

# La adecuación de los recursos en drogodependencias.

Eusebio Megías Valenzuela  
Director Técnico de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

En los últimos años, según señalan los diferentes indicadores de que se dispone, se han producido importantes cambios en lo que se refiere a la prevalencia, la distribución y la tipología de los consumos de drogas, al igual que en relación con los grupos de consumidores y el perfil de los mismos. Todo ello ha sido señalado en diferentes textos y constituye una parte fundamental de la argumentación que se explicita en el "Borrador de Redefinición del Plan Nacional Sobre Drogas".

En efecto, en este borrador puede leerse:

## *EVOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS*

*Sin ninguna pretensión de realizar un análisis pormenorizado sobre cómo se han ido produciendo distintos cambios en los problemas relacionados con drogas a lo largo de estos años, se podrían señalar los que parecen ser los elementos fundamentales en dichos cambios:*

- 1. Los consumos que supusieron la necesidad fundamental para la puesta en marcha del Plan estuvieron determinados por la extensión acelerada del uso de heroína por vía parenteral, entre unas poblaciones especialmente vulnerables y significativas. Estos consumos afectaron muy fundamentalmente a capas jóvenes de población y determinaron con gran rapidez (dadas las circunstancias sociales, económicas, culturales, etc., de esos grupos) una aparición rápida e intensa de problemas de todo tipo: problemas sanitarios, problemas de desestructuración personal, de desintegración social... Todo ello acompañado de una percepción social intensamente teñida por la alarma y condicionada por elementos distorsionadores de dicha percepción.*

*Esta situación que fue haciéndose progresivamente más compleja con la inclusión de nuevos elementos, presenta modificaciones que connotan claramente la actualidad:*

- Persisten sin solucionar una parte de los problemas señalados.*
- Parece que se está viviendo una etapa residual de la situación descrita. La prevalencia se está acotando, parece haber disminuido la incidencia de este*

*tipo de consumos, está cambiando rápidamente el patrón de uso y los problemas se presentan organizados de distinta manera.*

- *El que la situación aparezca en una etapa finalista no quiere decir que los problemas puedan darse por resueltos o en extinción. Sigue existiendo la posibilidad de una inversión en las tendencias con renovación de los conflictos.*
  - *Este tipo de problemas, y las poblaciones que los padecen, siguen siendo el paradigma de las dificultades relacionadas con las drogas. Lo son por la gravedad de los conflictos que suponen y porque siguen siendo el depositario fundamental de la percepción social.*
  - *Las poblaciones incluidas en esta categoría de problemas se han deteriorado progresivamente. Han envejecido, padecen problemas sanitarios muy graves, han seguido avanzando en el proceso de desintegración social y se ven lastradas por la deteriorante historia de un consumo prolongado y, frecuentemente, de fracasos terapéuticos repetidos.*
2. *Al mismo tiempo que evolucionaba la situación descrita en el punto anterior, han ido apareciendo conflictos relacionados con otras formas de consumo:*
- *Se ha producido una modificación en los patrones de uso de alcohol, sobre todo en jóvenes y adolescentes, que genera nuevos problemas y nuevos riesgos.*
  - *Se ha extendido el uso de cocaína, con muy diferentes patrones y en muy diferentes poblaciones, si bien a través de formas que genéricamente pueden calificarse como menos lesivas que las utilizadas para los opiáceos. Estas formas determinan un mayor período de latencia en los problemas y amortiguan el ritmo de aparición de éstos, hasta el punto de que la situación actual en relación con estos consumos está más caracterizada por la existencia de riesgos importantes que por la presencia de exigencias asistenciales ante problemas constituidos.*
  - *Sigue habiendo un consumo muy extendido de derivados del cáñamo. Cuando no hay complicación con otro tipo de consumos, los problemas por esta razón siguen teniendo escasa presencia.*
  - *Se ha extendido mucho en los últimos años la oferta de drogas sintéticas. Los indicadores apuntan que se está extendiendo su consumo en diferentes grupos de población, con patrones diferentes y de forma asociada a pautas culturales diversificadas. Además, se está produciendo un fenómeno de distorsión en la percepción social de estas situaciones que puede generar dificultades sobreañadidas.*

*Todo ello condiciona una situación de importante riesgo.*

3. *Sigue existiendo una preocupación social ante los problemas de drogas, si bien ésta está claramente atenuada. El análisis de las actitudes de la población y de los niveles de*

*conflicto sugieren que se avanza en un proceso de cierta normalización en la percepción de estos problemas. No obstante, sigue habiendo elementos de distorsión evidente en la percepción.*

Los señalamientos anteriores, en la medida en que suponen una posible nueva dimensión de los problemas planteados por los consumos, implican la obligatoriedad de una reflexión crítica sobre la idoneidad de los recursos asistenciales que constituyen las red de intervención del Plan Nacional Sobre Drogas.

