

La trayectoria vital y la experiencia terapéutica de los adictos a drogas ilegales en Castilla-La Mancha

Domingo Comas Arnau

Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha

Coordinación y diseño:

Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha

FISCAM (Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha)

Autor:

Domingo Comas Arnau

Trabajo de campo:

Grupo GID

Carmen Arenas (coordinadora)

Edita:

FISCAM (Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha)

Impresión:

AGSM

presentación

La investigación que presentamos se inició con un objetivo claro: *analizar la evolución del sistema de atención pública a drogodependientes en Castilla La Mancha, desde la perspectiva de las personas que han recibido esa atención, teniendo en cuenta cómo valoran retrospectivamente su experiencia en el proceso terapéutico*. Cumpliendo con este planteamiento, los resultados obtenidos desde las vivencias directas de estas personas nos hablan además de otras muchas cosas de innegable importancia, no sólo para conocer nuestra realidad, sino sobre todo para entender las maneras de mejorarla.

El informe nos plantea un recorrido por el sistema de atención a drogodependientes, en el que se va dejando constancia de la relación de los usuarios con los procesos migratorios, con las situaciones y los problemas en las familias, con los cambios en las formas y patrones de consumos, de las necesidades de formación para conseguir una integración adecuada en la sociedad, de las diferencias de género, de las relaciones con los sistemas judicial y penitenciario... en definitiva de las conexiones de los procesos terapéuticos con el desarrollo de las vidas de las personas.

En todos los sentidos nos permite aprender y repensar las cuestiones fundamentales y, muy directamente, cuáles son los criterios más relevantes para que las personas que acuden a este tipo de tratamientos sean, y se sientan, *bien tratadas*.

Finalmente quiero resaltar que este estudio forma parte del desarrollo de un compromiso constante de la Consejería de Sanidad con la investigación, que en el caso de las drogodependencias asumimos con la creación del Observatorio de Drogodependencias de Castilla La Mancha, y que es sobre todo un compromiso con la mejora de la atención a los problemas de salud de los ciudadanos y ciudadanas.

Roberto Sabrido Bermúdez
Consejero de Sanidad

Introducción: La descripción local de los fenómenos globales..... 7

1.- El concepto de adicción y la observación de sus consecuencias 13

- 1.1.- La adicción a drogas ilegales: explicaciones y teorías..... 13
 - 1.1.1.- La conceptualización de la adicción en la red asistencial española..... 14
 - 1.1.2.- El discurso del centro teórico: las “ansias adictivas”..... 15
 - 1.1.3.- El camino de la investigación..... 20
- 1.2.- Observar, describir y analizar los procesos..... 22
 - 1.2.1.- Técnicas de recogida de datos: La historia de vida y la entrevista cualitativa..... 22
 - 1.2.2.- Detalle de la metodología utilizada..... 23
 - 1.2.3.- Problemas de representación y memoria..... 30

2.- El contexto del estudio..... 33

- 2.1.- La irrupción de las drogas ilegales en España..... 33
 - 2.1.1.- Un esquema general..... 33
 - 2.1.2.- La crisis del modelo tradicional en España..... 34
 - 2.1.2.1.- Consumo de las distintas drogas..... 34
 - 2.1.2.2.- Los orígenes de la alarma social..... 36
 - 2.1.2.3.- La falta de respuesta social, institucional y profesional..... 37
 - 2.1.3.- La etapa de la epidemia de heroína..... 37
 - 2.1.3.1.- Historia natural de la heroína en España..... 37
 - 2.1.3.2.- Las representaciones sociales..... 39
 - 2.1.3.3.- Respuestas profesionales e institucionales..... 40
 - 2.1.3.4.- Relación entre consumo, representaciones sociales y estructura de la respuesta asistencial..... 41
 - 2.1.4.- La etapa de protagonismo institucional..... 42
- 2.2.- Las drogas ilegales en Castilla la Mancha..... 43
 - 2.2.1.- Las condiciones particulares de la región..... 43
 - 2.2.2.- El periodo de la respuesta asistencial espontánea..... 44
 - 2.2.3.- El periodo de respuesta pública organizada..... 46
- 2.3.- El contraste ofrecido por los datos del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT)..... 49
- 2.4.- Un cuarto de siglo de cambios en Castilla la Mancha: la crisis de la sociedad rural y el camino de la modernización..... 54

3.- Historia del consumo y la adicción..... 59

- 3.1.- El proceso de consumo..... 59
 - 3.1.1.- Una narración estereotipada..... 59
 - 3.1.2.- Los componentes del relato arquetípico..... 63
 - 3.1.3.- El arquetipo de género: primeros matices..... 66
 - 3.1.4.- Las drogas consumidas..... 72
 - 3.1.5.- Cocaína y heroína: ¿Quién persigue a quién?..... 74

índice

3.1.6.- Las vías de consumo.	78
3.1.7.- Los adictos discontinuos.	79
3.1.8.- Circunstancias reiteradas.....	81
3.1.8.1.- La pérdida de referentes ambientales.	81
3.1.8.2.- El sector de la hostelería y el ocio.	82
3.1.8.3.- El servicio militar.	83
3.1.9.- Variaciones y particularidades.	84
3.2.- Los problemas relacionados con la adicción.	85
3.2.1.- Los problemas familiares.	85
3.2.2.- Los problemas legales.	92
3.2.3.- Los problemas de salud.	94
4.- El contexto en el que se desarrolla el consumo y la adicción.....	99
4.1.- La trayectoria residencial.	99
4.2.- Los vínculos familiares.	103
4.3.- Los estudios.....	107
4.4.- La actividad laboral.	109
4.5.- La sexualidad.	113
5.- La experiencia terapéutica de referencia en el EAD.....	119
5.1.- Los componentes de la experiencia en el EAD.	119
5.2.- Las expectativas terapéuticas y los resultados obtenidos.	127
5.3.- Los apoyos recibidos en el proceso de tratamiento.	131
5.4.- Las quejas y las sugerencias de mejora.	135
6.- Historia de las experiencias ajenas al tratamiento de referencia en el EAD.	141
6.1.- Características generales.	141
6.2.- Presentación de casos.	147
7.- El juego de los conceptos.....	163
7.1.- Situación actual y perspectivas de futuro.	163
7.2.- Imprevistos.....	178
7.3.- Impresiones.....	180
8.- Conclusiones.....	187
Bibliografía citada.....	195



Introducción





La descripción local de los fenómenos globales.

El objetivo de esta investigación se refiere a la descripción de la experiencia terapéutica de los adictos a drogas ilegales en el ámbito de la Región de Castilla la Mancha, un amplio territorio en el centro de España (79.230 kms²), muy poco poblado, con sólo un millón setecientos mil habitantes, con una población envejecida y escasamente desarrollado, aunque debido al crecimiento económico experimentado en los últimos años, en la actualidad ya no es una de las regiones más pobres de Europa y se va aproximando de forma lenta pero continua a los estándares regionales medios de la Unión Europea.

Teniendo en cuenta el tema propuesto la investigación podría haberse diseñado desde una perspectiva muy formal, atendiendo a los numerosos instrumentos disponibles que permiten evaluar la eficacia y los resultados de una intervención terapéutica con un grupo de adictos a drogas ilegales.

Además esto es perfectamente posible porque el modelo de intervención asistencial con adictos a drogas ilegales en Castilla la Mancha en nada se diferencia de otros modelos de atención a adictos presentes en el resto de Europa, ya que está basado tanto en Programas de Reducción del Daño como en Programas Libres de Drogas, como en la utilización terapéutica de agonistas y antagonistas. Todo ello a través de una red de dispositivos variados, desde Unidades de Desintoxicación Hospitalaria a Comunidades Terapéuticas, pasando por Centros Ambulatorios especializados, así como una amplia gama de recursos desarrollados por las organizaciones cívicas y sociales. Quizá lo único que podríamos destacar, en relación a la media de la Unión Europea, es el notable esfuerzo público destinado a esta tarea, especialmente llamativo si tenemos en cuenta las condiciones socio-económicas de la región y el hecho de que las tasas de prevalencia del consumo de drogas ilegales sobre la población total no resultan en Castilla la Mancha especialmente elevadas.

En este contexto reclamar la aplicación de instrumentos estándar para repetir evaluaciones resulta innecesario, ya que sólo nos pueden reiterar las informaciones obtenidas con evaluaciones similares realizadas con los mismos instrumentos en diferentes lugares de Europa. Desde una perspectiva reiterativa gastar recursos en saber lo ya sabido no parece una buena opción. Obviamente este rechazo a la evaluación más formal no elimina la necesidad de evaluar los procesos desde una perspectiva particular y local de coste-eficacia y la calidad de la atención¹, pero esta es una tarea administrativa que tiene que ver más bien con la adecuada gestión de los recursos públicos que con la investigación.

Como consecuencia esta investigación sobre la experiencia terapéutica de los adictos a drogas ilegales en Castilla la Mancha no es una evaluación de la red asistencial porque falta un propósito evaluativo explícito, pero a la vez como toda investigación puede formar parte de una estrategia evaluativa global (Shaw, 2003). En este sentido asumimos la existencia de una cierta continuidad entre investigación y evaluación, aunque los propósitos de ambos sean distintos, porque la evaluación, salvo la evaluación simple de procesos, no avanza sin el apoyo que le proporcionan los hallazgos en el terreno del conocimiento científico. De hecho, como ha demostrado Carol Weis, aquel tipo de evaluación que confía en sus propias fuerzas metodológicas y se aparta del contraste que le ofrece la investigación no evaluativa, esta condenada a ejercer el papel de mero argumento subsidiario en la lógica político-administrativa (Wagner y Weis, 1991).

Este riesgo resulta muy evidente cuando además nos referimos al terreno de las drogas ilegales. Porque ¿Qué hay que evaluar en relación a la adicción? ¿Qué la conducta no persista? ¿Qué no cause problemas a otros? ¿Qué esté controlada? ¿Qué el adicto “normalice” ciertos hábitos sociales? ¿Qué no tenga problemas de salud o los tenga controlados? ¿Qué no sea un mal ejemplo social?, y en todos estos casos ¿Qué es un buen resultado? ¿El volumen de atención? ¿La satisfacción del usuario? ¿El control sanitario? ¿La integración sociolaboral? ¿La reducción del efecto epidémico? ¿El resultado de indicadores de normalización? ¿La aceptación pública de los adictos? Son preguntas que han sido contestadas de manera muy diferente. Además han dado lugar a evaluaciones que utilizando metodologías similares, siempre han proporcionado una respuesta positiva a la pregunta formulada. Pero si observamos el conjunto de resultados obtenidos desde una perspectiva meta-evaluativa resulta obvio que tales resultados ofrecen muchas contradicciones, aunque siempre aparecen ajustados a los intereses de las diferentes administraciones o de los grupos corporativos que han encargado la evaluación (Pawson y Tilley, 2000).

Por tanto no se van a aplicar instrumentos estándar en una investigación que trata de describir la experiencia terapéutica de los adictos a drogas ilegales en la región de Castilla la Mancha, sino que se va a utilizar un modelo de metodología cualitativa, que ha sido probado y adecuadamente reconocido por la comunidad científica con un modelo que lleva más de 25 años de práctica (Taylos y Bogdan, 1975) y que en este tiempo ha alcanzado una adecuada madurez técnica (Rubin y Rubin, 1995; Atkinson, 1998). Se trata de una metodología que nos va a permitir una aproximación más directa, evitando la mediación de los instrumentos que producen indeterminación, a la realidad de esta experiencia terapéutica.

En este sentido también se debe afirmar que se trata de una investigación que pretende profundizar en aquellos aspectos que la aplicación de instrumentos formales deja al margen, pero al mismo tiempo se puede considerar una investigación de carácter exploratorio ya que trata de descubrir cuales son las preguntas que se deberían formular en la verdadera evaluación de este proceso terapéutico.

Pero para realizar este análisis se deben tener en cuenta otras cuestiones. La primera que el sistema moderno de consumo de drogas conforma **un fenómeno global de primer orden**, tanto por su proyección social, cultural, mediática, política, económica o sanitaria, como por la rapidez de su expansión. En menos de un siglo todas las sociedades y culturas, todas las organizaciones políticas y

¹Para realizar esta tarea los instrumentos estándar resultan extremadamente útiles (Comas, 1994; CICAD/OEA, 2000) pudiendo destacar en particular el cuestionario de la OMS destinado a este fin (WHO/PSA/93.5)

sociales, se han visto alcanzadas por la oleada de las adicciones. Un movimiento imparabile, constituido por la acumulación de algunas tradiciones locales y reforzado por los avances farmacológicos, cuya rabiosa y absoluta novedad quizá explique su rápida e intensa expansión, conformando uno de los más intensos procesos de globalización que ha conocido el siglo XX.

No resulta baladí afirmar, ya en pleno siglo XXI, que las drogas ilegales han sido uno de los elementos básicos que nos permiten explicar y entender la oleada globalizadora a fines del siglo XX. Porque entre 1960 y 1980 las drogas, entendidas tanto como sustancias que crean adicción, como un sistema cultural que posibilita su consumo, e incluso como un nuevo modelo de relaciones sociales y personales, produjeron una unificación cultural, con pocos precedentes, en todo el ámbito planetario. Las drogas ilegales conformaron así, un primer paradigma cultural transversal y uniforme, al que han seguido otros fenómenos globales posteriores, como el representado por las nuevas tecnologías de la comunicación, la economía financiera mundial, el sistema de intervenciones humanitarias e incluso la propia noción de “guerra preventiva”.

Pero cuando un fenómeno se globaliza aparecen una serie de efectos residuales. De algunos, como el aumento de las desigualdades sociales, se debate con frecuencia, pero de otros, como la cuestión de la jerarquización del conocimiento se habla mucho menos.

En este sentido se nos dice que este tipo de fenómenos globales no pueden ser estudiados más que desde la propia perspectiva global, es decir, a partir de la visión que proporciona la propia mundialización y por tanto desde aquellos lugares centrales en los cuales se supone que se origina, produce y dirige el proceso. También se afirma que desde lo periférico, desde el agujero donde vive cada uno, lo único que puede, y que debe, hacerse es aplicar instrumentos empíricos, diseñados en el centro, para aportar datos que ayuden a facilitar la explicación que sólo el propio centro, entendido como una especie de atalaya que mira hacia “la totalidad” del fenómeno, puede proporcionar. Para las drogas ilegales, para las adicciones en general, el centro lo representan una serie de universidades norteamericanas, más algunas británicas, así como departamentos o figuras aisladas en otros países, a los que se atribuye la capacidad para adaptar las ideas producidas en el centro para que resulten comprensibles y asequibles para los profesionales situados en la periferia.

Desde la atalaya del mundo, se nos dice, que necesitan las aportaciones de la periferia para poder interpretar correctamente los fenómenos globales como las drogas, también se nos dice que se trata de aportaciones poco relevantes que no van a poder ser citadas, pero que sirven, convenientemente expurgadas de localismos, para construir la teoría o la explicación que todos deseamos y necesitamos. Ciertamente, se afirma a continuación, aún no hemos conseguido proporcionaros esta explicación correcta de los hechos, pero la culpa es vuestra porque disponemos de pocos elementos a comparar, ya que en los territorios periféricos se evalúa y se investiga muy poco.

Pero aunque esto puede que sea cierto en términos epistemológicos no lo es tanto en términos operativos. De hecho la globalización ha reintroducido el viejo esquema jerárquico de poder y a los periféricos apenas nos dejan tres opciones: la primera ser unos informantes poco calificados a través de instrumentos diseñados por el centro, la segunda ser unos traductores más o menos hábiles de las racionalizaciones producidas en el mismo centro teórico y la tercera persistir en nuestros errores y quedarnos al margen de la difusión del conocimiento.

Esta situación resulta muy evidente en el campo de las drogas, ya que si observamos los textos más recientes y de mayor éxito internacional (Plant, 2001; Ferret, 2000; Walton, 2003; Davenport-Hines, 2003), cuyo desigual contenido no vamos a valorar aquí, pero que tiene en común dos cosas, de una

parte un nivel de etnocentrismo inaceptable (que personalmente vivo como racismo en el caso del citado Jérôme Ferret) y de otra parte la desagradable sensación de que por poco que sepamos de nuestra realidad local esta claro que no encaja, ni por casualidad, en ninguna de estas “explicaciones” producidas por el “centro teórico”, ¿se equivocan ellos o nos equivocamos nosotros?

Ante esta pregunta en muchos ámbitos académicos españoles lo más habitual sería considerar que el error es nuestro, afirmando algo así como que tenemos serios problemas de percepción que deberíamos superar aplicando los instrumentos adecuados. Descubriríamos entonces que la realidad se ajusta a estas explicaciones teóricas. El hecho de que habitualmente las primeras aplicaciones de tales instrumentos no produzcan resultados equiparables y por tanto aceptables, se deja de lado, porque al final los instrumentos suelen ajustarse y entonces todo queda demostrado.

Podría alegarse que la posición que expongo en este prologo y que se supone va a orientar el texto que sigue, expresa una especie de resentimiento hacia aquellos que ocupan el “centro teórico”, propio de alguien situado en un país desarrollado pero que por su propia incompetencia científica ocupa un escalafón muy bajo en la producción de conocimiento. Sin duda el lugar de España en la producción mundial de conocimiento está muy lejos del que sería lógico con su nivel de desarrollo, e incluso en los Informes de Desarrollo Humano de las NNUU puntuamos muy negativamente en este aspecto. Pero la cuestión es que según vamos desplazándonos por diferentes países el sentimiento de desajuste empírico se va confirmando, a la vez que en todos ellos encontramos a académicos que tratan de ajustar los instrumentos para que los resultados que aparecen en las bases de datos internacionales y en las revistas científicas no contradigan alguna de las diversas teorías elaboradas por el centro.

Llegados a este punto la pregunta se formula de otra manera ¿si el entendimiento de los casos locales no coinciden con las conceptualizaciones globales? ¿quién está equivocado? Y la respuesta, especialmente cuando coinciden diferentes puntos locales es muy simple: los que están equivocados son los que teorizan desde el centro. ¿Qué se puede hacer entonces desde la periferia? Pues lo primero afirmar esta realidad y lo segundo ofrecer hallazgos y datos “liberados” de la tiranía de los instrumentos diseñados para ofrecer determinados resultados.

Con estos mimbres debemos preguntarnos: ¿puede aspirar un ámbito periférico como la Región de Castilla la Mancha a plantear dudas a las teorías y las explicaciones construidas en el centro? Con una respuesta clara: sin ninguna duda. Porque la única y verdadera explicación será aquella que integre los resultados aportados por todos estos ámbitos periféricos. Por supuesto resultados sin contaminar por el abuso instrumental.

Pero entonces ¿cómo evitar este abuso instrumental? Pues recurriendo a una buena fundamentación epistemológica y a un adecuado diseño metodológico, algo que de forma paradójica el propio centro teórico nos va a proporcionar fácilmente y de una forma bastante completa. De hecho la relación centro/periferia en la producción del conocimiento adopta un perfil jerárquico, porque el primero se atribuye en exclusiva tanto a la gestión de los fondos de conocimiento acumulados como a la determinación de cuales son las teorías lógicas y matemáticas, los paradigmas epistemológicos y los procedimientos metodológicos adecuados. De esta manera sólo deja para la periferia la posibilidad de confirmar las “buenas prácticas” y las explicaciones que el centro ha producido en exclusiva.

Pero ¿existe alguna norma o criterio que “obligue” a asumir este principio jerárquico? ¿qué nos impide adoptar posturas y decisiones epistemológicas y metodológicas propias? De hecho nada, porque poseemos un cierto nivel de preparación y aunque nuestra experiencia es limitada, si no emprendemos

dicha tarea nunca avanzaremos. La única dificultad, o mejor dicho la única dificultad verdadera, se sitúa sobre el riesgo del reconocimiento, porque pensamos que si no actuamos de acuerdo a sus reglas, el centro teórico ni aprobará ni difundirá nuestras aportaciones. Extraño temor porque para el centro teórico somos unos meros proveedores de prácticas cuya única función es la de contrastar sus teorías y además va sobrado de aduladores periféricos.

Por tanto, nada nos impide adoptar una posición metodológica acorde con nuestros intereses y que nos permita una mejor comprensión y explicación de nuestra realidad. Es más, al centro teórico, aunque no haga mucha publicidad de ello, le interesan las aportaciones originales que le ayuden a mantener su posición y su grado de competencia. Se supone que a los periféricos, en especial a aquellos a los que Alvin Gouldner insultó llamándoles “especialistas técnicos rutinarios del Estado de Bienestar”, les corresponde un papel subordinado, pero ¿qué pasa en los contados casos en los que no se acepta la posición jerárquica y se realizan aportaciones válidas? Pues que el centro teórico trata de integrarlos lo más rápidamente posible. Un buen ejemplo de este proceso nos lo ha proporcionado en los últimos años Robert Putnam, con sus investigaciones sobre el papel de la sociedad civil en el desarrollo económico, que ha obligado a todo el pensamiento “neoliberal” a reconsiderar sus modelos teóricos (Putnam, 1973).

Por tanto sabemos que debemos y sabemos que podemos participar en el juego, la cuestión ahora es ¿cómo participamos? O expresado de otra manera ¿cuáles son las reglas prácticas para jugar esta partida en un terreno como las drogas? Y la respuesta se resume en **tres principios**, el primero podría enunciarse de la siguiente manera: **El centro teórico adopta estrategias metodológicas novedosas al tiempo que obliga a la periferia a utilizar procedimientos metodológicos obsoletos.**

El segundo principio es muy similar al anterior solo que referido al campo de la epistemología: **cuando en un determinado campo de conocimiento el centro teórico cierra un programa de investigación traslada todas sus aplicaciones a la periferia.**

Finalmente el tercer principio es un correlato de los dos anteriores: **el centro teórico trata de evitar, estableciendo barreras conceptuales y lingüísticas, que la periferia acceda a las novedades metodológicas y a los nuevos programas de investigación.**

Justamente esto es lo que ha pasado en el campo de las adicciones. Ámbito en el que desde hace algunos años uno de los programas de investigación que goza de un cierto reconocimiento por parte de la comunidad científica parece ser el de la elección racional acompañado de las aplicaciones racionalistas del individualismo metodológico. De hecho la explicación expuesta por el premio Nóbel Gary Becker y por John Elster (Becker, 1976; 1988; Elster, 1983; 1984; 1989; 1993; 1999), ha sido la que, aparte de la irrupción de las tecnológicas sanitarias, ha determinado las políticas sobre drogas en los países desarrollados en el último decenio. En este caso dicha determinación se ha difundido desde la comunidad científica central hacia la élite de los responsables políticos y desde estos hacia los administradores para acabar en el diseño de los programas locales. En cualquier caso se trata de un programa de investigación poco conocido, aun por los profesionales que trabajan en este campo y que han visto como sus programas se adaptaban a los principios de la “elección racional”.

Estos tres principios se subsumen en uno: **hay que saber lo que ocurre en el centro teórico para poder actuar en consecuencia.** Por este motivo vamos a adoptar la estrategia metodológica propuesta por la comunidad de evaluadores, vamos a tratar de rehuir las explicaciones de los programas de investigación que han sido desechados y trataremos asimismo de dialogar críticamente con las propuestas de la elección racional y el individualismo metodológico.

capítulo

1

El concepto de adicción
y la observación de sus
consecuencias



1.1. La adicción a drogas ilegales: explicaciones y teorías.

Esta investigación se dirige hacia un objetivo esencialmente empírico, ya que se trata de determinar cual es la experiencia vital y terapéutica de los adictos a drogas ilegales en Castilla la Mancha. Con este objetivo se pretende situar además las coordenadas de futuros estudios de evaluación del trabajo asistencial y terapéutico con adictos a drogas ilegales que se realiza en la región. Pero para desarrollar dicho objetivo, y de acuerdo con las especificaciones que se han establecido en la introducción, resulta imprescindible clarificar previamente una serie de cuestiones conceptuales y metodológicas.

No se pretende en este capítulo profundizar en este tipo de cuestiones, ni tan siquiera realizar un repaso de las mismas ya que esta no es la finalidad del trabajo, pero creo imprescindible situar de una forma adecuada tanto los aspectos conceptuales (¿qué es la adicción?) como los aspectos metodológicos (¿qué es la entrevista abierta?) para que el análisis posterior adquiera algún sentido.

El análisis empírico de los hechos y acontecimientos locales y particulares puede concebirse desde tres perspectivas muy distintas, la primera se refiere a la mera aplicación de alguno de los sistemas de conceptos, de modelos e instrumentos reconocidos por la comunidad científica, la segunda implica un simple recogida y presentación de datos para ser interpretada en el propio ámbito local y la tercera supone realizar una tarea mixta que implique a la vez lo local y a la producción científica global. La primera perspectiva, como ya se ha explicado en la introducción se limita a producir “**conocimiento reiterado**”², la segunda permite “**describir al detalle la realidad local**” pero se enfrenta al problema de su incapacidad para producir explicaciones pertinentes. La tercera perspectiva nos obliga a realizar a la vez un trabajo empírico consistente y a situarlo en el contexto conceptual y teórico general, lo que nos permite **realizar enunciados empíricos de validez general**, es decir contribuir al avance científico al tiempo que se consiguen explicar los fenómenos locales (Geertz, 1983)

²No niego una cierta utilidad a este tipo de trabajo, pero su función primordial es la de difundir y diseminar el conocimiento en el plano de la formación de los profesionales.

1.1.1. La conceptualización de la adicción en la red asistencial española.

España mostró un perfil de consumo de drogas, de presencia de adicciones e incluso de problemas relacionados con las mismas, muy similar al resto de los países europeos al menos hasta 1936, aunque conviene tener en cuenta que hasta aquel momento las tasas de consumo tanto de drogas ilegales como de alcohol y de tabaco, eran claramente inferiores a las registradas en estos países europeos. En una gran medida esta excepcionalidad tenía que ver con factores culturales, escenificados en la notable coincidencia que mostraban todos los agentes sociales en relación a las drogas. Así tanto la cultura tradicional agraria, como la iglesia católica, o los sectores sociales reformistas desde la burguesía liberal hasta los socialistas e incluso los anarquistas, mostraban un común desprecio, acompañado de actuaciones contundentes, contra toda forma de alteración artificial de la conciencia.

La intensa significación y fuerza que aún conserva la palabra española “vicio” para referirse al consumo de drogas, es un reflejo del profundo rechazo social que producía el consumo de drogas en el primer tercio del siglo XX (Comas, 2002). Incluso en lo relativo al consumo de alcohol, habiendo alcanzado España, hacia 1890, la categoría de mayor productor mundial de vino (Pan-Montojo, 1994), el volumen de consumo interno se mantuvo en cifras mucho más bajas que los países de su entorno. Además se trataba de un consumo que era eminentemente gastronómico y social, lo que explica, en términos comparativos, la baja tasa de prevalencia de alcohólicos en España (Comas, 1989).

La Guerra Civil y las difíciles condiciones de supervivencia de la posguerra con el bloqueo de NNUU, no sólo mantuvieron esta situación sino que incluso redujeron el consumo de tal manera que entre 1950 y 1960 las drogas eran algo desconocido para los españoles. Incluso el consumo de alcohol en España se situaba a una notable distancia del resto de los países europeos (Alvira y Comas, 1998). Este diferencial comenzó a “corregirse” a fines de la década de los años 60 del siglo XX y los problemas de drogas irrumpieron en España de una forma aparatosa en la siguiente década, de tal manera que en 1980 los niveles de consumo y en especial los problemas asociados a la adicción se situaban por encima de la media europea.

En aquel momento los profesionales españoles carecían de una adecuada información para enfrentarse al tema y quizá por ello algunos manuales trataron de ponerles al día (Freixa y Soler Insa, 1980). En dichos manuales la noción de adicción se presentaba desde una perspectiva pluridisciplinar, en la que no faltaban menciones a la cuestión de las “expectativas de uso” e incluso a los “efectos iatrogénicos de la práctica médica”, pero al final todo esto se disolvía, especialmente cuando se consideraban los aspectos clínicos, en una serie de propuestas difícilmente asumibles por el sistema de salud.

En los años siguientes se fue expandiendo la idea de que la adicción era el resultado de una serie de componentes, que incluían lo biológico, lo individual y lo cultural, los cuales conducían hacia diversas determinaciones del “efecto principal de cada droga” y por tanto de los problemas que ésta ocasionaba (Comas, 1986). En este sentido la adicción no respondía exclusivamente a la procesos neurobiológicos y podía o debía considerarse también un “trastorno de conducta definido por condiciones históricas” que se expresaban a través de un “sistema de creencias, normas y valores” (Comas, 1987). La cuestión, se decía entonces, es que este tipo de trastornos no pueden tratarse adecuadamente en ninguna red general, porque los sistemas sanitarios, de salud mental y de servicios sociales carecen de estructuras que permitan este tipo de intervención “biso-psico-social” aunque en el futuro deberían dotarse de las mismas. Pero mientras tanto resultaba imprescindible mantener recursos especializados, aunque “adecuadamente coordinados con las redes generales” (Comas, 1987).

Una síntesis y un resumen claro de la conceptualización realizada en la práctica asistencial en España, aunque desde una óptica particular de “modificación de la conducta” puede verse en el manual editado por José Luis Graña a principios de los años 90 (Graña, 1994)

Este modelo que define la adicción según un criterio triangular “bio-psico-social” se ha mantenido más o menos estable a lo largo de los años, a pesar de la creciente presencia de los criterios sanitarios en la práctica terapéutica³. Pero aunque lo sanitario ha asumido un mayor protagonismo la definición del modelo se mantiene porque se considera que el actual protagonismo de lo sanitario compensa un desequilibrio anterior y se corresponde con un momento histórico en el que los adictos padecen mayores problemas de salud (Grup IGIA, 2000).

Pero esta definición de adicción, bastante consolidada entre los profesionales, posee un carácter marcadamente endógeno, es decir es la versión que manejan estos profesionales en su trabajo cotidiano y en su condición de especialistas expertos, es la que aparece en los manuales que escriben, asimismo es la que acumula todo el saber empírico en torno a las drogas, los adictos, las expectativas terapéuticas y los resultados de los distintos tratamientos. Todo ello proporciona un indudable saber, que se transmite a otros profesionales y que se aplica, con mayor o menor rigor, en los programas que atienden a los adictos a drogas ilegales.

Se trata de una versión que, si nos limitamos a los enunciados de los distintos manuales, parece bastante fragmentada y sometida a continuos cambios, tanto cambios en el terreno de las orientaciones teóricas como en el terreno de los sucesivos dominios corporativos, pero esta es una falsa impresión porque en la práctica las diferentes aportaciones suponen constantes intentos de síntesis. Se trata además de una variabilidad que aparece de una forma casi exclusiva en el campo de la psicología aunque acabe por influir en el conjunto del modelo asistencial. Así disponemos de explicaciones y de orientaciones de carácter psicoanalítico, algunos se refieren a la terapia humanística de Carl Rogers, otros a las terapias racional-cognitivas, aunque lo más frecuente es mencionar las diferentes formas y estrategias que adopta la terapia de conducta, sin olvidar los emergentes modelos sistémicos que tanto han influido en el ámbito de las adicciones a drogas,...

Pero en el campo específico de las drogas y en el nivel de la clínica terapéutica toda esta variabilidad acaba por conformar una síntesis práctica de la que apenas se distinguen unos pocos “ortodoxos de la orientación concreta”. De hecho la lectura los textos mas conocidos y relevantes traducidos al español como el de Aarón Beck y colaboradores sobre terapia cognitiva (Beck, 1993), el de Arnold Washton sobre el tratamiento de la cocaína (Washton, 1989) o el modelo tras-teórico popularizado en España a partir de sendos artículos en los manuales de José Luis Graña y de Miguel Casas (Prochaska y Prochaska, 1993; Prochaska y Diclemente, 1994), no conducen, en el contexto de la organización y las limitaciones presentes en los recursos públicos⁴ a una práctica cotidiana diferencial, sino más bien a una especie de síntesis pragmática que ha sido recientemente resumida de una forma muy conveniente (Reading y Jacobs, 2003).

1.1.2. El discurso del centro teórico: las “ansias adictivas”.

La versión exógena dominante en los ámbitos científicos centrales aparece, en cambio, como algo extravagante a los ojos de los profesionales, aunque en realidad es la que ha determinado el tipo de

³Por cierto nunca he entendido bien porque se le llama “bio-psico-social” a un modelo que se sostiene sobre componentes biológicos, psicológicos y culturales. Las creencias, normas, valores e identidades, así como los procesos de socialización que van conformando las mismas, pertenecen al campo de lo simbólico y no al de las estructuras sociales. De hecho las aportaciones “sociales” brillan por su ausencia en el modelo, salvo referencias rituales y puntuales a las condiciones de “precariedad y marginación de los adictos” así como a “las condiciones de vida de poblaciones excluidas” como forma de explicar la adicción.

⁴La adopción de un “modelo de referencia” es más bien una práctica de los dispositivos “privados no concertados”, que se anuncian tras un logo teórico cuya función es más publicitaria que práctica.

políticas sobre drogas que se han aplicado en cada ámbito local al menos desde principios de los años 90. No es el momento de explicar como se ha producido este proceso pero podemos resumirlo afirmando que en el territorio de la micro-económica se produjo en los años 60 una singular turbulencia conceptual y teórica (la teoría de la elección racional y su correlato del individualismo metodológico), cuyos efectos se trasladaron rápidamente al campo de las políticas económicas y de las prácticas políticas y de gestión, así como al campo de la filosofía de la ciencia, desde el cual termino por influir, de una manera u otra, a todos los campos de conocimiento.

Además de su relación con las prácticas de gestión el modelo fue asumido de una forma integra por el sistema empresarial en una gran medida porque permitía una mejor defensa de sus intereses. En parte podemos atribuir el éxito del modelo a los intereses de la sociedad capitalista pero no cabe duda que su alto nivel de instrumentación matemática y estadística también ha sido clave para su proyección científica.

En el campo de las ciencias de la salud la teoría se integró de una forma absoluta aunque implícita, debido en una gran medida a que es un sistema que básicamente produce y aplica conocimientos y en el que la industria, y por tanto el sistema empresarial, ocupa una clara posición jerárquica. En todo caso ciertas organizaciones como la Fundación Soros se han encargado de difundir y diseminar la teoría especialmente en el terreno de las adicciones.

En este sentido conviene saber que en el seno de la propia turbulencia teórica original se formularon una serie de argumentos teóricos explícitos sobre la cuestión de las adicciones. En realidad las adicciones supusieron para la teoría de la elección racional un problema cuya respuesta exigió notables esfuerzos (Becker, 1976). De manera resumida el problema se puede describir como “un caso que desmiente la teoría”, ya que la base de la misma se refiere a la “tasa de descuento” que implica que las elecciones personales se realizan racionalmente en función de beneficios y costes, incluidos los costes futuros, aunque su incidencia se va reduciendo por el factor tiempo. La teoría sostiene también que el conjunto de decisiones individuales conforman tendencias económicas racionales que la acción colectiva puede reforzar pero no evitar o corregir.

En este sentido la adicción, lo mismo que otros comportamientos condicionados por las emociones, podría ser considerada un tipo de “conducta irracional” que deshace el principio de universalidad de la elección racional y que por tanto impide formular el modelo como una teoría de alcance general. En un primer momento se intento calificar a las adicciones como un tipo de “trastorno mental” dando por supuesto que todos los trastornos mentales bloquean la posibilidad de una elección racional. Pero cuando se puso sobre la mesa la cuestión del tabaquismo y otras adicciones étnicas fue preciso encontrar otra salida.

La primera respuesta la proporcionó el propio Gary Becker quien sostuvo (ya en 1976) que las decisiones de los adictos “reducen la atención hacia las consecuencias del futuro” lo que implica que son perfectamente racionales desde la perspectiva de la “tasa de descuento”, ya que el adicto cuando decide consumir siempre toma una decisión racional en el contexto de su propia adicción. Para completar esta visión Gary Becker introdujo además el concepto de “automedicación racional” entendiendo por tal que el valor descontado del futuro coste de la adicción cuenta menos que las actuales ventajas de consumir, al menos en sujetos, para los que este consumo evita algún tipo de displacer psicológico u orgánico (Becker y Murphy, 1988). A partir de esta lógica Gary Becker se limita a proponer tanto la legalización como la “desaparición” de los recursos asistenciales que serían sustituidos por medidas administrativas como “tipos altos de impuestos de carácter disuasorio” (Febrero y Schwartz, 2002).

A pesar de que el premio Nóbel de 1992 supuso una notable expansión y diseminó las ideas de Gary Becker las críticas que recibió, en relación al tema de las adicciones, acabaron por invalidar su posición. La principal crítica se refiere a que realiza dos análisis similares, el uno relacionado con las adicciones y el otro con los delitos, pero, sin que nadie acabe de entenderlo llega a dos conclusiones opuestas, para el primero la “opción racional” es la tolerancia absoluta, pero para el segundo propone un endurecimiento ilimitado de las penas mientras subsista el menor delito (lo que ha sido llamado “tolerancia cero”). Por otra parte también está claro que las políticas fiscales son eficaces hasta cierto punto, a partir del cual emerge el mercado negro. Asimismo el análisis de Becker no considera ni las consecuencias sobre la salud pública, ni los costes sociales, en el caso de los consumos generalizados de drogas como ya ocurre en el caso del tabaco y el alcohol.

