social óptimo, la utilización de una estructura democrática, las relaciones personales terapéuticas y el efecto terapéutico —conseguido como efecto del marco institucional.

En cuanto al tratamiento como tal, este se basará en la aceptación de la singularidad del paciente, la autoayuda —con énfasis en la importancia de compartir sentimientos y emociones—, la adjudicación de responsabilidades y la cohesión grupal —que, a su vez pivota en la identificación.<sup>30</sup> Como idea fundamental, el rechazo al aislamiento y la promoción del autogobierno democrático, el igualitarismo y el comunalismo. El objetivo prioritario será el de la rehabilitación.

Ahora bien, este modelo sufrirá importantes modificaciones en la aplicación del tratamiento a drogodependientes, algunas de ellas explicables por la influencia de los grupos de Alcohólicos Anónimos,<sup>31</sup> que impulsan las primeras comunidades terapéuticas en Estados Unidos.

Así, el primer precedente de su aplicación lo encontramos en Synanon, fundada por un miembro de Alcohólicos Anónimos, Charles Dederich, a finales de los años cincuenta. Ahora bien, no fue la única propuesta alternativa. De manera progresiva, otras actuaciones —tales como la aplicación de técnicas de meditación trascendental, las experiencias de consumo controlado o la utilización de prácticas deportivas como el maratón— fueron experimentadas

arrebatando la exclusividad a la clínica clásica. Obviamente esta respuesta ha de ubicarse en relación con el contexto de los años sesenta.

La impronta de Synanon pervivió durante más de veinte años y puede rastrearse incluso en nuestros días. El grupo de autoayuda que no requiere de atención profesional, la estructura jerárquica que delimita distintos roles en la institución, la polarización dentro-fuera... todas estas ideas constituían la génesis del modelo Synanon, cuyo efecto fundamental en el sujeto podría concretarse en la constitución de un fuerte sentimiento de pertenencia al grupo que finalmente, a nuestro entender, operaba como obstáculo para la inserción.

De esta suerte, la idea originaria de la comunidad terapéutica vinculada a la administración, profesional y con el aprendizaje de los roles como eje terapéutico, se traduce en el caso de los drogodependientes en una institución que se desarrolla al margen del sector público, liderada por los propios usuarios y con una estructura rígida y jerarquizada.

Este modelo atravesó diferentes cambios, cuya descripción excede al objetivo de estas páginas.<sup>32</sup> En líneas generales se fue profesionalizando, y se definieron diferentes etapas en el tratamiento y se incorporaron figuras profesionales.

El modelo llega a Europa en el año 1972 momento en el que Lucien Engelmayer funda en Francia la primera comunidad terapéutica de la asociación El Patriarca. Comparte con Synanon el rechazo de figuras profesionales y una estructura organizativa fuertemente jerarquizada.

En 1985, en Roma, tiene lugar el VIII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas. Uno de sus objetivos es el de integrar el modelo americano y el anglosajón representado por Jones, entre otros. El consenso se logró en relación con tres puntos: la importancia de la socioterapia, el uso de la teoría de los sistemas (Talcott Parsons) y el papel de las comunidades terapéuticas para drogodependientes como motores del cambio.

Esta situación fue diferente en España debido a la organización del sistema sanitario.<sup>33</sup> De hecho, las experiencias de comunidades terapéuticas en el ámbito de la salud mental datan de los inicios de la década de los setenta y fueron relativamente escasas, en parte por la oposición de la dictadura franquista que veía en los movimientos reformistas un riesgo. En cuanto a las comunidades terapéuticas para drogodependientes, se crearon a finales de los setenta expandiéndose con rapidez durante los años ochenta, crecimiento que se caracterizó por la falta de regulación. Integrarán con rapidez el modelo del grupo de autoayuda, en donde este organiza su convivencia reproduciendo una microsociedad que genera una dinámica que se convierte en la pieza clave de aprendizaje ofrecido en este tipo de recurso. Con los años se cuestionaría cómo esta microsociedad llega a constituir una «sociedad alternativa» para algunos de los sujetos, que llegan a sentir que su lugar está en la institución. Una obligada reflexión al respecto es cómo transmitir los efectos que el paso por una institución —y, en este caso, una institución cerrada— genera en cada uno de los sujetos. Ese aprendizaje es de vital importancia para el buen desenlace de las acciones planeadas.<sup>34</sup>

El primer estudio sobre comunidades terapéuticas en España se realiza en el año 1983 por

Polo y Celaya (1985). A tal fin visitan cuarenta comunidades diferentes y plantean una tipología que diferencia los centros en tres categorías: las regidas por organizaciones religiosas, las regidas por extoxicómanos y las comunidades profesionales.

En 1986 Domingo Comas (1988, pág. 56) establece una tipología similar a la anterior definiendo seis redes diversas de atención: red pública, red privada, red El Patriarca, red de iglesias evangélicas, red Proyecto Hombre y red Narconon. Recomendamos encarecidamente la lectura del estudio, ya que da cuenta de la enorme heterogeneidad de recursos que se agrupaban bajo la denominación de comunidad terapéutica. Otro aspecto que puede apreciarse, siquiera lateralmente, en el libro es la ya mencionada vinculación del fenómeno sectario con determinadas organizaciones supuestamente dirigidas a la atención a drogodependientes.<sup>35</sup> Si bien recoge un momento histórico concreto, lamentablemente algunas prácticas pueden observarse todavía hoy.

## **Filosofía de la comunidad terapéutica**

Resulta pretencioso por nuestra parte definir una filosofía o unos principios comunes, ya que, como se ha señalado anteriormente, es muy variada la naturaleza de los recursos que bajo esta denominación se agrupan. Nos aventuraremos a pincelar algunos supuestos que durante tiempo han sido ampliamente compartidos, si bien con la prudencia que se requiere cuando de una aproximación se trata.

Durante mucho tiempo, la alternativa por excelencia al tratamiento de la drogodependencia fue el internamiento. La comunidad terapéutica se vislumbraba como una opción tranquilizadora socialmente que permitía apartar temporalmente al individuo de la «circulación» y abría un paréntesis de «descanso» para sus familiares. Por otra parte, la utilización de un marco de contención, donde se convive y se crea una ilusión de microsociedad, permitía la mejor transmisión de determinadas ideas que supuestamente cumplían su función de cara a un reingreso en la sociedad. Ahora bien, este modelo fue puesto en cuestión entre otros motivos porque ha podido observarse cómo, en numerosas ocasiones, los efectos generados eran absolutamente opuestos a los perseguidos.

Uno de los ejes discursivos es la creencia que es necesario aislar al individuo de su medio para abordar sus conflictos personales frente a las drogas. En nuestra opinión, este postulado puede tener un efecto contraproducente en la medida que señala el aislamiento de la sustancia como la única manera de hacer frente a esta. Obviamente, no estamos negando que pueda ser adecuado en algún momento o para alguno de los sujetos, pero cuestionamos abiertamente su validez genérica. Por otra parte, de no abordarse de manera rigurosa y clara, puede deslizarse asimismo la idea de que el sujeto solo podrá abandonar el consumo si abandona radicalmente el entorno. Es evidente que, en función del lugar en el que el sujeto atribuyera al consumo y cómo este se articulaba en su existencia, probablemente fuese necesario efectuar múltiples cambios que pudiesen traducirse en abandono de relaciones y quizá en la evitación de ciertos lugares. Ahora bien, el entorno no es nunca la dificultad; la dificultad radica en cómo el sujeto

se ubica en ese entorno, así como en las posibilidades de circulación social que tiene en otros lugares físicos y simbólicos.

Por otra parte, este aislamiento del medio se ha traducido en numerosas ocasiones en prácticas de control —registro de pertenencias, cacheos, control de correspondencia, monitorización de llamadas personales, entrega de documentos identificatorios...— que contribuyen a inducir más confusión si cabe en las prácticas profesionales.

En relación con el manejo de los consumos en las comunidades terapéuticas cabe reseñar numerosos cambios en los últimos años. En un primer momento, el objetivo demandado en última instancia siempre fue la abstinencia total a todo tipo de sustancias. Consiguientemente, el indicador de éxito en un proceso de estas características se conseguía mediante la ausencia del consumo de drogas. Esta idea, a su vez, implicaba la idea de la recaída como fracaso —ausencia de otro tipo de criterios o de variables intermedias— y el rechazo total a todo tipo de sustancias tóxicas —en algún caso, se prohibía el consumo de café y de tabaco, como por ejemplo en algunos centros evangelistas. En algunos centros situados en enclaves cercanos a núcleos urbanos que posibilitan un paulatino acercamiento a una existencia «normalizada», que el sujeto tuviera un consumo se traducía, inevitablemente y sin discusión, en una expulsión definitiva del programa. De forma progresiva esta concepción de la idea del programa ha variado y ahora en la mayoría de las comunidades terapéuticas profesionales se contemplan los consumos como una posibilidad en el proceso de tratamiento, abordándolos sin dramatismo.

En esta línea, otro aspecto que se ha modificado es el tipo de vínculo que se establece con los profesionales. En un primer momento, la figura de los profesionales aparecía rodeada de un cierto halo de omnipotencia —y también omnisciencia. La demanda institucional, explícita o no, era de total confianza y adhesión a las indicaciones terapéuticas. Este hecho, en un medio en el que se está aislado y en donde, de forma frecuente, se permiten muy pocas interacciones con el entorno —incluyendo familia y amigos—, favorecía un vínculo excesivamente dependiente. La incorporación en los equipos de personas que habían seguido un tratamiento —habitualmente como educadores sociales— contribuía a magnificar aún más ese aspecto, lo que promovía una figura profesional que se manejaba desde el «dar ejemplo» y que constituía un modelo de vida.

Por último, hay dos cuestiones más sobre las que reflexionar. Por una parte, la ausencia de espacios de intimidad y de tiempo libre que, en general, marcan el día a día de las comunidades terapéuticas. El tiempo está perfectamente organizado y reglamentado y no hay espacios para la ociosidad puesto que esta se considera un riesgo para el tratamiento. Por otra parte, el ritmo de trabajo es alto, frecuentemente poco compensado con tiempo de descanso. El trabajo cumple así una función supuestamente «terapéutica».<sup>36</sup>

No obstante, actualmente y desde hace algunos años, la mayoría de comunidades terapéuticas han introducido cambios en sus metodologías, que permiten repensar las prácticas y modificar los aspectos anteriormente reseñados. Paralelamente, han dejado de erigirse como uno de los dispositivos «estrella» dentro de los programas libres de drogas pasando a ofrecer metadona

en aquellos casos que así lo requieren y planteando asimismo programas de reducción del daño. Así,

«en todo caso, en la actualidad, las comunidades terapéuticas en nada se parecen a aquellas “granjas y centros” antiprofesionales y más o menos sectarios de hace dos décadas, y son más bien unos dispositivos asistenciales muy competentes, que se gestionan con una base de conocimientos especializada y que consiguen un buen nivel de eficiencia».

Comas (2010, pág. 15)

### **3.2.4. Programas de mantenimiento con metadona, buprenorfina y heroína**

Habitualmente, los centros que realizan programas de mantenimiento con metadona son los centros ambulatorios y, ocasionalmente, algunos programas de reducción del daño —como las unidades móviles— y también en algún caso las farmacias.

En este tipo de tratamientos, se sustituye el síndrome de dependencia opiácea con la utilización terapéutica de clorhidrato de metadona. La metadona es una sustancia sintética que funciona como agonista opiáceo y que reproduce los efectos de este. El mantenimiento con metadona permite no tener que proveerse de otras sustancias.

Las dosis se ajustan a cada persona en función de sus características y pautas de consumo. La inclusión en el programa se realiza tras una valoración clínica y, en un primer momento, se hace necesaria la asistencia diaria para evaluar la continuidad y estabilizar la dosis prescrita. Posteriormente se plantea la pertinencia de que el sujeto acuda a dispensación directa con una periodicidad establecida —habitualmente una o dos veces por semana— o se propone su incorporación en el programa a domicilio (*take-home*). En algunos casos se puede utilizar otro agonista como el suboxone, aunque su utilización es escasa.

Por otra parte, si el sujeto así lo demanda y su utilización del programa no lo desaconseja, se puede valorar su derivación a una farmacia para la administración de sus dosis, aunque continúe vinculado a su centro ambulatorio de referencia para la prescripción y evaluación del programa.

En sus orígenes este tipo de programas generaron mucho rechazo por parte de la propia comunidad profesional. Actualmente se hallan plenamente extendidos y son considerados un soporte para algunos sujetos que así lo desean o que encuentran múltiples dificultades en el abandono del consumo. No obstante, seguimos considerando que es necesario no reducir la oferta asistencial a las alternativas farmacológicas sino que se trata de poder adecuar las diferentes alternativas a cada caso y situación.

Por último, en relación con los ensayos clínicos con heroína se han realizado algunos estudios en Cataluña y en Andalucía para valorar su eficacia.<sup>37</sup>

### **3.2.5. Programas de reducción del daño**

#### **Descripción**

La primera precisión que hay que hacer es que, desde nuestra posición, la reducción del

daño va más allá de un modelo metodológico y supone una filosofía, un marco conceptual y ético.