Antes de 1985 la situación de los recursos asistenciales en drogodependencias venía definida por la precariedad de estos recursos, la incoordinación de los mismos, la indefinición metodológica y la adscripción de los dispositivos a iniciativas voluntaristas, escasamente contrastadas, del sector privado. Es en este año, con la puesta en marcha del Plan Nacional Sobre Drogas, cuando comienza la gestación de una estructura compleja e integrada de recursos asistenciales. Se inicia la puesta en marcha de una respuesta pública, se articula esa respuesta en red y se trata de profundizar en los basamentos teóricos y técnicos de las actuaciones.

Esa respuesta, articulada a partir de 1985, responde a lo que habitualmente se entiende como modelo biopsicosocial. En realidad este modelo no se conceptualiza originalmente en ese momento sino que, de manera más o menos explícita, subyace en todas las articulaciones metodológicas de los tratamientos de drogas que se habían preconizado anteriormente. En efecto, ya antes se hablaba de la necesidad de hacer un abordaje integrador y multidimensional de los problemas, que permitiera una actuación positiva en todos los ámbitos, múltiples y diversos, en que podían producirse desarreglos. A partir de esta postulación, prácticamente indiscutida, lo que en 1985 se hizo fue subrayar con un mayor énfasis aquellos aspectos del abordaje multidimensional que, por circunstancias de los modelos operativos anteriores, se encontraban insuficientemente atendidos. Mucho más desde el momento en que esos aspectos desatendidos podían resultar prioritarios en vista de la índole de los problemas de drogas a los que trataba de hacer frente el PNSD y en vista de las necesidades prioritarias que presentaban los consumidores de aquel momento.

En la práctica, el pretendido modelo biopsicosocial, lejos de surgir ex-novo, se aplicó especialmente a subrayar la dimensión social, o como mucho psicosocial, de los tratamientos, descuidada anteriormente por el enfoque excesivamente sanitarista con que se habían enfrentado las cuestiones relacionadas con los consumos de drogas. Una prueba de esto, que al mismo tiempo se convirtió en elemento causal de profundización en el mismo mecanismo, fue el hecho de que muchos planes territoriales de drogas se articulasen en dependencias administrativas de Consejerías o Administraciones encargadas del área de integración o bienestar sociales.

De esta manera, aun confirmándose la existencia de dispositivos dispares dentro de la red de intervención, los centros que nuclearmente constituyeron ésta fueron centros de carácter más o menos monográfico, con equipos multidimensionales, relativamente alejados de las redes normalizadas de salud y que prestaban una atención, no excluyente pero sí particularizada, a los aspectos sociales afectados por los consumos. Estos centros, que en el conjunto de la red se complementaban con otros para actuaciones más o menos

complementarias, se mostraban suficientes para atender los aspectos más importantes de los problemas de los consumidores y, sobre todo, los aspectos que generan una mayor preocupación social. Podría decirse que, independientemente de que los centros que fueron organizándose resultaran útiles para la atención de drogodependencias, encajaban perfectamente con lo que desde el imaginario social se solicitaba de ellos. Eran centros que, más allá de su utilidad, eran como se supone que tenían que ser.

En algún trabajo de aquellos años, cuando se pormenorizaba los distintos aspectos que había que enfrentar en el tratamiento de las drogodependencias, cuando se establecían objetivos parciales en esas estrategias de intervención, podía advertirse cómo la mayoría de los centros que estaban creándose eran potencialmente adecuados para la corrección de los niveles prioritarios de esos objetivos ("Indicación Terapéutica en Drogodependencias", Comunidad y Drogas, N° 4, 1987).