Todas estas críticas han conducido al programa de investigación a la realización de análisis más sofisticados, que tienen mucho que ver con esta investigación. La literatura es muy abundante, pero tanto por su centralidad como por su accesibilidad, vamos a limitar la descripción a la obra de John Elster, que inició su trabajo diseñando una teoría completa de la elección racional, en la que descollaba su particular tesis sobre el “individualismo metodológico” (Elster, 1983). Hay que aclarar que John Elster no es un “experto en el tema de las adicciones”, sino más bien un filósofo de la ciencia, que realiza contribuciones en el ámbito de la economía política y que posee una notable influencia en la élite política internacional ya que es, junto a Gary Becker y John Rawls uno de los protagonistas del “giro neoliberal” que han padecido nuestras sociedades en las dos últimas décadas. A lo largo de todo este tiempo Elster ha realizado diversos trabajos en torno a las adicciones, y aunque en el campo específico de las drogas supongo que muy poca gente lo ha leído, no cabe duda que en el terreno político y económico su “versión de las adicciones” es absolutamente referencial aún para aquellos que no asumen los presupuestos ortodoxos del neoliberalismo.

En parte porque Elster trata de tender puentes hacia otros sectores presentando una versión más matizada de la teoría de la elección racional, aunque preservando el corazón del individualismo metodológico. Así en 1984, en su famoso texto, “*Ulises y las sirenas*”, trato de explicar como las emociones (o las pasiones) son efectivamente capaces de cortocircuitar la racionalidad de las elecciones humanas. No sólo considera que la adicción (a drogas ilegales, a alcohol y en menor medida al juego) es una de estas emociones sino que le otorga un indudable protagonismo a la hora de determinar la cuestión de los límites de la racionalidad y por tanto de la capacidad de que el sujeto realice una elección racional (Elster, 1984).

Desde entonces Elster ha venido trabajando la cuestión de las “ansias adictivas”. De hecho los análisis de Elster muestran muchas similitudes con lo que he llamado más arriba “síntesis práctica” en el ámbito de las adicciones, e incluso algunos manuales han adoptado de forma implícita una perspectiva fundada en sus reflexiones (Goldstein, 1994). Tales similitudes son el resultado de una evidente “influencia no reconocida” en campos de conocimiento que utilizan modelos lingüísticos y conceptuales auto-poieticos. Frente a estas actitudes corporativas la utilización directa de los textos de Elster tiene la enorme ventaja de visualizar de un modo completo el modelo de referencia que utiliza el centro teórico sin pasar por el tamiz de los lenguajes disciplinares.

De entrada sostiene Elster que las ansias son el resultado de tres factores (Elster, 1998). Para el primero sigue manteniendo la explicación neurobiológica, aunque considera que se trata de una atribución demasiado genérica porque los mismos circuitos neurológicos son comunes a demasiados comportamientos humanos⁵, lo que le lleva a diferenciar las “ansias adictivas producidas por sustancias químicas” de otro tipo de adicciones, emociones y comportamientos.

⁵En 1984 a partir de los hallazgos de Michael Liebowitz en torno a la “química del amor” y su afirmación de que los circuitos neurológicos activados por el amor son los mismos que activan las anfetaminas.

Aparte de delimitar estas ansias adictivas por la incorporación de las drogas al cuerpo, Elster considera imprescindible la presencia de un segundo factor que se refiere a los elementos culturales. Por cultura entiende *“un conjunto de conceptos, creencias, valores y normas, sabiendo además que los mismos se comparten en el seno del propio colectivo social, pero que esto no ocurre con los individuos de otras culturas”*. En sus obras más recientes (Elster, 2000) ya ha reconocido además que los elementos culturales presentes *“las ansias adictivas químicas”* representan una fórmula de cultural global y más o menos uniforme, desarrollada a lo largo del siglo XX y que en este particular momento histórico se proyecta sobre todas las sociedades. Esto significa que las ansias adictivas son una expresión cultural particular de las diversas posibilidades que ofrece el funcionamiento neurobiológico.

El tercer factor, al que Elster dedica sus mayores esfuerzos se refiere a la caracterización de estas ansias adictivas en el contexto que ofrece el modelo del individualismo metodológico. Ahí el matiz es que *“los seres humanos son conscientes de las ansias adictivas que padecen, lamentan tenerlas e intentan superarlas”*, aunque este deseo de superarlas puede explicarse como una decisión racional consecuencia de los diversos problemas que produce la adicción, ocurre que aparecen *“numerosas recaídas”* poco explicables a través en los modelos matemáticos de la elección racional. La constante pugna entre decisión y recaída introduce un factor de ambigüedad que no resulta fácil de explicar desde la propia teoría.

La explicación establece que *“el sistema de recompensas pierde el control”* y considera que el experimento crucial, que ha sido descrito por Griffit Edwards, se refiere *“al adelanto de la hora de cierre en las tiendas de venta de licores en Suecia que no produjo una disminución sensible en el consumo global de alcohol, pero redujo notablemente la cantidad de ebrios detenidos, los conflictos domésticos, las peleas y las agresiones callejeras”*, lo que implica que la medida sólo afectó a los bebedores problemáticos porque les permitió mantener un mayor grado de autocontrol (Elster, 1998).

Para tratar de explicar porque ocurrió esto Elster describe las características que conforma una adicción química y que coinciden con las descripciones habituales que se realizan en el ámbito de las adicciones: euforia y placer; disforia y abstinencia; tolerancia, dependencia a los estímulos, daño objetivo, alteraciones de ánimo. Pero también incluye como componentes de la propia adicción ciertas características que tendemos a considerar fruto de la intervención terapéutica, en concreto, el deseo de dejarlo, la incapacidad de lograrlo, la negación circunstancial de la adicción o de ciertos problemas ocasionados por la misma, la lucha por el autocontrol y las recaídas. De hecho en toda esta descripción Elster adopta la posición tradicional de AA, aunque no la cita, es decir el sujeto es siempre *“un alcohólico”* y todos los *“incidentes terapéuticos”* son parte sustancial de la adicción, algo que los dispositivos asistenciales ya han reconocido, aunque aún quedan algunos que se resisten.

Toda esta descripción se articula sobre un concepto central: el ansia adictiva. En principio se define como *“el juego de la euforia y la disforia”*, tanto en lo real como en el plano de los estímulos. Un juego que tiene un *“carácter incentivador”* propio y característico de cada familia de drogas, así en la cocaína la ficha clave podría ser la euforia, mientras que en los opiáceos podría ser la disforia.

Se trata de una explicación que nos recuerda el modelo de Hans Jürgen Eysenck, pero al que se le introduce un nuevo elemento consistente en considerar que el propio juego establece un conjunto de **recompensas secundarias** que conforman una parte esencial del ansia. En esencia creo que Elster afirma que **los refuerzos del ansia adictiva se constituyen tanto por el condicionamiento clásico como por el estímulo que introduce el juego en sí mismo.**

Dichos estímulos que a su vez se relacionarían con las emociones (de ahí el análisis conjunto emociones / adicciones que ha emprendido Elster en sus últimas obras). Lo cual le permite establecer un

mecanismo causal en el que los efectos primarios, es decir la vieja noción de adicción en sentido estricto, pierden relevancia frente a los efectos de retroalimentación, prealimentación y sensibilización que introducen el juego adictivo. Utilizando otro lenguaje Elster nos viene a decir que el condicionamiento químico es esencial para iniciar la adicción pero la verdadera ansia adictiva se conforma a través de un “estilo de vida adictivo”.

Este “estilo de vida” es justamente “la cultura de las ansias adictivas químicas” y de hecho, en el ámbito teórico de la elección racional el experimento más repetido es el de la medida de la participación en el grupo como predictor de la intensidad del ansia adictiva, aunque este es un experimento que ha tenido que resolver el problema de las diferencias subculturales en los distintos grupos. En este punto se ha introducido además la vieja cuestión de las creencias en torno a la adicción y la capacidad que estas poseen para determinar las características de la misma (Elster, 1998). Se trata del argumento del “efecto placebo de las expectativas simbólicas” que en España ya se describió de una forma muy completa (Comas, 1986).

Con todos estos elementos las más recientes aportaciones de la teoría de la elección racional se plantean como encajar la cuestión de las ansias adictivas químicas, y lo primero que afirman es que “los adictos son insensibles a la recompensa” ya que expresan un alto grado de elasticidad frente al precio (Friedman, 1990). Aunque evidentemente esta afirmación no es suficiente para considerar que tienen minada su capacidad para adoptar elecciones racionales. El factor clave parece ser el tiempo ya que en el caso de estos adictos la tasa de descuento de la función de utilidad adopta un perfil hiperbólico. Entonces la pregunta es ¿debe considerarse el perfil de la hipérbola como una muestra de racionalidad o de irracionalidad?

Para que la pregunta se entienda bien la formularé en términos más afines al ámbito de las drogas aunque serán términos más inexactos. Sería así ¿la motivación del adicto es una resultante proporcional de la gravedad del daño objetivo que padece?

La respuesta del individualismo metodológico puede parecer sorprendente porque de pronto retoma el factor cultural y plantea que la racionalidad o irracionalidad de la decisión dependerá del mismo factor cultural, es decir de las creencias que manejan los adictos sobre las drogas y la adicción. Lo que equivale a afirmar que sus decisiones dependerán de estas creencias y como las creencias que manejan los adictos pueden ser irracionales sus decisiones serán irracionales.

Llegados a este punto la teoría parece incapaz de seguir, en parte porque aunque ha llegado a una conclusión inversa no ha avanzado un ápice más allá de las reflexiones de Gary Becker. Además plantea nuevas preguntas que quedan sin resolver como ¿y si las creencias son racionales?, o ¿es lo mismo la iniciación que la adicción? Ya que si la iniciación se vincula exclusivamente a los refuerzos primarios, que en este caso aparecen representados por el placer y otros estímulos culturales frente a hipotéticos placeres situados en el futuro, está claro que la decisión de “experimentar” es muy racional. Claro que si se han interiorizado las creencias sobre riesgos futuros entonces lo racional es decidir “no experimentar”. ¿Puede aplicarse el mismo esquema en el caso de las recaídas?, en este caso deberíamos además tener en cuenta que las creencias no sólo pueden ser distintas en el momento de la iniciación y en el apogeo de la ansia adictiva, sino que además el “deseo de dejarlo y la imposibilidad de lograrlo”, así como dejar de consumir para volver a recaer, exige adoptar nuevas creencias.

El propio Elster introduce además otra cuestión ¿existen individuos más vulnerables en términos psicofísicos? Si es así la elección no depende exclusivamente de lo cultural, de las creencias y otros componentes simbólicos, sino que aparece condicionada por elementos neurobiológicos. ¿Puede ser la misma decisión racional o irracional dependiendo del individuo? ¿quiénes son los unos y quienes son los

otros?. La respuesta de Elster es que esto actualmente no se sabe, y por tanto todos los adictos imaginan que ellos no están entre los vulnerables y como consecuencia toman una decisión que creen racional pero que en realidad no lo es.

Finalmente el modelo considera la posibilidad del auto-control, o expresado de una forma más directa la posibilidad de dejar las drogas. En los términos del propio modelo la pregunta es ¿pueden las expectativas del descuento hiperbólico ser suficientes para mantener la resolución de dejar las drogas? Y la respuesta de Elster es que dependen de las estrategias empleadas, a la vez afirman que estas estrategias representan “procedimientos de racionalidad imperfecta” que **no garantizan el auto-control** (Elster, 1984).

La primera estrategia es la del “**agrupamiento**” que más o menos viene a coincidir con las propuestas de AA y de otros grupos que consiguen la abstinencia a partir de la decisión absoluta y radical que toman con el apoyo de una colectividad de “adictos” que proyectan la experiencia colectiva de decisiones similares y su éxito. Esta sería una forma de “pensamiento mágico” que consigue algunos resultados porque modifica las creencias de los adictos y por tanto posibilita la emergencia de un tipo de creencias que permiten manipular la hipérbole de la tasa de descuento (Elster, 1989). Es decir los adictos “se curan porque se equivocan”.

La segunda estrategia es la “**elección elaborada**”, que intenta anticipar en el presente los resultados del descuento del futuro. Dicho de otra forma se trata de ofrecer al adicto en un corto plazo todas las ventajas que se derivan de su abandono de las drogas. Para Elster esta sería una mala opción porque si el procedimiento fracasa se hace muy difícil volver a planearlo.

La tercera estrategia es el “**precompromiso**” es decir la manipulación del entorno, tratando de impedir un acceso fácil a la droga, bien apoyándose en terceras personas, bien imponiéndose costos adicionales o mediante técnicas terapéuticas que reduzcan las ansias. Obviamente todas estas dificultades modifican el perfil de la hipérbole y reducen la estabilidad de la demanda, pero como ocurría en el famoso experimento sueco, solo garantizan un determinado tipo de auto-control, lógicamente aquel que se refiere a las consecuencias negativas más próximas.

Al final la teoría de la elección racional sostiene en sus propuestas prácticas y con independencia de que considere que la adicción comporta elecciones racionales (Becker) o irracionales (Elster) que no se pueden plantear propuestas que garanticen el auto-control, en un caso porque serán irracionales y en el otro porque la pervivencia de las propias ansias adictivas impide tomar una decisión racional en relación al impacto de las previsibles consecuencias de la adicción.

1.1.3. El camino de la investigación.

Si esta es la conclusión del centro teórico se supone que tenemos poco que decir, porque además las políticas sobre drogas han asumido estos principios y sólo las redes asistenciales y los planes y programas de drogas siguen manteniendo la ficción de que pueden “cambiar la vida de los adictos”. Quizá por ello se llega a decir en el seno de la aplicación política de la teoría de la elección racional, que no está de más, por razones morales, mantener estos dispositivos que además “tranquilizan a la población” ().

Pero ¿se corresponde el planteamiento de la teoría de la elección racional con la descripción detallada de un caso local? Vamos a tratar de comprobarlo desde la perspectiva de la auto-percepción de la experiencia terapéutica de los adictos de Castilla la Mancha.

Ciertamente para poder hacerlo de una forma completa deberíamos considerar los numerosos aspectos de la realidad que envuelve esta experiencia terapéutica, pero hemos tenido que seleccionar unos pocos. Creemos que suficientes porque vamos a tratar aspectos cruciales de la teoría. En cualquier caso siempre estamos a tiempo de ampliar la investigación y de que se realicen evaluaciones que completen los hallazgos que vamos a presentar en los próximos capítulos.

El aspecto elegido, es decir la experiencia de los adictos narrada por ellos mismos, es en términos del debate teórico muy crucial, seguramente más crucial que otros aspectos como los referidos al contexto social y las políticas institucionales, las dinámicas y las prácticas profesionales, los intereses de otros sectores afines en sus tendencias para expandirse, los agentes sociales que utilizan el tema como metáfora en sus discursos o las fracturas generacionales.

Pero obviamente la experiencia de los adictos que se muestra en esta investigación será muy distinta a la de los profesionales que conforman la red. Desde hace años numerosos estudios han puesto en evidencia que profesionales y pacientes tienen versiones distintas, cuando no contradictorias, cuando describen una misma experiencia en el sistema sanitario (Aguinaga, 1987), el mismo Robert Merton considero que estas diferencias “eran muy funcionales” porque permitían “satisfacciones alternativas” (Merton, 1956) y creemos que nuestro estudio va a producir no pocas perplejidades entre los profesionales de la red asistencial de Castilla la Mancha. Pero esto es lo que piensan los adictos.

De hecho en un reciente estudio sobre las “razones que explican el cumplimiento de las prescripciones en enfermos hipertensos” encontramos una tabla que compara, a partir de las respuestas a un mismo cuestionario, las divergencias entre las interpretaciones de los profesionales y los pacientes (Novillas, 2003).

PACIENTES		PROFESIONALES	
CONCEPTO	VARIANZA	CONCEPTO	VARIANZA
Miedo y sentido de culpa	18,9%	Eficacia de la buena información	21,7%
Dificultades del contexto cotidiano	13,1%	Compromiso e interés del profesional	11,3%
Malos hábitos de salud en general	10,2%	Flexibilidad del profesional	8,3%
Mala organización de la asistencia	8,1%	(Mala) Influencia de otras personas	-7,5%
Percepción de mejoría	6,8%	Buena formación profesional	6,1%

1.2. Observar, describir y analizar los procesos.

1.2.1. Técnicas de recogida de datos: La historia de vida y la entrevista cualitativa.

En una perspectiva más o menos dogmática, tradicional y rígida, la observación de la conducta humana, así como las consecuencias derivadas de la misma, parecían requerir un marco experimental estricto, de la misma manera que la descripción de reacciones sociales e institucionales implicaban una visualización formal de las políticas públicas. Sin embargo los avances en la racionalidad instrumental, especialmente en el último cuarto de siglo, no sólo nos ofrecen alternativas al estrecho marco del empirismo positivista, sino que, paradójicamente, nos han abierto vías de acceso al conocimiento que hasta ahora permanecían inéditas.

Tal avance supone una respuesta tanto a las limitaciones de la lógica experimental, afectada por el principio de la indeterminación, como a las sospechas de parcialidad que ofrecen muchos indicadores formales y en especial las fuentes estadísticas. Las mejoras metodológicas de las que se han dotado los instrumentos cualitativos, nos permiten remontar anteriores dificultades y abrirnos hacia la adquisición de un tipo de conocimiento, que hasta hace muy poco tiempo, aparecía aposentado en el terreno de la especulación o las meras hipótesis. Además, una característica de tales conocimientos se refiere a su perfil comparativo, es decir, los componentes de lo cualitativo incluyen, como necesario complemento, los resultados experimentales y formales, conformando una totalidad integral que, por otra parte, nos permiten un estrecho vínculo con la práctica profesional. Como consecuencia teoría y práctica, conocimiento y tecnología de la intervención, se aúnan así para incrementar el bienestar social y contribuir a una mejor calidad de vida.

En el caso concreto de esta investigación el procedimiento metodológico cualitativo utilizado ha sido **la historia de vida obtenida a partir de entrevistas semiabiertas**. Se trata de una metodología bien conocida, que se desarrolló en la década de los años 60 a partir de la historiografía, la etnografía y el análisis del discurso (Aceves, 1996) y que conjuga dos estrategias metodológicas, de una parte la historia de vida y de otra las entrevistas abiertas cualitativas.

La metodología de la historia de vida es muy antigua, aunque nació muy ligada a las técnicas de “estudio de documentación secundaria” pero progresivamente se fue aproximando a la recogida de datos directa (Ruiz de Olabuenaga, 1996). En España la metodología de la historia de vida se introdujo precisamente a partir del ámbito de las drogas, fue Oriol Romaní quien en su tesis doctoral “**Una historia cultural del hachís en Barcelona**” (1982), aplicó por primera vez y de una forma rigurosa y sistemática esta metodología en España. Una parte de dicha tesis fue publicada al poco tiempo (Romani, 1983) y ha sido reeditada en numerosas ocasiones. La formalización de esta metodología en nuestro país se realizó en la década pasada cuando aparecieron sendos manuales que pueden utilizarse como guías (Pujadas, 1992; Marinas y Santamaría, 1993).

En cuanto a las entrevistas cualitativas, tras su descripción original por Theodore Caplow en 1956, es una de las técnicas de recogida de datos que más literatura metodológica ha producido. Toda esta literatura coincide en señalar que la importancia atribuida a la entrevista cualitativa tiene que ver con el hecho de que se trata de “*una conversación cotidiana que establece un vínculo de confianza que produce información relevante y que además se va a poder codificar y analizar de una forma rigurosa a*

posteriori" (Denzin y Lincoln, 2000). Existe una gran variedad de modelos de entrevista cualitativa, que además han sido sistematizadas en un reciente manual (Valles, 2002).

Se da además la circunstancia de que dos de las experiencias más interesantes, realizadas en España, con esta metodología se han desarrollado en el ámbito drogas y se han referido precisamente a la cuestión de la experiencia terapéutica de un determinado colectivo de adictos a drogas ilegales. En ambos casos se trata de las investigaciones que nos han aportado una información más relevante en torno al tema. La primera se realizó en Barcelona, con adictos de toda Cataluña, con 24 historias y permitió una descripción de las estrategias terapéuticas de los adictos a la heroína en el periodo 1979-1983, en el que predominaban las CCTT y los procedimientos de dejarlo "sin ayuda terapéutica". El trabajo mostró como el mejor predictor de éxito era la presencia de personas (familiares, pareja, amigos) que actuaban como apoyo. También fue el primer trabajo que planteó lo que llamaban "el modelo del príncipe azul" como la forma más habitual de iniciarse de las mujeres (Funes y Romani, 1985).

El segundo trabajo se realizó en Bilbao, con adictos de toda la CAV, aunque la mayoría eran vizcaínos. Se realizaron 51 historias de vida a adictos que, en algún momento del periodo 1985-1994 habían gozado de alguna medida alternativa, con la vieja atenuante analógica del artículo 9 del Código Penal entonces en vigor. La situación terapéutica de estos adictos era ya muy distinta a los de la etapa anterior, tanto por la variedad de recursos disponibles como por el mayor porcentaje de éxitos obtenido. Su hallazgo central fue que los adictos sometidos a una medida penal alternativa, si estaban bien controlados, obtenían un alto nivel de éxito terapéutico (Elzo, 1995). De hecho este detallado trabajo fue una evaluación de las prácticas alternativas que estaba desarrollando entonces la Audiencia Provincial de Vizcaya, pero sus resultados no fueron nunca tenidos en cuenta, lo que ha sido un claro indicador del uso que se les da, en nuestros medios, a las evaluaciones.

En este sentido esta sería la tercera investigación, con objetivos parecidos y que utiliza una metodología similar. Como además la muestra se distribuye sobre un periodo que se inicia más o menos en 1993 y concluye en el 2002, entre las tres investigaciones se cubre prácticamente todo el periodo 1979 a 2003. Aunque cada una se refiere a una CCAA diferente, Cataluña, Vizcaya y Castilla la Mancha, podemos suponer que en conjunto ofrecen una cierta visión de la evolución de las impresiones, sentimientos y valoraciones que realizan los adictos a drogas ilegales en España.

Asimismo al tiempo que se preparaba esta investigación apareció otro trabajo, con una metodología similar, aunque en este caso se trataba exclusivamente de los consumos de otras drogas entre los usuarios de Programas de Mantenimiento con Metadona en la Comunidad de Madrid. En el mismo se realizaron 53 entrevistas correspondientes a demandas de atención en el periodo 1999-2001 (Charro y Meneses, 2002).

1.2.2. Detalle de la metodología utilizada.

El objetivo de la investigación es, como ya se ha explicado, describir y analizar la experiencia terapéutica de los adictos a drogas ilegales en Castilla la Mancha. Para ello se estableció un diseño metodológico definido como "historias de vida obtenidas a partir de entrevistas semiabiertas". Las historias de vida constituyen un tipo de narración que va construyendo el propio sujeto a partir de algunas preguntas o sugerencias del entrevistador. La entrevista se define como semiabierta porque el entrevistador tiene que obtener información (espontánea o sugerida) sobre una serie de temas que se han establecido a priori tras un análisis exploratorio. Dicha combinación metodológica ha sido descrita en numerosos manuales y es considerada especialmente productiva (Mishler, 2001).

Para entender bien el planteamiento metodológico hay que tener en cuenta que el análisis de los “temas” forman el corpus obligatorio de la entrevista y estos van a ser analizados de una forma “transversal”, es decir, no vamos a seguir el hilo de la narración del sujeto en su historia de vida, sino que vamos a analizar cada uno de estos temas de una forma autónoma y al margen del propio hilo de la narración.

Con este diseño se pretende poner en relación los contenidos globales de cada uno de estos temas al margen de su relación con la historia individual de cada sujeto. En este sentido se utilizan técnicas de recogida de datos de tipo cualitativo pero la finalidad es obtener una **visión empírica** que se sustenta a la vez en datos cuantitativos y cualitativos. De alguna manera se trata de utilizar la técnica de recogida de datos que consideramos más fiable y combinarla con el procedimiento de análisis que va a darnos más y mejor información en torno al objetivo perseguido.

Esta combinación de procedimientos ha sido tomada de un manual sobre análisis de datos cualitativos (Miles y Huberman, 1994), pero ya había sido experimentada por el autor en otras dos ocasiones. En la primera se entrevistó a 100 usuarios habituales de cannabis en el País Vasco y en la misma se puso a prueba el sistema de matrices que vamos a utilizar en esta investigación (Comas, 2000). Dicha metodología ha sido posteriormente replicada para el mismo objetivo y la misma población y 53 entrevistas a usuarios habituales de cannabis en Andalucía (Gamella y Jiménez, 2003). En la segunda se creó un grupo de entrevistadores adolescentes que entrevistaron a otros 66 adolescentes (14-18 años) para conseguir un relato fiable de la versión de las relaciones de estos con sus padres y de aquellas cosas que no se atrevían a contarles (Elzo, 2000).

En cuanto a la metodología concreta del proyecto se comenzó con una **fase exploratoria** en la que se reunió todo el material y documentación disponible en torno a la evolución de la oferta asistencial para adictos a drogas ilegales en Castilla la Mancha, dicho material, del que forman parte Memorias, los resultados del SEIT y diferentes textos fue facilitado por el Plan Regional de Drogas y otras instituciones del gobierno regional.

Como parte de esta fase exploratoria se realizaron entrevistas con los responsables de los nueve Equipos de Atención a Drogodependientes (EADs), con los que cuenta la región. En el próximo capítulo se va a realizar una somera descripción de los EADs pero en este punto hay que decir que son los dispositivos públicos que atienden a la población adicta a drogas ilegales y que a efectos de la investigación han sido considerados como proveedores de la totalidad de los casos que se van a entrevistar.

En la misma visita se realizaron además las 11 primeras entrevistas a otros tantos usuarios (tabla 1.1), según un perfil definido por género distinguiendo varones de mujeres (VA/MU) y por droga de referencia diferenciando los casos de heroína de los de cocaína (HE/CO).

En cinco de los Equipos de Atención a Drogodependientes (EADs), en concreto en Albacete, Ciudad Real, Talavera de la Reina, Toledo y La Mancha (Villacañas), la entrevista fue realizada de forma conjunta por el responsable de la investigación (DCA) y la responsable de trabajo de campo Carmen Arenas (CAC), en estos EADs se realizaron ocho entrevistas a usuarios distribuidas tal y como se indica en la tabla 1.1. Los otros cuatro EADs se repartieron de tal manera que Carmen Arenas se ocupó de las entrevistas con los EADs y los usuarios de Cuenca y Almansa y Domingo Comas de los EADs y los usuarios de Guadalajara y Puertollano. En los nueve casos asistieron a las entrevistas con los EADs los miembros del equipo de entrevistadores que se iba a ocupar del resto de entrevistas correspondientes a cada uno de los EAD, que en este momento fueron presentados al personal del EADs. En dicha reunión se establecieron con cada EAD los procedimientos prácticos para poder contactar con los casos seleccionados en la muestra y realizar la entrevista.

**TABLA 1.1 ENTREVISTAS DE LA FASE EXPLORATORIA
EADs Y PERFIL DE LOS ENTREVISTADOS**

AUTOR	AL	AM	CR	CU	GU	PU	LM	TA	TO
CAC	MU/HE	VA/HE	MU/HE	VA/HE					MU/HE
DCA	VA/CO				VA/HE	VA/HE	VA/HE	VA/CO	VA/HE

El objetivo de la fase exploratoria fue el de acercarse, de una parte, a la realidad de la intervención, tal y como la visualizaban los profesionales y de otra parte a la experiencia terapéutica tal y como la sentían los usuarios. Como consecuencia la información obtenida en estas primeras entrevistas, a la que se añadió el análisis de la documentación secundaria y la ayuda de la literatura técnica que se ha citado más arriba, se determinaron los elementos que podían conformar la experiencia terapéutica de los adictos en el contexto del desarrollo de los programas asistenciales en la región.

Con la información aportada en la fase exploratoria se elabora **un guión para las entrevistas**, así como unas instrucciones, que figuran en el anexo. En las mismas se describe el procedimiento de selección de casos, se determina la muestra de acuerdo con criterios de tipo de dispositivo, año en el que realizó la primera demanda, sexo y tipo de droga que define el caso según criterio SEIT. Dicha muestra, tal y como se entregó a los entrevistadores (con copia al EAD) figura en la tabla 1.2. Asimismo en las instrucciones se incluyeron diversas explicaciones relativas a la forma de realizar la entrevista.

El tipo de muestra establecido se denomina “muestreo secuencial conceptualmente conducido” y fue establecido por Glaser y Straus en 1967, que definieron el “punto de saturación teórica” que se obtiene cuando la información obtenida resulta suficiente para los objetivos de la investigación (Valles, 2002). En este caso la muestra trataba de alcanzar este punto por EAD, por género, por edad y por droga principal. Creemos que se ha conseguido alcanzar este punto. En este tipo de muestra Jesús Ibáñez indicaba también que se trataba de conseguir el “punto de saturación estructural” en lo relativo a las oposiciones polares (Ibáñez, 1979). Al ignorar cuales eran las polarizaciones que íbamos a encontrar ha sido imposible establecer tales oposiciones en la muestra, sin embargo, como veremos en el análisis, la metodología de la entrevista nos ha permitido visualizar las mismas y como inevitablemente forman parte de esta “muestra conceptual”

Todas estas instrucciones se reiteraron en una reunión de formación con el equipo de campo que se realizó el sábado 17 de mayo de 2003, en la reunión se entregaron los materiales y un disquete con el guión que iba a servir para confeccionar **los informes de las entrevistas**. Dicho guión consta de 16 cuestiones relacionadas con la historia de la adicción del entrevistado, así como cuatro cuestiones en torno a la experiencia de referencia en el EAD (es decir aquella experiencia terapéutica que expresaba los criterios muestrales) y tres cuestiones por cada una de otras posibles experiencias terapéuticas hasta un total de nueve experiencias distintas. Es decir el informe mínimo incluía 20 cuestiones diferentes y el máximo 47 dependiendo de la trayectoria terapéutica del adicto. Todas estas cuestiones, incluida la delimitación de cada una de las posibles experiencias terapéuticas, puede verse al detalle en el anexo.

TABLA 1.2 MUESTRA POR EAD

	Albacete	Alman(1)	C. Real	Cuenca	Guadala	Puertolla	Talavera	Toledo	Mancha
1	V/HE/94	V/HE/94	V/HE/94	V/HE/94	V/HE794	V/HE/94	V/HE/94	V/HE/94	V/HE794
2	V/HE/94	V/HE/94	V/HE/94	V/HE/94	V/HE/94	V/HE/94	V/HE/94	V/HE/94	V/HE/94
3	V/HE/94	V/HE/96	V/HE/94	V/HE/96	V/HE/96	V/HE/96	V/HE/94	V/HE/94	V/HE/94
4	V/HE/94	V/HE/98	V/HE/94	V/HE/98	V/HE/98	V/HE/98	V/HE/94	V/HE/94	V/HE/94
5	M/HE/94	M/HE/96	M/HE/94	M/HE/96	M/HE/96	M/HE/96	M/HE/94	M/HE/94	M/HE/94
6	V/HE/96	V/HE/99	V/HE/96	V/HE/99	V/HE/99	V/HE/99	V/HE/96	V/HE/96	V/HE/96
7	V/HE/97	V/HE/01	V/HE/97	V/HE/01	V/HE/01	V/HE/01	V/HE/97	V/HE/97	V/HE/97
8	V/HE/98	V/CO/99	V/HE/98	V/CO/99	V/CO/99	V/CO/99	V/HE/98	V/HE/98	V/HE/98
9	V/HE/99	V/CO/02	V/HE/99	V/CO/02	V/CO/02	V/CO/02	V/HE/99	V/HE/99	V/HE/99
10	M/HE/97	M/CO/00	M/HE/97	M/CO/00	M/CO/00	M/CO/00	M/HE/97	M/HE/97	M/HE/97
11	V/HE/00	-	V/HE/00	-	-	-	V/HE/00	V/HE/00	V/HE/00
12	V/HE/01	-	V/HE/01	-	-	-	V/HE/01	V/HE/01	V/HE/01
13	V/HE/02	-	V/HE/02	-	-	-	V/HE/02	V/HE/02	V/HE/02
14	V/HE/03	-	V/HE/03	-	-	-	V/HE/03	V/HE/03	V/HE/03
15	M/HE/00	-	M/HE/00	-	-	-	M/HE/00	M/HE/00	M/HE/00
16	V/CO/97	-	V/CO/97	-	-	-	V/CO/97	V/CO/97	V/CO/97
17	V/CO/99	-	V/CO/99	-	-	-	V/CO/99	V/CO/99	V/CO/99
18	V/CO/01	-	V/CO/01	-	-	-	V/CO/01	V/CO/01	V/CO/01
19	V/CO/02	-	V/CO/02	-	-	-	V/CO/02	V/CO/02	V/CO/02
20	M/CO/00	-	M/CO/00	-	-	-	M/CO/00	M/CO/00	M/CO/00

(1) Los anteriores a 1998 pueden haber realizado su primera demanda en Albacete.

En este sentido hay que tener en cuenta que el equipo de campo no sólo recogía los datos sino que procedía a una primera elaboración de los mismos. Es decir realizaba la entrevista, grababa la conversación, pero después seleccionaba los datos obtenidos en la entrevista y elaboraba un informe en el que daba cuenta de los diferentes aspectos que aparecen en el guión. Obviamente cuando realizaba la entrevista tenía en cuenta las cuestiones que después debía incluir en el informe, lo que implica un cierto riesgo de directividad, del que fueron prevenidos en la reunión preparatoria y que no parece haber afectado al desarrollo del trabajo.

Los informes de las entrevistas incluían una matriz identificadora del caso que estaba constituida por: la identificación del entrevistador según lo establecido en la tabla 1.3. y el número de orden de la entrevista para cada EAD según la muestra, seguida de barra, el sexo del entrevistado (V/M), seguida de otra barra, la edad en números y la droga principal según criterio SEIT. Obviamente la identificación del entrevistador permitía deducir el EAD que había facilitado el caso y la entrevista. Un modelo de matriz es, por ejemplo, ERB16/V/30CO que supone que la entrevista ha sido realizada por ERB, que se corresponde con la número 16 de la muestra del EAD de Talavera, que se trata de un varón, que en el momento de la entrevista tenía 30 años y que ha sido clasificado por el propio EAD como caso de cocaína.

Dicha matriz que identificaba el caso servía también para nombrar el archivo electrónico del informe de cada caso, de tal manera que al final se tuvieron tantos archivos como informes de entrevistas se realizaron. Asimismo dicha matriz debía repetirse al inicio de cada una de las cuestiones del guión con la finalidad de que no “se perdiera” la identidad de cada uno de ellos al realizar el análisis temático.

La buena calidad de los datos obtenidos es una consecuencia de la profesionalidad del equipo de entrevistadores ya que para realizar las mismas se contó con profesionales que trabajan para el grupo

GID, algunos de ellos en los equipos de Instituciones Penitenciarias y otros en el programa de reducción de daños “menos riesgos más salud” y algunos en programas de prevención. Se trata, por tanto, de profesionales conocedores del tema y la realidad de la Región, acostumbrados a tratar con adictos, pero que tienen una relación indirecta con los EADs.

TABLA 1.3 EQUIPO DE CAMPO

Nombre y apellidos	CLAVE	E.A.D.	CLAVE
Nuria Gómez Castillejo	NGC	Albacete	AL
Francisco Javier Sánchez Martínez	FSM	Albacete	AL
Carlos Tomás González López	CGL	Almansa	AM
Patricia Montoya Gómez	PMG	Ciudad Real	CR
Rosario González Parra	RGP	Ciudad Real	CR
Rosario Rojas Madrideo	RRM	Cuenca	CU
Marina Torres Gamboa	MTG	Guadalajara	GU
Estela Vela Pérez	EVP	Puertollano	PU
Raúl López Guirado	RLG	Villacañas	LM
Magdalena Verdejo García	MVG	Villacañas	LM
Enrique Rivera Bellido	ERB	Talavera	TA
Sandra Tello Jarillo	STJ	Talavera	TA
M ^a José Durán del Cerro	MDC	Toledo	TO
Esther Baquero Torres	EBT	Toledo	TO

Los miembros del equipo de campo figuran en la tabla 1.3. en la que además se indica la clave con la que van a ser identificados en los informes, el EAD en el que realizaron las entrevistas y la clave del mismo. Se trata en total de 10 mujeres y de 4 varones, lo que de alguna manera representa la proporción global de sexos que aparecen entre los profesionales de la red asistencial de drogas.