Una posible definición sería la que nos ofrece Annie Mino citada por la Red Chilena de Reducción de Daños:<sup>38</sup>

«Toda acción individual, colectiva, médica o social, destinada a minimizar y reducir los efectos negativos del consumo de drogas y otras prácticas asociadas como la sexualidad insegura y las situaciones de violencia —en las condiciones jurídicas y culturales actuales».

Si bien los programas más asociados a reducción de daños son los que se dirigen a consumidores de drogas ilegales, hemos de destacar que aquellos programas que pretenden minimizar las consecuencias asociadas a un consumo abusivo de alcohol —por ejemplo, los que inciden en la necesidad de no conducir bajo los efectos de la sustancia— son también programas de reducción de daños.

## Historia

Como mencionamos ya al hablar de la historia de las drogas en España, hasta finales de los años ochenta la mayor parte de la oferta asistencial se vertebraba en torno al modelo denominado «libre de drogas», que centraba todas sus actuaciones en la abstinencia. De forma paulatina, impulsado por la aparición del VIH, pero también cuestionado por su propia manera de proceder —más excluyente que inclusiva—, empezó a plantearse la necesidad de ofrecer también alternativas estructuradas en torno a objetivos de carácter intermedio. A los motivos sanitarios se sumaban asimismo las cuestiones de carácter ético, ya que se consideraba discutible que, por el hecho de estar consumiendo, una persona quedara fuera todo tipo de circuito viéndose abocada a espacios de mayor exclusión social.

Podríamos decir que han sido tres los factores que mayor incidencia han tenido en el desarrollo de estos programas (Trujols y otros, 1999):

- El aumento de enfermedades infectocontagiosas transmisibles por vía endovenosa o vía sexual, básicamente la elevada incidencia de casos de sida en consumidores de drogas por vía parenteral —y en sus parejas—, y que ocupan las tasas más altas de Europa.
- La constatación de que los sujetos con menores posibilidades de circulación social no acudían a la red asistencial y que, cuando lo hacían, los rígidos criterios de esta no permitía su incorporación en la misma. Los denominados programas libres de drogas acabaron siendo vistos como programas donde los derechos individuales de los sujetos eran cercenados en la medida que no podían adaptarse a las situaciones particulares. Por otro lado, aunque pueda parecer paradójico, la imagen de éxito esgrimida en tales programas contribuía a la estigmatización del resto del colectivo.
- El cuestionamiento que la propia comunidad profesional realiza de la manera de trabajar desarrollada hasta ese momento. La relación terapéutica establecida, de carácter jerárquico y basada en el modelo médico-paciente, empieza a cuestionarse. En ese sentido es destacable la influencia de programas que tuvieron lugar en Ámsterdam, Liverpool y Róterdam en los años

ochenta (Grupo Igia, 2002).

Una clara señal de este proceso de flexibilización es la regulación de los programas de mantenimiento con metadona en 1990.<sup>39</sup> En 1996, el Decreto 5/1996 adapta el 75/1990 y facilita más la accesibilidad y ofrece la posibilidad a los profesionales privados de prescribir metadona e incluye a las oficinas de farmacia como lugares para la dispensación.

## Marco legal

Según la Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos, la reducción de daños es constituida por aquellas

«estrategias de intervención dirigidas a disminuir los efectos especialmente negativos que pueden producir algunas formas del uso de drogas o de las patologías asociadas al mismo, así como otras estrategias de intervención orientadas a modificar las conductas susceptibles de aumentar los efectos especialmente graves para la salud asociados al uso de drogas».

Asimismo, como implicaciones legales de la política de reducción de daños, el sistema de Naciones Unidas dictó una serie de resoluciones que a partir de 1998 incluyeron las prácticas de reducción de daños dentro de la estrategia de reducción de la demanda de drogas y de lucha contra el VIH entre las que destacamos la Resolución 43/3 de la Comisión de estupefacientes donde

«se pide a los estados miembros que conciben estrategias y amplíen el acceso y la disponibilidad de servicios destinados a los toxicómanos que no estén integrados o atendidos en los servicios y programas existentes y que se hallen expuestos a un alto riesgo de daño grave a su salud [...], para prestar asistencia a esos toxicómanos en la reducción de los riesgos para la salud pública e individual».

Por otra parte, el plan de acción de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga 2005-2008 reconoce la validez de los servicios de reducción del daño como respuesta a la demanda de un mayor acceso a los programas.<sup>40</sup>

## Filosofía

Su filosofía puede resumirse en los siguientes principios:

- En el eje de los programas de reducción del daño se ubica la aceptación de que las personas continuarán consumiendo drogas a la vez que se respeta la decisión de hacerlo, con lo que se reconoce la libertad individual.
- Se considera que el potencial de riesgo derivado del consumo depende de las características del individuo y sus expectativas, del tipo de droga y dosis consumida, de la frecuencia y vía del consumo, así como de las circunstancias ambientales y sociales.
- El consumo se concibe como un fenómeno complejo y multidimensional. Se transmiten aquellas modalidades de consumo más seguras desde la perspectiva de la salud adaptándolas a cada situación particular. Así, por ejemplo, si bien el cambio de vía —de la inyección a esnifar— es una opción recomendable no lo es en todos los casos, ya que en algunos sujetos

afectados de enfermedades pulmonares podría no ser lo más indicado. Los usuarios de drogas no son considerados una población homogénea.

- Se reconoce la incidencia de factores de orden social en la capacidad de las personas para disminuir los daños asociados al consumo. En ese sentido, en líneas generales, es habitual que los equipos compartan una visión crítica del contexto socioeconómico.
- Se considera que la participación de las personas drogodependientes en el diseño y desarrollo de estrategias y programas de actuación contribuye a ofrecer una visión más rigurosa y precisa de las posibles necesidades compartidas.
- Se considera que las intervenciones abarcan distintos niveles: individual, comunitario, político y legal.
- Se defiende la promoción, en línea con el objetivo anterior, de la educación entre iguales mediante la figura del agente de salud.
- Se pueden reducir los daños asociados al consumo sin reducir el mismo.

## **Tipos de programas de reducción del daño**

Los programas de reducción del daño pueden referirse a la mejora de las condiciones personales en su vertiente sanitaria o de integración social.

Se clasifican según el nivel de exigencia en:

- programas de bajo umbral —mínima exigencia—,
- de medio umbral —se da algún tipo de control—,
- programas de alto umbral, generalmente de exigencia creciente.

Mencionaremos a continuación algunos de los programas de reducción del daño.

**1) Centros de emergencia social.** También denominados centros de encuentro y acogida o centros de baja intensidad.

Habitualmente su horario es nocturno, ofreciendo cena o un refrigerio a las personas que acuden al servicio. Algunos de estos centros disponen asimismo de camas.

Los aspectos en los que se fundamenta su intervención son:

- Ofrecer atención médica, social y psicológica.
- Posibilitar el mantenimiento de la intervención terapéutica en procesos de deshabituación o tratamiento médico para patologías relacionadas con el consumo de drogas ya iniciados, sirviendo como recurso puente o intermedio para la reinserción.
- Facilitar material higiénico para el consumo de drogas.
- Mejorar y controlar la situación biopsicosocial del drogodependiente proporcionando asistencia médico-sanitaria —vacunaciones, curas etc.—, psicológica y social, y asistencia básica —higiene, alimentación, descanso, etc.
- Desarrollar intervenciones orientadas a la reducción de daños derivadas del consumo de drogas y a la reducción de enfermedades concomitantes.
- Proporcionar información y formación a los usuarios sobre aspectos básicos de su patología

adictiva, conocimientos y habilidades para que puedan desarrollar tareas de agentes de salud.

2) Las unidades móviles.<sup>41</sup> Son, como su nombre indica, vehículos adaptados para intervenir en zonas habitualmente urbanas donde no hay cobertura de servicios de ningún tipo. Estas unidades llegan a los tristemente denominados «supermercados de la droga» o «poblados», que tantas veces aparecen retratados en los documentales de *Callejeros*.<sup>42</sup> Forman parte de las denominadas estrategias de acercamiento.

Generalmente estos servicios ofrecen la posibilidad de empezar un programa de metadona, así como recibir atenciones médicas y de enfermería —vacunaciones y curas, por ejemplo. Funcionan también como programa de intercambio de jeringuillas. Desde la perspectiva social se intenta proveer al sujeto de recursos para que pueda asesorarse a nivel legal, para que acceda a la red o para que acuda a un comedor social.

3) Los programas de intercambio de jeringuillas (PIJ). Ofrecen material estéril para facilitar un consumo de drogas menos lesivo para la salud. Habitualmente se suministran también preservativos y papel de aluminio —para promover el cambio de vía de la inyección por el fumado. Estos programas tienen una especial importancia dentro de las estrategias encaminadas a la reducción del daño asociado al consumo de drogas por vía parenteral. Son efectivos para prevenir la diseminación del VIH, VHB y VHC.

Si bien con algunas resistencias —especialmente en un principio— estos programas se ofertan asimismo en la prisión.

4) Las salas de inyección segura o de venopunción (Maura, 2009). La primera sala se abrió en Berna en 1986. Se trata de salas donde se pueden consumir drogas ilegales adquiridas previamente en el mercado ilegal con condiciones higiénicas y bajo control sanitario. Por otra parte, habitualmente se ofrece la posibilidad de realizar análisis cualitativos y voluntarios de la calidad de las sustancias, con pretensión de reducir los riesgos para la salud al facilitar un consumo más seguro.

Además de la prevención de enfermedades transmisibles por vía parenteral se disponen de los mecanismos para afrontar posibles situaciones de emergencia sanitaria —como una sobredosis. En España las denominaciones que reciben los tres centros existentes de estas características son:

- en la Comunidad de Madrid, Dispositivo Asistencial de Venopunción (DAVE),
- en Cataluña, Dispositivo de Consumo Higiénico y
- en el País Vasco, Sala de Consumo supervisada de Munduko Medikiak.

El colectivo profesional rechaza la denominación narcosalas por las connotaciones que al término pudieran asociarse. Algunas de estas salas disponen asimismo de salas de fumado.

Finalizamos aquí nuestro breve recorrido por los programas de reducción del daño invitando al lector a continuar investigando en torno a los mismos. La intervención con la policía, los programas de *outreach* o acercamiento, los talleres de agentes de salud o el programa bola de

nieve en prisiones,<sup>43</sup> la promoción de asociaciones de usuarios<sup>44</sup> y, más recientemente, la implicación de los propios traficantes son algunos de los programas que tan solo mencionaremos, pero que consideramos que es interesante conocer.

Quisiéramos destacar también que, durante un primer momento, el recelo y el prejuicio que tales programas suscitaban, paralizaron la capacidad de respuesta de profesionales e instituciones. Consecuencia de esa percepción antagónica es que la implementación de dichos programas se producía en muchos casos de manera aislada del resto de actuaciones profesionales. Actualmente la necesidad de diversificación y complementariedad de los diferentes programas es asumida y reivindicada por el ámbito profesional en general. Ofertar una atención profesional y de calidad solo es posible en la medida que concibamos los diferentes recursos a modo de red. Para ello es necesario (Megías, 2000, págs. 373-375):

- Multiplicar los puntos de contacto con el fin de ofrecer las máximas facilidades para conectar con los servicios a drogodependientes.
- Aproximar esos puntos de contacto a los espacios donde surge el problema.
- Diversificar la oferta.
- Establecer diferentes niveles de exigencia.

### **3.2.6. Programas de incorporación social. Centros de día, pisos de acogida y otros recursos semirresidenciales**

#### **Los centros de día**

Si bien hemos seguido la clasificación realizada por el Plan nacional sobre drogas, nos parece un poco arbitraria la inclusión de los centros de día en esta categoría básicamente por dos razones. En primer lugar, porque, desde nuestra perspectiva, todos los programas anteriormente mencionados debieran ser programas cuyo objetivo fundamental fuera la incorporación social. Entendemos que no es concebible el tratamiento que no contemple la incorporación social en su finalidad última. En segundo lugar, porque los centros de día a los que haremos referencia aquí son asimismo dispositivos que ofrecen tratamiento, particularizado y en medio urbano. Precisaremos más su naturaleza en las próximas líneas.

Cabe precisar que, tal y como señalábamos en el caso de la comunidad terapéutica, son diversas las instituciones que se agrupan bajo la denominación de centro de día. Abarcan un amplio abanico que iría desde lo que nosotros entendemos como un centro de día hasta los talleres o centros de actividades cuya finalidad es la de ofrecer un espacio de encuentro. La confusión entre esta variedad de dispositivos desdibuja la oferta asistencial de los centros de día y constituye un riesgo para la red en sí misma, en la medida que pudiera parecer un recurso donde todo vale. Tal es así que, en la actualidad, bajo esta denominación podemos encontrar centros que «se sostienen» con la participación desinteresada de uno o dos voluntarios que ofrecen actividades continuadas de signo diverso: yoga, manualidades, tertulias... Sin ánimo de menospreciar estas iniciativas, también necesarias, hemos de subrayar que estos lugares no

pueden denominarse centros de día, puesto que no reúnen las condiciones para ello —la primera, por supuesto, la presencia de un equipo profesional multidisciplinar.