En estos momentos, no puede decirse que se haya modificado la conceptualización teórica del modelo que conviene en el abordaje de las drogodependencias. La exigencia de la perspectiva biopsicosocial sigue siendo difícilmente discutible. Tan difícilmente discutible que, más allá de sus contenidos doctrinales y de sus repercusiones operativas, esa formulación ha llegado a convertirse en casi un estereotipo doctrinal que, por indiscutible, termina por ser escasamente significativo.

No se cuestiona lo biopsicosocial porque, incluso a partir de interpretaciones sectoriales de los trastornos, resulta evidente la multiplicidad y la diversidad de los niveles alterados y la interrelación dialéctica de estos niveles.

No se cuestiona el modelo y, sin embargo, ya no está tan claro que los recursos establecidos a partir del mismo, al menos como pretensión, sigan siendo igualmente válidos y sigan resultando tan potencialmente eficaces como hace unos años. Y esto último a partir del hecho de que, aun cuando no cambie la conceptualización global, si se modifica la jerarquía de urgencias o la estratificación de prioridades, las respuestas que en un momento fueron válidas pueden dejar de ser convenientes. Los recursos que, como se decía, resultaban adecuados y sintonizaban con la demanda primaria y con el imaginario social, en estos momentos en los que las necesidades pueden estar ordenadas de diferente forma, acaso no respondan a las exigencias actuales.

Si se repasan las consideraciones del borrador de redefinición del Plan Nacional Sobre Drogas y se presta una especial atención al panorama de necesidades que aquéllas explicitan, resulta dudoso afirmar que se pueda responder a las mismas desde la ordenación de estrategias y desde la enfatización de intervenciones que implícitamente se defendían en la red asistencial del Plan Nacional.

Cabe prestar atención especial a algunas características que parecen definir la realidad actual:

1. El deterioro de los grupos de consumidores de heroína, a partir de un proceso evolutivo que ha significado la aparición de numerosos trastornos secundarios y un sin número de problemas de salud, así como una profundización en los niveles de

marginación y desintegración social, obliga a los dispositivos asistenciales a replantearse su proximidad a las dimensiones médicas de las intervenciones, y la articulación de posibles estrategias de contención. Obviamente, estos intereses son paralelos a la consideración de necesarios objetivos intermedios en los tratamientos.

2. La extensión considerable de los consumos de estimulantes, en la medida en que van planteando problemas derivados de los mismos, significa la exigencia de metodologías específicas de respuesta, diferenciadas de los protocolos habituales de los centros. Por otro lado, el matiz más sanitario (por ejemplo, más psiquiátrico) de los problemas resultantes de estos consumos, también subraya la exigencia expresada anteriormente de revisar la proximidad o la inclusión de estructuras sanitarias de respuesta.
3. Otro aspecto de la extensión de estos consumos estimulantes vendría dado no tanto por la presentación de problemas o necesidades asistenciales, cuanto por la existencia de una situación de evidente riesgo. Esta situación precisa ser atajada o paliada, obligando a que los dispositivos sean capaces de poner en marcha estrategias de prevención y sean adecuados para el desarrollo de las mismas. Va implícita en la consideración anterior la exigencia de que los centros tienen que adoptar una mayor proximidad al tejido comunitario sobre el que debe actuar.
4. La percepción social de los problemas de drogas no ha renunciado a la catalogación estereotipada del "drogadicto". En la medida en que los nuevos perfiles de consumidores no se adecúan en absoluto a este estereotipo, se da una grave dificultad en estos nuevos consumidores para el autoreconocimiento como personas con problemas de drogas. Esa dificultad se extiende al acercamiento de estas personas a unos centros que están connotados como idóneos para atender la visión estereotipada.

También es un dato incuestionable que el profundo cambio experimentado por los perfiles de consumidores genera unas dificultades reales para que los correspondientes a la "última generación" acepten integrarse en el mismo espacio asistencial con los grupos históricos, con los que no se sienten identificados y de los que quieren claramente diferenciarse.

A todas las reflexiones anteriores hay que añadir la imagen que los recursos asistenciales tradicionales tienen para la población en general. Esa imagen, muy beneficiosa en algunos aspectos y para algunas intenciones, puede resultar claramente contraproducente cuando se plantean políticas de mayor globalización y normalización de la asistencia.

Todo este conjunto de consideraciones y otras que podrían agregarse, obligan a proceder a un replanteamiento en profundidad de las estructuras de tratamiento, de su imagen social, de sus metodologías de intervención y de sus objetivos operativos.