Una vez diseñado este instrumento comenzó la fase de recogida de datos, en las que se realizaron 138 de las 140 entrevistas previstas. El trabajo de campo se inició a finales de mayo y se prolongó a lo largo de junio y julio de 2003. Los primeros informes de entrevistas fueron entregados a fines de junio y las últimas a finales de septiembre. Teniendo en cuenta los problemas que plantea este tipo de trabajo de campo las entrevistas se realizaron con mucha celeridad. La buena disposición de los EADs permitió soslayar algunos problemas como los de aquellos “casos reiteradamente informales” y los retrasos en establecer algunos contactos.

En total se han realizado 138 entrevistas, de acuerdo a un perfil muestral preestablecido en el que se clasificaba los casos por EAD, por sexo, por droga principal según criterio SEIT y por año en el que se realizó la primera demanda en el EAD. La identificación de las entrevistas aparece en la tabla 1.4., clasificada por EAD y en el que además aparece la identidad del entrevistador y el resto de datos que constituyen la matriz que identifica el caso. El número de orden se corresponde con el de la muestra lo

que permite constar el grado de correspondencia entre ambas. En este sentido dos entrevistas fueron finalmente invalidadas y no sustituidas, ya que después de varias sustituciones en el periodo del trabajo de campo, los EADs mostraban un cierto cansancio al retomar el tema en septiembre.

TABLA 1.4 IDENTIFICACIÓN DE LAS ENTREVISTAS

	Albacete	Almansa	C. Real	Cuenca	Guadalajara	Puertollano	Talavera	Toledo	La Mancha
1	NGC/V/41HE	CGL/V/24CO	PMG/V/31HE	RRM/V/40HE	MTG/V/35HE	EVP/V/53HE	ERB/V/26HE	EBT/V/39HE	MUG/V/34HE
2	NGC/V/36HE	CGL/V/30HE	PMG/V/33HE	RRM/V/31HE	MTG/V/36HE	EVP/V/35HE	ERB/V/30HE	MDC/V/35HE	MVG/V/27HE
3	FSM/V/30HE	CGL/V/35HE	RMG/V/31HE	RRM/V/32HE	MTG/V/38HE	EVP/V/34HE	ERB/V/25HE	EBT/V/34HE	RLG/V/36HE
4	NGC/V/38HE	CGL/V/29HE	PMG/V/35HE	RRM/V/32HE	MTG/V/29HE	EVP/V/40HE	ERB/V/45HE	EBT/V/30HE	RLG/V/41HE
5	NGC/M/27HE	CGL/V/35CO	PMG/M/33HE	RMM/M/32HE	MTG/M/30HE	EVP/M/32HE	ERB/M/36HE	MDC/M/41HE	RLG/M/34HE
6	NGC/V/41HE	CGL/M/37HE	RGP/V/30HE	RMM/V/46HE	MTG/V/33HE	EVP/V/41HE	STJ/V/30HE	MDC/V/29HE	MVG/V/31HE
7	NGC/V/37HE	CGL/V/35HE	PMG/V/33HE	RMM/V/31HE		EVP/V/33HE	STJ/V/37HE	MDC/V/34HE	MVG/V/46HE
8	FSM/V/29HE	CGL/M/32HE	RGP/V/30HE	RMM/V/29CO	MTG/V/29CO	EVP/V/29CO	ERB/V/48HE	MDC/V/36HE	MVG/V/29HE
9	NGC/V/25HE	CGL/V/34HE	RGP/V/23HE	RMM/V/27CO	MTG/V/24CO	EVP/V/31CO	ERB/V/30HE	EBT/V/28HE	MVG/V/37HE
10	NGC/M/27HE	CGL/M/30CO	RGP/M/25HE	RMM/M/23CO	MTG/M/24CO	EVP/V/33CO	STJ/M/39HE	EBT/M/25HE	MVG/M/35HE
11	FSM/V/26HE		PMG/V/34HE				STJ/V/32HE	EBT/V/34HE	MVG/V/26HE
12	FSM/V/30HE		PMG/V/50HE				STJ/V/25HE	MDC/V/29HE	RLG/V/29HE
13	FSM/V/22HE		RGP/V/27HE				STJ/V/45HE	MDC/V/53HE	RLG/V/39HE
14	NGC/V/28HE		PMG/V/40HE				ERB/V/48HE	MDC/V/37HE	MVG/V/24HE
15	FSM/M/29HE		RGP/M/43HE				STJ/M/30HE	EBT/M/31HE	MVG/M/34HE
16	FSM/V/36CO		RGP/V/22CO				ERB/V/30CO	MDC/V/27CO	RLG/V/27CO
17	FSM/V/32CO		RGP/V/38CO				STJ/V/29CO	MDC/V/33CO	RLG/V/33CO
18	FSM/V/29CO		PMG/V/26CO				ERB/V/43CO	MDC/V/30CO	RLG/V/30CO
19	NGC/V/37CO		RGP/V/24CO				STJ/V/28CO	MDC/V/34CO	MVG/V/34CO
20	NGC/M/29CO						STJ/M/31CO	EBT/M/28CO	RLG/M/31CO

En el plan de análisis se incluyeron las entrevistas de la fase exploratoria cuya identificación aparece en la tabla 1.5, con lo cual, al final, el número total de historias que forma parte del análisis es de 148 casos.

TABLA 1.5 IDENTIFICACIÓN DE LAS ENTREVISTAS DE LA FASE EXPLORATORIA

CAC/HV/AL/MU/23HE	DCA/HV/TA/V/36CO
CAC/HV/CR/M/47HE	DCA/HV/GU/V/34HE
CAC/HV/CU/V/33HE	DCA/HV/AL/V/39HE
CAC/HV/AM/V/32HE	DCA/HV/LM/V/31HE
CAC/HV/TO/M/39HE	DCA/HV/TO/V/43HE
	DCA/HV/PU/V/36HE

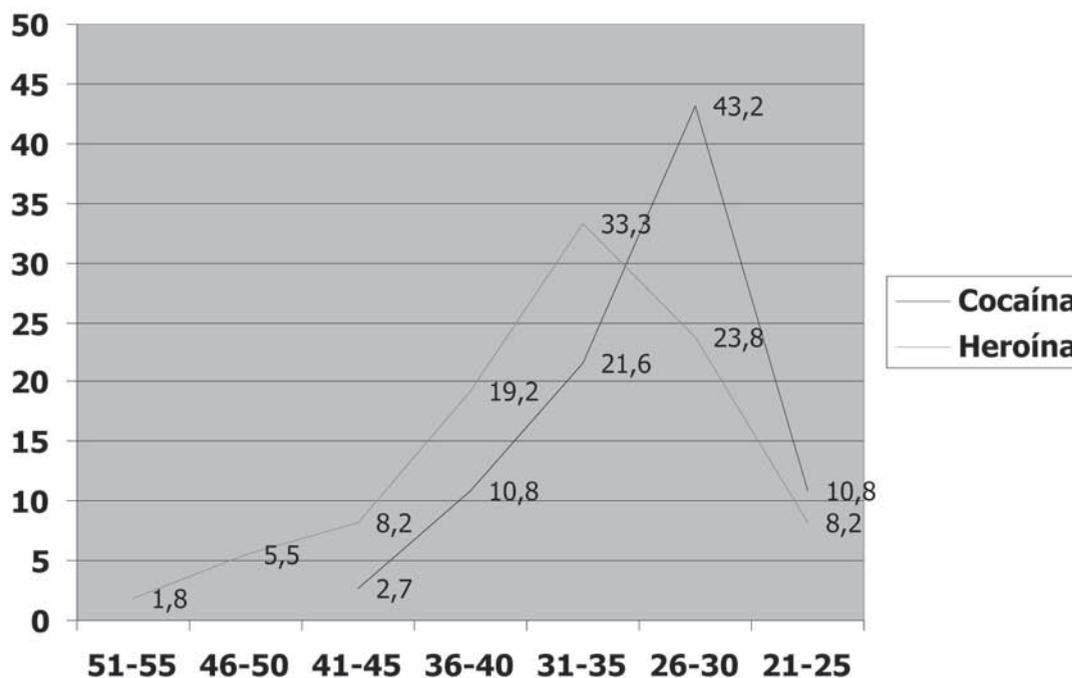
En total se han entrevistado a 30 mujeres y a 118 varones, lo que establece una proporción 20/80 que se desvía intencionalmente de la proporción 15/85 presente en los casos atendidos en la Región para tratar de ampliar la representatividad del grupo de mujeres. Asimismo se han entrevistado a 109 casos de heroína y a 37 de cocaína, siendo en este caso la proporción 25/75, lo cual también desvía intencionadamente y por las mismas razones la proporción de casos de cocaína en el periodo considerado que según vamos a estimar en el capítulo siguiente sería del 10/90.

La sobre-representación intencional de mujeres y de casos de cocaína que como se ha explicado tiene como objetivo conseguir suficiente número de casos que respondan a este perfil para poder analizarlos adecuadamente, no tiene efectos sobre tipo de análisis para el cual estas desviaciones no producen ningún efecto de error aleatorio o sistemático.

En cuanto a las edades de los entrevistados, en el gráfico 1.1. puede observarse como los casos de heroína se concentran en el grupo de edad 31-35 años, mientras las cocaína lo hace sobre el grupo de edad 26-30 años. Las dos curvas son muy coherentes con la distribución por edades que muestra el SEIT tanto para el ámbito nacional como para el de Castilla la Mancha.

Tales datos implican que los casos de cocaína entrevistados son más jóvenes y por tanto más recientes consumidores que los casos de heroína, pero esta cuestión se discutirá ampliamente en el capítulo 3, cuando se analice la identificación de unos y de otros.

GRÁFICO 1.1 DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE LOS CASOS DE HEROÍNA Y COCAÍNA



Finalmente cabe señalar que a lo largo del mes de octubre de 2003 se confeccionó la base de datos que se utilizó para realizar el análisis. Para constituir dicha base de datos se tomaron los 148 archivos identificados por la matriz y se crearon 18 archivos nuevos con los temas que iban a ser objeto de análisis. Los archivos fueron los siguientes: (1) iniciación (que incluía papel de agentes externos),

(2) drogas consumidas y hábitos de consumo, (3) sexualidad, (4) trayectoria residencial, (5) dinámica familiar, (6) trayectoria escolar, (7) trayectoria laboral, (8) problemas familiares, (9) problemas legales, (10) problemas de salud, (11) descripción de la experiencia terapéutica referencial para la muestra (REDA), (12) expectativas y resultados de la REDA, (13) apoyos básicos en la REDA, (14) sugerencias de mejora en los EADs, (15) otras experiencias terapéuticas, (16) situación actual, (17) imprevistos y (18) opiniones del entrevistador.

En cada uno de estos archivos que en conjunto constituían una base de datos temática se preservó la matriz de identidad del caso para poder siempre, en el análisis, indicar la misma y orientar al lector hacia “quien esta hablando”.

1.2.3. Problemas de representación y memoria.

Sin duda el análisis emprendido posee sus propias limitaciones, relacionadas con la reelaboración y el recuerdo de los acontecimientos. Se trata en todo caso de limitaciones que también aparecen en los cuestionarios y en los protocolos cerrados de tipo cuantitativo, en los que además la falsificación de los recuerdos o los datos resulta mucho más fácil. De hecho frente a la formalidad racional de los instrumentos el territorio de lo cualitativo siempre produce paradojas, pero esto es muy bueno porque obliga a los entrevistados a reconsiderar sus propias falsificaciones (Schnaith, 1999).

Asimismo en el ámbito de la publicidad se ha impuesto la idea de que los intentos de racionalizar la conducta de los consumidores, registrando mediante instrumentos sus preferencias, elimina lo simbólico, lo irracional y lo subjetivo, lo que a su vez implica que se pierdan de vista las verdaderas motivaciones del consumidor.

Tales motivaciones aparecen en lo que Pierre Bourdieu, ha llamado “la ilusión biográfica” es decir a la capacidad, más o menos consciente, de los sujetos humanos para reconstruir, desde una perspectiva coherente, los acontecimientos y los significados de su trayectoria vital. La biografía verdadera, decía Bourdieu, sería sólo el relato de la confusión y la incoherencia, un relato en el que, excluidas incluso las fabulaciones, restaría sólo el principio de la representación, y la representación no es la vida, sino sólo una imagen sesgada de la misma (Bourdieu, 1986). Además, en este famoso texto, Bourdieu no ofrece ninguna alternativa para adquirir conocimiento sobre “la vida”, afirmando incluso que esta resultaba inaprensible. El factor que impedía este tipo de conocimiento residía en la variable “tiempo” ya que, parafraseando a Marcel Proust, ocurre que “*la Albertine de entonces*” no tiene nada que ver con la actual “*Albertine engorradada de los días de lluvia*”.

Pero creo que Bourdieu se equivocaba porque “la verdadera vida del sujeto” como una totalidad inaprensible no es más que un concepto idealizado del deber ser, porque el sujeto es, sobretodo, una identidad “actual” y la identidad es la representación biográfica específica y concreta que este sujeto posee sobre sí mismo. Sin duda los seres humanos reconstruyen su biografía para dotarse de una determinada identidad, pero esta reconstrucción es justamente la vida y si hay un territorio en el que esto resulta cierto y relevante es el de las adicciones, porque justamente, la representación, o mejor dicho la calidad de la representación, es lo que separa para el adicto la vida de la muerte, la integridad y la complejidad vital frente a la secuencia monótona y lineal de la adicción. Las historias de los adictos, sus biografías, sus representaciones, son sus identidades actuales y por tanto su verdadera vida.

Ciertamente el paso del tiempo desdibuja las viejas identidades y construye las nuevas, pero esto, con ser verdad, es sólo una verdad a medias, en primer lugar porque ni es tan fácil reconstruir identidades, ni existen una oferta ilimitada de identidades, ya que estamos limitados tanto por el contexto histórico

como por la identidad primigenia, aquella que se adquirió en un momento determinado de nuestras vidas, más o menos entre la preadolescencia y la primera madurez, y que determina nuestra pertenencia generacional (Comas, 2003).

Las biografías recogidas en esta investigación son, por tanto, representaciones que muestran identidades, pero tales identidades son también en una gran parte el reflejo de la experiencia terapéutica. Son, en este sentido, totalmente ciertas y verdaderas para los propios sujetos y aquello que les permite vivir su vida. La alternativa ética que propone Pierre Bourdieu en forma de *“una construcción teórico-crítica previa”* que permita interpretar en origen esta biografía supone directamente una falsificación, tanto de la vida como de la representación de la identidad del sujeto. Ciertamente no se renuncia a una interpretación crítica de los supuestos biográficos, pero esto es algo que vamos a realizar a posteriori, una vez los sujetos nos hayan mostrado sin mediaciones cual es el rostro su identidad. Aunque en este sentido deberíamos recordar a Marshall Sahlins, el cual recomienda cuando tratamos de encontrar la *“verdad de narraciones”*, que no debemos elegir entre una supuesta *“identidad construida”* y una supuesta *“identidad falsificada”*, porque para el narrador su historia es su vida (Sahlins, 1985)

Otra cuestión importante, que ha condicionado de manera muy significativa todas las investigaciones del último cuarto de siglo, tiene que ver con lo que Clifford Geertz tituló *“descripción densa”* en oposición a *“sentido común”*. Hace ya más de cuarenta años en su famoso trabajo sobre la sociedad balinesa, Geertz nos expuso la existencia de dos formas antagónicas de conocimiento, la primera la del sentido común parecía acabada, simple, racional y práctica y nos *“permite afirmar como son las cosas”*, la segunda más confusa, profunda, repleta de detalles aparentemente contradictorios e inabarcables, sólo nos servía para *“describir lo que verdaderamente ocurre”*. El sentido común representa una ficción formal, mientras que la *“descripción densa”* representa la realidad⁶ (Geertz, 1973)

Sin duda la metodología utilizada en este proyecto no pretendía lograr una descripción densa porque las entrevistas han sido formalizadas, de acuerdo con un guión preestablecido, al que los entrevistadores debían ajustarse para poder, posteriormente, completar los *“informes de entrevista”*. Pero a la vez eran entrevistas abiertas protagonizadas por profesionales vinculados al tema pero ajenos a los entrevistados, con los que además se producía una cierta empatía. El resultado no es, por tanto, una mera formalización del sentido común, sino una descripción de un amplio abanico de circunstancias que ha sido sistematizado en forma transversal, es decir, analizando en extenso y en detalle para cada una de las cuestiones que proponía el guión y en las 148 entrevistas realizadas.

Pero además el mismo Geertz he explicado, más recientemente, como la *“descripción densa”* depende del lugar que ocupa el tema que se investiga sobre el eje local/global, es decir el grado de *“densidad”* no es una variable discreta sino continua, lo que implica que no es mayor o menor por sí misma sino por la perspectiva desde la que vayamos a medir dicha *“densidad”* (Geertz, 1983). En este sentido podemos afirmar que efectivamente vamos a presentar una *“descripción densa”* de la experiencia terapéutica de los adictos a drogas ilegales de Castilla la Mancha. Un trabajo local que, por sus propias características, trata de aportar elementos al debate global sobre políticas de drogas.

⁶En realidad el concepto de *“descripción densa”* viene a ocupar el lugar que la vieja concepción heredada de la ciencia otorgaba a al concepto de *“objetividad”*. Cuando la epistemología ha demostrado, desde Popper a Lakatos, que tal *“objetividad”* es una ficción formal, otros conceptos más naturalistas han tratado, y en este caso conseguido, ocupar su lugar.

capítulo

2

El contexto del estudio



2.1. La irrupción de las drogas ilegales en España.

2.1.1. Un esquema general

Una mirada en perspectiva sobre la incorporación de las drogas ilegales a nuestra realidad cultural, que incluye una visión sobre los problemas que han ocasionado en nuestra sociedad y una cierta valoración del tipo de respuestas facilitadas, tanto por las instituciones como por los ciudadanos, resulta relativamente fácil y ha sido ampliamente considerado en una abundante bibliografía.

Las aportaciones de dicha bibliografía requieren mencionar algunos elementos del contexto histórico general que vive en España, desde finales de los años 50 hasta la actualidad. Entre tales elementos destacan:

- Varios ciclos de **crecimiento económico**, dos en los años 60, otro en los años 80 y otro a finales de los años 90, todos ellos con tasa de crecimiento por encima de la media europea que van acortando la distancia que la guerra civil, y especialmente la posguerra, habían establecido con la Europa desarrollada.
- El desarrollo económico produce varios efectos, el primero la **emigración** y el **despoblamiento rural**, el segundo la consolidación primero y la hegemonía después de las **clases medias** y el tercero la conformación de una **sociedad de consumo**.
- Mientras que el cambio socioeconómico adopta el perfil de una línea continua de crecimiento, con sus ciclos, el **cambio político** se produce de una forma repentina, hasta 1976 España era una Dictadura Autoritaria y desde 1978 es un Sistema Democrático estable.

- El **cambio cultural** se relaciona a la vez con el cambio económico y social (de una forma lenta y continua) y con el cambio político (de una forma súbita y puntual). Los españoles sólo expresan los nuevos valores de la sociedad de consumo, después de la transición política, pero los congelan ahí. En cualquier caso se transita culturalmente desde el catolicismo hasta la **secularización**.
- Un elemento importante en todos estos procesos reside en el papel, económico, social y cultural, desempeñado por el **turismo**, de manera global y de forma singular en determinadas regiones.
- En todo caso se trata de un **proceso muy acelerado**, sin equivalente en otros países y que permite que en España convivan generaciones con experiencias vitales y culturales, niveles de formación y procedimientos para captar la realidad, muy distintas.

Se produce una estrecha relación entre los componentes de este cambio social general y los procesos particulares que, en paralelo, viven las drogas. La evolución del consumo de drogas en España se explica básicamente a partir de los parámetros del cambio económico, social y cultural, que incluso adapta las modas y los ciclos de consumo que aparecen en los países de nuestro entorno, hasta que al llegar a los años 90 se produce una cierta unificación de procesos en el ámbito de la Unión Europea. La relación entre cambio social y drogas es, en España, tan profunda, que incluso se pueden utilizar los acontecimientos relacionados con las drogas como indicadores de cambio social (Comas, 1999).

Como resultado de estos procesos de cambio conjunto se van a establecer tres posibles y muy diferenciados, momentos históricos, el primero corresponde a una **sociedad tradicional** que vive en condiciones de precariedad, que consume alcohol y tabaco y en el que sólo algunas minorías, relativamente bien identificadas, mantienen algún tipo de relación con otras drogas, el segundo un **momento de desarrollo económico acelerado e implantación desordenada de una sociedad de consumo**, que produce una explosión en la problemática, tanto de las drogas legales como las ilegales, y un tercer momento de integración en los ritmos económicos, sociales y culturales europeos, que implica **una “normalización” social y una estabilización en los consumos**.

2.1.2. La crisis del modelo tradicional en España.

2.1.2.1. Consumo de las distintas drogas.

En el modelo tradicional el **alcohol** ocupa un lugar muy relevante pero en España el nivel de consumo es bajo, especialmente si lo comparamos con el norte de Europa, (Comas, 1989), además la crisis social, industrial y de subsistencia que provoca la guerra y que se prolonga en la posguerra, reduce el nivel de consumo que comienza a recuperarse en los años 50, adquiriendo un acelerado despegue en los años 60 y 70. Esta situación produce un crecimiento espectacular de casos de alcoholismo, reflejada especialmente en el incremento de las patologías orgánicas como cirrosis hepática (muertes y estancias hospitalarias), con un máximo de 8.416 casos en el año 1976, y de los problemas sociales como “menores en protección por alcoholismo de los padres”, con un máximo de 277 casos en el año 1997.

En cuanto al **tabaco** es de alguna manera la “droga étnica” española (Oughorlian, 1977). Utilizada de forma ritual por algunos grupos aborígenes americanos llegó a España muy a principios del siglo XVI. Durante casi tres siglos el hábito de fumar, lo mismo que la industria, fue un comportamiento masculino típicamente español que las élites de otros países trataban de imitar. En la segunda mitad del siglo XIX se va extendiendo a otros países europeos (Pérez Vidal, 1969). A pesar de la importancia de España en la

historia del tabaco, nuestro país se incorpora al ciclo moderno con un cierto retraso. El incremento del consumo de tabaco se produjo en los países desarrollados en los años 40/50, al final de esta última década comenzaron a fumar las mujeres y en los años 70 se inició, sobretodo en algunos países, un acentuado descenso en el consumo, ligado a una sensibilización social de sus consecuencias con relación a la salud individual de fumadores activos y pasivos.

Sin embargo en España, quizás por las precariedades, tanto económicas como culturales, generadas por la guerra y la posguerra, continuó el ciclo antiguo hasta bien entrados los años 70, momento en el que se produjo una explosión del consumo de tabaco, que dio lugar a la primera generación masiva de fumadores varones al tiempo que las mujeres comenzaban a incorporarse al consumo.

También se pueden rastrear consumos esporádicos y aislados de **cannabis** en nuestro país en casi todos los periodos históricos. Una presencia más amplia se produce como consecuencia de la aventura colonial en Marruecos, especialmente en los momentos de mayor estabilidad de la colonia, en los años 40 y 50. El consumidor habitual de cannabis (Romaní, 1983), utilizado en forma de Grifa, es decir hierba o marihuana, será un militar, muy frecuentemente un legionario, que tras pasar una larga temporada en las colonias, donde el consumo de cannabis era habitual y estaba tolerado, vuelve a la metrópoli, donde encuentra dificultades para su integración social. Los “grifotas” nunca fueron un grupo muy numeroso, apenas unos pocos miles a fines de los 60, en su momento de esplendor.

El prototipo de grifota es el de un sujeto marginal, pequeño delincuente, confidente policial, que pasa periodos en la cárcel, con un lenguaje y un estilo de vida peculiar, pero que vive al margen y resulta invisible para el resto de la sociedad. Los grifotas, a pesar de que algunos de ellos serán los primeros proveedores de hachís para los nuevos jóvenes consumidores, se extinguirán en la transición entre una y otra etapa, en parte porque el marco ecológico que les sostenía, desde la colonias hasta un estilo policial urbano, desaparece con la transición política. En todo caso al iniciarse los años 70 se consumía ya más hachís que grifa y había más jóvenes consumidores influidos por la “contracultura” que viejos grifotas.

En cuanto a la **epidemia de anfetaminas** padecida en España durante la década de los 60 y primera mitad de los 70, se confirma con los datos de prescripción y venta de estas sustancias, pero a la vez está muy mal documentada y resulta prácticamente desconocida. Sin embargo tiene una gran importancia, tanto desde un aspecto conceptual y teórico, como por la relación, también poco conocida, que mantiene, posteriormente con otros consumos.

Para comprenderlo debemos considerar que las epidemias de anfetaminas, al menos aquellas que han sido estudiadas más sistemáticamente (Suecia, Japón, EE.UU.,...) no tienen como protagonistas a jóvenes sino a adultos, a trabajadores y a amas de casa, y ocurren en condiciones críticas como la guerra, un momento de crisis económica o un mercado de trabajo con crecientes exigencias. De hecho esta era la situación de España en los años 60, una sociedad estresada por el pluriempleo, una alta tasa de fecundidad y las nuevas necesidades de consumo. Las anfetaminas ayudaban a engrasar esta situación social. Los estudiantes las usaban para preparar exámenes y oposiciones, las amas de casa para aguantar dobles jornadas y los trabajadores dobles turnos.

A partir de 1972 las nuevas medidas de restricción farmacéutica, tomadas en parte por presiones internacionales, producirán una disminución radical de la venta de estas sustancias, aunque a partir de este momento comenzará la escalada de las benzodiazepinas, en un contexto en el que, además, se pasa del pluriempleo para todos, a la aparición de un creciente número de parados.

Por su parte la **morfina** se hallaba sometida a una regulación farmacéutica muy laxa que comienza a endurecerse con el sistema de registro de 1965, con el control de las “recetas especiales” a partir de la Ley de Estupefacientes de 1967 y que acaba por impedir, en la práctica, la dispensación, con diferentes normas impuestas en 1977.

Durante estos más de diez años los registros nos dicen mucho sobre los consumidores españoles de opiáceos durante el periodo tradicional. Se trata de adultos, con una mayor presencia de mujeres que de varones, de clase alta o media alta, con una cierta presencia de personal sanitario (médicos, enfermeras y religiosas) y sintomatologías muy inespecíficas, aunque algunos casos se refieren a enfermedades crónicas con dolor. La mayoría de recetas se emiten en consultas privadas y se mantienen a lo largo de los años.

Conviene señalar que, durante este periodo, España está inevitablemente en el mundo aunque la sociedad española permanezca aislada, lo cual implica la presencia de otras drogas, como cocaína, alucinógenos, opiáceos distintos a morfina e incluso otras sustancias aun más exóticas como peyote, betel o kava. Pero se trata de consumos muy minoritarios, que practicaban de forma muy exclusiva artistas, gente viajera y aventurera, funcionarios y militares coloniales u otros que mantienen la presencia española en antiguas colonias (Comas, 1988). De hecho hasta bien entrados los años 60 España era, en relación con estos “exotismos psicoactivos” para minorías selectas, un pequeño lugar de encuentro que conservaba hábitos y costumbres de épocas premodernas. En todo caso estamos hablando de grupos muy reducidos e ignorados por la sociedad, las instituciones y los profesionales, cuya historia, como mera curiosidad, comenzamos a recuperar.

2.1.2.2. Los orígenes de la alarma social.

En un primer momento las representaciones sociales de las drogas se caracterizan por su simplicidad y su poca relevancia. Las drogas ilegales son algo absolutamente malo en términos morales, mientras que el alcohol es un producto neutral, con el que algunos se exceden, por problemas o por debilidad personal. En todo caso no es algo que preocupe mucho a la sociedad española que lo percibe más bien desde una **perspectiva abstracta** al margen de las preocupaciones personales y cotidianas. El carácter abstracto de las representaciones sociales de las drogas se va a mantener hasta el periodo siguiente, pero a la vez, entre 1968 y 1973 se constituyó una situación de extrema alarma social con relación a las drogas ilegales.

Conviene retener que la alarma precedió al consumo masivo y es importante de explicar porque se produjo:

- Por la existencia de una situación de alarma real en los países más desarrollados y que los MCS transmitían a España.
- El sistema político de la Dictadura difundía ampliamente todo aquello que ponía en evidencia la “corrupción moral” de los sistemas liberales.
- Se generó así un modelo que asociaba oposición política, jóvenes y drogas, con el que se intentaba desprestigiar a los opositores, con el resultado final de que se prestigiaron a las drogas como signo de libertad.
- Los MCS, en el contexto de la censura, disponían además de muy pocos temas con los que excitar el morbo de sus lectores. Las drogas como algo malo se asociaban al sexo, a comportamientos sexuales que de otra forma no habrían podido ser mencionados.

- La incertidumbre de la propia opinión pública que se sentía abocada a unos cambios políticos inaplazables, ante los que, por pasadas experiencias históricas sentía temor. Las drogas se convirtieron en la metáfora cultural de todas estas inseguridades.

2.1.2.3. La falta de respuesta social, institucional y profesional.

Otro elemento sustancial de la etapa consiste en la falta de un verdadero compromiso institucional con los problemas que causaban las drogas es decir, a las instituciones públicas o privadas, no les preocupaba el tema de las drogas más allá de su significado moral, de hecho hasta bien entrados los años 70 nunca existieron unos mínimos de recursos reales, ni tan siquiera en los cuerpos y fuerzas de seguridad. Pero conviene matizar que esta falta de compromiso se envolvía, especialmente cuando comenzó a manifestarse la alarma social, en una retórica maximalista de “guerra total contra las drogas”.

Un ejemplo muy pertinente de esta situación la constituye la Ley de Peligrosidad Social de 1970 presentada a la opinión pública como una respuesta definitiva a las drogas porque creaba una red asistencial, las famosas “casas de templanza” para las que nunca se proveyó el menor presupuesto. Aunque a alguna cárcel se le cambió el rótulo. Ciertamente la opinión pública tampoco exigía más. Por su parte los profesionales ni tan siquiera manejaban el concepto de adicción (Freixa, 2000). Por otro lado las teorías al uso resultaban bastante banales y se carecía de prácticas terapéuticas de referencia (Campos, 1997)

Sin embargo hay un problema real que va a comenzar a exigir respuestas reales: el alcoholismo. A fines de los años 50 un grupo de psiquiatras encuadrados en el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP), comienza a preocuparse por la atención a los alcohólicos. A principios de los 60 ya se había definido el modelo de dispensario antialcohólico que a finales de la década cubría casi todo el territorio nacional. En paralelo se constituyeron las “Asociaciones de Exalcohólicos y Alcohólicos Rehabilitados” en parte como una estrategia terapéutica y en parte como apoyo al equipo de los dispensarios, cuyas limitaciones materiales, por la inhibición institucional, resultaban escandalosas. A finales de los años 60 se generó un cierto conflicto entre asociaciones y profesionales, a partir del cual las asociaciones adoptaron una postura autónoma, mientras los profesionales comenzaron a integrarse en los nuevos recursos destinados a drogas ilegales.

Cuando, en la siguiente etapa, las drogas ilegales comenzaron a generar un cierta demanda asistencial, que en este caso si contó con algún apoyo institucional, el modelo del PANAP, con sus componentes estructurales como centros específicos, con la presencia de asociaciones de familiares y con un modelo psicosocial de atención orientado hacia la reinserción social, representa la única experiencia española real de atención a adictos, lo que indujo a una cierta imitación (Freixa y Sánchez Turet, 1999)

2.1.3. La etapa de la epidemia de heroína.

2.1.3.1. Historia natural de la heroína en España.

En torno al año 1973 se inicia en España el proceso que conducirá hacia un consumo masivo de drogas legales e ilegales. En un corto espacio de tiempo, cuyos antecedentes más antiguos se pueden ubicar hacia 1968, cuando irrumpe el hachís como seña de identidad juvenil. El LSD hace también acto de presencia aunque de una forma más selectiva y con abundantes dosis de fantasía. Para la sociedad, y por supuesto para el sistema político de la dictadura, estos son los efectos nocivos de la contracultura y la revuelta juvenil (Solé Puig, 1981).

Aunque esto no es del todo cierto, porque estos son también los años en que más se incrementa el consumo de alcohol en nuestra sociedad (Comas, 2000) y de incorporación de una generación de mujeres jóvenes al tabaquismo (Comas, 1993). La causa de este consumo masivo no es por tanto la contracultura, sino el cambio social y económico, la irrupción repentina de una sociedad de consumo, con la que se paliaban anteriores miserias. No afecta sólo a los jóvenes sino al conjunto de la sociedad, pero se identifica con los jóvenes porque, por primera vez en nuestra historia, y a consecuencia de factores como el alargamiento de la escolarización y la masificación del sistema educativo, estos adquieren un creciente protagonismo que se va a expresar en sonadas reivindicaciones.

Sin embargo se va a vivir sólo como un asunto de jóvenes, primero por el hachís, el LSD y los hippies, y pronto porque la única droga que va a copar el imaginario social será la heroína.

En un primer momento, entre 1973 y 1978, los jóvenes consumidores de heroína pertenecían, en España, a la clase alta y media alta, mayores de 18 años, universitarios (en un país que pasaba de tener pocos estudiantes universitarios a tener muchos), con medios para desplazarse, tener vacaciones y unas familias muy tolerantes en lo relativo a sus comportamientos. Algunos jóvenes con menos medios formaban también parte de estos grupos. Su perfil era muy similar al de los primeros consumidores americanos de los años 50, a los de la generación Beat (Inciardi, 2000) y se consideraban una vanguardia cultural. Para ellos la heroína era una experiencia necesaria, similar a la poesía, el sexo libre, la literatura esotérica y el rechazo libertario a cualquier forma de autoritarismo.

A partir de 1977-78 el consumo de heroína se extiende a barrios y pueblos y afecta a los jóvenes de todas las clases sociales. En apenas dos años se pasa de un núcleo reducido de consumidores (unos pocos miles) a una masa crítica de más de 100.000. Lo que en algunas regiones puede llegar a representar entre el 2%-5% de los jóvenes entre 18 y 24 años.

El modelo de expansión es claramente epidémico, los consumidores habituales, con su imagen de trasgresores sociales de clase alta, buscan una vez agotadas otras fuentes de ingresos familiares o laborales, para mantener su adicción, ganar dinero mediante el "trapicheo", primero con hachís y luego directamente con heroína. Inician a jóvenes entre 16-19 años, no universitarios, con una historia de fracaso escolar en enseñanzas medias, pero que saben buscarse la vida y tienen algún dinero en el bolsillo para comenzar a consumir. Mientras los primeros, los de la fase elitista son buenos estudiantes, con una relación familiar normalizada que se rompe con la heroína y otras drogas, los segundos en cambio suelen ser más jóvenes y expresar algún conflicto previo, de tipo familiar o escolar.

Pero el dinero se acaba y el mercado ilegal del trapicheo ya no da más de sí. Entre 1978 y 1981 asistimos a un incremento de la delincuencia, que, en especial atracos a farmacias y bancos, podemos al menos en parte relacionar con estos nuevos consumidores, más conflictivos y con una extracción social media y baja, que nos les permite mantener la adicción a la heroína sin recurrir a medios extraordinarios.

A consecuencia de todo ello a principios de los años 80 existe ya un alto nivel de consumo de heroína que se traduce en una problemática social y delincencial y los jóvenes consumidores de heroína acaban en la cárcel, o en los centros de menores, y allí entran en contacto con un sector de población, de delincuentes tradicionales, más o menos marginalizados y en algunos casos pertenecientes a minorías étnicas.

Se trata además de un momento muy particular para las cárceles españolas. Los presos comunes se consideran discriminados por las amnistías concedidas en la transición política que han afectado

sólo a los presos políticos, las condiciones materiales de las cárceles son muy deficientes y existe un intenso malestar que se traducirá en motines y en la creación de la COPEL. En este ambiente la heroína se convertirá en una seña de identidad de los más “duros” que a la vez percibirán que se trata de un gran negocio que no pueden dejar en manos de los “aficionados”, de los jóvenes adictos sin ninguna aptitud.

Pero además entre 1983 y 1984 la reforma del Código Penal y de la Ley de Enjuiciamiento Penal introducen, en este sector de la población y también en los cuerpos y fuerzas de seguridad la idea de la tolerancia ante las drogas, al tiempo que varios miles de delincuentes que ya usan heroína abandonan la cárcel. Las consecuencias se harán sentir, especialmente en términos de inseguridad ciudadana, pero también de muertes por sobredosis, en los años siguientes y obligaran a una toma de posición por parte de las instituciones.

La gravedad de la situación conduce a una toma de posición institucional que se refleja en la aprobación unánime por el Parlamento del Plan Nacional sobre Drogas (PNsD) en julio de 1985, al que seguirán en unos pocos años los correspondientes Planes Regionales. A partir de este momento la red asistencial cobra un nuevo impulso y en apenas cuatro años atiende a más de la mitad de los hipotéticos heroinómanos.