Así, en las memorias del Plan nacional sobre drogas, desde 1991, se diferencian los centros de día terapéuticos de los centros de día para la incorporación social. Los primeros se definen como

«los dispositivos destinados al tratamiento de los drogodependientes en régimen intermedio (la persona duerme en su casa pero pasa varias horas al día en el centro). Pretenden proporcionar un acción intensiva y frecuente al usuario y pueden estar basados en modelos de intervención y estrategias diferentes pero siempre con una orientación terapéutica y no meramente ocupacional y resocializadora».

En cuanto a los centros de día para la incorporación social se entenderían como tales

«aquellos dispositivos que, funcionando en régimen intermedio, tienen como objetivo favorecer distintos aspectos de la incorporación social o servir de apoyo a los tratamientos. No son autónomos respecto a su capacidad terapéutica y precisan utilizar otro recurso asistencial».<sup>45</sup>

Los centros de día de los que hablaremos aquí son los centros de día denominados terapéuticos:

**1) Definición.** Una aproximación a lo que constituye una definición de lo que entendemos por centro de día en adicciones es la que nos proporciona la Asociación de entidades de centros de día (ASECEDI) en su página web<sup>46</sup> y que transcribimos a continuación:

«Son recursos de atención a personas con problemas de dependencia, con una orientación biopsicosocial y que permiten la monitorización y observación directa (y mantenidas durante un horario diurno suficientemente amplio) del comportamiento y evolución de los sujetos que acuden a ellos.

Son centros integrados en una red asistencial más amplia.

Están atendidos por equipos multidisciplinarios con el objeto de intervenir sobre los diferentes factores psicológicos, sociales, de salud y educativos susceptibles de actuación inmediata y de supervisión cercana y mantenida.

La intervención está estructurada en torno a una cartera de servicios bien delimitada.

Las vías de ingreso están bien delimitadas y explicitadas y los circuitos de derivación se encuentran coordinados y garantizados.

Dependiendo del tipo de red en la que estén integrados, pueden incidir más en áreas terapéuticas, de incorporación sociolaboral o ambas.»

Más allá de las diferencias conceptuales que podemos sostener con esta definición, nos parece interesante aportarla en la medida en que da cuenta de una definición consensuada desde la única plataforma de centros de día existente a nivel estatal.

**2) Historia y filosofía de los centros de día.**

«Cuanto más predominan los aspectos sociales de la intervención [...] más necesario resulta respetar aquellos criterios según los cuales las acciones deben adaptarse a un territorio, han de afectar a sujetos con problemática diversa y han de evitar que

todas las atenciones se presten solo y a partir de la identificación del sujeto con el problema. La socialización, como pieza clave de la inserción social, se produce fundamentalmente por la relación positiva con otros miembros de la comunidad mejor socializados o con alteraciones sociales por causas diversas. El primer paso de esa comunidad más receptiva se produce en el diseño de programas y modelos de atención más abiertos y plurales». <sup>47</sup>

Los centros de día surgen a mediados de los años ochenta y se plantean como alternativa al modelo de internamiento en un afán de configurarse, tal y como la cita anterior expresa, como un programa más abierto y plural.

A diferencia de otros programas vertebrados desde una lógica «libre de drogas» los centros de día basaban su actuación en:

- Un abordaje flexible de la dependencia que no plantee la primacía de la abstinencia como único objetivo. En este sentido, de forma gradual, empiezan a abordarse los consumos dentro del programa —en un primer momento suponían una expulsión del mismo— así como, a principios de los años noventa, se incorporan las primeras personas que se encuentran en programas de metadona.
- El establecimiento de un vínculo con el sujeto que permita, en la medida de lo posible, evitar los posibles efectos de institucionalización debidos a su paso por distintas instituciones. Recordemos que, en aquel momento, con apenas veinte años de historia de los programas en nuestro país, encontrábamos ya sujetos que presentaban un «doble enganche», a las instituciones —que les ofrecían un lugar donde circular socialmente, un circuito casi paralelo — y al consumo en sí mismo.
- La redefinición de las relaciones con el entorno sin que ello conlleve necesariamente el aislamiento. <sup>48</sup>
- La introducción de otra serie de indicadores más vinculados a la promoción social del sujeto y su incorporación a lugares sociales «normalizados» entre los que destaca el acceso al mercado laboral y/o a actividades formativas.
- El trabajo comunitario —el empoderamiento del propio sujeto como ciudadano, la sensibilización de la comunidad, la optimización de recursos.

Ahora bien, esta historia resumida en unas cuantas líneas aquí, fue mucho más compleja en realidad y los primeros centros de día se asemejaban mucho más a comunidades terapéuticas en centros urbanos que a la realidad aquí descrita. Tímidamente, como resultado del esfuerzo y reflexión llevada a cabo por parte de los equipos profesionales, fue configurándose un nuevo marco institucional que a día de hoy sigue caracterizándose por su flexibilidad y por hacer del caso por caso el eje fundamental de sus actuaciones. La introducción de distintos subprogramas de carácter farmacológico —tanto con agonistas como con antagonistas opiáceos—, la colaboración con otras instituciones como las vinculadas al ámbito de la ejecución penal y la incorporación de personas que presentan asimismo algún trastorno de salud mental dan cuenta de los cambios que se han ido planteando en los últimos años diversificando su cartera de servicios y favoreciendo respuestas particularizadas.

El énfasis puesto en la inserción ha posibilitado también una dinámica de innovación y vinculación con el entorno. No obstante, tal y como hemos señalado, la confusión

terminológica predomina y aún hoy se autodenominan como centros de día programas que sin duda se asimilan más a un centro de actividades dadas sus características —lejos de corresponder a las que ASECEDE define. Creemos que la cobertura horaria —superior a seis horas diarias—, la cartera de servicios y la presencia de un equipo profesional interdisciplinar es totalmente necesaria para poder hablar de centro de día. En algunas comunidades se está impulsando la ordenación de la cartera de servicios si bien el proceso como tal se ve obstaculizado por la pluralidad de instituciones que a la denominación *centro de día* se han acogido a lo largo del tiempo.

## **Recursos de apoyo residencial**

Los recursos de apoyo residencial —habitualmente denominados pisos de acogida, pisos de inserción o pisos tutelados— ofrecen un soporte cuya intensidad es variable dependiendo de la definición del servicio. Generalmente conducidos por un equipo de profesionales —donde es habitual la figura del educador social—, el eje de sus actuaciones guarda estrecha relación con la promoción social de los sujetos si bien al constituirse como hogar para los mismos —aunque sea por un período breve— el manejo de la privacidad y los límites puede entrañar alguna dificultad para el profesional.

Otros programas que se aglutinan bajo la categoría «programas de incorporación social» son los centros de actividades, programas formativos...

### **3.3. Algunas reflexiones sobre la red asistencial**

A lo largo de este capítulo hemos podido comprobar cómo la irrupción del problema de la droga en España responde asimismo a otras variables de orden cultural e incluso político.

En ese sentido, el análisis de las distintas propuestas institucionales, desde la administración local hasta el marco autonómico y estatal, nos muestra la relevancia del consenso, de la creación de espacios de trabajo y de la implicación de la sociedad civil.

La mirada hacia los distintos modelos explicativos de la drogodependencia y los programas de prevención genera también interrogantes entre los límites de la acción social y los del control y gestión de poblaciones. En ese sentido, la salud se erige en ocasiones como un imperativo totalizante de carácter moral.

Finalmente, el recorrido por los distintos programas permite observar cuán importante es el trabajo del caso por caso, de manera flexible y complementaria. Analizar los cambios acaecidos en la respuesta asistencial nos ayuda a mantener una posición intelectual abierta, desde la certeza que proporciona saber que toda realidad es dinámica y que, por tanto, los programas que hoy defendemos con ahínco pueden ser los mismos que cuestionemos mañana.

Entendemos que los retos de futuro necesariamente pasan por diversificar los programas y trabajar desde la complementariedad de los mismos. La mirada particularizada y el trabajo del caso por caso son necesarios para ofrecer un espacio para que el sujeto pueda ir elaborando su posición desde un ejercicio responsable.

Por otra parte, la convicción de que cada uno de los programas puede ser útil dependiendo de la persona y de las circunstancias nos exige una actitud abierta y de colaboración entre los distintos dispositivos y redes pensándolos como complementarios y no excluyentes. En ese sentido, se hace necesario intensificar el trabajo en plataformas profesionales organizadas, tanto en las específicas del ámbito como en otras de incidencia en el tercer sector social. La apuesta por el aprendizaje compartido y la interlocución fluida y organizada con la Administración resultan imprescindibles en una época caracterizada por la conectividad.

Por último, ubicar al sujeto en su condición de ciudadano y ciudadana significa también modificar el estatuto tradicional que hasta ahora se le había otorgado, de carácter prácticamente pasivo, y abundar en los supuestos que desde la reducción del daño se preconizan. Es una cuestión de derechos y desde ahí debe articularse la reivindicación. Participación, por tanto, y relaciones no moralizadas sino dialógicas. Empoderamiento, desde las posibilidades y no desde las limitaciones. Implicación de la comunidad y articulación de la diferencia como valor. Desde la mirada de género hasta el trabajo intergeneracional.

---

1. <<http://www.unodc.org/>>

2. <[http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR\\_2009/Executive\\_summary\\_Spanish.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/Executive_summary_Spanish.pdf)>

3. <<http://www.emcdda.europa.eu/index.cfm>>

4. <<http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>>

5. No obstante, hemos de destacar que el consumo de drogas por parte de las mujeres siempre ha sido invisibilizado —por ellas mismas y por la sociedad— ateniendo a razones que guardan relación con las construcciones culturales de género.

6. <<http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>>

7. El modelo biopsicosocial contempla la incidencia de los factores sociales y psicológicos —emociones, actitudes— además de los puramente orgánicos. Es un modelo participativo.

8. <<http://www.tododrogas.net/otr/sida/anuario.html>>

9. <<http://www.un.org/es/globalissues/drugs/index.shtml>>

10. <<http://www.idpc.net/es>>

11. <<http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/Introduccion/home.htm>>

12. Los planes autonómicos existen en las diecisiete comunidades autónomas y en las ciudades autónomas de Melilla y Ceuta.

13. <[http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/Congreso/Organos/Comision?\\_piref73\\_7498063\\_73\\_1339256\\_1339256.next\\_page=/wc/detalleInformComisiones?idOrgano=322&idLegislatura=10](http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/Congreso/Organos/Comision?_piref73_7498063_73_1339256_1339256.next_page=/wc/detalleInformComisiones?idOrgano=322&idLegislatura=10)>

14. [http://canalsalut.gencat.cat/web/content/home\\_canal\\_salut/ciudadania/la\\_salut\\_de\\_la\\_a\\_la\\_z/d/depressio/documents/salut](http://canalsalut.gencat.cat/web/content/home_canal_salut/ciudadania/la_salut_de_la_a_la_z/d/depressio/documents/salut)
15. Una posible explicación al respecto sería la fuerte estigmatización que tradicionalmente se ha dado en torno a las personas que presentan un trastorno de salud mental y que pudo explicar que el colectivo de profesionales no se sintiera cómodo frente a una posible asociación entre enfermedad mental y drogodependencias por entender que esta contribuiría más al aislamiento.
16. <http://www.tercersector.cat/activitats/debats-catalunya-social/debat-x-cap-una-atencio-integrada-social-i-sanitaria-un-nou-mode>
17. <http://www.boe.es/boe/dias/2009/02/13/pdfs/BOE-A-2009-2451.pdf>
18. [http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/Estrategia\\_PNSD2009-2016.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/Estrategia_PNSD2009-2016.pdf)
19. Una lectura recomendable para abordar con detalle aquellas técnicas que favorecen la dependencia es la del libro *Fenómeno sectario y drogodependencia* (1990) de A. Rodríguez y S. González publicado en la editorial Igia de Barcelona.
20. V. Núñez (2007). «Pedagogía social: un lugar para la educación frente a la asignación social de los destinos». (Conferencia pronunciada en el MECyT, Ministerio de Educación de la Nación Argentina). Federación de Educadores Bonaerenses. D.F Sarmiento. Departamento de apoyo documental. pág. 3.
21. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>
22. <http://www.rtve.es/noticias/20081111/gen-predispone-consumo-cocaina-segun-investigacion-cientificos-espanoles/193180.shtml>
23. E. Becoña. *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Universidad de Santiago de Compostela. Plan Nacional sobre Drogas. <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/bases.pdf>
24. Calafat, A. (2002). «Tú decides: programa municipal de prevención de las adicciones». Material cedido por el Instituto Municipal de Salud Pública del Ayuntamiento de Barcelona, rev. y actualizado con la autorización de los autores. Edita Ayuntamiento de Zaragoza.
25. La denominación *patología dual* hace referencia a aquella situación en la que se presenta un trastorno de carácter psiquiátrico junto a la situación de drogodependencia. Habitualmente se habla entonces de doble diagnóstico.
26. Hemos optado por conservar esta denominación por ser la que se utiliza habitualmente a pesar de que, desde nuestra perspectiva, la acción educativa no se caracteriza por ser una acción de soporte y, mucho menos si cabe, de seguimiento —término que remite más al control que a la pedagogía. En esa línea cuestionaríamos asimismo la utilización del concepto intervención y exploración.
27. [http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/atencionIntegral/red/recursos\\_tercer\\_nivel/home.htm](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/atencionIntegral/red/recursos_tercer_nivel/home.htm)
28. Esta distinción, que puede resultarnos obvia hoy, resulta clave para diferenciarla de otro tipo de programas de carácter claramente sectario y lamentablemente frecuente en sus orígenes. Una lectura interesante al respecto puede ser la del libro *Fenómeno sectario y drogodependencia* donde se destacan algunos rasgos de las organizaciones sectarias.
29. M. Jones (1953). *Therapeutic Community: A New Treatment Method in Psychiatry*. Nueva York: Basic Books.
30. En la película *Cuando un hombre ama a una mujer* (1994), aparece claramente la frase habitual en los tratamientos tras el reconocimiento de la adicción por parte de alguno de sus miembros: «Te queremos y apreciamos

tal y como eres».

31. El ideario de este grupo se halla recogido en los conocidos doce pasos. Para más información, recomendamos la consulta de su página web, donde se facilitan asimismo documentos para conocer mejor su filosofía.  
<[http://www.alcoholicos-anonimos.org/v\\_portal/apartados/apartado.asp](http://www.alcoholicos-anonimos.org/v_portal/apartados/apartado.asp)>

32. Pueden consultarse entre otros a D. Comas (1988).

33. Una buena lectura en relación con las distintas etapas y cambios que atraviesan las comunidades terapéuticas en España es D. Comas (2006). *Comunidades terapéuticas en España. Situación actual y propuesta funcional*.

34. Una lectura interesante para apreciar esos efectos es el libro de Jaume Funes, *Dejar la heroína*. Se trata de una recopilación de testimonios donde aparece claramente retratada la dinámica institucional de las comunidades terapéuticas en España en los años ochenta y noventa.

35. En este sentido a la lectura ya mencionada del libro *Fenómeno sectario y drogodependencia* añadimos el trabajo realizado por el periodista Pepe Rodríguez y recogido en su libro *Traficantes de esperanzas*.

36. En los libros ya mencionados en relación con el fenómeno sectario se señala que esta función es también lucrativa y se considera que la gestión de beneficios en ocasiones es poco clara.

37. <[http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Drogodependencia\\_archivos\\_RESULTADO\\_PEPSA.PDF](http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Drogodependencia_archivos_RESULTADO_PEPSA.PDF)>

38. <[http://www.edumargen.org/docs/curso51/apunte06\\_01.pdf](http://www.edumargen.org/docs/curso51/apunte06_01.pdf)>

39. Real decreto 75/1990, de 19 de enero, que regula los tratamientos de opiáceos de personas dependientes de los mismos.

40. <[http://europa.eu/legislation\\_summaries/justice\\_freedom\\_security/combating\\_drugs/c22569\\_es.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/combating_drugs/c22569_es.htm)>

41. <[http://www.cuatro.com/callejeros/Archivotemporada-08/t08xp13-san-lazaro/facil-comprar-gramo-barrapan\\_2\\_1520430107.html](http://www.cuatro.com/callejeros/Archivotemporada-08/t08xp13-san-lazaro/facil-comprar-gramo-barrapan_2_1520430107.html)>

42. *El infierno de la droga desde dentro*: <<http://www.youtube.com/watch?v=k5rH7xaPC1c>>

43. Conviene consultar las iniciativas de UNAD, Unión de Asociaciones y Entidades de Ayuda al Drogodependiente: <<http://www.unad.org/escuela-agentes-salud.php>>

44. La plataforma drogológica constituye un buen ejemplo de asociación de usuarios que, más allá de la ayuda mutua, se erige también como espacio de debate e incidencia. <<http://plataformadrogologica.wordpress.com/>>

45. Eusebio Megías Valenzuela (1993). «Centros de día en el contexto del Plan Nacional sobre Drogas» [ponencia]. En: *Primeras Jornadas Estatales de Centros de Día de Drogodependencias*.

46. <<http://www.asecedi.org/PDF/reglamento%20interno.pdf>>

47. VV. AA. (1991). *Drogodependencias e incorporación social. Propuestas para pensar y actuar*. Plan Nacional sobre Drogas (pág. 52).

48. De hecho, el aislamiento puede comportar en ocasiones una cierta victimización. No todos los sujetos requieren de una ruptura con el entorno; pueden desarrollar también estrategias que les permitan tomar distancia con el consumo y con las circunstancias asociadas a este.

# Una propuesta desde la educación social

## 1. El saber pedagógico

«Las ciencias humanas son inseparables de las relaciones de poder que las posibilitan y que suscitan saberes más o menos capaces de franquear un umbral epistemológico o de formar un conocimiento.»

Deleuze (1987, pág. 104)

En este apartado nos proponemos ahora ofrecer una mirada desde la educación social. Como hemos señalado con anterioridad, tras la significación *drogodependiente* se engloban situaciones particulares muy distintas y, por lo tanto, toda propuesta de acción social deberá partir de un análisis detallado de esas particularidades. Cualquier intento de homogeneizar al colectivo, incurrirá necesariamente en etiquetajes y prejuicios. Solo desde una cuidadosa evaluación inicial de las distintas situaciones, del caso por caso, podremos abordar la inserción con garantías.

Por otra parte, resulta necesario traer a colación los alcances, límites y posibilidades del saber pedagógico. Desde nuestra perspectiva, las diferentes disciplinas teóricas construyen su objeto creando, por tanto, su realidad. Será la producción rigurosa la que dotará de coherencia a cada una de las disciplinas. Más que de conocer el objeto se trata de construirlo. El saber construye su objeto, busca modos de aproximación mediante su discurso, discurso que entendemos como vínculo social y, en tanto, como proceso de producción de sentido.

Las repercusiones éticas son radicalmente distintas en función de nuestra concepción del saber. Si consideramos que lo «verdadero» se sitúa en el interior mismo del discurso y no responde a una verdad que ha de ser «desvelada», el territorio de la certeza se desvanece dando lugar a un proceso intelectual que nos permite avanzar en la comprensión del objeto a la vez que nos muestra que todo saber es, finalmente, relativo.

Ahora bien de lo que sí hablamos es de coherencia y rigor de esa producción discursiva. El discurso debe constituirse desde una lógica para ser inteligible. Pero esta coherencia no está reñida con los momentos de ruptura y resignificación. El saber no se construye por acumulación, no evoluciona de manera progresiva en todos los ámbitos del conocimiento. Hay momentos de sorpresa, de cuestionamiento, de reconstrucción. Esta idea se refleja en nuestra idea de aprendizaje que avanza de forma discontinua y también en nuestra concepción de lo social.

«Donde el presente se construye en tanto resignificación de lo pasado, incorporando a la lógica del discurso pedagógico la noción de *après-coup*. No hay pues una línea continua de progreso, sino rupturas que produce precisamente, la irrupción de lo nuevo. El encuentro con lo nuevo provoca en el sujeto un efecto retrospectivo.»

Núñez (1997)

Esta idea de ruptura y no acumulación nos invita a cuestionar de forma permanente las premisas que orientan nuestro trabajo. Hemos ido señalando lo ocurrido en relación con el ámbito de acción social con drogodependientes. La oferta institucional y la manera de trabajar actual tiene poco que ver con lo que hacíamos en los años ochenta. Los mismos profesionales que defendíamos la conveniencia de los programas libres de drogas como solución casi exclusiva argumentamos hoy la necesidad de ofrecer una respuesta plural y diversa que incluya, por qué no, la dispensación de heroína. Y en ese sentido hemos visto cómo determinados acontecimientos han supuesto auténticos momentos de ruptura, por ejemplo, el descubrimiento de la alta incidencia del VIH en la población consumidora de drogas por vía parenteral. O la constatación de que muchas personas no solicitaban ayuda ante sus dificultades para mantener la abstinencia. Los argumentos que antes se presentaban como irrefutables en otro contexto pierden su fuerza.

Así, el rigor de un corpus teórico implica coherencia discursiva, vinculación lógica entre los distintos conceptos. En educación social este es un aspecto sobre el que reflexionar, ya que muy habitualmente los conceptos son extraídos de su núcleo teórico y utilizados en otro modelo sin ni siquiera advertir de la contradicción que esto entraña. Así, como consecuencia de esta confusión epistemológica, reivindicamos la metodología propia de la educación social para los pacientes, hablamos de responsabilidad y elección, pero monitorizamos, hacemos seguimiento... Los distintos conceptos se mezclan despojados de su filiación teórica y dando lugar a discursos que en realidad no presentan una línea argumental coherente y que responden a paradigmas prácticamente antagónicos.

Afirmar que dos teorías son inconmensurables significa afirmar que no hay ningún lenguaje, neutral o de cualquier otro tipo, al que ambas teorías, concebidas como conjuntos de enunciados, puedan traducirse sin resto o pérdida.<sup>1</sup>

Ahora bien, en la formación de los educadores y educadoras sociales no abunda la reflexión sobre este aspecto de la ciencia. La sobrevaloración de la experiencia —que solo podemos entender como indeslindable de la teoría—, la utilización de textos de lectura fácil —diarios, testimonios— y la falta de tradición en cuanto a producción escrita y/o investigación han dificultado la provisión del utillaje intelectual tan necesario, en nuestra opinión, para leer y reconocer los distintos modelos y concepciones que se ponen en juego.

Por otra parte, en el ámbito que nos ocupa, ha sido un fenómeno reiterado el asociar el consumo de drogas a un consumo problemático, abusivo o dependiente y a un perfil de consumidor concreto. Las propuestas de inserción se han realizado, consecuentemente, tomando como punto de partida la imagen de aquella persona consumidora de drogas que resulta más «conflictiva» desde la perspectiva del orden social, aquella que ha transgredido la ley o que carece ya de soportes familiares y sociales resultando también más «visible». Se produce así un deslizamiento teórico que, de no estar atentos, podrá traducirse en dispositivos que respondan más a una lógica de control que a una promoción social del individuo. De esta forma, podemos observar cómo en ocasiones se crean redes paralelas cuya intención

supuestamente es la de favorecer la inserción, pero que, a la larga, constituyen otros lugares sociales donde determinados sujetos encuentran un lugar sin que por ello les sirva para ampliar su circulación social. Lo que encontramos entonces es un nuevo mapa,

«[...] una imagen diferente de lo social: la de un espacio homogeneizado, cruzado por circuitos previamente trazados y en la que los individuos son invitados o incitados a seguirlos según sus capacidades o incapacidades. (Así, la marginalidad misma en vez de ser un territorio inexplorado o rebelde puede convertirse en una zona acondicionada hacia la que se verán orientados los incapaces de adoptar las vías más competitivas)».

Castel (1986, pág. 243)<sup>2</sup>

Por tanto, como hemos visto, bajo el epígrafe de inserción, en ocasiones aparecen programas y dispositivos que, lejos de favorecer la circulación social, se convierten en espacios donde permanecer, en lugares en los que estar.

A nuestro entender, se hace necesario reivindicar, una vez más, el saber pedagógico o, si se prefiere, el lugar preeminente de la educación en estos procesos de acompañamiento. En su acepción latina, *educere*, como guía, frente a *educare*, como sinónimo de nutrir. Volver a ubicar la reflexión en ese punto nos permite definir el papel del educador social como ese agente que facilita, que orienta un proceso, que acompaña y que, finalmente, permite la circulación social de los sujetos restableciendo su condición de ciudadanía y posibilitando un espacio para la elección.

## 2. Una propuesta desde la educación social

### 2.1. Marco conceptual de la propuesta

Si, tal y como hemos comentado, consideramos al sujeto como efecto del lugar que ocupa y no tanto por sus propiedades intrínsecas —o de identidad—, nuestras acciones deben dirigirse fundamentalmente a favorecer su promoción social.

«[...] la educación social es un conjunto de prácticas educacionales que pueden realizarse en diferentes instituciones y que se orientan hacia la promoción cultural (con efectos sociales) de los sujetos. Dicha promoción tiene que ver con la posición de éstos como sujetos de derechos y deberes. Ello posibilita la transmisión (traspaso, recreación, circulación, acrecentamiento, pérdida, transformación) del patrimonio cultural de una generación a otra y entre los diversos grupos y sectores sociales. La educación social contribuye a la cohesión social, pues genera nuevos vínculos sociales al facilitar el intercambio y la actualización cultural de los sujetos.»