A partir de 1988-89 el referente para una gran parte de la población de heroinómanos es, aparte de la cárcel, los centros de la red asistencial la cual, al final de la etapa en 1992, estaba constituida, contando sólo los centros acreditados, por 393 Centros Ambulatorios Específicos, 79 Comunidades Terapéuticas, 50 Unidades de Desintoxicación Hospitalaria y 18 Centros de Día. Entre estos y otros dispositivos más inespecíficos se contaban además con 113 Centros de Dispensación de Metadona.

La epidemia de heroína entra en este momento en una nueva situación, en una especie de tutela institucional de la que ya no se desprenderá. Así en apenas quince años se pasa de un consumidor de heroína con afares libertarios a un consumidor controlado y tutelado. La paradoja sólo puede entenderse si consideramos que, en estos mismos años, se pasa de una sociedad centrada en la reivindicación de las libertades políticas a una sociedad centrada en mantener la estabilidad del sistema.

2.1.3.2. Las representaciones sociales.

En el periodo que se extiende entre 1973 y 1988 las representaciones sociales se limitaban a constatar el malestar social ante las drogas. Se trataba, sin embargo de dos tipos de malestar muy distinto, el uno **abstracto** relacionado con la “droga” en general, el otro más concreto, que se concentró rápidamente sobre la heroína, y que sostenía especialmente el grupo de familiares afectados. Los cuales además comenzaron a buscar soluciones concretas a sus problemas a través del “**movimiento social contra las drogas**” que se organizó entre 1979 y 1983.

La alarma social abstracta mantenía el argumento moral de que la droga era mala pero al mismo tiempo, en especial entre los jóvenes, existía el convencimiento de que dicha prevención moral se correspondía con un tipo de sociedad que debía modificar sustancialmente sus valores. Los adultos mantenían su actitud alarmista, pero a la vez toleraban las ideas y los comportamientos novedosos de sus hijos, en un momento histórico en el que todo estaba cambiando.

Pero a partir de un determinado momento la alarma social adquirió un determinado rostro: el de la **inseguridad ciudadana**. La relación entre esta y las drogas había sido ampliamente difundida por los MCS desde principios de los 70, pero la baja tasa de delitos de nuestro país la seguía manteniendo como parte del discurso que sustentaba la alarma abstracta. Todo cambio cuando a partir de 1978 el número de

delitos comenzó a crecer exponencialmente y especialmente cuando a partir de 1980-81 el consumo de heroína entra en su fase marginal. Se produjo en aquel momento una confluencia de intereses en torno a la heroína. Aunque para una mayoría de ciudadanos se trata de la causa principal de la inseguridad frente a la que el Gobierno debía tomar duras medidas represivas, mientras que para la minoría, se trataba de un problema que afectaba a sus hijos y ante el que se tenían que tomar medidas asistenciales (Comas, 1992).

Pero los cambios propiciados por el compromiso institucional que supuso el PNsd modificaron ostensiblemente la representación social de las drogas. Se produjo un periodo de protagonismo de los técnicos que fueron capaces de transmitir, tanto al conjunto de la sociedad como a los afectados, que se podían resolver los problemas que ocasionaban las drogas, tanto en el plano social (delincuencia) como en el plano individual (reinserción social). Dicho discurso se completó con las declaraciones de mediadores y líderes sociales que apoyaron decisivamente la “solución asistencial”.

Hacia 1988-1989 esta solución, lo mismo que las instituciones que la mantenían, habían obtenido un alto nivel de credibilidad y la alarma social fue cediendo. Por su parte el “movimiento social contra las drogas” fue adquiriendo el perfil de un colaborador de los programas asistenciales. Siendo la figura más emblemática los grupos de padres (y sobretodo madres) que apoyaban la labor de los profesionales al tiempo que reclamaban, y hacían patente, la solidaridad social.

Sin embargo la reducción de la alarma y el protagonismo de los profesionales de la asistencia produjo otro efecto muy distinto: La sociedad delega las respuestas en este colectivo profesional. Es decir si había alguien que se ocupaba del tema, y además lo hacía bien, ya estaba todo dicho y hecho.

2.1.3.3. Respuestas profesionales e institucionales.

En un primer momento, hasta la creación del PNsd en 1985, sólo se produjeron respuestas profesionales aisladas y muy espontáneas, vinculadas al “movimiento social contra las drogas”. De hecho la base de la red asistencial se crea entre 1979 y 1983 sin apenas ningún apoyo institucional (salvo algunos Ayuntamientos y Diputaciones), a partir de los recursos que genera el propio movimiento. Los profesionales de referencia, entre los que los psicólogos pasarán a ocupar un lugar relevante, se caracterizan por su carácter autodidacto, así como por su motivación. Son jóvenes licenciados que contratan las asociaciones, que apenas han recibido formación sobre el tema en la Universidad pero que en pocos años constituirá un núcleo profesional altamente preparado y especializado.

A partir de 1985 con el PNsd, esta respuesta profesional se va a completar con el compromiso institucional, lo que permitirá una intensificación y una reordenación de los recursos creados en la “etapa espontánea”. Se trata de una intensificación que se sostiene sobre tres pivotes:

- El uso de los recursos públicos como un mecanismo para garantizar la calidad de una red nacida espontáneamente a partir del “movimiento social contra las drogas”.
- Un modelo psicosocial de intervención, basado en centros específicos y heredado de la tradición del PANAP.
- El mantenimiento de una valoración holística de la adicción, que presupone priorizar los Programas Libres de Drogas (PLDs) y objetivos relacionados con la reinserción social en el contexto teórico que proporciona la “intervención psicosocial”

La nueva etapa de compromiso institucional y los recursos disponibles servirá también para que otros colectivos, el sanitario incluido, revisen con profundidad sus ideas sobre el tema y comiencen a colaborar profesionalmente en la respuesta (Beristain y Cuesta, 1986). En todo caso el protagonismo seguirá correspondiendo a los profesionales que adoptaron el “modelo Psicosocial” agrupados en los PLDs.

2.1.3.4. Relación entre consumo, representaciones sociales y estructura de la respuesta asistencial.

La historia del consumo y la respuesta a las drogas en España se desarrolla de una forma bastante lineal en su relación con los procesos de cambio social que vive nuestro país, sin embargo entre 1986 y 1988 se produce un quiebro relacionado con la propia política sobre drogas, que generara un debate particular, bastante al margen de la evolución y el cambio social.

Durante estos años se producen en paralelo dos importantes fenómenos, de una parte se consigue, por primera vez en España, crear una red de dispositivos con capacidad para afrontar un problema del tipo de la epidemia de heroína. Pero se trata de una red basada en Programas Libres de Drogas, con notables dificultades a la hora de encararse con los problemas que estaba ocasionando la nueva epidemia del SIDA. Para unos la red debía dismantelarse para atender prioritariamente el control de la expansión del SIDA, para otros la red debía mantenerse porque escenificaba la única respuesta válida a los problemas que ocasionaban las drogas.

Aunque los primeros casos de SIDA en España son de 1981, no se registran hasta 1983 y en aquel momento se les considera un fenómeno exótico, hasta que en 1988 se alcanzó una cifra superior al millar de casos registrados en el propio año, que con las correcciones de 1989, se convirtieron en 1.706 casos para 1988, el 66% de los cuales eran usuarios de drogas por vía parenteral. En 1988 el número de fallecidos por SIDA superó por primera vez a los fallecidos por sobredosis y al año siguiente, 1989, un estudio mostró que el 41% de los heroinómanos atendidos en los centros ambulatorios eran seropositivos (Memorias PNsd).

A partir de este momento, que paradójicamente coincide con el fin de la alarma social y el mayor nivel de credibilidad de la red asistencial basada en PLDs, las prioridades institucionales se modificaron por varias razones:

- Los datos que mostraban un imparable crecimiento del SIDA, seropositivos y fallecidos, especialmente entre adictos a Drogas por vía parenteral.
- Un cambio en las políticas europeas que globalmente se inclinaron hacia un modelo de reducción del daño (PRDs).
- La participación de sectores profesionales, singularmente los sanitarios, que hasta entonces se habían mantenido al margen del tema drogas.

Como resultado, la respuesta asistencial basada en PLDs se mantuvo estable, mientras que los Programas de Mantenimiento de Metadona (PMM) comenzaban a crecer, aunque no al ritmo que parecían exigir las nuevas circunstancias. De hecho los PLDs mantuvieron su hegemonía hasta 1995.

En cualquier caso el conflicto entre políticas, entre PLDs y PRDs, mantuvo la centralidad del tema de la heroína, e incluso lo reforzó en el sentido que el debate impedía percibir otros elementos que comenzaban a cuestionar esta centralidad.

2.1.4. La etapa del protagonismo institucional

A partir de 1993 se inicia una tercera etapa, que vamos a describir de una forma más pormenorizada en el ámbito de Castilla la Mancha en los próximos apartados, y que se caracteriza por el protagonismo tanto de las estructuras administrativas como de los recursos de atención.

Se trata de una etapa en la que los **datos de consumo** adoptan un perfil más confuso con una pérdida de centralidad de la heroína. Se habla incluso de disminución del consumo, pero en realidad asistimos a la constitución de la imagen de una sociedad que, de una forma más definitiva, se ha incorporado a un modelo de consumo estable de drogas. Así por ejemplo, disminuye notablemente el consumo global de alcohol (Comas, 2000), pero se produce el fenómeno de la incorporación de un amplio sector de adolescentes entre 14 y 16 años, asimismo, tras unos años de disminución hasta 1994, se estabiliza el consumo de tabaco. En cuanto a las drogas ilegales las encuestas muestran una cierta estabilidad en los diferentes porcentajes de consumo, pero a la vez se expande y normaliza el consumo de hachís (Elzo, 2000).

Por otro lado hay que tener en cuenta la permanencia del grupo de adictos supervivientes de la etapa de la epidemia de la heroína, más de 200.000 según las diversas estimaciones, con una edad relativamente avanzada y con más de doce años de consumo, la mayoría de ellos sometidos algún tipo de control institucional (PMM, PLDs, cárcel, diversas ONGs) y con un difícil pronóstico de reinserción. Al mismo tiempo, aunque existen pocos datos sobre este fenómeno, sabemos que crece el “consumo chic” que no se sabe muy bien si es de heroína o de cocaína (Inciardi, 2000).

Un dato importante se refiere a las drogas de diseño que comienzan a ser consumidas justamente a partir de 1992 y alrededor de las cuales se crea un gran ruido mediático e institucional, que no se corresponde con la realidad del consumo y que acaba por ceder, sin que se detecten mayores problemas, a finales de la década. Algo parecido pasa con la cocaína, aunque en este caso a finales de la década comienza a detectarse un cierto crecimiento de la demanda asistencial.

En conjunto se puede sostener que la segunda mitad de los 90 muestra, en todo el mundo desarrollado y no sólo en España, la emergencia de una segunda epidemia de drogas, tan intensa como la primera de los años 70, pero despojada de la alarma social que generó la primera, gracias a un mejor control institucional y, hasta ahora, a menores índices de delincuencia (Inciardi, 2000).

En realidad la alarma social es menor no tanto por el cambio en los hábitos de consumo si no más bien porque las **representaciones sociales** han cambiado profundamente al superar la incertidumbre de los años 80. La sociedad se siente muy segura de un saber que le permite encarar la realidad inmediata con una cierta sensación de seguridad y que atribuye en una gran medida al buen hacer institucional. Se trata de una representación social muy contradictoria ya que de una parte asume de una forma creciente que el tema de las drogas pertenece a la esfera personal, si uno las consume se arriesga y luego no puede reclamar a la sociedad, pero por otra parte acepta que existan recursos asistenciales porque uno mismo, u otros familiares, pueden necesitarlos. (Megías, 1999 y Megías, 2000).

En este contexto ha aumentado el rechazo hacia las drogas, básicamente por lo que represento la epidemia de heroína, pero se supone que esto ya está controlado y no va a volver. Una parte del control se atribuye al buen hacer institucional (y profesional) y otra al rearme familiar. Los jóvenes son más libres, transgreden con más facilidad, pero todo el mundo, padres incluidos tiene más y mejor información, lo que implica una mejor capacidad de respuesta. Además se considera que la trasgresión es una práctica

común en la sociedad de consumo, algo que los jóvenes deben aprender y para lo que cuentan con la tolerancia y protección de los padres (Comas, 2003).

2.2. Las drogas ilegales en Castilla la Mancha.

2.2.1. Las condiciones particulares de la región.

La primera cuestión a la que nos enfrentamos a la hora de trasladar este modelo de ámbito nacional al caso particular de Castilla la Mancha se refiere a falta de datos específicos que nos permitan mostrar la posible correspondencia entre ambos ámbitos al menos hasta principios de la década de los años 90. Dicha carencia se puede atribuir a dos factores, de una parte las dificultades que rodearon la organización territorial de Castilla la Mancha una vez se creó la Comunidad Autónoma y de otra los bajos niveles de consumo de drogas ilegales y la consiguiente baja intensidad de la demanda al menos hasta la década de los años 90.

La primera cuestión implicó un reto de grandes proporciones ya que se trataba de crear una Comunidad Autónoma sobre un territorio que si bien ofrecía unos rasgos económicos, sociales y culturales convergentes, debía recomponer una serie de dinámicas muy disfuncionales resultado de la presencia física de Madrid en el área. Se trataba además de un territorio en el que la única organización pre-existente era la provincial, con una fuerte impronta rural y por tanto con un gran protagonismo de las Diputaciones Provinciales. Asimismo el ritmo de transferencia de las competencias previstas en la Constitución y el Estatuto de Autonomía ha sido lento.

La segunda cuestión se relaciona con varios factores, en primer lugar hay que considerar que los consumos de drogas ilegales y los problemas asociados a los mismos aparecen en el periodo 1970-1973 y se desarrollan, al menos en España siguiendo un proceso jerárquico que comienza con los estudiantes universitarios y las grandes ciudades para concluir en los ámbitos rurales. Pero además en Castilla la Mancha este proceso se produce en un momento histórico en el que los flujos migratorios son muy intensos. Las historias de vida de los adictos que hemos entrevistado en este estudio nos confirman que una parte importante de los mismos comenzaron su consumo a finales de los años 70 pero en los territorios a los que habían emigrado. Otras historias de vida nos indican un consumo vinculado a puntos de venta y referentes terapéuticos situados fuera de la Región, singularmente en la Comunidad de Madrid sin obviar la incidencia del País Valenciano en toda la zona este.

Como consecuencia las drogas ilegales llegan a la Región más tarde y además por la vía de procesos que tardan en tomar cuerpo en la misma. De hecho, como tendremos ocasión de constatar, los primeros adictos se desplazan de Castilla la Mancha hacia otras áreas colindantes en las cuales consiguen las drogas y también tienen las primeras experiencias terapéuticas. Esto no significa que no hubiera consumos y puntos de venta en la Región al inicio de los años 80, especialmente en algunas capitales y ciudades industriales, pero lo cierto es que la trama cultural de las drogas ilegales era muy débil y además aparecía muy condicionada tanto por el fenómeno de las migraciones como por la cercanía de otras regiones más urbanizadas y contaminadas. Las historias de vida vienen a decirnos que no fue hasta mitad de los años 80 cuando la red de distribución y el propio consumo tomaron cuerpo en la región, lo que explica que la efectiva demanda no se produjera hasta los años 90.

Esta situación explica la peculiaridad de Castilla la Mancha que se expresa como una **prolongación de la etapa de respuesta espontánea**, ya que mientras en casi todos los territorios del Estado la implicación y la planificación pública, bajo la dirección del Plan Nacional sobre Drogas, aparece plenamente consolidada a finales de los años 80 e incluso en algunos territorios más desarrollados antes de esta fecha, en Castilla la Mancha en cambio la situación se prolonga hasta casi 1993. Es decir en la región se pasa directamente de la etapa del protagonismo del movimiento social contra las drogas a la etapa del protagonismo institucional, en una gran medida porque la etapa central de la epidemia de heroína se vivió como algo que se ubicaba en los márgenes territoriales.

Pero la peculiaridad se extiende más allá de esta fecha, porque a partir de 1993 se pone en marcha una red de atención que, en términos proporcionales, resulta mucho **más consistente** que la media de los territorios del Estado. Se trata de una doble consistencia porque de una parte el volumen y la dotación de la respuesta es, al menos en términos relativos, muy importante y de otra parte se refiere a las características de la atención prestada que se ajusta a las políticas y a las orientaciones terapéuticas más novedosas y mejor contrastadas.

2.2.2. El período de la respuesta asistencial espontánea.

¿Qué pasa en Castilla la Mancha durante este largo y peculiar periodo de respuesta asistencial espontánea? Pues pocas cosas, porque hay que recordar que el “movimiento social contra las drogas” se organizó en el entorno familiar de los afectados y en la región el volumen de afectados era relativamente bajo. En todo caso se fueron creando, de manera progresiva, asociaciones de padres en algunas de las capitales de provincia y tales asociaciones reclamaron la puesta en marcha de algún tipo de intervención asistencial. Pero de hecho a finales de los años 80 sólo la Diputación de Toledo había creado dispositivos públicos, incluida una Comunidad Terapéutica (El Alba) que pronto se convirtió en un centro referencial para el conjunto de la región. De una forma más concreta podemos decir que en el año 1987 aparte de esta Comunidad Terapéutica los otros centros de internamiento presentes en la región (Hontanillas, Ugena y Santa Olalla) dependían de dispositivos y programas situados en Madrid y atendían a población de esta Comunidad Autónoma (Comas, 1988).

En el estudio de 1987 no se localizó ni identificó la “Comunidad Escuela de Huete” (ni otras similares situadas en otras regiones) que ya estaba abierta en aquel momento, posiblemente porque permanecía un tanto al margen del movimiento de las Comunidades Terapéuticas y también tenía vínculos institucionales muy laxos. En cuanto al Proyecto Hombre inició su programa en la Región un poco más tarde que en otras Comunidades Autónomas y además padeció diversas resistencias en torno a la ubicación de sus dispositivos lo que retrasaron su efectiva implantación.

Resulta llamativo que en aquellas mismas fechas, cuando la Asociación El Patriarca contaba con casi 50 centros repartidos por toda España, en Castilla la Mancha no existiera ninguno. También llama la atención el hecho de que Castilla y León que padeció un proceso muy similar, aunque allí el consumo de drogas y los problemas asociados fueron más precoces en las ciudades universitarias (Valladolid y Salamanca) y en la zona minera del noroeste, fuera la ubicación preferida de los dispositivos de internamiento que atendían a jóvenes madrileños, vascos, asturianos, e incluso andaluces, canarios o catalanes y que se suponía se habían instalado en aquella región atraídos por los bajos costes de las casas rurales y las condiciones de aislamiento. Obviamente Castilla la Mancha ofrecía las mismas posibilidades, e incluso mayor cercanía para algunas regiones, y sin embargo aquel fenómeno de dispersión rural de los dispositivos de internamiento, que caracterizó el modelo terapéutico de los años 80, dejó de lado un territorio tan extenso (e idóneo en aquellas condiciones) como fue Castilla la Mancha (Comas, 1988).

Asimismo a fines de los años 80 existían en la región 13 camas para desintoxicación hospitalaria (UDH) de adictos a drogas ilegales (diferenciadas de otras 13 para alcohólicos), lo que significaba una proporción de camas superior a la media nacional. La cifra es muy llamativa si la comparamos con Madrid (19 camas en 1988) o Andalucía 26 camas en aquel mismo año. La presencia de un número tan elevado de camas de desintoxicación en la Región viene, de forma paradójica a reforzar la idea de un territorio poco afectado aún por las drogas, ya que si bien entre 1988 y 1991, en Castilla la Mancha se realizaban muchas desintoxicaciones, entre el 7,5% y el 8,2% del total nacional, lo que a todas luces es una cifra desproporcionada, ocurre que para este mismo periodo la media de desintoxicaciones de drogas ilegales era de 170 casos años, al tiempo que las desintoxicaciones por alcohol se situaban sobre 250 casos al año a pesar de que el número de camas asignadas a uno u otro tipo de desintoxicación eran idénticas (13/13).

Como consecuencia, la proporción total de desintoxicaciones por drogas ilegales realizadas en Castilla la Mancha se situaba en el entorno del 3,5% del total nacional, lo que representa una cifra acorde con la población de la Región y la baja proporción de afectados, mientras que en el caso del alcohol las desintoxicaciones realizadas por las UDH representaban siempre más del 30% del total nacional. Si además retenemos el dato de que en Castilla la Mancha no hubo nunca grandes listas de espera en las UDH, mientras en lugares como Madrid llegaron a superar el millar de personas y no se realizaban prácticamente desintoxicaciones por alcohol, resulta evidente que la presión de la demanda en Castilla la Mancha era muy baja lo cual permitía utilizar las camas para atender a los casos de alcohol mientras que en otras Comunidades Autónomas, en aquellos años, los casos de alcohol tenían que recurrir a la vía privada porque todas las prioridades, en el contexto de dramatización de las representaciones sociales, se focalizaron en las drogas ilegales (Memorias PNsD 1987-1991 y Memorias de las UDH 1987-1991)

Sin embargo los datos relacionados con urgencias hospitalarias por drogas ilegales en la Región muestran un perfil un tanto diferente ya que desde que se recogen estos datos (1987), hasta al menos 1994 la proporción de urgencias hospitalarias en Castilla la Mancha es sensiblemente superior a la media nacional.

Seguramente esta descripción de la situación en Castilla la Mancha requeriría mejores explicaciones pero en este momento nos vamos a limitar a constatar una realidad a efectos del análisis posterior.

En cuanto al marco administrativo en 1986 se crea la Comisión Regional de Lucha contra las Drogodependencias, que coordina a las diferentes administraciones implicadas (Insalud, Diputaciones, Junta, Ayuntamientos, MEC y ONGs), ubicada en la Dirección General de Salud Pública, pero aparte de tratar de coordinar administraciones situadas a muy diferente nivel, carece de un Plan Directivo y destina la mayor parte de sus recursos a financiar las actuaciones de las ONGs. Como consecuencia en 1989 se crea una Comisión Permanente para la Coordinación con las ONGs, cuyas funciones reflejan muy claramente este principio, es decir organizar la participación de las ONGs en las tareas asistenciales.

Un trabajo sociológico de 1991 señala justamente, que si bien la Región ha resuelto los problemas relacionados con la desintoxicación hospitalaria, a través del Insalud, la falta de una estructura ambulatoria bien definida, limita la respuesta asistencial y obliga a proponer la creación de centros terapéuticos bien regulados y con una precisa funcionalidad (Redondo, 1991).

De hecho a principios de los años 90 Castilla la Mancha vivió una situación similar a la que se había producido en otras Comunidades Autónomas 10 años antes, cuando se produjo una especie de "explosión" de recursos asistenciales que respondían a iniciativas sociales las cuales además los

gestionaban, pero que fueron financiados por las administraciones públicas. Así, aparte de los mencionados más arriba, aparecieron en Castilla la Mancha y antes de 1993 dispositivos como el Centro de Día de Toledo anexo al Psiquiátrico Provincial y dependiente de la Diputación (1989) como la Comunidad Terapéutica de Incontro en Hellín, o la CCTT Tierra de Nadie en Tobarra (Albacete), la CCTT de L'ESTREP en Toledo, BASIDA en Manzanares, y los primeros dispositivos e iniciativas que poco después dieron lugar a los dispositivos de "Renacimiento" en Ciudad Real y Albacete.

En parte este cambio podemos atribuirlo a la modificación de la situación de consumo así como a la percepción social del mismo. Desde 1991 con la puesta en marcha del Sistema de Encuestas Continuas sobre Drogas del Plan Nacional sobre Drogas podemos ver como la Región aparecía menos afectada y vivía con menos dramatismo los problemas de drogas. Pero a lo largo de la década de los años 90 se ha producido una aproximación de ambos indicadores a las medias nacionales. Parece bastante coherente asociar estos cambios al proceso de modernización y desarrollo económico que ha vivido la región desde principios de los años 90 y que analizaremos en un próximo apartado.

A la vez en aquellos años el Gobierno Regional (la Junta de Comunidades) comenzó a realizar inspecciones, tratando de valorar las autorizaciones con la que algunos centros funcionaban y abriendo un procedimiento para otorgar acreditaciones. Como consecuencia de esta política en 1991 se cerró la CCTT de Hontanillas, una de las primeras que se había abierto en España, concretamente en 1979, en un terreno del ICONA y con material de campaña prestado por el ejército, pero que en doce años no había sido capaz de superar la vieja condición de "centro de retención".

2.2.3. El periodo de respuesta pública organizada.

Toda esta estructura asistencial y algunas medidas administrativas ya estaban por tanto presentes cuando en 1992 se aprueba el **Plan Regional de Drogas 1992-1995**, que en la práctica comienza a rodar en 1993. Dicho Plan señalaba como "*necesidades inmediatas*", la "*reorganización de la red asistencial*" y "*la definición del papel de las instituciones*" (Consejería de Sanidad, 1992). En este sentido, el primer Plan Regional de Drogas va a conformar una respuesta asistencial pública, que, al igual que lo ocurrido en otras Comunidades Autónomas, adoptará una doble estrategia. Así de una parte se modificará la dependencia y las características de aquellos dispositivos que puedan adecuarse al nuevo papel y de otra parte se crearan nuevos dispositivos. Tal estrategia va a dar lugar a una situación administrativa peculiar en la que coexisten y se coordinan diferentes tipos dispositivos algunos públicos pero otros concertados con diversas entidades.

La aplicación del Plan implica que en el año 1993 aparezcan los nuevos **Equipos de Atención a Drogodependencias** (EADs) de Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, y en 1994 el de Albacete retrasado por problemas oposición vecinal a su apertura, al tiempo que se reconvierten los equipos de Toledo, Talavera de la Reina y Villacañas en EADs, adoptando todos ellos a un protocolo común que se establece aquel mismo año (Consejería de Sanidad, 1993a). Dicho protocolo definía los EADs como "*la pieza fundamental del circuito asistencial en Castilla la Mancha*" y les atribuía todas las competencias en materia asistencial, tanto para drogas ilegales, como para el alcohol y el tabaco. La gestión de la mayor parte de los mismos se encargó a Cruz Roja Española (CRE).

El protocolo determinaba las funciones del EAD, el equipo humano mínimo (médico psiquiatra o médico, psicólogo y trabajador social que se ha ampliado notablemente en muchos EADs), la distribución y especialmente los procedimientos de coordinación y derivación de casos con otros servicios. En este sentido la centralidad del EAD (definido como la única puerta de entrada al sistema) permitía definir bien los papeles de Salud Mental, Atención Primaria y los Hospitales Generales incluidas las UDH.

Ciertamente, como ha ocurrido en el resto de Comunidades Autónomas, la respuesta de las redes sanitarias ha sido muy desigual. Asimismo el protocolo establecía las formas de entrada del paciente en el EAD, los criterios de valoración, desintoxicación, deshabituación, programa libre de drogas, programas de deshabituación con metadona, de mantenimiento con antagonistas y agonistas, así como criterios de derivación a Comunidades Terapéuticas y a otros centros concertados. En el mismo año se preparó un protocolo de reinserción (Consejería de Sanidad, 1993b) que reforzaba el protagonismo de los EADs.

En este punto debemos mencionar, cosa que después tendrá su importancia, que los protocolos y los documentos siguientes no establecen ninguna limitación en cuanto al origen geográfico de las personas a atender. Sólo se recomienda que, por motivos terapéuticos, tengan arraigo en la zona. En la práctica esto ha supuesto que los EADs han atendido no sólo a aquellas personas que vivían en la región, sino a los emigrantes e hijos de emigrantes, que aunque estaban empadronados en otras Comunidades Autónomas, mantenían vínculos, familiares o una vivienda temporal, en la zona.

En todo caso conviene retener que los EADs, aunque forman una red pública unificada mantienen algunas diferencias. Así el EAD de Toledo es el antiguo Centro de Día de Toledo, dependiente de la Diputación Provincial, que se convertirá en el EAD de Toledo manteniendo su dependencia administrativa y de otro el servicio de Salud Mental de Talavera de la Reina del que se segregara un equipo específico, financiado a través de CRE, el cual se convertirá en el EAD de Talavera y en el que una parte del personal dependen de CRE y otra parte es personal de la Junta de Comunidades adscrito a Salud Mental.

En cuanto a los EADs creados en 1993 la mayor parte los gestiona Cruz Roja Española (CRE) en exclusiva, tanto el de Villacañas que atendía una zona denominada "Mancha Centro", abarcando una parte importante de la provincias de Toledo y Ciudad Real, como los ubicados en Albacete, en Ciudad Real, en Cuenca y en Guadalajara. Debemos tener en cuenta que estos EADs no nacen sin más de una decisión administrativa porque en casi todas estas ciudades existía algún colectivo de voluntarios y afectados, o algún dispositivo sanitario que ya atendía a adictos y cuyo trabajo previo fue asumido por el EAD.

Así la red pública se conforma en 1993 con siete dispositivos ambulatorios y una Comunidad Terapéutica (la CCTT de "El Alba" citada más atrás), que se completará de manera progresiva y en los años siguientes con otros dos EADs y el traslado de uno de ellos a un dispositivo polivalente, más centrado en su zona y mejor dotado. El proceso no sólo supone una ampliación de recursos, sino también una cierta descentralización, desde una excesiva concentración en Toledo a finales de los años 80, hasta una distribución final acorde con las exigencias demográficas y la demanda de nuevos casos.

En 1996 se pone en marcha el segundo **Plan Regional de Drogas (1996-1999)**, el cual, contando ya con una red estable se propondrá mejorar las prestaciones de los centros *"orientándolos al tratamiento de los nuevos estilos de consumo, hacia una reducción del daño y hacia una función mayor del apoyo al proceso de incorporación social"*. Se trataba además de evaluar el protocolo establecido en el primer Plan, crear un nuevo protocolo de coordinación con atención primaria en salud, otro protocolo que contempla los aspectos jurídico-penales, abrir pisos de acogida y adecuar la disponibilidad de plazas de desintoxicación y poner en marcha un programa en instituciones penitenciarias.

La puesta en marcha del segundo Plan se tradujo en un notable aumento de los presupuestos del Plan Regional de Drogas, lo que a su vez supuso un incremento de la población atendida por parte de la red pública de los EADs, así como un buen funcionamiento de la coordinación entre las diferentes entidades que forman parte de la red asistencial específica y el desarrollo de las modalidades de tratamiento basadas en los programas con agonistas y antagonistas.

En el periodo en vigor de dicho Plan se crearon los EADs de Puertollano (1996) y Almansa (1999), por segregación de los correspondientes EADs de Ciudad Real y Albacete y con la finalidad de atender mejor y de una manera más cercana el creciente volumen de demandas. Asimismo el Plan sirvió para que se formalizaran las relaciones con las ONGs a través de convenios de colaboración, lo que permitió incorporarlas de forma coordinada a la red asistencial. Tales convenios sirvieron para poner en marcha la atención en prisiones, los pisos de acogida, así como diversos programas judiciales y de incorporación social.

En el año 2001 se aprobó el tercer Plan Regional de Drogas 2001-2005 actualmente en vigor, que en el plano asistencial mantiene el mismo objetivo general *“perfeccionamiento y desarrollo de la red pública de tratamiento de los drogodependientes”* a la que se le han añadido algunos objetivos específicos, como mejorar la atención a los problemas de salud mental, implementar programas de intervención con poblaciones de alto riesgo, que incluye elaborar programas de atención socio-sanitaria para adictos en activo y atender a menores adictos con problemas jurídicos. Asimismo se incluyen una serie de objetivos específicos relacionados con la normalización social en el terreno laboral.

Tales objetivos condujeron en el año 2003 al cierre del EAD de Villacañas que se trasladó al “Centro Integral de Alcázar de San Juan”, en un lugar zonal más céntrico y en el que coexisten el propio EAD y diversos programas de formación profesional e integración socio-laboral, los cuales, como tendremos ocasión de ver en el estudio están muy directamente coordinados con los diversos pisos de acogida que aparecen en el entorno de Alcázar de San Juan.

A la vez se puede observar, desde 1996, un continuo descenso de los casos de desintoxicación hospitalaria así como de las urgencias hospitalarias relacionadas con problemas de drogas.

Conviene señalar que desde el primer momento la red va a atender los casos de alcoholismo, aunque es secundario, en 1996 apenas 384 casos frente a 1.029 por drogas ilegales, pero pronto se convierte en una actividad muy relevante y en el año 2002 se han atendido 731 casos por alcohol frente a 1.118 por drogas ilegales. En cualquier caso el tratamiento del alcoholismo no va a ser considerado en este trabajo.

En resumen frente a la excepción que representa Castilla la Mancha en los años 80 cuando los consumos y las demandas asistenciales eran más bajos que en el resto de España, desde 1992 asistimos a una progresiva confluencia en los indicadores. En todo caso, quizá por las ventajas que ofrece el desfase temporal, la respuesta asistencial de Castilla la Mancha parece muy completa y bien articulada. Si además tenemos en cuenta el volumen de la demanda hay que considerar que está muy bien dotada.

Los profesionales de la red, con alguna excepción, entienden que cuenta con una buena estructura de recursos, aunque en algunos casos las condiciones espaciales y materiales de los centros serían manifiestamente mejorables. En las entrevistas los profesionales de los EADs manifestaron que una importante ventaja de la red asistencial castellano-manchega tiene que ver con el tamaño de población asignado a cada EAD, ya que las correspondientes áreas cubren poblaciones entre 150.000 y 250.000 habitantes, lo que permite “un conocimiento personal” de todos los profesionales implicados en el tema, lo cual se traduce en una mejor coordinación, derivación y atención a los casos. Obviamente esto no evita la permanencia de ciertas resistencias a la toma a cargo de casos de adictos, especialmente en las redes generales.

Las condiciones explican el hecho de que la red haya sido capaz de asumir el tratamiento del alcoholismo que en este momento ya representa casi el 40% de los casos atendidos en los EADs.

2.3. El contraste ofrecido por los datos del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT)

El SEIT fue creado por el Plan Nacional sobre Drogas en 1987 como un sistema de notificación de casos de drogas atendidos en la red asistencial específica o especializada y la finalidad de obtener series estadísticas epidemiológicas.

Durante el primer año su tasa de cobertura real fue muy débil ya que apenas registró 9.000 casos en tratamiento, pero rápidamente aumentó sus cifras y en apenas tres años alcanzó un adecuado nivel de cobertura, aunque con algunos problemas metodológicos. El primer problema es que no se trata de un registro acumulativo de casos, ni tampoco un sistema de notificación de acontecimientos, sino que adopta la definición mixta de “nuevos casos atendidos en el año”, lo que implica que se notifican todas aquellas demandas que cada dispositivo considera “nuevas” en el año. Obviamente esto implica una sobre-valoración del volumen real de casos atendidos pero a la vez implica una minus-valoración del trabajo terapéutico realizado a lo largo del año, salvo que el dispositivo considere todos los casos atendidos como “casos nuevos” cada año.

El segundo problema se refiere a la definición de centro notificador. En principio parecería que los centros son sólo los dispositivos ambulatorios de la red pública que funcionan como puerta de entrada al sistema, sin embargo encontramos también centros privados, por ejemplo la propia Región de Castilla la Mancha notifica casos el Proyecto Hombre de Guadalajara desde su creación, mientras que otros centros privados, concertados o no con la red pública, no aparecen en la estadística. En este sentido su condición de instrumento epidemiológico aparece muy limitada ya que una serie de casos escapan a su control.

Hecha abstracción de estos problemas metodológicos, está claro que el SEIT permite visualizar, de forma bastante exacta, la evolución de una serie de parámetros, que podremos contrastar con los datos aportados en los apartados anteriores. En esencia se trata de utilizar el SEIT a modo de contraste de la descripción de la evolución de la red asistencial de Castilla la Mancha realizada en el anterior apartado. Tenemos también que decir que se han consultado los datos del SEIT a la hora de establecer la muestra de entrevistados.

Comenzando por los datos básicos de la región castellano manchega, podemos ver como en 1987 (tabla 2.1) la cifra de atendidos era muy baja, muy masculina, con una edad media de 25 a 26 años y exclusivamente de adictos a la heroína. Este perfil se mantuvo hasta 1993, año en el que comenzó una rápida escalada en el número de atendidos, al tiempo que se iniciaba un suave envejecimiento de la población y comenzaban a aparecer casos de adictos a la cocaína.

En 1996 se alcanza la cota de los mil atendidos al año y aunque se llega al máximo en 1999 (1.126 casos) podemos hablar, para el periodo de seis años que se entiende de 1996 a 2002, de una cierta estabilidad. En este mismo año 1996 se produce un importante salto en las demandas por cocaína, que van ascendiendo hasta situarse en un 13% en el año 2002.

Asimismo hay que mencionar que hasta el año 1996 en “otras” drogas sólo aparecían los datos de “otros opiáceos”, sin embargo en este año se añadieron a la lista todas las drogas ilegales más

relevantes (Anfetaminas, MDMA, hipnóticos, cannabis,...), cuya incorporación al registro redujo aún más la proporción de casos de heroína. Aunque hay que tener en cuenta que casi la mitad de “otras” se refiere al cannabis y suelen ser los casos de los usuarios de esta droga, multados al amparo de la Ley de Protección a la Seguridad Ciudadana, y que pueden ver anulada su multa si alternativamente acuden a un tratamiento asistencial.