Núñez (1999, pág. 36)

Ahora bien, la transmisión del patrimonio cultural no debe entenderse meramente como una instrucción conceptual o formativa, sino que es fundamentalmente de carácter simbólico. La función del educador en los distintos programas no es la de diseñar los talleres de alfabetización, tarea esta que compete a un maestro. Es una transmisión en torno al vínculo, al contrato social, a la posición del sujeto en relación con este ordenamiento que le ha tocado

vivir y el lugar que el consumo y la transgresión ha desempeñado en ello.

«Se trata de recentrar el objeto de la Pedagogía en la construcción de la categoría “sujeto social” exenta de todo sustancialismo. Esto es, en el sujeto en tanto efecto de la red (lugares y elementos en relaciones de oposición), y no en tanto ente, con propiedades intrínsecas. La función de la educación se ubica no en relación al “interior” del sujeto, sino en relación a la circulación social del mismo: discriminación de normas, consecuencias sociales de las elecciones personales, adquisición de pautas culturales de relación... indudablemente la adquisición de estos recursos operará efectos en la estructura subjetiva, pero esto ya no es tema de la Pedagogía ni, menos aún, objetivo de la práctica educativa.»

Núñez (1990, pág. 73)

En el ámbito que nos ocupa, desde esta posición, creemos que la primera cuestión que hay que destacar es que debe hacerse posible la emergencia de la demanda, aspecto que solo acontece cuando el sujeto puede expresar un malestar en relación con el consumo de drogas. En este sentido, la obligatoriedad de algunos programas o la obtención de beneficios por iniciar un tratamiento —como es en ocasiones el caso en el ámbito de la ejecución penal— no favorece que el sujeto como tal plantee su posición, sea la que fuere, con su necesaria ambivalencia y malestar. No queremos decir con esto que la apertura de espacios en este ámbito no favorezca un cambio de posición, creemos que cumplen un papel valioso —especialmente en el interior de los centros penitenciarios— y que pueden favorecer la promoción social. No obstante, reiteramos, una vez más, que la abstinencia no ha de ser la finalidad que el profesional persiga con el sujeto, sino que pertenece a su ámbito particular de elecciones. La emergencia de la demanda puede obturarse con la imposición de programas o con un escoramiento de los mismos hacia el control, situación que el sujeto eludirá mediante mecanismos ya conocidos —de simulación, de rebelión, de colonización...

Motivación no es otra cosa que tener motivos y lo que hoy nos sirve puede cambiar mañana. Por lo tanto, no hablamos de un factor estático sino dinámico. Los diversos tiempos se articulan y dan lugar a escenarios diferentes y, en ese sentido, es importante poder acoger al sujeto en cada uno de los momentos que atraviese y ofrecerle un abanico de alternativas lo suficientemente variado y flexible para responder a cada una de las situaciones particulares.

Así, el manejo de los tiempos es también clave en la propuesta educativa. No es solo dar el tiempo, es también introducir un tiempo para mirar, pensar y concluir. Una vivencia que aparece en primer plano en numerosas ocasiones es la vivencia de urgencia, de premura. El hoy aparece en primer lugar y sin posibilidad de introducir un tiempo para el mañana... Es urgente hoy. La celeridad impide introducir el pensamiento y la distancia necesaria para resignificar(se). La vivencia de la dependencia se presenta monolítica, sin fisura ni espacio para la reflexión. Como hemos mencionado, podemos decir que estaremos en condiciones de trabajar en el momento en el que el sujeto advierte que algo se le escapa y no sabe explicarlo. No sabe qué le pasa y en ese punto pide ayuda. La emergencia de la demanda se acompaña de un cierto punto de extrañeza en el sujeto, hay algo de sí mismo que aparece como ingobernable, algo que le sorprende y produce sufrimiento aunque, obviamente, forma parte de él. Ese no-saber nos permite avanzar desde aquello que el sujeto sí sabe para dar una cierta

significación a su relación particular con el consumo. Este aspecto es esencial en el trabajo con el sujeto, ya que posibilita que adopte una posición de apertura, que plantee, que se interroge. En este proceso de intentar dar sentido, el sujeto elabora, busca un posible significado, descubre... él es el protagonista y el profesional es quien asume la responsabilidad por su tarea de orientar el proceso, que no es poco. Necesariamente en ese proceso el tiempo cumple un papel.

Dar el tiempo y dar el espacio. Ahora bien, en aras de posibilitar este trabajo de elaboración, es especialmente importante ofrecer espacios para la palabra, pero no se trata solo de escuchar al sujeto —imprescindible por otra parte— sino que se trata de ubicar en primer lugar el valor simbólico de la palabra y de la escucha. Así, es importante dar los espacios necesarios para que la palabra del sujeto aflore, pero es necesario que ese encuentro posibilite que el sujeto salga de la repetición y eso solo es posible mediante una escucha atenta, que no dé por supuesto que nos estamos entendiendo.

En el ámbito de las drogodependencias, como en otros donde el educador social despliega su labor, el discurso de la empatía y de la escucha activa ha favorecido la puerilización de la actuación profesional.

En cuanto a la empatía, el nombre procede del griego de la preposición *em-pathos*. El término *pathos* puede hacer referencia tanto a ‘sufrimiento’ como a ‘sentimiento’; de él derivan *patología* pero también *pasión*. *Em-patía* puede entenderse como la capacidad para ponerse en el lugar del otro, comprender —intelectualmente— lo que el otro está pensando. Entendemos que ese ejercicio es importante pero creemos que se requieren algunas matizaciones. En primer lugar, pensamos que es necesario destacar que no podemos ponernos en el lugar del otro porque, dicho coloquialmente y casi a modo de chiste, en ese lugar ya está él. Es este un aviso para navegantes; hay un punto donde se hace preciso que el profesional justamente no entienda, no se identifique, porque este desencuentro nos va a permitir trabajar. Entenderlo todo puede suponer borrar al otro y acabar, sin pretenderlo, hablando por él. Múltiples autores como Goleman o Gardner han aportado conceptos que apuntan en la misma dirección que la reseñada —inteligencia emocional en el caso de Goleman, inteligencia interpersonal en el caso de Gardner— y que sin duda conviene conocer pero introduciendo algunas salvedades.

En relación con la escucha activa, esta finalmente ha devenido prácticamente en manual al uso sobre cómo escuchar, que parece responder más a cuatro fórmulas estereotipadas que a una aproximación a cada uno de los sujetos con los que trabajamos en su particularidad. Parafrasear, no utilizar *por qué*, preguntar sobre el cómo... Realmente, hemos de decir que, en nuestra opinión, cada encuentro con el otro es particular y único y, evidentemente, podemos hacer por permitir que la palabra surja o, por el contrario, taponarla, pero difícilmente se reduce esta posición a cuatro consignas que se aprenden en una clase. ¿Significa eso que no puede transmitirse cómo favorecer la emergencia del sujeto en el encuentro con el profesional? Evidentemente la respuesta es no, podemos intentar transmitir cómo manejar una entrevista mediante el trabajo de casos pero, y ahí radica a nuestro entender uno de los

aspectos más fascinantes y creativos de nuestra profesión, cada caso es siempre particular y, por tanto, cada entrevista es diferente. Lo que fue bien con una persona no tiene por qué serlo con otra, los efectos que generó un silencio o un parafraseo no serán iguales en otra... Además, el trabajo de casos es siempre una construcción que el profesional realiza, recortando algunos aspectos, enfatizando otros...

Una situación frecuente en el trabajo con drogodependientes es que, en muchos casos, debido a trayectorias institucionales y vínculos profesionales previos, el sujeto reproduce una historia mil veces contada, que ni siquiera parece la suya. Esa posición puede aparecer en la entrevista con frases tipo “¿esto también te interesa?”. Alentar un cambio en esa posición permite la introducción de algo nuevo en esa dinámica y abre la puerta a una dialéctica nueva donde el compromiso del sujeto con la palabra cobra protagonismo. La mirada particular, el caso por caso, nos servirá para diseñar las hipótesis de trabajo que dibujarán el recorrido. Ahora bien, para conseguir este objetivo este trazado debe incardinarse con una lógica flexible, desde el interés que permita alojar el enigma que cada sujeto representa.

Finalmente, hay dos aspectos clave que hay que considerar en el marco de la relación educativa: el establecimiento de límites y el retorno de la responsabilidad al sujeto.

En múltiples situaciones la experiencia en torno a la norma y a la autoridad en el entorno familiar o en el paso por algunas instituciones no ha contribuido a una cierta interiorización de la misma, ubicándola como garante de la convivencia —cuestionándola si es preciso. La ubicación de límites es necesaria para operar un cambio y favorecer cierto sosiego. Se trata de no dimitir de la función de control que toda promoción social comporta, pero haciéndolo desde una posición de autoridad fundamentada en el saber y el respeto, lejos de moralinas o de imposiciones arbitrarias.

Y en ese punto, y como marco general de la relación, es importante restablecer el lugar del sujeto como sujeto responsable. La responsabilidad debe entenderse como condición *sine qua non* que nos permitirá cambiar en la medida que nos permitirá elegir otra cosa, pero también responsabilidad será responder de la propia historia y de todo el conjunto de decisiones que han ido dibujando nuestra trayectoria. Por lo tanto, nuestra función ha de favorecer a la vez una reflexión en torno a la responsabilidad del sujeto en las diversas acciones de su existencia, pasadas y presentes. No podemos dividir al individuo para trabajar cada aspecto por separado. Evidentemente, desde una perspectiva metodológica, ordenamos contenidos, secuenciamos y temporalizamos procesos, actividades... pero el sujeto es algo más complejo y poliédrico y sus diversas dimensiones aparecen imbricadas y estrechamente vinculadas a su historia de tal suerte que debe hacerse cargo de todas y cada una de las elecciones y disyuntivas; en definitiva, de las decisiones tomadas y sus consecuencias.

Ubicar la responsabilidad, y por ende al sujeto, en la centralidad de lo que ocurre es tarea fundamental, en ocasiones en un sutil juego de equilibrios casi imposible.

## 2.2. Metodología

Entendemos que la metodología, el cómo, ha de ir en consonancia al modelo de actuación. En ese sentido, durante muchos años, la herencia positivista ha impregnado las diversas actuaciones y ha hecho de la observación una herramienta indispensable. Bases de datos, controles de asistencia, registros de entrevistas en expediente, registros de actividad grupal... La acción educativa parecía andar más preocupada en ejercer un control que en dar el espacio para el ejercicio de las elecciones. No pretendemos cuestionar estas prácticas de *per se*; evidentemente muchas de estas herramientas son útiles para evaluar el cumplimiento de los objetivos acordados, pero justamente han de ser eso, instrumentos «para», no finalidades en sí mismas.

Vinculado al uso de estas herramientas encontramos en ocasiones un gran despliegue de actividad que podríamos calificar de burocrática. Esta actividad absorbe gran parte del tiempo de los profesionales sin que aparezca de forma clara su utilidad. Informes, registros, indicadores de ocupación mensual... Algunos de estos registros se han de remitir a las administraciones que financian el proyecto,<sup>3</sup> a los observatorios del territorio, al juez de vigilancia... Entendemos que de cumplirse el objetivo por el que supuestamente son recopilados estos datos, la evaluación, probablemente podríamos obtener informaciones que nos permitieran repensar algunas prácticas, pero en ocasiones muchos de estos documentos se pierden sin que llegue a obtenerse nada de ellos.

En relación con este aspecto, la proliferación de protocolos, instrucciones, indicadores y porcentajes de cumplimiento abunda en la misma dirección. En ese sentido quisiéramos alertar del riesgo que puede suponer la aplicación de estándares si no se realizan preservando la particularidad de las instituciones o de los propios sujetos con los que trabajamos. Es la nuestra una profesión relativamente joven —como mínimo en su carácter formal— y es, por tanto, una aportación valiosa todo aquello que contribuya a la rigurosa evaluación de programas. Ahora bien, el protocolo no debe sustituir al sujeto ni debe ser un instrumento de control profesional que obture la creatividad de los equipos.

Este afán totalizador se muestra asimismo en la presión que se ejerce sobre el sujeto para que lo cuente «todo» de sí mismo, acción esta que en el argot institucional halla sus expresiones más floridas: «tienes que profundizar más», «tienes que abrirte»...

Si tenemos en cuenta que algo que puede caracterizar una relación de dependencia es el efecto totalizador que esta tiene en la existencia de un sujeto —de tal suerte que toda su vida se vertebra en torno a esa relación; en este caso en torno a una o más sustancias—, resulta cuando menos paradójico que la oferta institucional se haya presentado de forma similar especialmente en la década de los ochenta y principios de los noventa, ofreciendo otro «todo» para este sujeto. Durante muchos años, tal y como señala Artegoitia, el toxicómano consumió tantas drogas como instituciones<sup>4</sup> llegando en ocasiones a constituir su «existencia institucional» una existencia alternativa, un lugar en el que sostenerse. Evidentemente, en el momento actual, este es un efecto conocido y cuestionado, pero todavía pervive en algunas instituciones.

La metodología que proponemos ha de vertebrarse en torno a actuaciones flexibles, particularizadas, compartidas desde el equipo profesional. La evaluación ha de estar al servicio de los objetivos, no puede en ningún caso ser el objetivo y ha de ser evaluación de proceso, de resultado, de impacto y de satisfacción —con la dificultad que en ocasiones puede comportar. Y, una vez más, el sujeto ha de estar en el centro de nuestras actuaciones proponiéndole alternativas y trabajando a la vez con la comunidad.

## **2.3. Funciones del educador social en el ámbito**

Como hemos ido señalando a lo largo del libro, la dependencia a sustancias comporta aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Así, la acción social con drogodependientes se efectúa desde diversas disciplinas teóricas tales como la medicina, la psicología, el psicoanálisis, la pedagogía, el trabajo social, la educación social, el derecho... Son diversas las figuras profesionales que actúan y trabajan en equipo, lo que implica un marco interdisciplinar, lugar donde cada disciplina elabora su objeto de intervención, abordando cada una de ellas aspectos parciales en la resolución de las demandas que recibimos por parte de los sujetos.

«La definición de interdisciplinariedad implica que cada disciplina puede hacer sus propias aportaciones, en consonancia con la lógica de su discurso, pero no hay totalización posible. Por eso los equipos no son lugares de totalización del saber sino más bien de descompletamiento.»

Tizio (2002, pág. 210)

Desde la perspectiva comentada, interdisciplinar se opone a multidisciplinar, espacio convertido en totalizador de las lecturas que del fenómeno drogas se producen. Por ejemplo, si en un equipo de trabajo integrado por diferentes profesionales, prevalece la categoría paciente, usándola indistintamente para las diferentes intervenciones, tendremos un andamiaje pobre epistemológicamente hablando, por cuanto no existirá intercambio disciplinar real.

Se trata, pues, de compartir democráticamente los espacios profesionales, aportando desde los diversos marcos disciplinarios en el seno de una relación que entendemos como no jerárquica.

### **2.3.1. La incorporación de la figura del educador en el ámbito**

La inserción de la figura de educador social en algunos equipos interdisciplinares ha resultado en ocasiones difícil. Probablemente en un primer momento la ausencia de una formación universitaria reglada —recordemos que la única formación se cursaba en la Escuela de Educadores Especializados Flor de Maig y no era universitaria— contribuyó a acentuar esa situación hasta que finalmente apareció la diplomatura —que posteriormente sería el grado que conocemos en la actualidad. La inexistencia de una formación universitaria propició que los lugares de educador social fueran ocupados en los equipos por personas sin formación o de formación diversa.

En el ámbito que nos ocupa a esta situación debe sumarse la inclusión de personas que habían finalizado su programa de tratamiento como drogodependientes y pasaban a formar parte de la organización donde lo habían realizado, muy frecuentemente dentro incluso de la misma institución. La elección profesional se convertía así en una opción de inserción quedando desprovista de elementos vinculados a un saber y ni siquiera relacionada con un itinerario formativo. La demanda —más o menos implícita— que estos profesionales recibían era la de compartir su propia experiencia para, ubicándose como ejemplo ante los demás, servir de motivación para el cambio. Por lo tanto, la función educativa era una función vertebrada en torno a las características personales y a la historia de cada uno de ellos. Por otra parte, en relación con su incorporación en el equipo, hemos de destacar que en muchas ocasiones era el mismo equipo de profesionales que había trabajado con él como «caso» aunque ahora fuera un equipo «visto del otro lado». Por otra parte, era una práctica frecuente que los distintos test psicométricos, así como los expedientes que relataban el paso por la institución de aquellos que después se incorporaban en el equipo se encontrarán archivados con el resto y, por tanto, a disposición de cualquier miembro del equipo que quisiera consultarlos. La privacidad quedaba por lo tanto expuesta.

En otro orden de cosas, es notable la escasez de producción del colectivo profesional por lo que resulta difícil poder establecer una mínima cronología histórica de los diferentes momentos o aventurar hipótesis al respecto. Intentaremos, no obstante, clarificar algunas prácticas frecuentes en los años ochenta y principios de los noventa en múltiples instituciones de las denominadas profesionales anticipando ya desde este momento que algunas de ellas perduran todavía hoy. No nos queda más que recurrir al recuerdo de la propia experiencia en distintos equipos profesionales de aquella época intentando describir de la manera más fiel posible los hechos allí acontecidos. En ese sentido, como toda historia, será también una historia de las interpretaciones.

Podríamos decir que en los primeros equipos profesionales que se constituyeron en la década de los ochenta en los diferentes programas, la función del educador era una función prácticamente auxiliar, combinando tareas de control con tareas de mero acompañamiento asistencial. En un intento de clasificación podríamos enumerar como funciones propias del educador en aquel contexto las siguientes:

- Funciones administrativas que se delegaban en la figura del educador generalmente como efecto de una falta de recursos, aunque también como consecuencia de una cierta confusión. Así, era una situación habitual en numerosas instituciones que la figura administrativa, cuando la había, fuera sustituida por educador en época de vacaciones. Dentro de estas tareas era habitual ocuparse de la atención telefónica, abrir la puerta, controlar y distribuir los ingresos de las personas atendidas, realizar listados diarios, efectuar los pedidos del material de oficina...
- Funciones de auxiliar al equipo sanitario, en ocasiones ocupando claramente el lugar de un auxiliar de clínica o similar. Dentro de estas tareas destacan realizar las analíticas de orina ocupándose asimismo de su gestión —envío a laboratorio, recepción de resultados—, la

administración de interdictores de alcohol o antagonistas opiáceos, la supervisión de las existencias de medicamentos y elaboración de pedido...

- Funciones de control y vigilancia tales como el registro de pertenencias —en ocasiones incluyendo la ropa— previo al ingreso en la comunidad terapéutica, la supervisión de las distintas tareas y sanciones aplicadas en la institución —limpieza de los baños, preparación de desayunos—, las rondas nocturnas para verificar que todo el mundo está durmiendo...

Constatamos pues cómo la incorporación del colectivo profesional fue, en un primer momento, asumiendo funciones de carácter auxiliar sin especificidad propia. La ausencia de órganos de representación —si bien existía la asociación de educadores y educadores no había todavía un colegio profesional—, así como la inexistencia de convenios laborales que regularan la situación contribuyó a arrojar más confusión si cabe.

De manera progresiva, y ciertamente vinculado a la formación, las tareas que desempeña la figura de educador han ido dotándose de contenido y especificidad. Actualmente, si bien es una práctica que todavía puede observarse, podemos decir que no es frecuente la contratación de otros perfiles profesionales para el desempeño de la función. No obstante, sí hay dos cuestiones que se observan con claridad en este ámbito y sobre las que conviene reflexionar:

- Por una parte, la redefinición de lugares profesionales en las instituciones con el claro objetivo de reducir costes y que promueven la sustitución de los educadores sociales por monitores —en posesión de un título de ciclo formativo.
- Por otra parte, la vuelta a un discurso predominantemente médico que cuestiona o relega a un segundo plano otro tipo de miradas y, por ende, los profesionales que las representan.
- Finalmente, la contratación de profesionales con formaciones análogas como educadores —muy frecuentemente psicólogos.

### **2.3.2. Funciones del educador**

Ofreceremos a continuación una lista de las funciones habitualmente asignadas a los educadores sociales en el ámbito que nos ocupa, si bien las mismas son susceptibles de ser redefinidas o ampliadas:

- Favorecer el vínculo con los participantes mediante el desarrollo de actividades grupales, talleres y/o entrevistas.
- Promover la emergencia del interés identificando aquellas actividades que puedan resultar más atractivas.
- Diseñar, evaluar y conducir actividades y talleres.
- Favorecer la interrelación con la red comunitaria.
- Proporcionar herramientas para ampliar la circulación social de los sujetos, incidiendo en la transmisión del patrimonio cultural así como en el denominado tiempo libre.
- Orientar el proceso de inserción.
- Promover la participación y la autogestión de espacios siempre que sea posible en el marco institucional.

- Participar en las reuniones de equipo.
- Coordinar con los distintos profesionales el diseño e implementación de acciones de prevención.
- Elaborar materiales de difusión de las actividades si es conveniente.
- Promover acciones de sensibilización.

En líneas generales, como en otros programas de acción social con drogodependientes, podemos decir que las tareas que se asignan al colectivo profesional son las que guardan relación con la inserción laboral, la gestión del tiempo libre y la participación en el programa, entre otras.

En cuanto a los talleres en muchas ocasiones se demanda que estos tomen como eje la educación para la salud resultando en ocasiones difícil dilucidar cuáles de estos contenidos podríamos considerar pedagógicos y cuáles responden a otro tipo de miradas —o cuáles de estos contenidos deben ser impartidos por el educador social y cuáles por otro tipo de profesionales vinculados al ámbito sanitario.

Por otra parte, es habitual la utilización de algunos términos como *seguimiento socioeducativo* o *desarrollo integral* que remiten a una concepción pedagógica que no compartiríamos —en el caso del seguimiento entendemos que en realidad enmascara una función de vigilar, así como desarrollo integral responde a una concepción del sujeto como un todo.

---

1. Th. Kuhn (1989). *¿Qué son las revoluciones científicas? y otros ensayos*. Barcelona: Paidós (pág. 99)

2. En esta línea recomendamos asimismo la lectura del libro de Ch. Laval, *La escuela no es una empresa: el ataque neoliberal a la enseñanza pública*. El autor nos plantea cómo el propio circuito de la escuela puede servir a los fines del mercado formando a los futuros trabajadores «basura» del mañana.

3. Pensamos que la rendición de cuentas al financiador es un aspecto necesario e ineludible, pero en algunos casos esta deviene casi un imposible. Por ejemplo, determinadas administraciones solicitan listados diarios de datos sin que exista después un trabajo o un intercambio al respecto.

4. A. Artegoitia. «La institución para toxicómanos». *Cuadernos europeos de Psicoanálisis*. País Vasco (pág. 37).

## A modo de cierre. Los retos

De manera sintética, a modo casi de despedida, quisiéramos enunciar algunas cuestiones que a nuestro juicio suponen los principales retos en el ámbito que nos ocupa, algunos de carácter global y otros más específicamente relativos a nuestra profesión.

Desde una mirada amplia, uno de los retos fundamentales es abordar el consumo de drogas como un problema vinculado a las políticas de derechos humanos. En este sentido, la denominada guerra contra el narcotráfico se ha revelado como ineficaz y el conflicto y la violencia que padecen muchos países —especialmente en Latinoamérica— guardan estrecha relación con las políticas emprendidas al respecto. Podríamos decir que la estrategia prohibicionista ha conseguido efectos contrarios a los aparentemente perseguidos.

«[...] la ONU ha llamado la atención sobre ciertas inquietudes en torno al quebrantamiento de derechos humanos fundamentales en el intento de cumplir con objetivos de fiscalización de drogas.»<sup>1</sup>

Otra cuestión vinculada a la anterior es la necesidad de abrir un debate serio en torno a la regulación, discusión que ha empezado a darse también en nuestro contexto vinculado al consumo de marihuana y a los clubes de cannabis.<sup>2</sup> Más allá de los posibles usos médicos, creemos importante también abrir la puerta a la elección del ciudadano.

Finalmente, entendemos que las respuestas particularizadas han de adaptarse al máximo a las diversas situaciones y, por tanto, creemos que queda camino por recorrer en cuanto a la reducción de daños y la gestión de riesgos y placeres, desde la flexibilidad y teniendo en cuenta cada uno de los momentos. La mirada, en un intento de recoger la diversidad, debe contemplar todas las variables. En ese sentido, la mirada de género debe incorporarse a la oferta asistencial. El consumo de drogas por parte de las mujeres ha sido invisibilizado y las respuestas asistenciales han ignorado su especificidad. Podemos afirmar que desde hace unos años se ha realizado un importante esfuerzo por incluir esta realidad pero también es este un reto pendiente.

En cuanto a los aspectos susceptibles de mejora y relativos al ejercicio de la educación social, es necesario efectuar una tarea crítica de revisión conceptual. Entendemos que este quehacer nos compromete en una doble dirección. Por una parte, en cuanto a lo que hace referencia en relación con los modelos y conceptos hoy vigentes que debieran analizarse de forma rigurosa ubicando la reflexión teórica en el centro mismo de nuestra labor. Por otra parte, creemos que es importante que este análisis se refleje en documentos. Como ya hemos señalado a lo largo de estas páginas, en nuestra opinión la producción escrita es todavía una tarea pendiente.

Otro aspecto relevante relacionado con el anterior es favorecer la investigación en el ámbito, aspecto este que en muchas ocasiones queda circunscrito únicamente a cuestiones

estadísticas.

Consideramos asimismo que resulta ineludible participar de los distintos foros y espacios profesionales donde se abordan cuestiones relativas a políticas sociales con el objetivo de incidir en las mismas intentando promover líneas de actuación que ubiquen la consideración del sujeto como ciudadano en primera instancia y que aborden los problemas derivados del prohibicionismo.