TABLA 2.1 EVOLUCIÓN DE LA DEMANDA ASISTENCIAL EN CASTILLA LA MANCHA (DATOS SEIT)

AÑO	TOTAL	VARONES	MUJERES	HEROÍNA	COCAÍNA	OTRAS	EDAD
1987	51	45	6	51	-	-	26,2
1988	147	128	19	145	1	1	25,6
1989	153	128	25	143	-	10	26,2
1990	258	219	39	249	6	3	26,3
1991	384	341	43	369	4	11	25,6
1992	392	330	61	370	7	15	25,8
1993	759	672	87	718	37	4	26,7
1994	722	628	94	691	27	4	27,0
1995	917	779	138	881	35	1	27,0
1996	1029	875	154	896	56	77	28,0
1997	1060	916	144	890	82	88	28,8
1998	1133	963	170	956	114	63	30,0
1999	1126	973	153	863	189	74	29,9
2000	1022	859	163	779	140	103	30,7
2001	1082	928	154	727	186	169	30,5
2002	1036	886	150	650	288	98	30,7

Fuente: Informes SEIT (1987-2002). Agrupación y reelaboración propia. El informe de 1996 no se encuentra disponible, pero se han podido reconstruir los datos.

Tales datos se pueden completar con la serie indicadores referidos a aquellos casos que no habían recibido un tratamiento previo y que comenzaron a ser recogidos en 1991. Estos datos pueden observarse en la tabla 2.2. en la que, además se realiza un análisis comparativo con los datos en el nivel nacional.

Puede verse como la proporción de casos nuevos va disminuyendo tanto en el ámbito nacional como en el de la Región de Castilla la Mancha. Si bien a principios de los años 90 el número de casos nuevos era aproximadamente la mitad de los casos totales atendidos, la proporción va disminuyendo y en este momento nos situamos sobre un 35% en el ámbito nacional y un 30% en Castilla la Mancha. Lo que implica que la mayor parte de las demandas se corresponden a casos que han realizado algún tipo de demanda anterior en la red pública, que han fracasado o recaído y que pasado un tiempo vuelven a realizar algún tipo de demanda.

Esto significa al menos dos cosas, primero que la población atendida ha comenzado un cierto proceso de cronificación y segundo que la proporción de casos que “aún” no han realizado ningún tipo de demanda se esta reduciendo sobre el total de las demandas potenciales.

Con estos resultados en la mano y realizando una proyección conservadora, podemos afirmar que a lo largo de toda su historia la red de Atención a los Drogodependientes de Castilla la Mancha ha atendido, a partir de 1991, a casi 4.000 casos distintos por drogas ilegales, de ellos, alrededor de 3.300 declaran como droga principal la heroína, al menos unos 350 la cocaína, cerca de 200 han sido atendidos

por cannabis y algo más de un centenar por otras drogas. La cronificación del colectivo resulta evidente cuando observamos que en el año 2002 aparecen 1.691 pacientes en Programas de Mantenimiento con Metadona en los EADs y en este mismo años sólo se han abierto historias para xx casos nuevos, de ellos sólo xx en los que la droga principal era la heroína.

TABLA 2.2 EVOLUCIÓN COMPARATIVA DE LAS DEMANDAS SIN TRATAMIENTO PREVIO TOTAL NACIONAL Y CASTILLA LA MANCHA (DATOS SEIT)

AÑO	CCLM		NACIONAL	
	TOTAL	%	TOTAL	%
1991	124	32,2	16.021	51,1
1992	201	51,2	21.035	54,1
1993	305	40,1	20.205	51,7
1994	327	45,2		
1995	362	39,4	19.357	45,7
1996	399	38,7		
1997	339	35,9	18.729	35,7
1998	360	31,7	19.341	35,9
1999	390	34,6	19.757	38,5
2000	313	30,6	17.135	34,6
2001	336	31,0	17.591	35,6
2002	354	34,1	17.838	38,1

Fuente: Informes SEIT (1987-2002). Agrupación y reelaboración propia. El informe de 1996 no se encuentra disponible en el ámbito nacional.

La tabla 2.3. completa este perfil comparativo y en la misma podemos observar, en primer lugar como la incidencia de las demandas en Castilla la Mancha ha sido muy inferior a la media nacional. Así las notificaciones anuales, que hasta 1993 representaban apenas el 10 por mil del total de notificaciones, se han movido, desde entonces, alrededor del 21 por mil, cuando la población de la Región es, en los censos de 1991 y 2001, casi el 43 por mil del total de la población española. Esto significa que la incidencia de las drogas ilegales era en Castilla la Mancha menos de una tercera parte de la media nacional hasta 1993 y desde entonces se queda en la mitad de la media nacional. Obviamente se tendrían que corregir estos datos por edades, pero de hecho, la pirámide de edad de la Región, en cuanto a la proporción de las edades afectadas, es decir, entre 20 y 45 años en el censo del 2001, no es tan distinta de los totales nacionales.

El segundo indicador contempla el grado de feminización. Se ha elegido este indicador, porque hace unos años pudimos constatar como la distribución media nacional entre géneros enmascaraba notables diferencias regionales (Aguinaga y Comas, 1995), conformando tres situaciones muy diferentes, la primera la España más desarrollada en la que la tasa de feminización se aproximaba al 25%, la segunda una España intermedia que se situaba sobre la media (15%) y finalmente la España menos desarrollada en la cual la tasa de feminización no superaba el 10%. Concluimos entonces que si bien existía una cierta relación entre el desarrollo económico y una mayor presencia de la mujer entre los adictos a drogas ilegales, tal relación podía corregirse por lo que llamábamos “cultura de igualdad”, que si bien tenía mucho que ver con el desarrollo económico, también mostraba sus peculiaridades regionales, que se han mantenido constantes a lo largo del tiempo.

Pues bien, Castilla la Mancha muestra como hasta mitad de los años 90 la tasa de feminización se acerca a los niveles de la España menos desarrollada, aunque sin llegar nunca al límite del 10% que aparecen en otras regiones equivalentes y cercanas, pero a partir de 1995 se va a colocar sobre la media nacional, lo que represente una cierta demostración de modernización cultural y un reflejo del despegue regional, más allá de los indicadores económicos.

En cuanto al tercer indicador, la proporción de heroína en el conjunto de los atendidos, podemos observar como se produce una evolución en paralelo de los datos nacionales y los correspondientes a la Región. A finales de los 80 la práctica totalidad de las demandas referenciaban como droga principal la heroína. A partir de 1996 se produce un cierto cambio, que atribuimos tanto a la aparición de más casos de cocaína como a la ampliación de las drogas consideradas en el SEIT, por lo que la heroína inicia un marcado descenso. En el año 2002 aun sigue siendo la droga más consumida (2 de cada 3) por aquellos que realizan algún tipo de demanda, y además el tercio restante se reparte entre cocaína y otras drogas, singularmente cannabis.

En este sentido tenemos que señalar que la incidencia de la cocaína no crece ni según las expectativas ni según las impresiones que nos transmitieron los profesionales de los EADs en las entrevistas. De hecho preguntamos en todos ellos el número de casos de adictos a cocaína que atendían y nos ofrecieron cifras que elevan sensiblemente los registros del SEIT. Asimismo en la selección de casos de la muestra, la identificación de los posibles “casos de cocaína” fue más complicada que la identificación de los “casos de heroína”. Este es un tema importante del que vamos a ocuparnos ampliamente en el estudio.

TABLA 2.3 EVOLUCIÓN COMPARATIVA DE LA DEMANDA ASISTENCIAL TOTAL NACIONAL Y CASTILLA LA MANCHA (DATOS SEIT)

AÑO	TOTAL NOTIFICACIÓN			% MUJERES		% HEROÍNA	
	ESPAÑA	CCAM	%o	ESPAÑA	CCAM	ESPAÑA	CCAM
1987	9.727	51	5,2	19,4	12,5	97,0	100,0
1988	16.481	147	8,9	19,0	13,0	97,1	98,6
1989	18.823	153	8,1	18,7	16,4	96,5	93,5
1990	25.118	258	10,2	17,3	15,2	96,6	96,5
1991	31.336	384	12,2	15,8	11,2	96,2	96,1
1992	38.831	392	10,0	15,6	15,6	95,9	94,6
1993	39.033	759	19,4	15,7	11,5	95,0	94,6
1994		722			13,0		95,8
1995	42.317	917	21,6	16,2	15,0	94,7	96,1
1996		1029			15,0		87,1
1997	52.440	1060	20,2	15,7	13,6	84,1	84,9
1998	54.338	1133	20,8	15,5	15,0	80,2	84,6
1999	51.191	1126	21,9	15,1	13,6	73,1	76,6
2000	49.487	1022	20,6	15,1	15,9	72,2	76,3
2001	49.376	1082	21,9	15,3	14,2	68,3	71,2
2002	46.744	1036	22,1	15,3	14,5	60,7	62,7

Fuente: Informes SEIT (1987-2002). Agrupación y reelaboración propia. El informe de 1996 no se encuentra disponible.

En cuanto a la evolución de los casos según centro notificador los datos proporcionados por el SEIT reafirman con claridad el análisis realizado en los apartados precedentes. La tabla 2.4 nos muestra la distribución de las notificaciones SEIT por dispositivo (que se listan en la tabla 2.5) a lo largo del periodo 1997-2002, y en la misma aparecen perfectamente identificadas las dos fases a las que nos venimos

refiriendo. Hasta 1993 se produce una fuerte dispersión de los pocos casos notificados en dispositivos que aparecen y desaparecen y que aumentan o disminuyen año por año y sin una razón aparente. Asimismo hasta 1990 las desintoxicaciones en las UDH son sensiblemente superiores a los casos reflejados en el SEIT y hasta 1993 también son superiores las urgencias hospitalarias.

TABLA 2.4 EVOLUCIÓN DEL TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS AL SEIT POR DISPOSITIVO EN LA REGIÓN

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
02		31	20	13	7	26	3									
03								59	169	155	181	174	152	131	168	150
04													2	31	42	46
10							218	155	136	276	275	224	219	177	174	148
11	5	22	37	21	-											
13												89	80	51	48	45
16						70										
20						47	22									
21							68	121	148	138	114	95	68	79	78	56
31	15	18														
33		20			52											
34							114	66	61	84	93	94	62	32	33	44
35									66	51	32	49	34	58	44	65
41				50	57	68	67									
43	20	23	30	31	39	67										
44	11	33	9				140	144	144	122	157	164	194	172	213	206
45			7	4			80	94	74	94	118	137	164	159	140	119
46				132	218	115	126	83	119	109	90	107	131	132	142	157
T	51	147	153	258	384	392	759	722	917	1029	1060	1133	1126	1022	1082	1036

Fuente: informes SEIT (1987-2002). Agrupación y reelaboración propia. El informe de 1996 no se encuentra disponible.

En cambio desde 1993 los centros notificadores, con la excepción del Proyecto Hombre en Guadalajara que aparece en 1995, son exclusivamente los EADs. Asimismo el total de notificaciones emitida por cada dispositivo nos permiten clasificarlos en dos categorías, las cuales nos han servido, asimismo para determinar la muestra. La primera categoría serían los “EADs grandes” es decir Albacete, Ciudad Real, Toledo, Talavera y la Mancha que han realizado más de 1.200 notificaciones en estos años (y más de 150 al año), mientras la segunda categoría los “EADs pequeños” está encabezada por Cuenca, que comenzó por más de 100 casos al año pero que en los últimos años se ha movido entorno a los 75, seguido de Puertollano, Guadalajara y Almansa, que no llegan a los 50 casos al año. Conviene destacar que, en general, los EADs con menos casos de drogas ilegales, son los que atienden, en proporción, un mayor número de casos de alcohol.

TABLA 2.5 IDENTIFICACIÓN DE LOS DISPOSITIVOS EN EL SEIT

CÓDIGO	DISPOSITIVO
02	Centro de Atención a la Salud de Albacete
03	EAD Albacete
04	EAD Almansa
10	EAD Ciudad Real
11	Servicio Psiquiátrico Provincial de Ciudad Real
13	EAD Puertollano
16	Asociación Provincial contra las Toxicomanías de Ciudad Real
20	Hospital Virgen de la Luz
21	EAD Cuenca
31	Hospital General Insalud de Guadalajara
33	Equipo de salud Mental de Guadalajara
34	EAD Guadalajara
35	PH Guadalajara
41	Hospital Provincial N.S. de la Misericordia de Toledo
43	Centro regional de Salud Pública de Talavera
44	EAD Toledo (Hasta 1989 "Hospital Psiquiátrico de San José")
45	EAD Talavera (Hasta 1990 "Equipo de Salud Mental de Toledo")
46	EAD Villacañas (desde 1990 hasta 1992 "Centro de día de Toledo")

2.4. Un cuarto de siglo de cambios en Castilla la Mancha: la crisis de la sociedad rural y el camino de la modernización.

Resulta inevitable relacionar la descripción de los procesos vividos en Castilla la Mancha con las drogas ilegales con otros procesos sociales y económicos vividos en la región durante los últimos treinta años. No pretendemos hacer un análisis de la cuestión ya que este no es el lugar ni el objetivo del estudio, pero no podemos dejar de mencionar algunos hechos.

La sociedad Castellano Manchega era, hasta hace apenas veinte años, una sociedad agraria tradicional, que en los procesos de desarrollo que ha vivido España en los últimos cuarenta años entró en crisis. Tal crisis se resolvió por varias vías, la primera la emigración, que propició un alto grado de despoblamiento rural, y que se expresó tanto como emigración externa, a otras regiones y incluso a otros países europeos, como emigración interna del campo a las ciudades.

No se puede comprender nada de lo ocurrido en Castilla la Mancha en los últimos decenios sin considerar el factor migratorio. No sólo por el volumen total de población inmigrante, que es mucha, sino sobretudo por la composición por edad de dicha población inmigrante. De hecho la pirámide de edades de Castilla la Mancha es algo diferente de la del resto del Estado. En el censo del año 2000 aparece un intenso decalaje en los grupos de edad 40-65 años que se corresponde con los jóvenes inmigrantes de los años 70 y 80. A la vez la proporción de jóvenes entre 20 y 34 años es muy superior a la media nacional.

Esto significa que aunque emigró mucha población la tasa de fecundidad se mantuvo, entre los que se quedaron, por encima de la media nacional.

Trasladado al terreno de la evolución del consumo de drogas estos datos nos indican que en los años 70 y 80 una posible razón del menor consumo de drogas en la Región puede tener que ver con la emigración masiva de los jóvenes, mientras que los problemas de drogas que aparecen en los años 90 tiene que ver con la irrupción de una serie de cohortes muy masivas, que tenían entre 10 y 24 años en 1990 y que han protagonizado este incremento de consumo (INE, 2001 y AACC, 2002).

Además desde 1991 comienza un proceso natural de recuperación de la población, producido en parte porque cesa la inmigración y en parte porque la Región se convierte, aunque de una manera discreta, en receptora de emigrantes procedentes de otras regiones. Conviene también resaltar que la población castellano manchega mantuvo unas ciertas preferencias en sus procesos migratorios. Un reciente estudio del CIS (E-2.445/2002) muestra, a partir del dato del lugar de nacimiento del entrevistado y sus padres, como casi la mitad de las migraciones tuvieron como destino Madrid, seguido de Cataluña, pero a muy corta distancia aparece la Comunidad Valenciana y más atrás Baleares y Aragón. Apenas hay emigrantes castellano manchegos en otras regiones incluido un lugar de fuerte atractivo como fue el País Vasco al que si acudieron en cambio numerosos extremeños y andaluces por citar a dos Comunidades vecinas. El interés de todos estos datos se va a constatar en los próximos capítulos.

Por su parte los informes económicos (Fundación Campollano, 2002) muestran cambios radicales en numerosas tendencias, así hasta principios de los años 90 la Región fue perdiendo posiciones en todos los indicadores económicos, pero en los últimos años las tendencias se han invertido, el sector agrario parece haber tocado fondo, se ha producido una cierta industrialización, ha crecido el turismo incluido el turismo rural, así como ciertas actividades relacionadas con el mismo como construcción, hostelería y transportes y la región se va consolidando como una gran área de servicios que mira hacia Madrid y el corredor del Mediterráneo. No se trata de procesos de desarrollo muy intensos pero si más que suficientes para mejorar ostensiblemente la calidad de vida de la población de la Región.

Otro cambio importante se refiere al capital humano, ya que si hasta 1990 las tasas de escolarización era inferiores a la media nacional, en los últimos años la superan ampliamente (Uña, 1997)

El reciente informe de José María Bleda sobre la situación del "Estado de Bienestar" en la Región, confirma estas tendencias y reitera el análisis realizado en el ámbito de las drogas. Castilla la Mancha, partiendo de una situación muy deficitaria se ha consolidado, en los años 90, un Estado de Bienestar, cuyas necesidades y problemas aparecen perfectamente identificados (Bleda, 2002).

Se trata de un largo trayecto recorrido en un corto tiempo, desde una sociedad agraria tradicional a una sociedad moderna, para definir la cual utiliza José María Bleda, como indicadores positivos, la creciente capacidad social e institucional para "dar respuestas a los problemas del alcohol y las drogas". La cuestión no es baladí, porque en cualquier informe sociológico general como este, hace unos pocos años, se habría planteado sólo la cuestión del "consumo y los problemas asociados" mientras que ahora se plantea muy prioritariamente la cuestión de la "calidad de los recursos". Ciertamente esto significa se conciben insuficiencias en los mismos, pero el debate ha pasado de "los adictos sin pastor" a la calidad de la atención que reciben estos mismos adictos, y todo ello en el contexto de la emergencia de un sistema publico, cuyo mejor paradigma en la Región, lo constituye la enseñanza pública.

Ciertamente en la perspectiva para el 2015, el mismo autor realiza un Delphi a expertos, en el que plantea de nuevo la cuestión de los consumos, obviando los recursos. Llama la atención que

los expertos consultados piensan que los problemas del alcohol aumentarán (67,7%), los del tabaco disminuirán (44,1%) y los de las drogas ilegales también aumentarán (50,9%). Como estas respuestas se distribuyen por grupos, los miembros de la administración autonómica, lo mismo que los responsables de las ONGs, están muy preocupados por el alcohol y las ONGs por las drogas ilegales. En cuanto al tabaco son los miembros de la administración autonómica y los profesionales los que más creen que disminuirá (Bleda, 2002).

El reparto de papeles y el sentido de la preocupación (la salud de los ciudadanos de Castilla la Mancha), refuerza la idea de modernidad. Las ONGs se preocupan por todo, las administraciones discriminan y priorizan problemas y los profesionales se sienten seguros. Hace sólo quince años las distinciones habrían sido más bien ideológicas.

En resumen Castilla la Mancha ha transitado en los años 90 desde una sociedad y una cultura rural con muchas precariedades económicas y ningún problema de drogas ilegales, aunque sí de alcohol, pero con una nula respuesta asistencial, a una sociedad relativamente desarrollada con problemas de adicción importantes que trata de encarar aportando recursos asistenciales (y de otro tipo) según criterios técnicos de calidad.

Como veremos las viejas precariedades siguen pesando mucho en las trayectorias individuales que relejan numerosas historias de vida, pero a la vez su experiencia terapéutica en los últimos años es perfectamente equiparable a las que se describen en otros países europeos.

— |

| —

—

—

— |

| —

capítulo

3

Historia del consumo y la
adicción¹



“...empecé bebiendo alcohol y fumando tabaco...la heroína no la probé hasta más tarde. Comencé con infusiones de opio, muy fácil de conseguir porque crece por la ribera del Henares, pastillas de codeína y con la heroína, pero no era mi droga principal, simplemente la había probado...hasta que comencé a hacer mis escapaditas, de vez en cuando un piquito”. Relata las vivencias que explican su proceso de consumo “...una adicción comienza siempre como una elección muy libre, pero cuando decides echarte la manta a la cabeza ya estás enfermo, puede que haya un momento de lucidez, pero enseguida cada vez que hueles la heroína cambias como persona. Es la cosa que más me ha gustado, que me gusta y me gustará siempre...”. “ponerme era encontrarme a mi mismo, era volver a casa”.(MTG4/GU/V29HE).

3.1. El proceso de consumo.

3.1.1. Una narración estereotipada.

Iniciamos este capítulo con una cita, extraída de una de las entrevistas, que se ha elegido aunque pueda parecer paradójico por su falta de representatividad. Se trata de un entrevistado que, si lo comparamos con el resto, se expresa de una forma un tanto diferente para hablar de las drogas que han determinado su adicción. Pero no estamos ante un caso estraño, sino frente al único que narra de una forma coherente, la historia de su inicio en el consumo y el proceso posterior de adicción. De hecho el inicio con el opio casero parece peculiar, pero es muy cierto en la zona que menciona, por lo demás expresa una serie de cuestiones que los otros entrevistados ni tan siquiera insinúan.

¹ El contenido de los capítulos 3 a 7 ha sido reducido por facilitar la publicación del texto eliminando las referencias más largas. La versión completa se puede pedir a través de <http://www.grupogid.org>. Así mismo se dispone de la base de datos completa con la transcripción de todas las entrevistas.

Por este motivo vamos a comenzar el análisis haciendo referencia a este silencio, a una serie de componentes que deberían estar muy presentes en las historias de los adictos y que sin embargo apenas son mencionados. Los próximos apartados y los siguientes capítulos describen ciertos componentes de la vida y la experiencia terapéutica de los adictos, se trata de una descripción construida alrededor de una "parte invisible de esta vida y esta experiencia terapéutica".

La conciencia de tal invisibilidad nos permitirá atisbar tras este muro de silencio, pero nuestra mirada apenas servirá para saber que es aquello que se esconde. Porque los adictos no relatan ni el inicio ni el posterior proceso de consumo de una forma completa y comprensible. Todos ellos adquieren la condición de adictos de una manera figurada, es decir describen meros actos de consumo sin referirse para nada a los refuerzos positivos que explican la persistencia de la conducta, a pesar de que estamos ante un grupo de adictos que ha mantenido, soportando en ocasiones toda clase de sevicias, el consumo. Simplemente, nos dicen, que las drogas están ahí y ellos las consumen a pesar de ocasionarles numerosos problemas. En general nos explican como la consiguieron la primera vez, en algunos casos sabemos que alguien les invitó a consumir, otras veces nos explican que sintieron curiosidad porque se tropezaron con otras personas que ya consumían, pero más allá de estas leves pinceladas referidas al "primer consumo" no parece ocurrir nada más que pueda explicar el proceso mediante el cual adquirieron la condición de adictos.

Podemos suponer que hablamos, de una manera formal mediante una entrevista concertada, con una persona sobre la razón por la cual es socio y seguidor de un determinado club de fútbol. Podemos imaginar que esta persona trata de explicarnos como comenzó su afición, pero sólo nos indica cuando vio el primer partido y quien jugaba. Imaginemos que a continuación se queja de lo caro que es el abono y a las discusiones familiares que le ocasiona seguir al equipo en sus desplazamientos. En caso de que alguien contestara así, lo que resulta muy dudoso, rápidamente le preguntaríamos ¿Pero por que te gusta tanto el fútbol? En cambio un adicto se limita a proporcionarnos esta información y pasar después al truculento relato de sus problemas. ¿Alguna razón existirá para que haya soportado tantas desgracias?

El profesional no suele preguntar porque tiene una respuesta fácil: la propia adicción. Pero mientras el aficionado al fútbol alegrará espontáneamente que su afición se debe a que le gusta, le emociona, admira a ciertos futbolistas, le permite mantener relaciones con otros aficionados, le proporciona un tema de conversación,... en cambio el adicto es sólo un adicto que consume drogas a pesar de padecer múltiples y graves problemas a consecuencia de dicho consumo ¿por qué consume entonces? Pues porque es un adicto y el ha asumido esta condición. Pero ¿sabemos de verdad lo que es la adicción que no necesitamos preguntar por ella?, que no necesitamos preguntar a los sujetos identificados como adictos ¿qué piensan ellos que es?, o al menos ¿por qué no dicen nada? ¿por qué solo la explican como pesadumbre?. Podemos suponer que este extraño proceder se debe a que tras muchos años de adicción se han acumulado tantos elementos negativos que sólo la pueden expresar de esta forma, o mejor dicho, sólo la pueden expresar **públicamente** de esta forma. La adicción se presenta entonces como un parásito que les posee y del que resulta muy difícil librarse.

Pero, ¿es esta la historia completa de su adicción? Creo que no, que estamos sólo ante una reconstrucción que realizan los propios adictos cuando acceden a algún tipo de tratamiento. Se trata de un momento en el que la verdadera historia desaparece y es sustituida por un conjunto de signos patológicos, como son las drogas consumidas, las vías de consumo, los problemas sociales y judiciales padecidos, las enfermedades asociadas, que reconducen la narración desde la vida hasta los contenidos del protocolo del dispositivo asistencial.

Seguramente para iniciar cualquier tipo de tratamiento eficaz este paso resulta imprescindible, es decir se trata de aislar aquellos elementos que posibilitan un correcto diagnóstico y una adecuada

intervención. Podemos sostener incluso que estamos ante un procedimiento de simplificación lícito, ya que falsificar la complejidad permite obtener resultados positivos. Pero este supuesto solo vale cuando se posee un conocimiento completo en relación al problema sobre el que se va a intervenir. ¿Poseemos este conocimiento en el caso de las adicciones? ¿sabemos algo que nos permita superar las medidas meramente paliativas?, seguramente no. Entonces si no poseemos este adecuado nivel de conocimiento ¿por qué simplificamos?, o expresado en otros términos ¿por qué transformamos la historia de la adicción en una verdad a medias? ¿no sería mejor tratar de **saberlo todo** para tratar de entender que es esto de la adicción y como podemos enfocarla?

En cualquier caso los adictos sometidos a tratamiento asumen la simplificación y olvidan, en su narración, aquellos elementos que se supone carecen de sentido para un adecuado enfoque terapéutico. Así desaparecen los refuerzos positivos que inevitablemente conformaron su iniciación y el proceso de consumo que les condujo a la adicción. Y desaparecen porque los profesionales en sus entrevistas terapéuticas o sociales **nunca** preguntan por esta cuestión, ya que sólo quieren conocer las circunstancias educativas o familiares, la presencia de otros consumidores, la edad, el ritmo del consumo y la gradación de las sustancias, para pasar a continuación a evaluar la situación sanitaria, psíquica o social del adicto. Así cuando entrevistamos al adicto ha desaparecido de su historia personal todo aquello que no creen necesario para su “recuperación”.

Como esta es la lógica con la que inevitablemente construimos nuestros requerimientos de información, en un primer momento se estructuraron los informes de las entrevistas en una serie de apartados diferentes, cada uno de los cuales representaba uno de estos elementos que “formalmente constituyen una historia de consumo y adicción”. Se trataba de describir y analizar, por una parte, como se producía la iniciación, para pasar, en otra parte, a la descripción y análisis de las drogas consumidas, finalizando con los hábitos de consumo, ya que se suponía que tales hábitos mostraban una tendencia y una frecuencia que nos permitía determinar la existencia de una adicción. Este es el esquema normal sobre el que se construyen los protocolos o historias en los dispositivos y programas asistenciales y que sostiene, por tanto, la lógica discursiva que trata de explicar los procesos que culminan en la demanda asistencial del adicto.

Pero esta investigación no se basa en protocolos, en preguntas cerradas que conforman un sistema preestablecido de posibles respuestas, sino que recogen narraciones, historias de vida, que luego se tratan de sistematizar. Ocurre que los entrevistados contestan de acuerdo a los ítems que normalmente conforman un cuestionario o un protocolo clínico, contestan como lo han hecho otras muchas veces, cuando además en caso de olvidar alguna “tema importante” el profesional que realiza la entrevista tiende a “ayudar a recordar”. Por lo tanto sus respuestas son las esperadas en cuanto a todo aquello que mencionan, pero a la vez al ser narraciones, los elementos se presentan de una forma inconexa y en ocasiones incoherente desde la perspectiva de una narración. Esto sucede sencillamente porque casi nadie hace referencia ni al “porqué” del inicio en el consumo, ni a los refuerzos positivos que explican la continuidad de la conducta a pesar de los crecientes problemas a los que se enfrenta el adicto.

Nos situamos por tanto ante un modelo de lógica asistencial, que podría actualmente considerarse el modelo universal de intervención con adictos a drogas, que se sostiene sobre las aportaciones que realizan las investigaciones, las cuales se conforman a partir de cuestionarios que incluyen sólo variables temáticas que reconstruyen un mismo esquema evolutivo. Así se pregunta por la edad de inicio, desagregando drogas, y a continuación se pregunta por las frecuencias de consumo, lo que produce un tipo de información arquetípica, articulada en torno a medias y modas estadísticas, que describe un “procedimiento formal” de acceso a la condición de adicto a la heroína o a la cocaína. Tales datos pueden

correlacionarse además con algunas variables contextuales, lo que permite ofrecer unos resultados que en realidad no nos dicen nada porque escamotean las verdaderas razones que podrían explicar la adicción.

Se ha establecido así un modelo que describe el proceso arquetípico de consumo, que se inicia con el consumo más o menos habitual de drogas legales, tabaco y alcohol, sigue con las primeras experiencias con cannabis, pastillas diversas y fármacos y acaba en “drogas de mayor entidad” como heroína, otros opiáceos y cocaína, que determinan la adicción, al menos desde la perspectiva de aquellos que realizan demandas asistenciales. Esta adicción a heroína y cocaína aparece ya asociada a toda una problemática sanitaria, psicológica, familiar y social, que se supone que hay que tratar de superar al mismo tiempo que la propia condición de adicto. Es un modelo que en el caso de Castilla la Mancha ya había sido descrito como “*las representaciones de los adolescentes en torno a las drogas ilegales*” (Rodríguez, 1995), lo que nos indica que se trata de un modelo socialmente compartido, bien difundido y conocido por los diversos actores sociales, incluso aquellos que dicen “no saber” sobre las drogas.

Este proceso se corresponde con unos determinados momentos del ciclo vital, de tal manera que la mayor parte de los adictos, medidos en términos de medias estadísticas, inician el consumo más o menos habitual de drogas legales muy pronto, muchos en la preadolescencia, experimentan con las “drogas de paso” como cannabis en la adolescencia y son consumidores habituales entre los 17 y los 19 años, momento en el que también inician el consumo experimental de otras sustancias, que van consumir de una forma habitual en el entorno de los 20 años o más. Los datos de las encuestas confirman este modelo, ya que el grupo de los consumidores habituales de drogas legales en la preadolescencia son los primeros que experimentan con cannabis y drogas químicas en la adolescencia, y también los que suelen experimentar con cocaína y heroína al llegar a la mayoría de edad, lo que siempre nos ha conducido a pensar que los experimentadores precoces son el grupo de riesgo al que se debe dedicar más esfuerzos en los programas de prevención.

Este esquema general se ha completado con un cierto análisis de género que muestra como una parte sustancial de las mujeres no se inician por sí mismas, especialmente en heroína y cocaína, sino a través de un compañero varón, aunque a la vez estas mujeres adictas suelen presentar esquemas de experimentación precoz similares a los varones.

Asimismo en los últimos años han aparecido una serie de comentarios en relación a la situación de adictos cronicados, de más de 40 años de edad, a los cuales se les atribuye un inicio similar al que prevé el modelo estándar y un recorrido posterior en el que aparecen poli-consumos, tratamientos y recaídas, sin que se llegue a determinar con claridad cual es su actual situación, salvo que aparecen descritos como más deteriorados, en lo sanitario, lo psicológico (con dobles diagnósticos) y lo social, al tiempo que se les identifica como “supervivientes” de un contexto cronológico en el que una gran parte de sus compañeros o bien han fallecido o bien han podido superar su adicción a las drogas.

Si consideramos sin más los elementos presentes en las historias recogidas, podemos confirmar sin demasiado esfuerzo este modelo arquetípico, pero a la vez ciertos elementos nos introducen algunas dudas y nos llevan a realizar un análisis un tanto diferente.

Para entendernos, el modelo arquetípico es cierto, especialmente desde una perspectiva estadística que sólo considere las variables asociadas al mismo, pero como ya se ha explicado no describe de una forma completa y adecuada el verdadero proceso que conduce a la adicción. Al disponer de un conjunto, bastante amplio, de narraciones que articulan de muy diferente manera todas estas variables arquetípicas, podemos observar como si bien una parte de los casos se ajustan a este modelo arquetípico, otra parte, quizá más importante, muestra una o varias características que los apartan del mismo. Se trata

de características lo suficientemente importantes para que muchos de ellos puedan ser considerados “excepciones”, lo que implica que aquellos que podemos considerar en sentido estricto casos arquetípicos son una pequeña minoría. Por el contrario nos encontramos con una parte sustancial de casos que ofrecen una gran diversidad de perfiles, todos ellos ajenos a este modelo arquetípico, pero que a la vez pueden mostrar una o varias características del mismo, es decir son casos muy distintos pero casi siempre, y como veremos, incluyen una o varias características del modelo típico.

Como consecuencia **nuestros datos, de haber sido obtenidos por procedimientos cerrados, confirmarían estadísticamente el arquetipo, pero a la vez la mayor parte de los casos, en aquello que nos ofrecen como narraciones individuales, se alejan del mismo.** Obviamente esto es algo que sin duda han observado los profesionales situados sobre el terreno, pero como los protocolos y cuestionarios referidos a este tema han sido desarrollados por lo que hemos llamado el centro del modelo global del conocimiento, es decir las universidades anglosajonas y sus representantes en el ámbito nacional, su aplicación en lo local produce una constante confirmación de resultados, frente a la cual los profesionales locales tratan de ajustar sus prácticas a este “conocimiento verdadero”, aunque raramente se adecue, al menos de forma estricta, a los casos concretos que atienden.

En todo caso tampoco podemos ofrecer un “conocimiento verdadero” de carácter alternativo, porque los adictos, lo mismo que los entrevistadores y por supuesto el director del estudio, han jugado al mismo juego: nadie ha lanzado las redes hacia los refuerzos positivos, o al menos hacia los “porques” que manejan los propios adictos a la hora de explicar la adicción. En cualquier caso las narraciones recogidas han puesto en evidencia esta carencia y nos ofrecen una serie de pistas que podemos utilizar en posteriores investigaciones.

3.1.2. Los componentes del relato arquetípico.

Entrando en el análisis hay que destacar que, la estricta narración arquetípica aparece con relativa frecuencia, pero a la vez, quizá porque se percibe, o se sabe, a si mismo, como lo “habitual”, lo “normal”, o lo “natural” se presenta siempre como un relato muy escueto. En torno a una cuarta parte de los entrevistados se limitan a proporcionar esta visión estándar.

(DCAHV/GU/V34HE), comenzó a consumir cannabis a los 15 años con la pandilla de amigos (1985). Con los mismos comenzó a experimentar con otras drogas, especialmente anfetaminas. A los 18 años todas la veces que salía consumía algo y de manera esporádica comenzó con heroína y cocaína. Maneja la imagen de un contexto en el que todo esto era habitual pero a la vez “como muy normal, de que no pasaba nada porque todo el mundo lo hacía”. Como ya trabajaba y ganaba dinero consideraba que esta era la diversión que se merecía, aunque algún sentimiento de riesgo tenía porque dejó a su novia fuera de todo el tema, “ella podía saber que de vez en cuando me colocaba, pero lo normal”, porque las “cosas mas fuertes como la heroína”, las consumía en la intimidad. Aprendió a relacionarse con otros consumidores, a que le respetaran, y así pudo mantener la discreción y no tuvo problemas cuando comenzó el consumo habitual y se enganchó.

Se trata de descripciones que atienden sólo a la sustancias tomadas, situadas sobre un proceso cronológico, aunque en ocasiones se citan algunos elementos que se supone forma parte de este mismo relato y justifican la centralidad del consumo. En este sentido la idea de la “persona allegada” se repite de diversas formas, siendo la más frecuente la mención a los “hermanos”, seguida de amigos y conocidos que parecer tener la mala costumbre de “tratar de convencer al sujeto hasta que este prueba y entonces ya no puede evitar seguir...”