Por último, entendemos que en este momento actual es preciso favorecer encuentros presenciales y virtuales de todo tipo, articulando nuevas estructuras de trabajo configuradas de forma reticular y novedosa. Pensamos que la participación en distintas redes favorece la construcción colectiva de conocimiento.

---

1. Consorcio internacional sobre política de drogas (2010). *Guía sobre políticas de drogas* (pág. 8) <[www.idpc.net](http://www.idpc.net)>

2. Al respecto recomendamos la lectura de *Hacer de la necesidad, virtud*.

# Bibliografía

- Aguiló, M.** (1917). *Materials lexicogràfics aplegats*. Barcelona: Institut d'estudis catalans, Palau de la Diputació.
- Alcover, F; Moll, B.** (1961-1969). *Diccionari català-valencià-balear*. Palma de Mallorca: D. C. V. D.
- Aleman, B.** (1930). *Vocabulario de las obras de D. Luis de Góngora y Argote*. Madrid: Real Academia de la lengua española.
- Arana, X.; Marquez, I.** (1998). *Los agentes sociales ante las drogas*. Madrid: Dykinson.
- Arza, J.; Carrón, J.** (2014). «La influencia de los sistemas y modelos de creencias en la evolución de las políticas sobre drogodependencias». *Dianova*.
- Ayestarán, S.** (2005). *Guía para el trabajo en equipo*. Donostia: Cátedra de Calidad de la Universidad de San Sebastián.
- Balandier, G.** (2009) *El desorden. La teoría del caos y las ciencias sociales*. Barcelona: Gedisa.
- Barra, A.; Joloy, D.; Sánchez, L.** (coord.) (2015). *Drogas en movimiento*. AC Espolea.
- Bauman, Z.** (2005). *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Berjano, E; Musitu, G.** (1987). *Las drogas. Análisis teórico y métodos de intervención*. Valencia: Nau llibres.
- Bochenski, J. M.** (1978). *¿Qué es autoridad?* Barcelona: Herder.
- Borja, J.; Castells, M.** (1997). *Local y global. La gestión de las ciudades en la era de la información*. Madrid: Taurus.
- Buning, E. C.; Drucker, E.; Newcombe, R., y otros** (1995). *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona: Grup IGIA
- Calafat, A.** (2002). *Tú decides: programa municipal de prevención de las adicciones*. Zaragoza: Ayuntamiento de Zaragoza. [Material cedido por el Instituto Municipal de Salud Pública del Ayuntamiento de Barcelona, rev. y actualizado con la autorización de los autores.]
- Cameron, D. C.; Kramer, J. F.** (1975). *Manual sobre dependencia de las drogas*. Ginebra: OMS.
- Castel, R.** (1986). «De la peligrosidad al riesgo». En: VV. AA. *Materiales de sociología crítica*. Madrid: La Piqueta.
- Castel, R.** (1992). *Evolución de las opiniones, actitudes y comportamientos de los españoles ante el tabaco, el alcohol y las drogas ilegales entre 1979 y 1992*. Madrid: CIS.
- Catania, G.** (2004). *Sobre una propuesta de recomendación del Parlamento europeo destinada al consejo sobre estrategia europea en materia de lucha contra la droga* [Informe Catania']. Bruselas: Parlamento europeo.
- Colectivo Ioé** (1989). *Papel actual y futuro del personal voluntario en programas de atención a toxicómanos* [documento en línea]. Madrid: Cruz Roja. <<http://www.colectivoioe.org/uploads/3e2f826c78c772738bd1dd49b90d994b1f9a3328.pdf>>
- Comas, D.** (1988). *El tratamiento de la drogodependencia y las comunidades terapéuticas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo («Comunidad y drogas»).
- Comas, D.** (1992). *Evolución de las opiniones, actitudes y comportamientos de los españoles ante el tabaco, el alcohol y las drogas ilegales entre 1979 y 1992*. Madrid: CIS.
- Comas, D.** (1997). «Representación social y estrategias sobre drogas: el caso español». En: VV. AA. *Aprender y cambiar: balance y perspectivas de la intervención sobre drogas en Europa*. Barcelona: Ayuntamiento/ITACA.
- Comas, D.** (1998). «Ciudadanos, profesionales, instituciones, programas de investigación y movimientos sociales en la prevención de las drogodependencias». *ITACA* (vol. 3, n.º 2).
- Comas, D.; Elzo, J.; Laespada, T., y otros** (2000). *Las culturas de las drogas en los jóvenes*. Vitoria: Gobierno Vasco.
- Comas, D.** (2006). *Comunidades terapéuticas en España. Situación actual y propuesta funcional*. Grupo GID.
- Comas, D.** (dir.) (2010). *La metodología de la comunidad terapéutica*. Madrid: Fundación Atenea Grupo GID.
- Corominas, J.** (1990). *Diccionari etimològic i complementari de la llengua catalana*. Barcelona: Curial edicions catalanes.
- Corominas, J.** (1991). *Diccionario crítico etimológico*. Madrid: Gredos.
- Corripio, F.** (1975). *Diccionario de incorrecciones*. Barcelona: Bruguera.
- Cruz, M.; Vattimo, G.** (eds.) (1999). *Pensar en el siglo*. Madrid: Taurus.

- Dardot, P.; Laval, Ch.** (2015). *Común: ensayo sobre la revolución en el siglo XXI*. Barcelona: Gedisa.
- Deleuze, G.** (1987). *Foucault*. Barcelona: Paidós Studio
- Delors, J.** (2002). *La educación encierra un tesoro. Informe Delors*. Madrid: Santillana.
- Domínguez, J. L.; Silveira, H. C.** (1987). *Aproximación al control de las drogodependencias en Cataluña. Poder y control* (n.º 2). Barcelona: PPU.
- Edwards, G.; Arif, A.** *Los problemas de la droga en el contexto sociocultural*. Ginebra: OMS
- Edwards, G.; Arif, A.; Hodgson, R.** (1982) *Nomenclature et classification des problèmes liés à la consommation de drogue et d'alcool. Memorandum de l'OMS. Bulletin de l'organisation Mondiale de la Santé*. Gèneve: OMS.
- El Roto** [Seudónimo de A. Rabago García] (2011, 13 de julio). «Las viñetas de El País». Madrid: El País.
- Escohotado, A.** (1996). *Aprendiendo de las drogas*. Barcelona: Compactos Anagrama.
- Escohotado, A.** (2008). *Historia general de las drogas*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Fitoussi, J.-P.; Rosanvallon, P.** (1997). *La nueva era de las desigualdades*. Buenos Aires: Manantial.
- Funes, J.** (1985). «Las toxicomanías. Prevención, Asistencia y Reinserción». *Cuadernos Técnicos de Toxicomanías* (n.º 5). Madrid: Cruz Roja Española / Dirección General de Acción Social.
- Funes, J.; Romaní, O.** (1985). *Dejar la heroína*. Madrid: Cruz Roja Española.
- Funes, J.** (dir.) (1991). *Drogodependencias e incorporación social*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (Delegación del Plan nacional sobre drogas).
- Freud, S.** (1990). *El malestar en la cultura*. Madrid: Alianza Editorial.
- Guía sobre políticas de drogas* (2010). Consorcio internacional sobre política de drogas. <<http://www.idpc.net>>
- Godefroy, F.** (1883). *Dictionnaire de l'ancien langue française et de tous ses dialectes du IX au XV siècle*. París.
- Goffman, E.** (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu editores.
- Goffman, E.** (1987). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu/Murguía
- Goffman, E.** (2006). *Frame Analysis: los marcos de la experiencia*. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- González, E.** (1985, 28 de agosto). «Ayudar, tratar, curar al drogadicto». *El País* [artículo en línea]. <[http://elpais.com/diario/1985/08/28/sociedad/494028001\\_850215.html](http://elpais.com/diario/1985/08/28/sociedad/494028001_850215.html)>
- González, S.; Rodríguez, A.** (1989). *Fenómeno sectario y drogodependencia*. Barcelona: Grup IGIA.
- Grupo Igia** (2002). «Documento de consenso sobre la reducción de daños y riesgos relacionada con el uso de drogas» [artículo en línea]. *Norte de Salud Mental* (n.º 15) <<https://goo.gl/16fevA>>
- Han, B.-C.** (2012). *La sociedad de la transparencia*. Barcelona: Herder.
- Helliwell, J; Layard, R; Sachs, J.** (2015). *Informe mundial sobre la felicidad 2015* [documento en línea]. <[http://worldhappiness.report/wp-content/uploads/sites/2/2015/04/WHR-2015-summary\\_final-ES.pdf](http://worldhappiness.report/wp-content/uploads/sites/2/2015/04/WHR-2015-summary_final-ES.pdf)>
- Hernández, J. L.** (1976). *Léxico del marginalismo del siglo de Oro*. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Inciardi, J.** (2000). *The drug legalization debate*. Londres: SAGE
- Informe europeo sobre drogas* (2014). Lisboa: Observatorio europeo de las drogas y las toxicomanías (Oficina de publicaciones Unión Europea).
- Informe ONU-HABITAT* (2014) Nairobi (Kenia): Programa de Naciones Unidas para los asentamientos urbanos. United Nation Human Settlements Programme.
- Instrucción 2/2013, de 5 agosto, de la Fiscalía General del Estado.
- Jones, M.** (1962). *Psiquiatría Social*. Buenos Aires: Escuela.
- Karsz, S.** (dir.). (2000). *L'Exclusion, définir pour en finir*. París: Dunod.
- Korman, V.** (1996). *Y antes de la droga, ¿qué? Una introducción a la teoría psicoanalítica de la estructuración del sujeto*. Barcelona: Grupo IGIA.
- Laporte, J.** (1976) *Les drogues*. Barcelona: Edicions 62
- Laval, Ch.** (2004). *La escuela no es una empresa: el ataque neoliberal a la enseñanza pública*. Barcelona: Paidós.
- León, G. de** (2004). *La comunidad terapéutica y las adicciones. Teoría, modelo y método*. Bilbao: Desclee De Brouwer.
- Lévi-Strauss, C.** (1998). *Las estructuras elementales del parentesco*. Barcelona: Paidós.
- Lewin, L.** (2009). *Phantastica: drogas narcóticas, estimulantes y visionarias*. Madrid: Dykinson.

- Main, T.** (1946). «The Hospital as a Therapeutic Institution». *Bulletin of the Menninger Clinic* (n.º 10, págs. 66-70)
- Marinoff, Lou** (2005). *Más Platón y menos Prozac*. Barcelona: Zeta.
- Martínez, D. P.; Pallarés, J.** (eds.) (2013). *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*. Lérida: Milenio.
- Maura, T.** (2009). *El modelo de la reducción de daños; la sala de consumo supervisado*. En: VV. AA. *Reducción de daños. Lo aprendido de la heroína*. Instituto Deusto de Drogodependencias («Serie drogodependencias», 24).
- Megías, E.** (2000). «Organización de los servicios asistenciales». En: *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias*. Barcelona: Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona / IMSP.
- Meirieu, P.** (1998). *Frankenstein educador*. Barcelona: Laertes.
- Ministerio de Sanidad y Política Social.** Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre drogas (2009). *Estrategia Nacional sobre Drogas* [documento en línea]. <<https://goo.gl/iE2PS>>
- Mino, A.** (2000). «Evolución de las políticas asistenciales en drogodependencias». En: VV. AA. *Contextos, sujetos, drogas*. Barcelona: IGIA.
- Montaigne, M.** (2007). *Los ensayos*. Barcelona: El acantilado.
- Nieva, P.; Baulenas, G.; Borrás, T.** (1995). *Centros de Encuentro y Acogida. Documento de referencia*. Barcelona: IPSS / Grup IGIA / P. N. D.
- Núñez, V.** (1990). *Modelos de educación social en la época contemporánea*. Barcelona: PPU.
- Núñez, V.** (1997). «De la educación en el tiempo y sus tiempos» [conferencia]. En: *Seminario Internacional Construyendo un Saber sobre la escuela*. Buenos Aires, 18 y 19 de abril.
- Núñez, V.** (1999). *Pedagogía Social: cartas para navegar en el nuevo milenio*. Buenos Aires: Santillana.
- Núñez, V.** (2002). *Direct. La educación en tiempos de incertidumbre: las apuestas de la Pedagogía Social*. Barcelona: Gedisa.
- Observatorio Español sobre Drogas** (2000). *Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre drogas. Ministerio del Interior.
- OMS** (1964). *Informe del Comité de Expertos de la OMS en farmacodependencia*. Ginebra: OMS («Serie de Informes Técnicos», 13)
- Organización Mundial de la Salud** (1952). *Tercer informe del Comité de Expertos de la OMS en drogas capaces de producir toxicomanía*. Ginebra. OMS («Serie de informes técnicos»)
- Parés, O.; Bouso, J. C.** (2015). *Hacer de la necesidad, virtud. Política de drogas en Cataluña, de la acción local hacia el cambio global*. Fundaciones Open Society.
- Pastor, J. C.; López-Latorre, M. J.** (1993). *Modelos teóricos de prevención en toxicomanías: una propuesta de clasificación* [artículo en línea]. *Anales de psicología* (n.º 9 (1), págs. 19-30). Valencia: Universidad de Valencia. <[http://www.um.es/analesps/v09/v09\\_1/03-09\\_1.pdf](http://www.um.es/analesps/v09/v09_1/03-09_1.pdf)>
- Pla director de salut mental i addiccions* (2006) [documento en línea]. Barcelona: Direcció General de Planificació y Avaluació. <[http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home\\_canal\\_salut/ciutadania/la\\_salut\\_de\\_la\\_a\\_a\\_la\\_z/d/depressio/documents/salut](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/ciutadania/la_salut_de_la_a_a_la_z/d/depressio/documents/salut)>
- Polo, L.; Zelaya, M.** (1985). *Comunidades terapéuticas para toxicómanos*. Madrid: Dirección General de Acción Social (Cruz Roja).
- Puig, S.; Soler, P. A.** (1981). *Clínica de opiáceos*. En: F. Freixa; P. A. Soler (eds.). *Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario*. Barcelona: Fontanella.
- Putnam, R.** (2002). *Solo en la bolera: colapso y resurgimiento de la comunidad americana*. Barcelona: Galaxia Gutenberg.
- Rifkin, J.** (2000). *La era del acceso*. Barcelona: Paidós.
- Rifkin, J.** (2010). *La civilización empática*. Barcelona: Paidós.
- Rivera Álvarez, J. M.** (1995). «El Plan Nacional Sobre Drogas: un modelo de coordinación estatal de las actividades prestacionales de nuestra Administración». *Cuadernos de Trabajo Social* (n.º 8, págs. 259-270).
- Rizzo, N.** (1984). «A propos des communautés thérapeutiques». *Les cahiers du Great* (n.º 1).
- Rodrigué, E.** (1965). *Biografía de una comunidad terapéutica*. Buenos Aires: Eudeba.