(MVG11/LM/V26HE) Inició el consumo de tabaco a los 10 años (1987) con su hermano mayor “mi hermano me daba de fumar para que no le dijera nada a mis padres...luego cogía colillas del suelo con los amigos para fumar...”. Con 13 años (1990) inició el consumo de hachís “ahora no fumo porros...”. Inicia el consumo de heroína fumada en cigarrillos con su hermano a los 15 años (1992), “me enganchó mi hermano, yo tenía dinero en el banco, tenía una cartilla, estaba ahorrando para la mili y mi hermano como lo sabía y era el que me tenía que firmar para sacar dinero...me llevaba y nos íbamos a las Barranquillas a pillar...pillábamos 1 bolsa y le daba 4 ó 5 calás...”. Cambia la vía de consumo a los 17 años a papel de plata “...fumaba cigarros...luego cuando aprendí a fumar en plata...siempre me fumaba así...”. Nunca se ha pinchado heroína. Desde los 16 años (1993) consume alcohol y admite que lo sigue haciendo “sigo bebiendo cerveza y eso...”. Estuvo un dos años sin consumir “pero soy un vicioso...”. Se fue al servicio militar, “pasé una semana muy mala, casi siempre arrestado y cuando venía consumía”. A los 20 años (1997) empezó a fumar cocaína mezclada con heroína “lo hacía porque mi novia esnifaba cocaína todos los días”. Estuvo 3 años consumiendo Tranquimacin desde los 20 hasta los 23 años (1997-2000). Costeaba su consumo “quitando y cogiendo dinero, buscaba dinero...no me lo encontraba...buscaba donde lo escondían..., pedía dinero a mi padre, se lo daba para que me lo administrara...me iba manteniendo...luego lo buscaba...”. Nunca ha robado.

(CACHV/CU/V33HE) “Con 16 años, ya estaba con drogas, como mis otros dos hermanos, y como mi padre se acababa de morir, mi madre me mandó a Guadalajara con mi hermano mayor y allí fue por” “el objetivo era alejarme de las drogas porque mis hermanos ya tenían problemas de cárcel” “éste también ha tenido problemas de drogas, pero no tanto él ha estado en la ACB como seleccionador de chicas”. “yo fallé, me apuntaron al instituto pero no estudiaba, yo vendía chocolate, coca, disidrina..., teníamos dos puntos de venta, uno es Cuenca y otro en Guadalajara”. Allí se mantuvo 1 año, se marcha al iniciar su hermano su relación de pareja.

En esta descripción estándar los “amigos y conocidos” se asocian además a contextos festivos, que en algunas ocasiones, como ocurría con el caso anterior, aparecen descritos de manera muy pormenorizada, como tal día, a tal hora y en tal situación, como si estos detalles fueran muy importantes. Dicho nivel de concreción, con el que se pretende explicar un “antes y un después de las drogas” y que nos recuerda la caída de San Pablo camino de Damasco sólo que al revés, aparece como la forma de refrendar un mito en torno a este “momento especial”, sobre el que el sujeto ha construido un tipo de racionalización acorde con los elementos que se supone conforman el modelo estándar de inicio y adicción. Asimismo una parte de los inicios trata de situarse en las “influencias de la vida”, pero las reducen a la presencia de “otros” que “convencen y ayudan” y de cuya influencia no pueden sustraerse, siempre en ambientes hiper-contaminados, en los que el consumo, e incluso el tráfico de drogas, resulta algo “natural”, aunque en ocasiones el sujeto reconoce poner algo de su parte, como buscar recursos económicos, delinquiendo incluso, para poder continuar consumiendo.

(MDC6/TO/V29HE) Con 9 años (1983) empieza a fumar “canutos” en el colegio y a inhalar pegamento. “Con 12 ó 13 años (1986-87) me dio por escaparme de casa y estuve en Orcasitas 2 o 3 meses con otros niños durmiendo en una cabaña y fumando”. Luego vinieron las pastillas y con 13 ó 14 años (1987-88) “me metí el primer tiro de cocaína, yo empecé por la nariz todo y con 15 años (1989) empecé con la heroína, esnifaba pajitas, recuerdo que me puse malísimo y dije que no lo probaba más”. A los 16 años (1990) “me puse el primer pico, llegó un amigo que me dijo vamos a ponernos un pico y le dije que no y siguió... si no te atreves eres un cobarde y al final le puse el brazo y no miré. Me gustó, fue una experiencia fabulosa como el mejor polvo podría decir, volví a repetir hasta que estuve muy mal. Estuve 7 u 8 años de seguido”. “Yo he llegado a la conclusión que empecé con 9 años no tenía información, eran las cosas en las que me he criado en mí barrio pues eso... la heroína, la cocaína, los gitanos vendiendo siempre...”

(ERB16/TA/V30CO) El primer contacto con sustancias ilegales *"son los porros pero no me gustaban. Solo fumaba de vez en cuando...los fines de semana"* (1990), con 17 años. Solía salir con asiduidad por el ambiente nocturno de Talavera lo que le lleva a relacionarse con diverso tipo de gente *"...y por mi carácter inquieto, probar lo prohibido, por que siempre me ha tirado mucho el tema de las drogas...por desconocimiento..."* comienza a consumir cocaína mezclada con éxtasis (1990), con 17 años, *"todo el mundo consumía "*. Para costear estos consumos iniciales utilizaba *"el dinero que mi familia me daba"* el tiempo pasaba y los consumos pasaron de ser esporádico a diarios *"y como los padres no dan dinero a un niño de 17 años para consumir y como no te puedes mantener empiezo a trabajar en la noche de relaciones públicas de Pub de moda de Talavera"* El dinero deja de ser suficiente para aguantar el ritmo emprendido por lo que comienzan lo *"trapicheos"* (1991), con 18 años, *"una manera de engañarte"*

Ciertamente el argumento de las "malas influencias" responde más a la lógica narrativa de la cocaína que a la heroína, aunque también aparece en esta última, pero nunca con la misma nitidez, porque la cocaína no es tanto una droga que causa dependencia como una "situación" en la que se consume, de tal manera que la narración arquetípica, adquiere con la cocaína un relato de "situaciones de consumo", en las que se participa, siguiendo la misma regla que la heroína, es decir porque la sustancia está ahí, pero mientras en el caso de la heroína la situación se desdibuja a favor de la sustancia, en el caso de la cocaína la sustancia parece desdibujarse a favor de la situación.

(MTG9/GU/V24CO) A los 14 años (1992) *"...antes de la coca empecé con éxtasis y porros, nos bajábamos a la ruta del bacalao y me comía una cápsula y me servía para tres días y una cosa fue llevando a la otra"*, comenta lo de los tres días como algo anecdótico ya que lo habitual en la gente que consumía los éxtasis era tomar muchas cápsulas juntas a la vez y varias tomas. Refiere la escalada del consumo *"...primero te fumas un cigarrillo, luego un porro, unas pastillas, luego un tiro...una cosa te lleva a la otra". "...el alcohol y la coca están unidas, era tomar una copa o dos y un tiro, dos tiros". "Con la coca empecé a los 16 años (1994) como cosa tonta y acabé consumiendo todos los días de lunes a lunes"*. Comienza a consumir cocaína esnifada con los jefes que tenía en la fábrica de Tele Pizza *"...aquí conocí a gente más mayor que yo, yo o era una criatura o era un poquito tonto...me iba con los jefes, yo cobraba 120.000pts y ellos 280.000pts, a ellos les llegaba el dinero hasta para comprarse una casa y a mí para salir dos fines de semana..."*. El era quien iba a los barrios marginales a comprar la sustancia y el que conocía a quien tenía que dirigirse en Guadalajara *"...me juntaba con unos personajes...nos veíamos en la calle y en el trabajo, yo les conseguía la cocaína"*. Era el menor del grupo *"...me sentía más mayor, más guay..."* y ahora cree que eso era *"...realmente una mierda, sólo me utilizaban"*. Además de consumir con los compañeros de trabajo lo hizo con su actual pareja. Juntos coincidieron un año (2.000-01) consumiendo paralelamente cocaína esnifada.

En todo caso la mayor parte de las narraciones no se detienen en este punto y aparecen otros elementos circunstanciales, entre los cuales ya hemos visto citadas el "Servicio Militar" o el trabajo en "hostelería", de los que vamos a ocuparnos más adelante y con mayor detalle. En cualquier caso estos elementos se insertan en la narración arquetípica en una categoría que se desdice a sí misma, porque no sabemos si es causa o consecuencia, ya que de una parte, como hemos visto, parece que la "mili" es un buen lugar que proporciona oportunidades a los consumidores, pero también es un lugar en el que a uno le "tientan" con los consumos. Lo mismo cabe decir del trabajo en hostelería que se presenta a la vez como una consecuencia de las exigencias de la adicción, porque si no tengo formación ¿dónde puedo trabajar ganando mucho dinero?, y como una causa de los consumos, porque es un sector donde la oferta resulta muy cercana y a la vez un trabajo muy duro y estresante.

(RRM5/CU/M31HE) Con 15 -16 años (1988/9) empezó a consumir porros y en algunas ocasiones bebía alcohol. Cuando tenía 21 años (1994) consumió por primera vez heroína y a los 21 (1994) era consumidora habitual. Ha estado consumiendo durante 9 años, durante los cuales ha tenido algunos intentos de rehabilitación, pero ninguno de ellos ha llegado al año de duración. Ha consumido pastillas en muy pocas ocasiones, alguna vez para relajarse o en el trabajo porque estaba con síndrome de abstinencia y no podía salir "pillar". Afirma que no le gustan porque le dan miedo. En el año (2002), estando ya en tratamiento con metadona, empezó a tener consumos de cocaína coincidiendo con su trabajo de "extras en hostelería". *"Cuando he tenido problemas con la cocaína fue el año pasado cuando empecé a hacer extras, como no paraba y me cansaba tanto, empecé a tomarla para aguantar. Me tuvieron que dar un toque en el E.A.D."*

De vez en cuando, pero sólo muy de vez en cuando, este relato, manteniendo la misma argumentación y componentes, parecer sugerir otro mecanismo causal: la precocidad en un contexto hiper-contaminado. El relato es el mismo pero utiliza la cuestión de las edades a modo de justificación implícita. En algunos casos se trata de argumentos poco creíbles (como consumir todo tipo de sustancias a los nueve años o vivir en la calle en esta misma edad sin que nadie se percate) y de hecho hemos eliminado estas partes de las entrevistas de la base de datos porque así lo han sugerido, en tres casos, los propios entrevistadores, señalando que estábamos ante un evidente caso de mitificación. Pero en otros casos no hay mitificación, porque las edades y las situaciones son bastante estándar, pero aparecen trufadas de detalles que pretenden evidenciar esta "precocidad justificativa".

(EBT1/TO/V39HE) En (1971) con 7 años comienza consumo de tabaco y en (1974) con 10 años inicia consumo de alcohol *"mis amiguetes del barrio también lo hacían"*. No tiene problemas para conseguirlo ya que *"ibas al estanco y decías dame un paquete de tabaco para mi padre y te lo daban"*. En (1976) con 12 años comienza consumo de hachís, anfetaminas y tripis. Empieza a fumar hachís cuando un amigo suyo lo trae de Barcelona y *"lo probamos y nos gustó", "al principio todo gusta siempre"*. En (1981) con 17 años *"probé"* la cocaína vía esnifada y no cambia de vía de consumo, aunque en alguna ocasión se la inyecta. Es un consumo esporádico. En (1982) con 18 años comienza consumo de heroína vía inyectada y *"a los pocos meses ya estaba metido de lleno"*, no cambia de vía de consumo. Comienza consumiendo con los amigos y consigue el dinero traficando con hachís. Posteriormente *"conocí a gente que se dedicaba a robar"* y *"les llevaba en el coche a cambiarlo por heroína y me daban también"*, haciéndolo a diario.

3.1.3. El arquetipo de género: primeros matices.

El relato arquetípico incluye siempre una condición peculiar referida al género que ha sido incluido en numerosos estudios: las mujeres son iniciadas habitualmente por determinados compañeros varones, que en general responden a la condición de "parejas" en el momento en el que se produce dicha iniciación. Dicho arquetipo aparece en prácticamente todas las narraciones que recogen las historias de vida de las treinta mujeres de Castilla la Mancha que forman parte de la muestra de esta investigación. Se trata de mujeres que pueden haber experimentado con cannabis y otras sustancias equivalentes, en el entorno de la mayoría de edad, que en este sentido no parecen presentar un riesgo evidente, pero que comienzan una relación con una pareja consumidora que les introduce bien en la cocaína o bien en la heroína, comenzando a partir de este momento su trayectoria de adictas.

(RLG20/LM/M31CO) Empieza el consumo con 18 años de porros, pastillas y tripis, mezclando unos y otros en ocasiones *"allá por donde iba no tenía problemas para encontrar siempre a la*

gente mas juerguista". Seguidamente empieza a consumir cocaína a raíz de iniciar una relación de pareja con un chico del pueblo muy pudiente, el cual era consumidor, "y me invitaba siempre", además de con otra gente, que según ella eran mayores que ella, además de los más liberales del pueblo. Continuó de ese modo hasta los 27 años.

(MVG15/LM/M34HE) A los 18 años (1985) empezó a consumir hachís y cerveza con los amigos los fines de semana. Con 20 años (1987) inició el consumo de heroína por vía parenteral con su pareja "creía que poniéndome yo él se iba a quitar...al final caímos los dos" "dejé la heroína y pasé a la cocaína". Con 22 años (1989) inició consumo de cocaína por vía parenteral, estuvo 2 años consumiendo "en 2 años la dejé...". Con 24 años (1991) volvió a consumir heroína por vía parenteral "cuando fumaba porros no consumía heroína" "cuando lo pruebas una vez...ya te tiras 3 días...". Con 35 años (2003) "me enganché a las pastillas, tranquis...porque tuve una agresión sexual...ya las he dejado". Mantenía su consumo pidiendo dinero a su madre, robando en casa, trabajando y posteriormente cometía robos y hurtos. "He tenido muchas épocas en las que he estado muy bien"

(MVG5/LM/M34HE) Inició el consumo de porros y cerveza a los 15 años en (1988) "empecé con la litrona, los porros con 15 años o por ahí...entre varios amigos hacíamos pozo...con 500 pesetas teníamos...te estoy hablando de hace ya 20 años". Con 16 años en (1989) comenzó el consumo de anfetaminas y cocaína "Luego vinieron las pastillas, la coca, desidrina, anfetaminas". En (1991), con 18 años, inició el consumo de cocaína, se rompió la relación con su pareja e inició la relación con otra pareja no consumidora en ese momento, pero anteriormente había consumido "empecé con la heroína porque corté con el novio de siempre y salí con otro chico que había sido consumidor...yo ya lo sabía...". "La droga la conseguía por mi pareja muchas veces, siempre trabajaba y ganaba cuatro duros, pedía en los pueblos de alrededores, vendía a pequeña escala"

El último caso ya introduce sobre esta narración común de "inicios con la pareja", un elemento que va a caracterizar a un grupo de mujeres, que ya han consumido, desde la primera adolescencia o incluso antes, diferentes tipos de drogas y que parecen tropezarse con esta pareja consumidora de una forma un tanto intencional. Sin duda la extrema precocidad implica una evidente situación de riesgo mucho antes de que aparezca la "pareja incitadora", lo que se puede interpretar que el acceso a la condición de pareja tiene mucho que ver con su condición de consumidor, es decir ha adquirido la condición de pareja porque justamente es un consumidor o alguien que puede facilitar el consumo. En ocasiones la gran precocidad de la entrevistada (la preadolescencia o incluso antes) refuerza claramente la hipótesis de "búsqueda del adicto", mientras que en otras ocasiones la mera presencia de consumos más "normales" en la adolescencia (por ejemplo cannabis a los 15 años), sugiere un vínculo más bien ambiental, es decir, la relación con la pareja consumidora se inicia porque ambos pertenecen a un "círculo" de amigos que consume habitualmente algunas drogas y experimenta con otras.

(NGC5/AL/M29HE) Se inicia en el consumo de tabaco con 9 años en (1974) y en el de pegamento con 11 años (1976) "me meto mi primera raya de coca a los trece, nos juntábamos cinco amigas y siempre íbamos con personas mucho más mayores que yo, con 39 ó 40 años. La primera raya de cocaína estábamos de fiesta, íbamos en un coche, yo me acuerdo de meterme la raya de coca y se me reventaron las narices, a los siete meses empecé a subir al barrio (se refiere al Calvario, barrio de gitanos de Hellín), conocía un chico que era el más chulo y empecé a juntarme con gente más mayor todavía, me invitaban a caballo, a bases, yo tenía catorce años y me gustó. La primera vez que la probé estaba con mis cuatro amigas en una casa del barrio con el chico que había conocido y unos amigos suyos preparando una revista con heroína para llevársela a

la cárcel al novio de una de mis amigas y se cayó un poco y decidimos probarla, a partir de ahí empezamos a consumir todos los días". Al principio de iniciarse en el consumo, casi siempre la invitaban, además el chico que empezó a ser su pareja también consumía y vendía heroína. Tenía fácil el acceso.

(MTG5/GU/M30HE) "...yo pienso que lo tenía todo y como soy así que lo tengo que probar todo...tenía dinero y era jovencita...trabajaba mucho y ganaba mucho y no tenía tiempo para gastármelo...tenía tanto de todo que no lo supe por donde tenía que ir". Inicia el consumo a los 17 años con su actual marido "...por una tontería, por una estupidez en una fiesta: que un tiro de coca, unas desidrinas, lo de antes, todo el mundo lo probaba y lo hacía esporádico...un día me trajeron caballo, me puse y creí que me moría". Poco tiempo después con "salidas todos los fines de semana, fiestas de cubatas y nos trajeron una papelina y me tiré toda la noche de fiesta por 1.000 o 2.000pts, pues encima me lo pasaba bien y así empezamos todos los fines de semana con el caballo, luego como nos gastábamos un montón nos fuimos a los poblados". "Después del fin de semana estaba fatal...como iba a ir a currar...mi marido se bajaba a comprar una papelina y como nuevos". "...los fines de semana se quedaba con la niña mi madre y nosotros fiestón, luego los días de diario nos sabíamos controlar". Refiere que cuando nace su primera hija "...tenía a mi hija chiquitita, la cuidaba hasta que se dormía y hasta que no se dormía no me ponía, aún tenía valores".

(RRM5/CU/M31HE) En (1988), con 15 años empezó a consumir hachís y cuando salía por las noches consumía alcohol con sus amigos. Fue en 1994, con 21 años cuando comienza a consumir heroína." Yo iba siempre con la misma gente, estaba saliendo con un chico y ellos consumían, pero yo no sabía nada hasta que un día me enteré y lo probé." Me acuerdo que un día estábamos en la piscina y me dejaron sola y yo pesaba: dónde se habrán metido éstos, y luego vas hilando las cosas y te das cuenta. Se habían ido a pillar y habían estado fumando."

Pero frente a este modelo de precocidad propia aparece también el modelo de "retraso" en la iniciación por parte de la pareja. Se trata de mujeres que en el momento del matrimonio, a veces en segundas nupcias y con una edad elevada, "descubren" que su pareja es adicta y se inician con la misma. Son mujeres que justifican este paso por "el amor y la fantasía de que podrían conseguir que así lo dejara", a lo que suelen añadir un cierto desconocimiento de lo que significa la adicción. Parece que estas mujeres, que entran a consumir directamente heroína o cocaína no realizan otros consumos y se alejan bastante del modelo dominante de consumo combinado de diversas sustancias.

(CACHV/CR/M47HE) No refiere consumo hasta que se casa con su marido a los 37 años, en (1993) "me casé pensando que le iba a sacar de todo, yo pensaba que era una madre Teresa que le pasaba de todo", " pues lo típico, yo a mis años como voy a caer después de toda la experiencia, que estaba todo hecho, solucionado y que el tipo iba a ser felicísimo". " La noche de boda la pasé en Puertollano pillando droga y a mí se me cayó el mundo encima", " a partir de ahí la desesperación o le mando a tomar por culo o esto no hay quien lo aguante". Decide iniciarse en el consumo para "demostrarle que no es como él lo pinta". Empezó fumando heroína y "pensé que esto así no funciona, tengo que hacerlo como él". Inicia consumo vía parenteral siendo su pareja el que la inyecta. "Ya estaba enganchada por la plata, pero esto fue lo definitivo". Empieza a consumir compulsivamente, seis meses después de haberse casado. No refiere relaciones con otros consumidores, sólo cuando está bien que éstos la buscan para que les financie sus consumos. Tanto la búsqueda de dinero para financiarse el consumo como éste en sí, los realiza siempre con su marido.

(STJ10/TA/M39HE) Al narrar la historia de su consumo comienza diciendo *“mi juventud ha sido de lo más normal, nada de drogas, ni tan siquiera alcohol”*. De no haber probado nunca ningún tipo de droga, salvo el tabaco *“yo directamente pasé a consumir heroína”*. El momento en que entra en contacto con el mundo de las toxicodependencias es una vez casada, cuando contaba 29 años (1993), pues anteriormente relata que *“yo no había consumido porros, ni éxtasis, no conocía la cocaína”*. Es por seguir a su marido, que estaba *“enganchado”* por lo que ella se inicia en el consumo. Al principio no sabía qué estaba pasando, hasta que *“él confiesa que estaba en la droga y que una de dos, o me meto con él o nos separamos”*. Eligió la segunda opción porque confiesa haber estado *siempre “muy enamorada de él”,* y un día en que estaba muy *“agobiada, harta”* le dijo *“dame a mí también, voy a hacer lo que tú dices”*. Ahora sabe que aquello fue un error, pero entonces *“como no conocía las drogas, no me di cuenta de cuales podían ser las consecuencias”*.

En algunas ocasiones podemos observar como se combinan ambas situaciones, es el caso de una mujer que realiza algunas experiencias en la adolescencia, que después se inicia en el consumo de heroína con una pareja en el entorno de los 18 años y posteriormente trata de recuperar prácticas adolescentes para acabar adoptando el perfil completo de una adicta poli-toxicómana.

(56) (MVG10/LM/M35HE) Inicia el consumo de alcohol *“a los 14 años pillé mi primera borrachera”* (1981). A los 16 años (1983) inicia el consumo de hachís. Con 18 (1985) años empiezan los consumos esporádicos de *“centraminas, rehipnoles y trunkimacin”*. Empezó a consumir heroína fumada a los 18 años (1985) con su pareja y amigos *“porque me invitaron, nos juntábamos con un matrimonio que era mayor que nosotros, y él fumaba chinos...nos invitaba... nos invitaba y al final pues nos enganchamos”*. Cambio de vía de consumo con 19 años (1986), entonces pasó a inyectársela. Se costeaba el consumo porque trabajaba, tenía una peluquería. Más tarde *“nos dedicábamos a robar a lo fino...”*. Con 23 años (1990) comienza a consumir éxtasis y marihuana.

En la narración de las relaciones entre géneros, también aparece, aunque en muy pocos casos la idea de la pareja cómplice, es decir se supone que ambos se han iniciado juntos y que continúan juntos con la adicción. En realidad esta versión la manejan mucho más los varones que las mujeres y además lo asocian a la imagen de una mujer que consume mucho o que recae permanentemente en el consumo y a la que hay que abandonar para poder poner remedio a los problemas que ocasiona la adicción. Se trata de una inversión de mito del agresivo Sátiro que tienta a las inocentes mujeres, sólo que invertido, porque ahora es una perversa Harpía la cual, con sus viciosas garras, aprisiona al adicto varón que desea abandonar el consumo. Volveremos, en el capítulo siguiente, a retomar esta interesante inversión

(RLG12/LM/V29HE) Sólo ha mantenido una relación de pareja que duró cinco años, y finalizó hace dos años, debido a que le suponía un obstáculo para su recuperación, *“ella empezó a consumir, y me hacía chantaje para que yo consumiera, porque ella lo podía controlar pero yo no, así que la dejé”*.

(EVP05/PU/M32HE) Cuenta que todo empezó con el negocio del Kiosko que les permitió conocer mucha gente (1989). Comenzaron por probar y como un juego. Relata que algunas personas que pasaban por allí les ofrecieron y enseñaron drogas *“A nosotros nos ha hecho mucho las juntas (compañías), mi marido y yo no sabíamos que eran las drogas, bueno, la cocaína sí sabíamos los que era, pero el caballo ni lo habíamos oído”*. Comenzó a consumir cocaína con su marido en (1989), cuando tenía 19 años. *“Yo creo que también era muy inmadura, muy niña..., aunque tenía dos hijos, era muy irresponsable, eso me ha influido mucho, la edad”*. Siempre consumía

esnifando, cuenta que le salieron heridas en la nariz. Entonces su marido la enseñó a fumar en base para que le durase más y no se hiciese tanto daño en la nariz. Un día un chico les ofreció heroína (1990). Después su marido le ofreció a ella heroína para fumar y le dio una calada y se puso muy mala, sentía que no se podía ni mover. Al día siguiente se sentía mal y con una calada ya se sentía mejor. “Le dije a mi marido, de esa gota marrón no me des más y con decirte, que otro día me levanté y yo misma me eché una gota a ver si yo lo sabía quemar... ¡me dejó más bien!”

(RRM8/CU/V29C0) La edad de inicio en el consumo de drogas fue a los 17 años (1990), empezó consumiendo cannabis y enseguida probó la cocaína y continuó consumiendo cocaína. Con 19-20 años (1992-3), estuvo consumiendo heroína durante un año, pero lo dejó porque en principio solo fumaba los fines de semana, hasta que se enganchó. Se sentía muy mal y no podía ir a trabajar, así que dejó de consumir por su cuenta. “*Me fui cuatro días a un hotel a Madrid, dije en casa y en trabajo que iba a un viaje. Cogí una botella de whisky, me encerré cuatro días hasta que pasé el mono. Lo pasé fatal, muy mal, no sé como aguanté.*” Volvió al ambiente de fiesta y continuó consumiendo durante el año (1993- 94), que inicia una relación de pareja y empieza a consumir todos los días. En el año (1994) rompe con esta pareja y decide alejarse del ambiente de fiesta, deja de salir y abandona el consumo durante unos tres años, hasta (1997). En ese año decide ponerse a pasar cocaína sin consumir, pero enseguida se vuelve a enganchar y tiene una recaída. “*Caí mucho más abajo que la primera vez, estuve consumiendo hasta los 29 años*” (año 2002).

Claro que toda esta historia resulta mucho más complicada, porque al menos una parte de las mujeres, como ya hemos visto, suelen enfocar la narración desde una perspectiva afectiva, en la cual el propio consumo parece una variable dependiente de los roles tradicionalmente atribuidos a las mujeres. Es decir inician su consumo porque así se supone que lo exige su rol afectivo. Claro que esto parece más propio de las de mayor edad porque las jóvenes parecen mucho más pragmáticas y ya no asumen tan fácilmente este rol puramente afectivo.

(CGL06/AM/M37HE) Comenzó a consumir con 23 años (1989), “*pa’ matarme, porque yo ya sabía bastante, si te pilla con catorce pues bueno, pero a mi edad, mi pareja llevaba varios años consumiendo y lo que pasa es que tenía dos opciones o dejarle o engancharme yo y elegí la peor, como no podía con él, pues me uní*”.

Por otra parte los hombres no dudan en hablar de las “malas mujeres” que les introducen en el consumo, quizá porque son consumidoras que trapichean y necesitan nuevos clientes, utilizando para ello, no tanto el recursos de la clásica seducción, sino más bien como un reto para su virilidad, es decir frente al relato de las mujeres que se presentan como “desvalidas y dependientes”, estos adictos varones que fueron introducidos en el consumo por una mujer afirman que lo suyo no es el resultado del “engaño femenino” o del ejercicio de la seducción de la que son víctimas los “más débiles”, sino más bien una consecuencia de los retos que les plantea su propia masculinidad.

(ERB8/TA/V48HE) Según refiere el entrevistado el primer contacto con sustancias ilegales comienza con el consumo de CÁNNABIS durante su permanencia en la legión (1974) “*aunque ya fumaba un poco antes pero solo los fines de semana*”. Tras su llegada a Talavera “*las amistades que tuve aquí...me metí sin querer*” y coincidiendo con inicio de ocupación como feriante (1976) “*consumía pero poco*”. Tras el abandono de esta actividad (1984) comienza consumo de Heroína en combinación con CÁNNABIS “*iba con unas chicas que consumían y por no ser menos...*” Inicialmente la vía de administración era parenteral. Durante los periodos en los que “*me voy a la aventura*” hay momentos de consumo y abstinencia cortos “*hasta que conocía el ambiente*

donde iba". No realiza consumos de otro tipo de sustancias. El modo de financiación en muchas ocasiones *"me iba a Madrid a pillar y hacía paquetillas para venderlas para mi consumo"*. No abandona los consumos hasta Diciembre (1999) 15 días antes de iniciar tratamiento.

Finalmente algunas mujeres, lo mismo que numerosos varones se inician por sí solas e incluso parece que mantienen a la pareja en la inopia, lo cual resulta sorprendente cuando nos enteramos que esta pareja es un antiguo consumidor.

(PMG5/CR/M33HE) Se casó cuando tenía 19 años (1989), su pareja había tenido problemas de drogas, él había pasado por prisión y dejó de consumir tras un tratamiento, cuando se conocen el no está enganchado se quedó embarazada y tiene su primera hija a los 20 años (1990), actualmente tiene dos hijas, una de trece años y otra de diez. Empezó a los 24 años (1994) a consumir heroína directamente antes no había consumido hachís, le introdujo en el consumo "un gran amigo" el motivo era porque tenía problemas personales y familiares, "fue un recurso para tapar lo que no querías sentir era una forma de no sentir nada". Cuando empezó a consumir estaba casada y tenía dos hijas "al poco tiempo me vi enganchada, moviéndome de un sitio para otro para pillar, y todo eso a espaldas de mi marido" hizo el primer tratamiento ese mismo año, pero fracasó, estuvo abstinente durante dos meses.

(NGC20/AL/M29CO) Comienza consumiendo tabaco a los 14 (1988). En el consumo de cannabis y de cocaína a los 20 años (1994) *"A raíz de una prima mía empecé a consumir. Ella consumía de todo, su padre estaba metido en todo esto, estuvo en el E.A.D.. Me juntaba con ella, consumía con ella, al principio solamente cuando me invitaba, porque yo no estaba metida en ese mundo, ella sí porque se iba el viernes de fiesta y aparecía el lunes, yo en mi casa jamás, somos todos muy unidos y eso yo nunca lo había visto. Como trabajaba en la cafetería en Navidad y fiestas grandes echaba muchas horas, estaba muy cansada y entonces fue cuando empecé a recurrir a la cocaína."* Los dos primeros años el consumo era puntual, consumía medio gramo, después de casarse, a los 22 años (1996) fue cuando empezó a consumir diariamente, consumiendo un gramo diario porque el que le vendía la cocaína a su prima iba al bar de repartidor de la coca cola. *"El día de mi boda estaba muy mal, tenía que ser un día inolvidable, pero no era, yo había consumido mucho, ya me tenía un poco preocupada"*

En resumen el viejo mito de que una parte mayoritaria de las mujeres se ha iniciado a través de su pareja resulta cierto, pero, a la vez, tras esta afirmación se esconden situaciones y circunstancias muy diferentes, contradictorias entre sí y cuya coherencia, aunque limitada, parece señalarnos que estamos ante descripciones e historias que, al menos en parte, se han reconstruido desde una perspectiva instrumental. La perspectiva que escenifican las expectativas y los estereotipos de género en nuestra cultura y que los oyentes de la narración, sean la propia familia o los amigos, los profesionales de los dispositivos o los entrevistadores, parecen dispuestos a aceptar. Se trata sin duda de una reconstrucción que, como todas, aún algunas verdades en torno a estos estereotipos y diferentes silencios en torno a la verdad de las relaciones de pareja.

3.1.4. Las drogas consumidas.

En las historias recogidas, en la propia identidad de los casos según se ha establecido en la muestra, aparecen dos grandes grupos, de una lado los adictos cuya droga principal es la heroína y de otro lado los adictos cuya droga principal es la cocaína, siguiendo en ambos casos la atribución establecida por los criterios del SEIT. Ambos grupos se han descrito en el capítulo precedente y responden a una muestra intencional que ha sobre-representado los casos de cocaína en el total de casos atendidos en toda su historia por los EADs con el fin de obtener base suficiente de casos de cocaína y poder así analizarlos adecuadamente.

Pero en las narraciones ¿cuáles son las drogas que consumen cada uno de estos grupos de adictos? O dicho de otra manera ¿son los casos de heroína “heroinómanos” y los casos de cocaína “cocainómanos”? Pues parece que no.

Comenzando por los casos de heroína, encontramos dos historias que aparte de la heroína que figura en la identificación, no sabemos muy bien que consumen, pero los otros 109 nos relatan, con bastante detalle, desde su trayectoria, hasta sus consumos y la frecuencia de los mismos, apareciendo tres estilos de consumo claramente diferenciados.

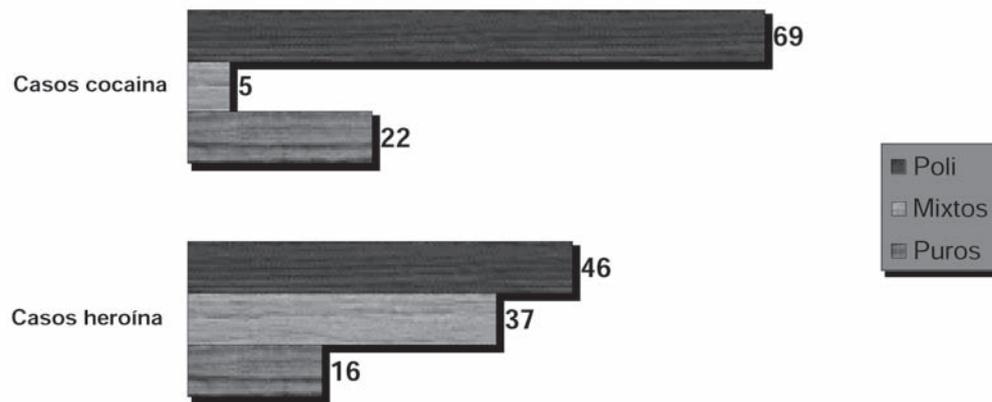
El primer estilo de consumo se corresponde a aquellos casos (18 que representan el 16% de estos casos de heroína) en los que sólo se relata el consumo de heroína. Una parte sustancial de estos casos especifican no haber probado otra droga, mientras que algunos se limitan a afirmar que la heroína ha sido su único “consumo importante”. El modelo más discriminante de solo heroína parece ser el de una mujer iniciada en el consumo de heroína por su pareja cuando tenía una cierta edad. También aparecen algunos casos de varones que han mantenido un consumo exclusivo de heroína durante años sin mayores problemas y seguramente porque tenían medios para hacerlo. Se trata de un grupo un tanto peculiar que nos recuerda a los morfinómanos de los años 50 y 60.

El segundo estilo de consumo aparece en 41 casos (que representan el 37% de los identificados como consumidores de heroína) y que se significan porque relatan un consumo combinado y equivalente de heroína y cocaína, sin que puedan especificar cual ha sido la droga principal que explique su adicción, de hecho algunos incluso especifican que ha sido la cocaína.

Por último el estilo de consumo más amplio (50 casos que representan el 46% de los casos de heroína) es aquel que relata una historia de poli-consumo, que incluye en la mayor parte de los casos cocaína, pero en los que la heroína parece representar efectivamente el papel de droga principal.

Por su parte el grupo de los casos identificados por la cocaína como droga principal también ofrecen tres estilos de consumo diferentes y equivalentes a los anteriores. Aparece también un caso que no nos relata las drogas consumidas más allá de su identificación, pero en los 36 restantes, podemos observar como el estilo de consumo del puro cocainómano representa, con 8 casos, el 22% del grupo. Por su parte aquellos que combinan cocaína con heroína y no saben cual pudiera ser la droga principal son 2 casos (5%). En tercer lugar el estilo de consumo de los poli- toxicómanos está representado por un 69% del grupo (25 casos), aunque en este caso hay muchas menciones al alcohol y también a las anfetaminas sin que falten aquellos que, al menos, han experimentado con heroína.

GRÁFICO 3.1 DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE CONSUMO SEGÚN IDENTIFICACIÓN DE LOS CASOS



Esta distribución del tipo de consumo nos permite establecer algunas conclusiones relevantes, de una parte algo ya sabido que se refiere al predominio de los casos de poli-toxicomanía, tanto en los casos de cocaína como en los de heroína, pero de otra parte también se puede observar que las identificaciones de la droga principal ofrecidas al SEIT no parecen coincidentes con los relatos de los adictos, especialmente cuando hablamos de “heroinómanos”, ya que una parte sustancial de los mismos (casi en 40%) considera que la cocaína es también su droga principal. Si consideramos la perspectiva cronológica de estos consumos podremos observar, además, que estas situaciones mixtas en los casos de heroína se corresponden con los consumos de cocaína realizados en los años 80 y primera parte de los años 90².

Lo que implica que el incremento de casos de cocaína en la identificación SEIT producida en estos últimos años, puede que refleje un cierto cambio en las pautas de consumo y la famosa “sustitución de la heroína por la cocaína”, pero también refleja cambios de criterio en los diagnósticos, que ahora parecen más exactos, mientras que hace unos años el exceso de focalización en la heroína impedía considerar adecuadamente los consumos de cocaína.

En cualquier caso parece difícil avanzar, en este momento y con esta metodología, en una evaluación más rigurosa de toda esta “confusión estadística”, aunque la hayamos puesto en evidencia. Pero además el problema seguramente está en el propio concepto de “droga principal” tal y como fue establecido por el SEIT hace casi 20 años. Porque la “droga principal” es un concepto muy subjetivo con el que el adicto trata de identificarse adecuadamente según las expectativas del dispositivo, y al margen de sus consumos reales, cuando va a realizar la demanda. Como la notificación al SEIT se realiza en el mismo momento de la demanda, o poco después, la identidad adicta del sujeto se establece casi siempre con un grado insuficiente de información.

Parece, en todo caso, muy complicado y según lo que explicaremos en el próximo apartado, determinar con precisión un deslinde diagnóstico claro entre casos de heroína y casos de cocaína.

² Todo ello nos obligaría a revisar algunos conceptos como “silencio clínico de la cocaína”, para sustituirlo por “ceguera estadística a la cocaína”.

3.1.5. Cocaína y heroína: ¿Quién persigue a quién?

En una parte importante de los casos analizados el deslinde entre cocaína y heroína no parece nada fácil. Esto ocurre de forma muy evidente en los 43 casos calificados bien como casos de heroína (41) o bien como casos de cocaína (2), que se distinguen de los demás porque el propio entrevistado sólo menciona estas dos sustancias pero además se siente incapaz de afirmar si ha sido la una o la otra la verdadera protagonista de su proceso de adicción. Pero no sólo en estos casos, porque al menos en un parte de los casos de poli-toxicomanía que han sido asignados a una de estas dos drogas principales y en la que también hay consumo de la otra, la relevancia de cada una de ellas resulta difícil de establecer.

En este apartado no nos vamos a referir a consumos más o menos esporádicos de la una o de la otra, sino a la existencia de consumos habituales a lo largo de periodos de prolongados y que relatan una parte de los sujetos antes mencionados. Entre ellos destacan algunos casos que realizan relatos muy pormenorizados de su proceso de consumo, que en ciertas ocasiones comienzan con la cocaína para pasar a la heroína que se vive entonces como “sustancia problema” y en otros casos se comienza por la heroína para llegar posteriormente a consumos problemáticos de cocaína. En ambos casos el verdadero problema es la mezcla coetánea y compulsiva de ambas sustancias, pero ambos, con una edad elevada, han sido considerados por los equipos de atención a efectos de diagnóstico e identificación como “casos de heroína”.

(EBT11/TO/V34HE) En (1983) con 14 años inicia consumo de hachís y con 15 años fuma hachís diariamente hasta los 19 años (1988). En (1988) con 19 años inicia consumo de heroína “derivado más potente de los opiáceos” vía esnifada. Comenta que sus primeras vivencias fueron “vómitos pero estás bien” y “cuando pasa el efecto del primer esnifar, no quieres volver a probarla, pero luego te acuerdas de los buenos momentos”. En un principio consume cada quince días y “según vas empezando a controlar la droga, empiezas a entrar en ese mundo”. Después de seis meses consume habitualmente. En esa época y “muy puesto en el mundo del hachís” vende “mucho” hachís y “uno de mis clientes me inició en la heroína”, “ya tenía el gusanillo de saber lo que era”. No le cuesta conseguir la droga ya que tiene un trabajo “muy valorado” en Suiza, “yo ganaba mucho dinero” disponiendo también de coche y de “el negocio del chocolate”. “Suiza es un supermercado de la droga”. Comenta que en esa época existe en Suiza un parque donde “la gente” compra, vende y consume droga, “yo consumía en ese parque cuando me enganché a la heroína, iba a diario a por la droga”. Dispone de mucho dinero para comprar “mis kilos de hachís” hasta que entra en consumo activo de heroína y “dejé de comprarlo para comprar heroína”. Es entonces cuando “empecé a perder el control de mi mismo sobre la droga”, “se volvió una obsesión”. Con 20 años (1989) cambia a vía inyectada y comienza consumo de cocaína “mi primer pico fue de cocaína y heroína”. “Me puse y el amigo tuvo que acabar”, “me hice dos o tres picos ese día”, llegando “casi” a la sobredosis. También consume cocaína fumada en plata, “transformándola con amoníaco”, aunque en Suiza no entra en consumo activo de cocaína hasta que llega a España. Comenta que en Suiza la cocaína es una droga de lujo y “no me gustaba consumirla” porque no se hace en plata. “Mi primer roce con la cocaína fue muy, muy, muy fuerte” durante tres meses y continuando consumo de heroína “siempre”. Con 23 años (1992) sufre varias sobredosis, en unas ocasiones de heroína y en otras de heroína y cocaína. Afirma que no influyen los amigos para consumir, sino que “eres tú quien te dejas influenciar o no”, “es la mayor excusa para autoengañarse”. En (1997) con 28 años viene a Sonseca (Toledo) y “me enganché bastante a la cocaína base y la plata” sin dejar consumo de heroína.

Pero no todo se resume en estas prácticas, en la cuales los detalles establecen la complejidad, sino que en ocasiones el relato es mucho más simple, intercambiándose sin más las menciones a los

consumos de cocaína y heroína. Pero llevar la contra aparece también un caso en el que la relación entre cocaína y heroína se sitúa justamente en “aquello de lo que no se habla nunca”, es decir en la mención a los refuerzos positivos que justifican el mantenimiento del consumo y en este caso se atribuye a la cocaína una condición proletaria mientras la heroína se sitúa en el paraíso de los elegidos, de la aristocracia de los adictos.

(MTG3/GU/V38HE) Comienza a consumir cannabis con su hermano mayor a los 13 años y posteriormente con sus amigos del barrio “empecé con 14 años con un pico de morfina...vendía disidrinas de 15 mg y a veces las regalaba porque tenía miedo que hicieran una redada” vendía las anfetaminas y cannabis en los bares. “trapicheaba de chaval y como no me faltaba al final me enganchó...se acabaron las anfetaminas y fui a por la heroína bien regada de porros y alcohol, pero bien regado, nada de una copita y LSD”. Siguió consumiendo hasta los 24 años que lo dejó por un tiempo “...llevaba una semana sin ponerme y dije: pues voy a ponerme una vez que no pasa nada; así recaída tras recaída”. Cuando reinicia la carrera de Bellas Artes en (1994) señala un consumo de alcohol abusivo “...en la carrera bebíamos mogollón, éramos todos muy bohemios, muy artistas y todo el día de fiesta en fiesta; realmente éramos unos borrachos y a mi la resaca me llevaba a la heroína”. En relación a la época que comienza a consumir cocaína “a los 32 años me enganché por la vena con la cocaína y metiéndomela de una forma muy generosa...la cocaína siempre me ha parecido tercermundista, a mí me gusta el caballo, la cocaína para ir a currar”. Sobre la heroína refiere “...es el mejor antidepresivo, los opiáceos los ha puesto Dios en esta tierra para que si tienes una enfermedad terminal morir libre de dolor y pecado, todo tiene su sentido”. “He tenido una relación muy particular con las drogas, a mi me han convertido en quien soy, hay cosas que siento haber perdido y de otras no me arrepiento tanto...la heroína la tomas para ser tú”.

Pero a pesar de todas estas valoraciones ¿cómo diferenciar la droga principal?, cuando el consumo de cocaína es “muy generoso” mientras que la heroína se reserva para las “grandes ocasiones”. Podemos suponer que todo depende del momento en el que el adicto realiza la demanda de tratamiento y podemos suponer que en este momento hay una droga que le preocupa especialmente, lo que permite definir un criterio de clasificación. Pero en los ejemplos siguientes, referidos todos a la heroína, se puede observar como en ocasiones funciona el criterio cronológico y en otros no, como en otras ocasiones no aparece ningún criterio porque siempre se han consumido mezclas, mientras en otras la referencia a la cantidad justifica la clasificación diagnóstica. En todos ellos la cocaína podría ser considerada perfectamente como droga principal, pero de hecho no lo es, ni aún en el caso de un consumidor relativamente joven que ha sido atendido por primera vez hace apenas dos años.

(RGP13/CR/V27HE) Inicia el consumo de alcohol a los 14 años (1990) los fines de semana de manera compulsiva. Con 22 años (1998) comienza también el consumo de cocaína por vía intranasal coincidiendo con la apertura junto con un socio de un bar de copas e iniciando la relación con grupos de consumidores. Inicia el consumo de heroína en el trabajo (operador de cámara de televisión) a la edad de 24 años (2000) “este amigo, junto con otro, que era compañero de trabajo ya había empezado a consumir, eran los únicos amigos que tenía yo aquí y lo que vi hacer de ellos pues hice”. Inicia el consumo de cannabis a la edad de 25 años (2001) manteniendo el consumo en la actualidad.

(NGC10/AL/M27HE) Se inicia en el consumo de tabaco (1988), pegamento, esnifado (1991) “me dio por ver lo que era eso, lo vi en primos míos que eran renacuajos y estaban ya con el pegamento, y les dije que me echasen a ver eso lo que era”. Estuvo poco tiempo fumando pegamento (6 meses), se compraba los botes de 1 kilo. Con el consumo de cannabis, a los 15

años, (1991) “empecé a fumar con mis amigas y amigos, se ponían a fumar y se partían el culo, decidí probarlo y me gustó. Todavía sigo fumando”. La heroína la probó cuando tenía 17 años, (1993) “la primera vez fue con botella y plata, fue para que se me fueran todos los problemas de la cabeza, lo veía en la gente de mi barrio, estaba con mis amigos. Siempre íbamos en un grupo de chicos y chicas, ellos llevaban ya más tiempo que yo metidos en eso”. Desde el primer día que la probó, continuó consumiendo todos los días. Se costeaba la heroína robando y prostituyéndose “me fumaba al día siete u ocho papelinas, como medio gramo”. “La cocaína la probé cuando estaba yo con el caballo, la probé y me gustó, me fumaba las dos cosas, lo había visto en mi hermana mayor, yo no fumaba cuando estaba fumando mi hermana mayor. Ella cuando me veía me preguntaba qué hacía fumando y yo le decía tú a lo tuyo y yo a lo mío”. La cocaína siempre la ha consumido esnifada. Consumía medio gramo al día junto con la heroína.

Pero en la narración se observa como en ocasiones el propio tratamiento modifica los hábitos de consumo ¿a que se es adicto? ¿a lo que se consumía antes de acudir al dispositivo asistencial o a lo que se consume tras una determinada experiencia terapéutica? ¿cómo podemos hablar de un caso de heroína o de cocaína si ya no consume estas sustancias y se ha convertido en un adicto a los psicofármacos?

(MVG9/LM/V37HE) “Empecé a fumar porros a los 14 años....fumábamos chocolate y maría...” (1980) “empecé con los amigos del barrio (Carabanchel)...tonteando...la verdad es que un hermano de un amigo siempre llevaba o chocolate o maría” “...allí en ese barrio había mucha droga. ...a veces hacíamos recaos...y nos daban los camellos...”. Empezó consumiendo todos los días “...nunca he estao enganchao a los porros...lo dejé cuando era más mayor con 18 o 19 años” (1984-85). Inició consumo de heroína con 20 años (1986) “fue cuando tuve el taxi...en principio no quería, pero claro...el taxi quema mucho...los compañeros me ofrecían y lo rechazaba...hasta que un día la probé. ..y cada vez que tenía un problema tomaba..” “todos los compañeros (taxistas) estaban enganchaos...era el boom...” “esa época fue muy fuerte... me relacionaba con ambiente de prostitución, narcotraficantes...bueno todo lo peor..”. La vía de consumo al principio era esnifada, luego fumada. Sólo se ha inyectado heroína en su vida 7 u 8 veces. Consumió cocaína con 30 años (1996) cuando estaba en tratamiento de Metadona en CAD de Madrid, estuvo consumiendo 3 meses. Desde su separación en el (2002) toma antidepresivos y ansiolíticos, “ Andral, Hirapen, Tranxilium...ahora me los están rebajando. ..pero me cuesta mucho... ” manifiesta que tiene ansiedad crónica. “siempre me lo he pagao todo...en casa no robaba...”

Quizá porque cada una de estas drogas representa un ideal abstracto de adicción, un ideal que recordemos no se ha podido definir ni diferenciar, pero que es lo suficientemente potente como para guardar silencio acerca del mismo porque se sobreentiende que es “aquello que explica la adicción”.

(STJ6/TA/V30HE) El entrevistado afirma que comenzó fumando cannabis a los 18 años en (1991) “empecé con los canutos antes que con el tabaco. La primera vez que me fumé un porro aún no había probado los cigarros”. Refiere que se inicia en el consumo “por culpa de los amigos. Ellos fumaban y yo no. Siempre andaban con que lo pruebes, que esto es la caña, que te pone a mil, y yo me resistía, siempre les decía que no quería, hasta que un día lo probé. Venía un poco mosqueado de casa porque me había peleado con mis padres, así que cuando mis amigos me lo ofrecieron, lo acepté y al final me lo fumé yo solo casi todo”. También con los amigos, empezó al poco tiempo de iniciarse con el cannabis, con otros consumos “en fin de semana comenzamos a tomar éxtasis, para salir por ahí”. Por la misma época, al éxtasis se añadió también la cocaína.

En el mismo sentido lo que antes hemos llamado orden cronológico que permitía identificar el último consumo, aunque haya sido el que ha durado menos tiempo, como el de mayor impacto por su cercanía, se resiente de esta misma lógica y la heroína mantiene su protagonismo diagnóstico, aún entre los más jóvenes y recién incorporados a la red asistencial. Aunque el sujeto llegue a considerar que la cocaína es la que le causa más problemas en el momento de la demanda.

(MVG14/LM/V24HE) Empezó a fumar hachís con 13 años (1992) *“yo cuando probé los porros pues tendría...pues 13 años” “empecé fumando porro...el chocolate porque en mi barrio ya se veía gente por allí...nos juntábamos 5 ó 6 amigos y lo comprábamos...luego ya empezamos... pues eso a juntarnos con más amigos y empezamos a separarnos porque...unos no querían drogas y otros pues sí...y empezamos a irnos de fiesta...”*. Con 14 años empezó a consumir alcohol *“me bebía 2 cajas de cerveza”*. A los 15 años (1994) empezó a consumir pastillas, speed y tripis *“...luego con 15 años porque no teníamos coche...empezamos a coger el coche de un amigo mío, y empezábamos con speed, con la pastillas, con los tripis...y bueno ahí como ya trabajábamos pues siempre teníamos...” “ con 15 años el más chulito era el que vendía cocaína”*. Con 17 años (1996) inicia el consumo de cocaína esnifada *“ con la cocaína empezamos con 17 la esnifábamos...” “... hasta ahora hasta los 22 que como empezamos tan jóvenes y empezamos a conocer mucha gente...ya he estao vendiendo...y conocí a gente...que se fumaba la cocaína, se fumaba la heroína...”*. Inició consumo de heroína fumada a los 21-22 años (2001-2002), se pinchó una sola vez heroína y eso le dio paso a cambiar el consumo de la cocaína, empezó a pinchársela *“cuando podía fumaba heroína o cocaína, empecé a los 21-22...ya no me acuerdo como tenía la cabeza así...ya estaba loco... la heroína la fumaba...me he pinchado...pero bueno una vez...la cocaína sí mucha...ya cuando empecé a probar la heroína pues fue cuando me pinché una vez heroína...y ya la cocaína la fumaba y me la pinchaba...eso ha sido 3 meses antes de entrar aquí...”*

Incluso podemos encontrar algunos casos extremos, que con la mera información de la entrevista parecen reflejar claramente una trayectoria de casos de cocaína y sin embargo han sido identificados como casos de heroína.

(EBT10/TO/M25HE) En (1992) con 14 años comienza consumo de tabaco y porros no habituándose a los porros pero sí al tabaco. En ésta edad *“también he tonteado con las pastillas”*. En (1993) con 15 años comienza a consumir cocaína vía esnifada siendo en un principio consumo esporádico. Dispone de dinero ya que trabaja y su madre se lo ahorra. Con 16 años le dice a su madre que *“la tarjeta de crédito es mía y yo dispongo de mi dinero”*. Tenía ahorradas ochocientas mil pesetas y en ocho meses *“dejé la cartilla a cero”*. En (1994) con 16 años comienza consumo de heroína vía fumada tras iniciar su relación con un chico que la consume. Un día *“cuando me puse muy acelerada y con ganas de consumir más, me dijo de probar la heroína y la probé”*. Desde entonces lo que más consume es cocaína y después heroína para que *“no me deje con ese ansia”*. Con 16 años pasa a fumar la cocaína. Consume con los amigos, en su casa y en casa de su pareja *“era una familia un poco conflictiva, la madre alcohólica y un hermano también metido en la droga”*. Iba a comprarla a Madrid con su pareja.

En resumen los casos de heroína y cocaína parecen perseguirse en un círculo cerrado, en el que la opción por el diagnóstico de caso de heroína ha sido tan intensa durante años que los posibles casos de cocaína no se diagnosticaban nunca como tales. En los últimos años se ha producido un cierto cambio y ya se diagnostican con mayor frecuencia los casos de cocaína aunque, cuando se consumen ambas, sigue manteniéndose la tendencia a primar la heroína. Esto significa que la presencia de la cocaína no es algo reciente, sino que es creciente y obedece a la realización de diagnósticos más correctos. En este sentido

parece que siempre hubo casos de cocaína, o de cocaína y heroína, pero nadie quiso diagnosticarlos como tales. Obviamente esto no es un problema exclusivo de Castilla la Mancha, sino un proceso que se ha vivido en todas las Comunidades Autónomas de una manera similar, según los criterios de diagnóstico, o para hablar con más precisión, según el hincapié institucional que desde el Plan Nacional sobre Drogas, se diera a la heroína o a la cocaína.

El hecho de que el SEIT no sea un registro acumulativo sino un registro anual de demandas, es decir casi un registro de episodios, puede estar produciendo en efecto perverso, ya que los mismos sujetos que fueron diagnosticados hace años de casos de heroína, engordando la correspondiente estadística, puede que hoy sean calificados de casos de cocaína, y expresados estadísticamente como tales.

3.1.6. Las vías de consumo.

La cuestión de las vías de consumo, fumada, inhalada, esnifada o inyectada, resulta un tanto complicada de analizar, en una gran medida porque los relatos, aparte de especificar prácticas puntuales, refieren utilizar durante un tiempo una vía, después cambiarla, en ocasiones durante años, para volver finalmente a la primera. Por si esto fuera poco ya hemos podido constatar como una parte sustancial de los adictos identificados como casos de heroína son también consumidores habituales de cocaína, y si bien en ocasiones consumen ambas sustancias por la misma vía, a veces incluso mezcladas, en otras ocasiones es un consumo paralelo, o por etapas, en las que utilizan vías distintas. Pero además el mapa se complica porque 23 casos de heroína (21%) y 10 de cocaína (26%) no han dicho nada en torno a la vía de administración utilizada.

Con todos estos elementos resulta difícil confeccionar un mapa de vías de consumo, aunque si podemos afirmar que 73 casos de heroína (66%) han reconocido haber consumido heroína fumada de forma habitual o por largos periodos de su vida, asimismo más de la mitad de estos casos afirman haber comenzado por esta vía y no haberla cambiado en todo su tiempo de consumo a pesar de realizar experiencias puntuales con otras vías de administración. Observando las edades pudiera parecer que el inicio y mantenimiento de esta vía se centra en los menores de 35 años que comenzaron su consumo después de 1987/1988. Se confirmaría así un cambio de hábitos producido a fines de los años 80, después de las decididas campañas del Ministerio de Sanidad y cuyos efectos evaluaron diversos estudios a principios de los años 90.

En todo caso entre los mayores de 35 años también aparecen casos, muy pocos en Castilla la Mancha, de consumidores que han utilizado de forma exclusiva o muy frecuentemente heroína fumada a lo largo de toda una trayectoria como adictos que comenzó en los años 70 y principios de los años 80. Entre estos, pero también entre los anteriores, aparecen diferentes menciones de “miedo y asco a las jeringuillas” con las que pretenden justificar la exclusividad de la vía elegida.

En segundo lugar aparecen los casos de heroína que han utilizado la vía parenteral para consumir heroína (en total 49 casos que representan el 44% de la muestra) que se distribuyen en todas las edades, sexos y trayectorias de consumo. En parte porque se trata de una vía “más o menos minoritaria pero de comienzo” y en parte porque se trata de una vía “que se utiliza para optimizar efectos y reducir costes cuando se produce un alto nivel de tolerancia”. Por otra parte se trata de una vía que, como relatan algunos casos, se abandona “por problemas de salud o cuando ya es imposible pincharse en ninguna parte del cuerpo”.

Como consecuencia todos estos elementos establecen una distribución casi lineal de la vía parenteral que desdice, al menos en parte, la conclusión del impacto de las campañas de prevención realizadas a fines de los años 80 a la que se ha llegado antes. Es decir las campañas sensibilizaron a los consumidores y propiciaron el aumento de la heroína fumada, pero no modificaron las condiciones que explican la pervivencia de la vía parenteral.

Finalmente 21 casos (19%) indican la utilización, al menos durante ciertas temporadas, de la vía inhalada para consumir heroína. La suma de las tres vías de consumo representa el 129% de la muestra, pero si excluimos los casos que no han proporcionado ninguna información se alcanza el 154% de los casos que se han referido al tema, lo que implica que por término medio cada caso de heroína ha utilizado habitualmente 1,5 vías en la administración de la propia heroína.

Algo parecido ocurre con las vías utilizadas para consumir cocaína por parte de los casos de cocaína, ya que la más frecuente es la esnifada con 28 casos (75%), seguida de la fumada con 7 casos (19%) y la inyectada con 5 casos (13%), lo que representa el 107% de los casos, pero si de nuevo eliminamos aquellos casos que no nos han proporcionado ninguna información llegamos al 148% de los casos, lo que también equivale a que por término medio cada caso de cocaína ha utilizado habitualmente 1,5 vías para administrarse esta droga.

Con estos datos se puede imaginar un cierto mapa de las vías de administración, pero se trata de un mapa muy incompleto, no sólo por el alto porcentaje de aquellos que no han contestado, sino por que nos hemos referido sólo al consumo de heroína por parte de los casos de heroína y al consumo de cocaína en los casos de cocaína, sin entrar en la descripción de la vías utilizadas en los consumos cruzados de ambas sustancias, o en los tiempos (relativamente frecuentes como hemos visto) en los que un caso de heroína sólo consumía cocaína.

De hecho hemos entrado en la cuestión de las vías de consumo para poner en evidencia su complejidad y las exigencias metodológicas que requiere recoger información sobre este tema. No basta con indicar en un cuestionario "vía de administración", o incluso, como contemplan algunos instrumentos más sofisticados, intentar citar todas las vías utilizadas y el tiempo de utilización de las mismas, sino que hay que establecer cuatro niveles de variables: cada droga consumida, cada vía de consumo, un cronograma periodificado por año y por edad, así como las razones para comenzar o dejar de utilizar cada una de estas vías para cada droga. Y esto sólo es casi un cuestionario completo. Obviamente esta realidad suscita profundas dudas en torno a los resultados obtenidos por numerosos estudios, que utilizan una sola variable, relacionados con este tema y cuyas conclusiones se han utilizado para introducir profundos cambios en las políticas sobre drogas.

3.1.7. Los adictos discontinuos.

Pero además, la metodología de la historia de vida nos ha permitido descubrir la existencia de un grupo del que, al menos hasta ahora, no teníamos ninguna referencia y ha aparecido nunca en la literatura científica. Se trata de sujetos a los que hemos calificado de "adictos discontinuos" porque mantienen un cierto grado de consumo o de adicción durante una determinada etapa de su vida, para pasar a continuación otra larga etapa de abstinencia total que no se ha planteado como un "abandono explícito de las drogas" sino como algo que se produjo de una forma más o menos espontánea ligada a cambio de circunstancias vitales, para volver, años después y a raíz de una determinada circunstancia de carácter más o menos traumático, a consumir y a convertirse en adictos.

No estamos hablando de la clásica recaída, porque para que se produzca dicha recaída debería haberse producido también un abandono consciente del consumo en un marco terapéutico o al menos a partir de una decisión propia que hubiera implicado una cierta dificultad y algunos malestares a la hora de abandonar el consumo. Los adictos discontinuos son otra cosa y su presencia puede indicarnos que algunos casos, calificados de recaídas, quizá obedezcan a otra lógica.

Esta discontinuidad se expresa de dos formas muy distintas, en el primer caso se habla de consumos de adolescencia, más o menos experimentales y que parecen centrarse en la cannabis, que se abandonan al llegar al alcanzar una cierta madurez, para algunos años después, de forma repentina, en el entorno de este incidente vital, comenzar a consumir heroína o cocaína, que le producen una rápida adicción.

(NGC19/AL/V37CO) Se inicia en el consumo de tabaco 13 años (1979) "fue con los amigos, por probar, por hacerte mayor y luego nada, de hecho todavía fumo". Posteriormente se inicia en el consumo de alcohol 14 (1980) "no ha sido diario, ha sido de fin de semana solamente, el alcohol nunca ha sido mi problema". Cannabis con 16 años (1982) "empiezo con los amigos, fue también por probar a ver eso lo que hacía, al principio era algún fin de semana, hasta que lo conseguí encontrar yo solo y ya fumaba todos los días con 17 años (1983). En la mili también estuve fumando. Cuando vengo de la mili dejo de fumar porque creo que los porros tienen su edad y dije que no quería más". La cocaína la prueba por primera vez cuando se va a trabajar a Hollerías con 24 años, (1994) "surge porque yo estaba solo, la mujer y la cria estaban en el pueblo, y salía de vez en cuando con amigos del trabajo. Un día estaba jugando al billar con un compañero del trabajo y fuimos al servicio y había un amigo de mi compañero haciéndose una raya y la pruebo. Mi amigo consumía pero yo no sabía nada. Me gustó porque me puso muy activo". Pasó un mes hasta que la vuelve a probar de nuevo en Hollerías tuvo cuatro consumos puntuales. Cuando vuelve al pueblo "estuve unos años sin consumir nada, ya se te olvida, hasta que conocí al que vende, me da por probarla, estaba con los amigos y entre todos compramos (1997) con 31. Se va consumiendo entre los amigos los fines de semana, luego le vas viendo la geta a los amigos (siempre le tocaba a él poner más dinero), te vas apartando y ya sigues consumiendo tu solo".

La otra forma de expresar la discontinuidad es mucho más radical, porque se habla de una etapa adolescente en la cual los consumo parecen indicar una posible adicción y que incluye el consumo habitual de heroína o cocaína. Este consumo adolescente desaparece al alcanzar la madurez, para reaparecer años después y reproducir, a partir de dicho momento, una trayectoria adictiva. En algunos casos el periodo de discontinuidad resulta relativamente corto, apenas unos años y se relaciona claramente con alguna circunstancia, tanto a la hora de dejar el consumo como de retomarlo, pero en otros casos la discontinuidad puede ser de más de 15 años, sin que además el entrevistado la relacione con circunstancias demasiado claras.

Pero entre ambas etapas puede existir algún tipo de relación que el adicto no menciona porque la considera ajena a las circunstancias que conforman una adicción y que como hemos explicado sólo se refieren al consumo de sustancias como heroína o cocaína. Así vemos como un "adicto discontinuo" muestra, en la supuesta etapa de abstinencia, un comportamiento alcohólico muy significativo.

(MDC18/TO/V43CO) Tabaco empieza a fumar con 12 ó 13 años (1972-1973) "le quitaba el tabaco a mí abuelo". Con 16 ó 17 años (1976-1977) comienza a fumar cannabis hasta que vuelve de la mili con 22 años. Con respecto al inicio en consumo de alcohol con 17-18 años (1977-78) "en aquella época se bebía bastante pero era una cosa que no me dominaba pues me podía beber 10 ó 15 cubatas pero decía hasta ahí y no volvía a probarlo en mucho tiempo, nunca

me trajo problemas. La única sustancia que me ha dominado ha sido la coca". Refiere como situación precipitante del consumo de cocaína, evadirse en un momento de dificultades "hace aproximadamente 3 años, habíamos tenido problemas económicos, el piso nos le subastaron y empecé con ello". Empieza en espacios de ocio pero traslada el consumo al trabajo "el propietario de una discoteca que estuvimos haciendo era el que me proporcionaba la coca. Yo le pagaba con mi trabajo pero llegué un momento que ya no podía más, me quedaba día y noche trabajando y consumiendo, era la pescadilla que se muerde la cola. Al final no aparecía por casa sólo para comer, casi todo el dinero era para eso hasta que en casa mi mujer e hijos se mosquearon. Ha sido un mal sueño"

3.1.8. Circunstancias reiteradas.

A lo largo de las diversas narraciones hemos podido observar como ciertas circunstancias se reiteran en numerosas ocasiones. Se trata de diversas cuestiones de las que se han seleccionado las tres más frecuentes para analizarlas con mayor detalle, en concreto nos vamos a referir a la reiteración de descripciones que hacen referencia a los cambios de ambiente social, al trabajo en el sector de la hostelería y el ocio y al Servicio Militar Obligatorio.

3.1.8.1. La pérdida de referentes ambientales.

Una parte importante de los adictos estudiados se desplazan, cambian de residencia y conviven en ambientes diversos, conformando una realidad que vamos a estudiar en el próximo capítulo. Pero cabe aquí mencionar que algunos de estos cambios implican iniciar el consumo o mantener una adicción.

Tales cambios se refieren tanto a los cambios familiares de residencia, como a los desplazamientos por trabajo o estudios, siendo un caso particular la estancia en prisión de jóvenes delincuentes que hasta aquel momento no habían consumido. En todos esos casos la pérdida de referentes ambientales suele suponer la primera oportunidad para ofrecer respuestas personales, en solitario, frente a los retos de la vida.

(RLG17/LM /V33CO) Inicia el consumo de cocaína con 16 años (1986), durante su estancia en Mallorca, debido al exceso de trabajo y a las fiestas nocturnas. Este consumo comienza debido a que empieza a relacionarse con nuevas amistades. El amigo con el que marcha a trabajar, no tiene nada que ver con el tema de drogas. En un principio se trata de un consumo moderado. Durante el servicio militar, hace un paréntesis en el consumo(1988), pero al volver al trabajo, continúa un consumo de cocaína moderado: *"Tenía unos efectos muy gratificantes"*. Será más tarde, cuando crea su propio negocio en Socuéllamos, cuando inicia ya una etapa de consumos abusivos: *"llegaba a meterme ocho gramos en una noche, entonces fue cuando empezó el calvario"*.

(NGC6/AL/V41HE) Se inicia en el consumo de cannabis cuando termina el instituto y se traslada a Albacete para empezar estudios universitarios (1981) *"empecé a consumir con mi grupo de amigos, cuando me vine a estudiar a Albacete, en el pueblo estás más o menos controlado y cuando llego aquí estábamos siempre de fiesta, empezamos a conocer gente desconocida, mayores que nosotros, ellos tenían 21, 22 años, y nos llamaba la atención"*. Se inicia en el consumo de pastillas (1983) *"era algo inconsciente, cuando las tomaba los síntomas los achacaba a otras sustancias que había tomado, a los porros y a la cerveza. Las conseguíamos de las hijas de un médico que vino al pueblo que nos daban las recetas. La iniciativa partió de ellas"*. No era un consumo diario. La cocaína y la heroína la prueba por primera vez en Barcelona cuando se va a trabajar como

repartidor de frutas (1985), *“conocía a un compañero de trabajo, por las noches nos íbamos de fiesta, un día me llevó a un pub donde había de todo, allí probé la heroína y pude comprobar, cual era el efecto de una rayita de cocaína y cuál era el efecto de una rayita de heroína, aprendía a diferenciarlas”*

3.1.8.2. El sector de la hostelería y el ocio

Otra reiteración tiene mucho que ver con el sector de la hostelería y el ocio. Se trata de una presencia muy superior al porcentaje de población activa que trabaja en este sector. La pregunta que podemos hacernos se refiere a la flecha de la causalidad, porque ¿provoca el sector muchos casos de adicción entre sus trabajadores?, o por lo contrario ¿se trata de un “sector refugio” en el que se amparan los adictos que no tienen otra salida laboral?. Mas bien parece lo primero, porque como veremos en el próximo capítulo, la opción refugio es más bien provisional y circunstancial y en cambio aquellos que mencionan dicho sector laboral como un factor provocador clave en su trayectoria como adictos son muy numerosos y explícitos.

(STJ17/TA/V29CO) Se inicia en el consumo con 16 años (1990) cuando comienza a trabajar en el bar de carretera, donde algunos clientes pagaban en especie *“no conocía las drogas y me preguntaba qué serían todas esas cosas”*. Al poco tiempo ya es conocido en ese ambiente y *“algunos chulos me pagaban con una piedra de costo, y la gente que tenía nivel con unos gramos de coca”*. Señala que *“yo al principio lo guardaba todo en casa, pero comencé a pensar que podrían encontrarlo mis padres, hasta que un día decidí probar el costo con unos amigos”*. Tenía 17 años (1991). Cuando sus padres no estaban en casa *“hacía porros en el servicio para mí y para mis colegas. Fácilmente podía salir el sábado con 13 ó 14 porros ya hechos”*. Sin embargo la cocaína tardó más en sacarla a la calle. *“Un colega nos pasó unas cápsulas naranjas. Nos las esnifamos y aquello fue la hostia. Flipamos toda la noche. Yo tenía una imagen de la heroína como de ruina total, de la coca algo parecido pero menos, además que ignoraba las consecuencias de su consumo”*. Con la experiencia del fin de semana anterior, el siguiente sábado *“me llevé todo lo que tenía acumulado en casa, sin exagerar, unos 17 gramos”*. Un colega insistió en que se lo llevásemos a su hermano, *“el cual dijo que era una coca buenísima. Le pedí que me explicara como se metía y los efectos que producía. Me lo explicó, le regalé más de la mitad de la coca y me quedé con lo restante para compartirlo con mis colegas. Con un tiro estuvimos flipando toda la noche. A partir de aquí fue cuando comencé a consumir”*. Tenía 17 ó 18 años (1992).

(FSM15/AL/M29HE) Empezó a consumir con 23 años en (1997) heroína. Cuando estuvo trabajando en el restaurante, *“allí fue donde yo conocí, al lado de mi parcela y del restaurante, a un chico que fumaba caballo”, “me daba lástima cuando le veía fumar, y además yo soy una catacaldos, le pregunté que era aquello, no lo había visto nunca”*. Después conoció a unos amigos de este chico, *“y estando con ellos, lo probé, me puse malísima, muy mala y a pesar de ello, quise probarla otra vez”*. *“A los dos días volví a probarlo, y al final cada día”*. *“Ves que si no te la tomas te pones mala” y “al final yo misma empecé a buscar a éste, al otro, a ver si conseguía la heroína”*. *“Sabes que eso no es bueno, pero piensas que no te vas a enganchar y sin querer caes”*.

Esta es una realidad, bastante previsible por cierto, que convendría considerar seriamente en los programas de prevención contando lógicamente con el apoyo del sector.

3.1.8.3. El servicio militar.

Otra circunstancia muy reiterada se refiere al servicio militar ya que de hecho dos de cada tres adictos varones y mayores de 26 años mencionan en un sentido o en otro, el consumo de drogas durante el servicio militar.

Podemos hablar de tres grupos un tanto diferentes, en primer lugar aparecen aquellos que se inician durante el servicio militar o comienzan el consumo habitual durante el mismo. Se trata además de un grupo bastante numeroso cuya presencia no podemos obviar, porque además rompe la lógica de las edades en la narración arquetípica. Obviamente el servicio militar implica una dinámica de “desplazamiento” y de pérdida de control familiar que, de acuerdo con lo referido más arriba, podría explicar en parte esta alta incidencia.

(PMG7/CR/V33HE) *“Empecé como todos, empiezas fumándote cuatro porros hasta que te aburres de los porros ya pasas a algo más”*. (1998). *“En la mili con 18 años fue cuando conocí la heroína”*. Hizo la mili en Cádiz, a partir de ahí no dejó de consumir hasta que inició el primer tratamiento. Con 18 años (1988), cuando terminó el servicio militar y volvió a Ciudad Real seguía trabajando y no consumía a diario solamente los fines de semana. *“Seguí así durante un año, año y pico hasta que ya me caí de lleno y, pues empezaba a perder trabajos, y después pues... a robar y lo que salga por ahí”* (1990).

(EBT3/TO/V34HE) En (1984) con 15 años inicia consumo de tabaco, alcohol, hachís y pastillas, manteniéndolo hasta los 18 años (1987) en que cumple el Servicio Militar donde *“me eché a estropear”*. En (1989) con 20 años *“probé la heroína a los cuatro días de venir de la mili”*. La consume vía esnifada hasta (1993), año en que comienza a fumarla y *“alguna vez”* inyectada. En un principio consume los fines de semana con los amigos hasta que *“me quise dar cuenta y me enganché”*. Pasa un año y medio hasta que comienza a consumir diariamente. Comenta que ha consumido *“muchas pastillas, barbitúricos, rohipnoles, trankimazín”*, consiguiéndolas en su pueblo o en el de al lado en un principio y posteriormente en Madrid. Los primeros consumos *“fueron agradables, me lo pasaba muy bien”*. Después de dos años es *“una necesidad diaria y no era tan agradable”*. Cuando comienza a fumar porros, sus amigos también fuman, después de un tiempo *“dos o tres empezamos con la heroína y otros se casaron”*. Los amigos eran mayores y *“como consumían, me fui metiendo en ese mundo”*. Consume con los amigos, en *“cualquier sitio”* o *“en la discoteca”*.