- Roque Barcia, D.** (1880). *Primer diccionario etimológico de la lengua castellana*. Barcelona: F. Seix, editor.
- Ruiz Zafón, C.** (2001). *La sombra del viento*. Barcelona: Planeta.
- Salazar J. L.; Salazar, L. Trujols, J.** (1999). «Los usuarios de drogas como ciudadanos: los programas de reducción de daños». En: E. Becoña; I. Salazar; A. Rodríguez (eds). *Drogodependencias V. Avances* (pág. 343-378). Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- Santamaría, F. J.** (1978). *Diccionario de mejicanismos*. México.
- Savater, F.** (2007). *Diccionario filosófico*. Barcelona: Ariel.
- Schivelbusch, W.** (1995). *Historia de los estimulantes*. Barcelona: Anagrama.
- Seligman, M. E. P.** (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Ediciones B.
- Spinoza, B.** (1997). *Ética*. Madrid: Alianza editorial.
- Szasz, Th.** (1992). *Nuestro derecho a las drogas*. Barcelona: Anagrama.
- Therapeutic Community: A New Treatment. Method in Psychiatry* (1953). Nueva York: Basic Books.
- Tizio, H.** (2002). «Sobre las instituciones». En: *La educación en tiempos de incertidumbre: las apuestas de la Pedagogía social*. Barcelona: Gedisa.
- Tizio, H.** (2003). *Reinventar el vínculo educativo: aportaciones de la Pedagogía Social y el Psicoanálisis*. Barcelona: Gedisa («Biblioteca de Educación»).
- Trinidad, A.; Martín-Lagos, M. D.; Fernández, M.** (dirs.) (2003). *Evaluación diagnóstica de los Planes Autonómicos sobre drogas*. Madrid: Ministerio del Interior, Secretaría General Técnica.
- Touraine, A.** (1999). *¿Cómo salir del liberalismo?* Barcelona: Paidós.
- Vera, E.** (1988). *Droga, psicoanálisis y toxicomanía*. Barcelona: Paidós.
- Verdú, V.** (2006). *Capitalismo de ficción*. Barcelona: Anagrama.
- VV. AA.** (1987). *Reinserción social y drogodependencias*. Madrid: Asociación para el estudio y promoción del bienestar social.
- VV. AA.** (2000). *Intervención educativa en educación social*. Madrid: Síntesis.
- VV. AA.** (2000). *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias*. Barcelona: Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona / IMSP.
- VV. AA.** (2008). *Glosario de términos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. <[http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)>
- VV. AA.** (2010). *Guía política sobre drogas*. Ed. IDPC-Open Society Foundation
- Wacquant, L.** (2007). *Parias urbanos. Marginalidad en la ciudad*. Buenos Aires: Manantial.

## Webgrafía

- «Aquí es más fácil comprar un gramo que una barra de pan» (Cuatro, programa *Callejeros*): [http://www.cuatro.com/callejeros/Archivotemporada-08/t08xp13-san-lazaro/facil-comprar-gramo-barra-pan\\_2\\_1520430107.html](http://www.cuatro.com/callejeros/Archivotemporada-08/t08xp13-san-lazaro/facil-comprar-gramo-barra-pan_2_1520430107.html)
- Alcohólicos Anónimos: [http://www.alcoholicos-anonimos.org/v\\_portal/apartados/apartado.asp](http://www.alcoholicos-anonimos.org/v_portal/apartados/apartado.asp)
- Constitución de la organización mundial de la salud: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>
- El infierno de la droga desde dentro (YouTube): <http://www.youtube.com/watch?v=k5rH7xaPC1c>
- Estrategia de la Unión Europea en materia de drogas: [http://europa.eu/legislation\\_summaries/justice\\_freedom\\_security/combating\\_drugs/c22569\\_es.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/combating_drugs/c22569_es.htm)
- International Drug Policy Consortium: <http://www.idpc.net/es>
- Naciones Unidas: <http://www.un.org/es/globalissues/drugs/index.shtml>
- Plan nacional sobre drogas: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/Introduccion/home.htm>
- Plataforma drogológica: <http://plataformadrogologica.wordpress.com/>
- Red chilena de reducción de daños: [http://www.edumargen.org/docs/curso51/apunte06\\_01.pdf](http://www.edumargen.org/docs/curso51/apunte06_01.pdf)
- Resolución, de 2 de febrero de 2009, de la Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre drogas, por la que se publica el

Acuerdo de Consejo de Ministros por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016:

<http://www.boe.es/boe/dias/2009/02/13/pdfs/BOE-A-2009-2451.pdf>

Senado. Comisión mixta para el estudio del problema de las drogas:

<http://www.senado.es/web/actividadparlamentaria/sesionescomision/detallecomisiones/composicion/index.html?id=G013006&legis=12&esMixta=S>

Todo drogas: <http://www.tododrogas.net/otr/sida/anuario.html>

Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al drogodependiente (UNAD). Escuela de agentes de salud:

<http://www.unad.org/escuela-agentes-salud.php>

## Filmografía

### *27 horas*

Es una película española de 1986 dirigida por Montxo Armendáriz y protagonizada por Martxelo Rubio y Maribel Verdú, con la participación de un joven Antonio Banderas. Se rodó en San Sebastián.

Fecha de estreno: 23 de septiembre de 1986 (Madrid)

Director: Montxo Armendáriz

Música: Ángel Illarramendi, Imanol Larzabal, Luis Mendo, Bernardo Fúster

Guion: Montxo Armendáriz, Elías Querejeta

Nominaciones: Goya a la mejor película.

### *Barrio*

Nacionalidad: España

Fecha de estreno: 2 de octubre de 1998

Director: Fernando León de Aranoa

Guion: Fernando León de Aranoa

Premios: Goya a la mejor dirección, Goya al mejor guion original, Goya a la mejor actriz revelación

Nominaciones: Goya a la mejor película

### *Crash*

Fecha de estreno: 13 de enero de 2006 (España). 6 de mayo de 2005 (Estados Unidos)

Director: Paul Haggis

Guion: Paul Haggis, Robert Moresco

Música: Mark Isham

Productores: Paul Haggis, Don Cheadle, Robert Moresco, Bob Yari, Cathy Schulman, Mark R. Harris.

### *Cuando un hombre ama a una mujer*

Fecha de estreno: 13 de mayo de 1994 (Estados Unidos)

Director: Luis Mandoki

Música : Zbigniew Preisner

Productor: Jon Avnet

Guion: Ronald Bass, Al Franken

### *Deprisa, deprisa*

Película dirigida que cuenta la historia de una banda de delincuentes juveniles, formada por cuatro amigos del extrarradio madrileño en el contexto de la transición.

Nacionalidad: España

Fecha de estreno: 2 de abril de 1981 (España)

Director: Carlos Saura

Guion: Carlos Saura

Productor: Elías Querejeta

Reporto: José Antonio Valdelomar y José María Hervás Roldán

Premios: Oso de oro del Festival Internacional de Cine de Berlín

### *El pico*

Nacionalidad: España

Fecha de estreno inicial: 1983.

Director: Eloy de la Iglesia.

Reparto: José Luis Manzano, José Manuel Cervino, Luis Iriondo y Enrique San Francisco.

### *El pico 2*

Es la continuación de los hechos narrados en *El pico* y tratan la vida de Paco tras la muerte de su amigo Urko por sobredosis de heroína.

Nacionalidad: España

Fecha de estreno: 9 de noviembre de 1984 (Barcelona)

Director: Eloy de la Iglesia

Música: Luis Iriondo

Productor: José Antonio Pérez Giner

Guion: Eloy de la Iglesia, Fermín Cabal, Gonzalo Goicoechea.

### *La Haine* ('El odio').

Estrenada en 1995 con guion y dirección de Mathieu Kasovitz.

Fotografía: Pierre Aim

Producción: Pro. Lazenec-Canal + y Kasso productions

Premios: Festival de Cannes, Premio cine europeo y César a la mejor película.

### *Morir de día*

Nacionalidad: España

Fecha de estreno: 2010

Director: Laia Manresa, Sergi Dies

Música: Pau Riba, Pepe Sales, Morfy Grey

Guion: Laia Manresa, Sergi Dies

### *Narcocultura*

Fecha de estreno: 4 de octubre de 2013 (Nueva York)

Director: Shaul Schwarz

Fotografía: Shaul Schwarz

Productores: Jay Van Hoy, Lars Knudsen, Todd Hagopian

Editores: Bryan Chang, Jay Arthur Sterrenberg

### *Perros callejeros*

Película española de 1977 dirigida por José Antonio de la Loma y protagonizada por Ángel Fernández Franco, alias El Torete.

Fue la primera película de una trilogía dirigida en su totalidad por el mismo director.

### *Perros callejeros 2: busca y captura*

Es una película española dirigida por José Antonio de la Loma en 1979 y protagonizada por Ángel Fernández Franco, alias el Torete.

### *Perros callejeros III. Los últimos golpes de «El Torete»*

Es una película dirigida por José Antonio de la Loma y protagonizada por El Torete. Estrenada en 1980.

### *Salto al vacío*

Película que narra la vida de Alex, una chica de veinte años que mantiene a su familia gracias al tráfico de armas y de drogas.

Está enamorada en secreto de Javi y no sabe si le corresponde.

Fecha de estreno: 3 de marzo de 1995 (España)

Director: Daniel Calparsoro

Guion: Daniel Calparsoro

### *Shameless*

Serie de televisión estadounidense emitida por la cadena Showtime. Está basada en la serie homónima del Reino Unido que emite Channel 4 y su trama se centra en la familia disfuncional.

Tema musical: The Luck You Got

Número de temporadas: 6

Número de episodios: 72

Red: Showtime

Premios: Premio del Sindicato de Actores al mejor actor de televisión - Comedia.

*The Wire*

Es una aclamada serie de televisión estadounidense ambientada en Baltimore, Maryland, cuyo hilo conductor son las intervenciones telefónicas judiciales encomendadas a un grupo policial.

Número de temporadas: 5

Tema musical: Way Down in the Hole

Escritores: David Simon, Ed Burns, George Pelecanos, David Mills

Productor ejecutivo / productora ejecutiva: David Simon.

Géneros: drama, novela policíaca, policía procesal.

*Yo Christiane F*

*Wir Kinder vom Bahnhof Zoo* es una película alemana de 1981, basada en el libro homónimo, escrito por los periodistas Kai Hermann y Horst Hieck.

Fecha de estreno: 11 de enero de 1982 (España)

Director: Uli Edel

Música: David Bowie, Jürgen Knieper

Canciones destacadas: Sense of Doubt, Warszawa, Station to Station

Historia creada por: Kai Hermann, Horst Rieck.

*Yo, el Vaquilla*

Es una película de 1985 dirigida por José Antonio de la Loma y protagonizada por Raúl García Losada que narra la vida del delincuente El Vaquilla.

Fecha de estreno inicial: 1985

Productor ejecutivo: José Antonio de la Loma

Editor: José Antonio de la Loma