El segundo grupo se refiere a aquellos que eran consumidores previos al servicio militar pero que en el mismo, bien por la edad y el momento del proceso de adicción, o bien por las propias características de la vida en el cuartel comenzaron a consumir con más frecuencia a partir de este momento. La existencia de este grupo pone de manifiesto que el servicio militar obligatorio suponía, por sus propias características, un lugar de riesgo, para una parte de los jóvenes reclutas.

(MVG8/LM/V32HE) *“...Con 13 años (1984) empecé a fumar porros de María y de chocolate...”* *“...empecé con mi pandilla de amigos, éramos 15 o 20 amigos....ahora sólo quedan tres, una amiga (su anterior pareja) en la cárcel, otro amigo que está en el psiquiátrico y otro que es camionero y sigue enganchao...”*. Lo conseguía porque estaba trabajando y con 20 años *“...vendía chocolate y cocaína...después de venir de la mili ya no quise trabajar...”*. Con 14 años (1985) probó la cocaína la consumió esnifada, empezó con amigos *“empezamos a probarla porque no nos asustaba nada....queríamos probarlo todo...”*. La consumía con la misma pandilla de amigos. En el inicio la conseguía porque trabajaba, más tarde con 20 años (1991) comenzó robar y después a

traficar con cocaína para mantener su consumo. En la Legión (1990- 19 años)“...¡ uff ! ¡qué te voy a contar !allí fumaban hasta los mandos....estaba todo el día fumando porros...me levantaba con uno y me acostaba con otro...” “...también probé la heroína...(esnifada)...y alcohol....bebía mucho alcohol...”. .Con 20 años (1990) “estaba enganchao a la heroína...entonces la fumaba “ (cambio de vía de consumo) “...luego me la pinchaba..” con 23-24 años (1994-1995). Comenzó a tomar benzodiacepinas con 24 años (1995) “....Me comía tranquilis, tranxilium y contugesic.... luego no sabía lo que había hecho....”

Finalmente el tercer grupo lo forman aquellos que adoptan un modelo de consumo discontinuo de tal manera que precisamente durante el servicio militar dejan de consumir o reducen su consumo al mínimo. En este caso el servicio militar, sin que sepamos muy bien porque, supuso para estos sujetos un lugar, y un medio, que les permitió aumentar su auto-control o dirigir sus mirada hacia otras prioridades vitales. En algún caso ha sido incluso el único momento en el que el sujeto ha podido efectivamente dejar de consumir en el contexto de una trayectoria caracterizada por los continuos consumos que arrancan en la adolescencia y se mantienen en la actualidad.

(RLG16/LM /V27CO) Empieza el consumo con 15 años debido a las amistades con gente mayor que él (1991). En esta etapa consume hachís; y a los 17 años de edad (1993) empieza a consumir cocaína. Durante el cumplimiento del servicio militar (1994), el consumo es poco frecuente, sin embargo aumenta alrededor de los 22 años de edad (1998), momento en el que comienza una relación de pareja “consumía para evitar problemas”. Estos problemas no procedían de la familia sino de la pareja. Su decisión de dejar de consumir la provoca el miedo a caer enfermo, debido a que sufría taquicardias. En ocasiones lo intenta por su cuenta, con recaídas en todas ellas, hasta que se pone en tratamiento.

La presencia de estos tres tipos de relatos, tan diferentes entre sí, pero todos ellos referidos a la influencia del Servicio Militar, nos demuestra lo poco que sabemos sobre el conjunto de circunstancias que rodean a la adicción. En esto sentido conviene reiterar que algunos nexos causales son mucho más complejos de lo que se podía suponer. La propia cuestión del servicio militar obligatorio podría ser una buena manera de aproximarnos a esta complejidad, aunque en este momento, desaparecida la “mili”, sólo podemos trabajar con historias de vida.

3.1.9. Variaciones y particularidades.

Todo el análisis realizado en las páginas precedentes nos da idea de la gran complejidad en el que se mueve el propio consumo, una complejidad que no hemos podido visualizar del todo por falta de suficientes elementos empíricos, aunque hemos podido señalar las líneas maestras sobre las que se deberían recoger información en investigaciones posteriores. A modo de ejemplos, que pueden considerarse un tanto extemporáneos pero que son muy reales, podemos mencionar algunos casos que demuestran la capacidad para sorprendernos que aún posee el tema, desde los dolores de muelas hasta el reconocimiento de la identidad sexual, pasando por los inquietos peligrosos. Tres narraciones que parecen chistosas pero que seguramente enmascaran situaciones dramáticas e indudables problemas personales.

(FSM13/AL/V22HE) Inició el consumo a los 18 años, en (1999) de heroína. Con 21 años, en el (2002) inicia consumo de cocaína. Empezó a consumir porque una vez tuvo un dolor de muelas y un amigo le dijo que tomara heroína: “prueba ésto que se te va a quitar, así estuve cuatro o cinco días fumando hasta que me enganché”.

(MDC16/TO/V33CO) Inició el consumo de cocaína de una forma esporádica a los 20 años (1989) siempre esnifada. Fue aumentando el consumo y la frecuencia “mi principal problema y a lo que achaco que caí en esto es porque tengo anticuerpos del sida desde el año 90 y por mi homosexualidad no aceptada, ahora creo que lo voy aceptando”. Cuando le informan de su seropositividad en una donación de sangre refiere “ya, para mí la vida... estuve como dos o tres años perdido, decía; si te vas a tener que morir no tenía ninguna motivación ni por estudios, ni por trabajo y entonces empecé a salir, me junté con gente de la noche que consumía para evadirme... estaba con la cosa que la vida tenía que vivirla a tope porque me iba a morir, era lo que había, luego empecé a informarme de tratamientos”.

3.2. Los problemas relacionados con la adicción.

3.2.1. Los problemas familiares

El relato de las relaciones familiares, en el contexto de una entrevista que reconstruye la historia del sujeto en su condición de adicto, resulta en un primer momento un tanto confusa, en una gran medida porque se indaga en torno al estereotipo de que las drogas “causan una grave conflictividad familiar”. Quizá por este motivo el relato subsiguiente, salvo unos pocos casos, se refiere exclusivamente a esta conflictividad, ya que de hecho se interpreta que “los problemas familiares” son la historia de estos conflictos.

Pero a la vez debemos preguntarnos ¿reflejan tales conflictos la verdadera historia de estas relaciones familiares?, creo que no, que la cuestión de las relaciones familiares del adicto sobrepasa con mucho las simplificaciones que, tanto en la génesis como en el mantenimiento de la adicción, reifican ciertos nexos a los que se atribuye un carácter causal. Se trata sin duda de situaciones reales, como es el caso de los conflictos que se describen a continuación, pero nadie ha podido establecer ningún vínculo empírico entre tales situaciones familiares y el consumo de drogas, salvo desviaciones puntuales en cuanto a las frecuencias, en algunos trabajos sociológicos³.

En todo caso no resulta fácil, en el contexto metodológico de este trabajo, plantear cuales son los elementos que conforman la relación entre familia y adicción, porque hemos partido inevitablemente, en el diseño de la investigación, en la percepción de la realidad que manejan los entrevistadores y en la reconstrucción que realizan los adictos, de ciertas “creencias compartidas” que van a ser fácilmente confirmadas. Pero a la vez vamos a tratar de dejar abiertas algunas puertas que se podrían cruzar con otros trabajos.

De entrada conviene diferenciar tres tipos de relatos en torno a los “problemas familiares”, el primero se refiere exclusivamente a la **familia de origen**, el segundo a las **relaciones de pareja** y el tercero agrupa a **ambas categorías**. En este último tipo de relato se distinguen dos subtipos, el primero plantea una dinámica cronológica que empieza en la familia de origen y concluye en la pareja, mientras que

³ En este terreno, el que analiza la relación entre estructura familiar y drogas, siempre me ha llamado la atención como aquellos hallazgos sociológicos que desmentían la relación entre determinadas estructuras familiares, como las familias “incompletas”, y el consumo de drogas, hallazgos empíricamente bien fundados y razonablemente demostrados, no han sido nunca utilizados, mientras que otros resultados que apenas esbozan algunas relaciones a este nivel, se convierten en la base de argumentaciones teóricas y aplicaciones prácticas. Creo que, de una parte, estamos ante un evidente señalamiento ideológico que pretende afirmar que “las familias ideales (¿?) protegen del consumo”, lo que es una manera de afirmar que hay que apostar por esta supuesta familia ideal, pero de otra parte, también creo que esta es una de las consecuencias de considerar que las ciencias sociales no forman un campo de conocimiento científico, sino que son sólo un repertorio de “ideas” para que otros campos de conocimiento “redondeen y cierren de una forma compacta”, algunos modelos de intervención poco consistentes.

el segundo subtipo mezcla a la familia de origen con la pareja, o las parejas, de tal manera que dicha pareja se incorpora como un miembro más a la dinámica protagonizada por la familia de origen. Hay por tanto dos lógicas familiares, la lógica de la familia nuclear que diferencia la familia de origen y la familia adquirida, y la lógica de la familia extensa en que ambas situaciones aparecen confundidas.

Comenzando por el primer tipo de relato, es decir el que se refiere exclusivamente a la familia de origen, resulta evidente que se expresa siempre como el más confuso, ya que parece que no faltan los problemas familiares previos que se supone explican las causas del consumo, con incidentes, como muertes y separaciones, que provocan duelos o con familias directamente desestructuradas en las que hay consumos de drogas y alcohol, así como otros problemas, y en las que el consumo del sujeto irrumpe para aumentar el grado de conflictividad. Así se describen discusiones, broncas, expulsiones de casa, robos, detenciones, condenas propias o de los hermanos, situaciones violentas, etc... aunque a la vez casi siempre se menciona, en este mismo contexto, del "apoyo de la familia" especialmente cuando el adicto es encarcelado o se pone en tratamiento.

(EBT4/TO/V30HE) Con 20 años "me ví solo" y comienza a robar a sus padres "de hecho les arruiné". Los amigos se distancian y los padres no le permiten estar en casa mientras esté consumiendo. Inicia tratamientos para poder entrar en casa pero sin plantearse dejar de consumir "me gustaba la droga y el mundillo que la rodea". Después de realizar tratamientos y encontrarse bien, volvía a consumir. La madre no quiere que entre en casa y el padre "a veces me daba un bocadillo y me dejaba entrar en casa".

(EVP08/PU/V29CO) "En casa ya se sabe mal, broncas cada dos por tres, que si un día mal, que si al otro bien,...que salta otra cosa...". A pesar de los problemas que se producen dentro de su casa por su consumo sus padres le siguen ayudando. "Dentro de lo que cabe tampoco me puedo quejar, porque me ayudan la verdad". Sus padres están muy pendientes de él, según él un poco excesivo, a todas las horas le están preguntando, de dónde viene, le miran a la cara... "Claro siempre está la cosa esa, de dónde he ido, como vengo...". Su padre siempre quita importancia a las cosas y crea un mejor ambiente. "Es normal, me pongo en su lugar y les entiendo". Cuando comenzó el consumo estaba saliendo con una chica y en el momento que se enteró que consumía la dejó y eso le hizo bastante daño.

(CACHV/CU/V33HE). El objetivo de su madre era "llevarme a un centro, mis hermanos ya estaban quitados, y en vez de apoyarme a mí,... se alían con la madre y cada vez que falla en un tratamiento le echan del domicilio familiar. Ha pasado muchos periodos relativamente cortos fuera del domicilio materno, las estancias han variado de unos días a cuatro meses. " a la calle que eres un cabrón". En (1994) la madre abandona su propio domicilio para no seguir lidiando con la situación de tener al hijo en la calle. Marcha a Sevilla donde se ha instalado con su mujer él único hijo que no desarrolla adicción.

Pero en otras ocasiones no se detallan estos problemas y el adicto se limita a expresar un sentimiento de culpa personal por todo lo que ha pasado y las consecuencias que ha padecido la familia. En estos casos el sufrimiento infringido a esta familia se puede convertir en la columna vertebral de la propia narración.

(RRM5/CU/M31HE) "Mi familia lo ha pasado muy mal, me han ayudado mucho, pero han sufrido mucho. Cuando estas metido en esto no valoras nada, lo valoras cuando estás bien""Como estás tan mal lo único que piensas es en levantarte para ir a pillar

Surge así una duda ¿se trata de problemas relacionados con las drogas o se trata de problemas familiares habituales?, o expresado de una manera más directa ¿se habrían producido estos problemas de no haber mediado la adicción?, y si la respuesta es negativa ¿cómo es posible entonces que en ciertas familias la adicción no sólo no produzca problemas sino que induce a reacciones positivas?, en última instancia ¿por qué cuando aparece un elemento disfuncional, sean las drogas u otra cosa, algunas familias reaccionan con el conflicto mientras otras reaccionan ofreciendo una respuesta que refuerza su cohesión?

(DCAHV/LM/V31HE), Cuando sus padres se enteraron *“comenzaron las broncas pero estaban más preocupados por los estudios que por la propia droga, era como si no quisieran saber nada del asunto”*, aunque durante varios años *“las cosas con ellos iban y venían sin estar demasiado bien”*, cuando en 1996 con 25 años la situación se deterioró porque *“comencé con la heroína en serio”*, *“dejamos de hablar del tema... con mi padre no he vuelto a decir ni media palabra, aunque pasamos (trabajando) muchas horas juntos, con mi madre de vez en cuando me dice algo, pero sin enfadarse. Con mi hermana sí que hablamos de... y además nos contamos nuestros problemas... porque su asunto (la separación) va muy mal”*. Pero a partir de aquel momento, a pesar de tanto silencio sobre el tema de las drogas, la familia actuó como una piña, cambiaron de residencia (y de trabajo) sólo para que el pudiera recibir una mejor atención.

Una posible vía de explicación se deriva de aquellos relatos, referidos en general a la familia de origen aunque en ocasiones incluyen a la propia pareja especialmente cuando sólo son “novios”, en los cuales el centro del propio relato es el secreto, un secreto que se mantiene a lo largo de los años y que se sostiene de manera indefinida de cara a algunos miembros de la familia. Se trata de un secreto cuyo desvelamiento, atribuido siempre a circunstancias externas, como una detención policial, el ingreso en prisión, un problema de salud grave relacionado con las drogas, o que alguien le vió o se chivó, es la “verdadera causa” o bien de los problemas o bien de la reacción familiar positiva.

(EVP10/PU/V33CO) Su entrada en prisión ha sido lo más dramático para su familia. Nunca pensaron que fuera a llegar a entrar en prisión, *“Mi madre tiene un problema de depresiones y cosas de esas, y va cada cierto tiempo al psiquiatra, estuvo ingresada en Madrid, por eso mis hermanos y yo lo ocultamos”*. Las hermanas dijeron a la madre que estaba de viaje y él la llamaba por teléfono de vez en cuando para disimular. Lograron mantenerlo en secreto 6-7 meses hasta que ya fue imposible. Llegó la comunión de su hija y se lo tuvieron que contar. Fue la psiquiatra de la madre, quien les recomendó ocultarlo el tiempo máximo posible. Por parte de la familia de su novia cuando se enteraron de que estaba en prisión, quisieron que le dejara y tuvieron varias discusiones, pero pronto cambiaron y empezaron a apoyarle. Su hija de 9 años tuvo que ir al psicólogo cuando se enteró que estaba en prisión. Ella cree que estuvo en la cárcel por problemas de tráfico (automovilísticos). Antes de que le detuvieran tenía problemas con su pareja, sobre todo por sus salidas nocturnas. Cuando le llamaban al móvil a las tantas de la mañana y tenía que salir a vender, era difícil explicárselo a ella. En esa época descuidó el cuidado de su hija. Algunos fines de semana ni la veía y después se arrepentía. *“Hasta el punto que algunos fines de semana ella (su pareja) se quedaba con mi hija y yo me iba”*.

(ERB18/TA/V28CO) El consumo no ha incidido en las relaciones familiares, pues la familia [madre] ha tenido un total desconocimiento de la problemática del entrevistado *“mi madre no me va a ayudar por que tengo una madre chapada a la antigua para la que las drogas es un escándalo, mas en un pueblo, eres un enfermo”*. Actualmente, la familia continúa sin conocer dicha problemática ya que el interesado nunca se lo ha dicho. Así, pues, encubre la asistencia a psicoterapia al EAD de Talavera con falsas asistencias a psicoterapia para tratar cuadro depresivo

que padece. Con respecto a su hermana la relación continua siendo buena y de preocupación por evolución en el tratamiento.

(RRM10/CU/M23CO) Sus únicos problemas familiares se produjeron cuando ella decide contarles que está realizando un tratamiento para dejar el consumo de cocaína. Su familia no sabe nada del problema hasta septiembre del año (2002), 4 meses después de iniciar el tratamiento. " Se lo tomaron muy mal, mi madre no se lo imaginaba de mí. Me decía me lo hubiera esperado de cualquiera de tus hermanos, pero de ti, nunca." "Ellos querían enterarse de todo, como había sido, y yo se lo conté cuando ya estaba bajo control, bueno cuando ya había empezado a ir al E.A.D., daba negativo en los controles. Y la verdad fue peor, se lo tomaron muy mal. Además pienso que la gente que sabe algo del tema tiene una idea más acertada a la realidad, no como mis padres que no sabían nada de esto y tenía una idea de la droga asociada a la delincuencia. Para ellos era lo mismo una raya que un porro que una jeringuilla. Para mis padres yo era una delincuente"

¿Cuál es la razón para mantener el secreto? En principio podría pensarse que para evitar el conflicto, pero en ocasiones el secreto es conflictivo por sí mismo, mientras que en otras su desvelamiento refuerza la cohesión familiar. La única explicación que nos cabe es entender que la familia de origen es, desde la perspectiva de los hijos que son siempre los adictos que nos ofrecen el relato, un contexto que requiere encontrar un "adecuado equilibrio" entre los "afectos familiares socialmente prescritos" y cuya gestión se atribuye a los padres (y en especial a las madres) y algo que podríamos calificar de "estrategias de manejo (o manipulación) de la información" que es propio de los hijos y no sólo en lo que se refiere a los problemas de drogas.

Se trata, a fin de cuentas, en una visión propia del campo de los hijos, es decir de su relato, en el cual "las amplias obligaciones afectivas de los padres" y en concreto de las madres no tiene límite (Aguinaga, 2004), aunque en ocasiones estos hijos exigen tanto que "se pasan" y entonces aparecen sentimientos de culpabilidad filial. Tales obligaciones constituyen un derecho filial, que goza de tan amplia aceptación social y que los hijos reclaman, sin que se planteen en ningún momento ningún tipo de compensación. Es la misma exigencia que realizan muchos profesionales a los padres porque se supone que "así debe de ser".

Claro que a la vez esta obligación se vive de muchas maneras, así mientras algunas familias asumen "el sacrificio absoluto", otras no aceptan ninguna instrucción o regla que implique desequilibrio. Pero además, en este tema, la expresión "familia" no es la más adecuada porque los distintos actores que la conforman pueden mantener actitudes muy diferentes, que además varían con el tiempo.

Por este motivo el adicto trata, como cualquier otro miembro del grupo familiar en relación a cualquier otro tema, de dosificar la información. Cuando "la droga" hace su "aparición" cada miembro de la familia suele reaccionar de una forma distinta. Una reacción que es parte de un rol social formalmente atribuido, así se supone que la madre debe asumir un papel protector, en especial a los adictos varones, mientras el padre debe asumir su rol de "autoridad", al tiempo que el papel de los hermanos varía según sea el sexo del adicto y el del hermano o la hermana. Pero las actitudes no son siempre estas, porque en ocasiones alguno de estos actores no existe y otro ha asumido su rol, así, por ejemplo, las madres solas se sienten menos preocupadas en el rol protector, mientras los padres solos se sienten menos autoritarios y más protectores.

Por otra parte las historias personales y las experiencias vitales de cada uno de estos actores pueden ser muy distintas, en función de la edad, el tipo de trabajo, las características de la familia adquirida por un hermano o incluso de la evolución ideológica del mismo. Todo esto lo sabe el sujeto, y

difícilmente lo va averiguar el investigador o el terapeuta, y por este motivo modula la información tratando de obtener ventajas en forma de apoyo y solidaridad familiar. Se trata, sin duda, de un procedimiento cuasi-inconsciente o automático, muy opaco a cualquier técnica de recogida de datos.

A la vez los otros actores familiares también disponen de sus propios conocimientos y de sus procedimientos automáticos para dosificar la información, lo que establece una dialéctica familiar permanente, cambiante, re-interpretable y repleta de matices que se va conformando en la convivencia cotidiana. Pero además la familia no es sólo este grupo de convivencia, ya que las relaciones familiares se extienden hacia aquellos, especialmente hermanos pero también un padre o una madre separados, que han abandonado dicho núcleo, han adquirido una nueva familia o simplemente han cambiado de residencia por motivos de trabajo. En este caso el tipo de información varía considerablemente.

El relato de las relaciones y los problemas familiares se refiere entonces a los roles desempeñados por las distintas figuras, en los diferentes momentos y ante los diferentes acontecimientos que marcan el proceso de adicción. Pero a la vez el adicto modula, dentro de sus posibilidades, la información para tratar de evitar resultados adversos. La información que nos proporciona sobre los problemas familiares es, por tanto y en el momento de la entrevista, una construcción muy interiorizada, que conforma un relato con el que pretende que estos actores familiares no le sean, en el momento presente, demasiado desfavorables.

Incluso cuando “ya no hay relaciones” podemos interpretar esta renuncia como algo circunstancial o al menos como una respuesta ante la imposibilidad de que los actores familiares acepten o asuman informaciones que vayan a modificar sus actitudes. De hecho muchos relatos nos hablan de la ruptura absoluta de los vínculos familiares a lo largo de años, para acabar “volviendo con la familia de origen”, aceptado sus reglas y sometiéndose a tratamiento.

(DCAHV/AL/V39HE), Desde que se fue a Valencia a estudiar, las relaciones con la familia se volvieron cada vez más lejanas, y al final durante unos años ni tan siquiera existieron. Los padres se quedaron en el pueblo y él vivía su vida, “ni siquiera por navidades nos veíamos o les llamaba”, porque “que hacia yo allí”. Con los hermanos ha mantenido en algún caso una cierta relación pero con otros ha estado años sin hablarse, “no teníamos broncas ni nada, ya las tuvimos, nos limitábamos a ignorarnos mutuamente”. Durante estos años tuvo diversas relaciones y parece que considera a alguna de ellas como una “pareja”, pero de hecho ninguna se consolidó. Cuando volvió de Palma a Albacete comenzó a relacionarse con su hermana y fue ella la que le puso en contacto con el EAD. Ahora todos los días que tiene fiesta los pasa con su madre en el pueblo. No tiene otras relaciones aparte de su hermana y su madre, y esta última, “ya tiene 70 años, pero es la única persona con la que me siento bien”.

Una versión particular de este proceso serían los casos en los que se relata una falta de relaciones o vínculos al tiempo que se mantiene una especie de convivencia funcional que se describe de forma a-problemática. También en este caso se trata seguramente de una construcción (y de una interiorización) ajustada a las condiciones familiares del presente que no son, en absoluto, las del futuro.

(STJ/13/TA/V45HE) El entrevistado no afirma en ningún momento que haya tenido problemas con la familia por su adicción a la heroína. “Cuando he estado consumiendo, nunca les he pedido nada, ni me he metido en líos, ni a ellos tampoco les he montado broncas en casa”. “Ellos tampoco se han metido en mi vida, ni me han dado la brasa para dejarlo y ponerme en tratamiento” entre otras cosas, porque desconocían todo lo relacionado con drogas y tratamientos.

Pero esto no es todo, porque en los capítulos posteriores, cuando analicemos los vínculos familiares, los apoyos familiares y las expectativas de futuro, va a surgir una familia de origen que se convierte en el principal sostén del adicto. Estamos, por tanto, ante dos realidades antagónicas, de una parte un conflicto real, que en ocasiones es muy radical y de otro una familia que adquiere la condición de firme apoyo para el adicto. Podríamos suponer que la permanencia de este apoyo familiar es el resultado de la existencia de los mencionados afectos familiares socialmente prescritos, combinados con las estrategias de manejo de la información por parte del adicto. Pero entonces tendríamos que plantearnos seriamente el problema de la afectividad, entendida como una mera emoción, como una "familiaridad", como un vínculo biológico, como una obligación social o como un interiorizado rasgo cultural, que produce por sí misma, un impulso capaz de orientar las actitudes y los comportamientos familiares.

Pero si esta afectividad explica por sí misma los comportamientos y las actitudes familiares debería hacerlo en todos los casos, pero ocurre que todo lo dicho hasta ahora se refiere exclusivamente el primer tipo de relato, es decir al que tiene que ver sólo con la familia de origen. Porque las cosas cambian profundamente cuando el relato de los problemas familiares se centra exclusivamente en las parejas, en las familias adquiridas, porque en este caso la historia resulta mucho más simple e inteligible, ya que la relación de pareja, a pesar de la "mística del amor", la seducción y el sexo, resulta mucho más funcional, de tal manera que las cosas simplemente van bien o van mal y como en la mayoría de los casos las cosas van mal, en especial cuando ambos son consumidores, la familia se deshace y tanto conflictos como apoyos desaparecen. En esencia las familias adquiridas proyectan una lógica mucho más instrumental, en la que las parejas se mantienen sólo cuando evitan o resuelven los conflictos o al menos hay expectativas de resolverlos en el corto plazo. Ni tan siquiera la existencia de hijos, o los conflictos relacionados con su tutela y la relación con los mismos, evitan un relato muy instrumental de las relaciones de pareja.

(NGC1/AL/V41HE) Con su familia de origen "he tenido problema cuando he estado consumiendo y he estado mal, con mis hermanos ni bien ni mal, aunque más bien mal porque me han visto lo que ha pasado y eso no se les olvida, se creen que la gente no cambia". Con la única que mantiene una relación normal es con su madre. Con su primera pareja comenzó al salir de prisión, aunque la conocía de antes, ella también era consumidora, separada y con dos hijos, inmediatamente se fue a vivir con ella, de esta relación nació César (7 años) "Cuando el niño tenía dos meses lo tuve que llevar con mi madre, ella nos lo crió, yo me di cuenta que nosotros no podíamos encargarnos de él conforme estábamos y menos mal". A los tres años de iniciar la relación deciden irse cada uno a un centro. El se fue a Betel de Casas de Juan Núñez (Albacete) y ella a Betel de Cuenca "cuando llevaba dos meses ya la hicieron encargada del centro. A los tres años se casó con uno de los responsables de allí, se compró un piso en Cuenca, tiene otro niño". Su hijo César vive con ella en Cuenca, se lo llevó cuando ya estaba bien allí, al niño lo ve cuando tiene vacaciones escolares. A su segunda pareja la conoció estando ya en tratamiento con metadona (1997) ella era consumidora "a mi mujer la convencí para que viniera al E.A.D. y se pusiera en tratamiento con metadona y a los dos meses de empezar el tratamiento se quedó embarazada". Le fueron rebajando la dosis durante el embarazo, todavía está en tratamiento con metadona aunque él cree que está tomando poca dosis ya. Con ella tiene un niño (2 años y medio).

(MTC8/GU/V29CO) "...tuvimos una época muy mala por todo el rollo este de la coca, o al menos lo veíamos así, bueno era así porque mi madre tenía unas ojeras de la hostia, todo el día dando voces y ahora nos va genial a todos desde que lo hemos dejado". "...tengo un hermano que tuvo problemillas...y lo hemos dejado todos y nos va genial". Su hermano sabía que tenía problemas con la cocaína pero el resto de la familia y sobre todo sus padres sólo se lo imaginaban. Las sospechas tenían su fundamento en el ritmo de vida que llevaba pero básicamente por el dinero que desaparecía de la caja del negocio familiar. Cuando cuenta con 21 años de edad

ya no puede ocultar por más tiempo su adicción y les comunica a los padres su situación. Su hermano es quien le acompaña la primera vez al EAD. Cuando comenzó el tratamiento se sentía agobiado por su madre quien quería ejercer un excesivo control sobre lo que hacía "...mi madre me agobiaba...no quería que saliera los fines de semana". En el primer año de tratamiento fue su hermano la persona responsable de cara al centro pasando posteriormente a ocupar este papel su madre y en los últimos tres años su novia. "...el fallo fue meterla en esto a mi novia...muchas veces las discusiones vienen por esto, por el tema...", "...yo pienso y a ti que te importa si eso es del pasado...me gusta que me apoyen y no que me tiren a la cabeza la plancha". Cuando iniciaron la relación "...se lo conté y le pedí ayuda, ya había quitado a mi hermano y a mi madre de responsables...entonces pensé en pedirle ayuda y la cagué, no pensé las consecuencias, pensé que me podía ayudar". "...tenemos que pagar el pisillo que compramos...me machaca mucho con ello y lo llevo muy mal", refiere que su novia le comenta "...nunca te había faltado para la coca y ahora te falta para esto".

Ciertamente algunas familias adquiridas entran en la lógica del conflicto permanente (y el subsiguiente apoyo) que parece caracterizar a las familias de origen, pero en este caso el relato no se refiere de forma aislada a las mismas sino que es el tercer tipo de relato, aquel que engloba tanto a las familias de origen como a las parejas adquiridas.

En este sentido se produce un subtipo de relato que reitera lo que se viene afirmando ya que comienza en los conflictos con la familia de origen, pasa por la pareja o las parejas que desaparecen, para volver al "apoyo" (y al conflicto) con la familia de origen. Aunque también es frecuente que la formación de una familia propia rompa las "obligaciones" de la familia de origen, lo que a su vez supone que una parte sustancial de las rupturas de pareja no conduzcan hacia esta familia de origen sino hacia la soledad, la búsqueda y la sustitución, en ocasiones muy rápida, de una nueva pareja.

En todo caso el más clarificador es el otro subtipo de relato, el que hemos llamado de familia extensa, en el cual la familia adquirida se confunde con la familia de origen, ya que en este caso reaparece la pura dialéctica conflicto versus apoyo que caracteriza a la familia de origen. De hecho esto ocurre cuando la pareja adopta un rol equivalente al de otros actores de la familia de origen, entra a formar parte en el círculo familiar y asume un papel determinado por la estructura relacional del conjunto familiar. Esto nos conduce hacia una primera conclusión: las relaciones familiares marcadas por los afectos socialmente prescritos, en especial la maternidad, se asientan sobre actitudes contradictorias, mientras que las actuales familias adquiridas adoptan actitudes mucho más coherentes (Aguinaga, 2004). Claro que esto es sólo cierto desde que se ha establecido la posibilidad del divorcio y las familias se han democratizado, **lo que implica que quizá la familia de origen de los adictos de la muestra refleja la pervivencia de "un viejo tipo de familia", mientras que los adictos del futuro se van encontrar con familias de origen que adopten actitudes mucho más instrumentales.**

(MTG5/GU/M30HE) "...mi familia no se lo podía ni imaginar, me empezaron a ver más delgada y demacrada...pensaba que había algo raro pero lo último que se imaginaban era eso; creo que ellos se inventaban excusas hasta que luego salió el pastel...cuando salió el pastel tuve que ir al EAD con mi madre, fui porque se había liado una buena...yo no me quería quitar...empecé a llevar una doble vidilla con mis padres estaba bien y yo por otro lado consumía". "...mi madre le echaba la culpa a mi marido que es gitano y tienen familia en lo de las drogas...intentaba hacer el programa lo mejor que podía, quitarme y engañar a mi familia para que se creyeran que estaba bien...y ver a escondidas a mi marido, como no me dejaban ir a Madrid él me lo traía". La relación con su actual marido la inicia con 17 años (1990) y a los 19 (1992) años se van a vivir juntos. Comienzan a consumir juntos y tienen dos hijas"...me dieron un piso de protección

oficial y eso era la guarida de los yonkis, no me hablaba la familia, no podía ver a mis hijas...y me vieron unos tíos míos, con pintas y tan agobiada, desesperada porque no veía solución y que no te crees nada...y me llevaron a Betel". "mi familia ya no daba un duro por mí y mi tío sí; para no defraudar al único que daba un duro por mí dije, venga...dejé a mi marido y me fui a Betel". Con sus padres la situación seguía siendo tensa "...tuve muchas movidas con mi familia, no me dejaban pasar a casa...cuando estaba embarazada de la segunda estuvieron 9 meses sin hablarme". Cuando decide irse a Betel "...salí tarifando con mi marido y sus hermanas, vendí hasta el piso. Dejamos de escribirnos y perdimos el contacto". En Betel conoce a un monitor con quien comienza a vivir una vez que sale del centro durante dos años "...me controlaba, no le podía engañar...le hice muchas putadas y terminamos mal". Se encuentra con su marido y se va con él porque le seguía queriendo. En ese momento la entrevistada no estaba consumiendo "...iba a la rehabilitación de la espalda y evitaba los sitios pero luego empecé a probar una cervecita y comencé a acompañar a mi marido a tomar la metadona (ella le llevó al EAD para comenzar el programa) él fumaba delante de mí y me daba asco...le cogí el gusto y volví". Actualmente siguen los dos en programa de metadona "...mi marido está trabajando y se busca la vida con la chatarra para comer me trae y criar mi hijo". "...él ahora está muy bien, antes era al revés...nos miramos y ya nos entendemos...el me está frenando mucho, le insisto para ir al poblado y me frena". Con la familia de su marido refiere muy buena relación especialmente con sus suegros "...mi suegro es la leche, siempre nos ha apoyado".

Conviene señalar, en este apartado, que el relato de las mujeres no se distingue demasiado del de los varones, ya que incluso ha desaparecido la cuestión de la "pareja que introduce en el consumo", algo que vamos a recuperar en los próximos capítulos y que nos va a dar mucho juego. Esta desaparición de las diferencias de género en el tema de los "problemas familiares" resulta coincidente con los resultados obtenidos en otros trabajos que mostraban cómo la representación social de las propias adictas, a pesar de reconocer algunos aspectos diferenciales, como el papel contaminador de la pareja o el mayor grado de rechazo social, no era diferente al de los varones. La única pretensión de las adictas se refería a que las reconocieran como iguales, ya que siendo "igual" poder expresar una experiencia equivalente a la de los varones, lo que implica poder afirmar que "los problemas familiares" no son distintos, aunque evidentemente lo hayan sido en algún momento del pasado (Aguinaga y Comas, 2000).

3.2.2. Los problemas legales⁴.

Hemos visto como el colectivo muestra una complejidad extraordinaria en lo que se refiere a problemas familiares, en cambio, los problemas legales son más simples pero a la vez mucho más frecuentes de lo esperado si atendemos a la literatura que se ocupa de este tema. Se rompe así otro estereotipo que vendría a decir que sólo un determinado grupo de adictos, más o menos minoritario, es el que tiene problemas policiales, judiciales o penales. Otros estudios han mostrado como la relación entre drogas y delincuencia se refiere sólo a este grupo minoritario, pero no es este el resultado obtenido con el colectivo de adictos de Castilla la Mancha. Claro que todo puede deberse a un efecto metodológico ya que no es lo mismo rellenar un protocolo o un cuestionario que tener una conversación. Porque cuando nos situamos en un marco institucional y las respuestas "se apuntan", puede que el informante mantenga una mayor discreción, que cuando no situamos en una relación más personal, más directa, con una garantía de confidencialidad y en la dinámica de una conversación, aunque sea grabada, se adquiere un mayor grado de confianza y ciertas cosas se expresan con mayor facilidad.

⁴ Para evitar cualquier tipo de mala utilización de los datos en este apartado no se incluye ningún ejemplo concreto. Ciertamente el sistema de códigos elegido garantiza la confidencialidad, pero alguien, con o sin permiso judicial, podría utilizar este texto para triangular ficheros e identificar a personas.

En todo caso los entrevistados han expresado cinco situaciones muy distintas, la primera es la **no mención de los problemas legales** en 15 casos (10% de la muestra), lo cual, en el formato en que fue planteada la entrevista y el posterior informe, significa, seguramente que no los ha tenido nunca.

La segunda situación se refiere a los que expresamente afirman **no haber tenido ningún tipo de problema legal porque además nunca han cometido ningún tipo de delito**, salvo comprar drogas para su consumo. Se trata de 38 casos que representan el 25,6% de la muestra, y que quieren dejar muy claro que ellos no han tenido nunca la necesidad, o no han querido por razones éticas, de delinquir y por tanto no han tenido ningún tipo de problema con la justicia. Aunque alguno de ellos relata problemas con la policía y en 9 casos se indica que han sido sancionados con multas administrativas por consumo. Conviene retener que en este grupo muchos expresan, de una forma un tanto contundente, que son “muy distintos” de los adictos que delinquen a los que, en algunos casos, dedican expresiones de menosprecio.

El tercer grupo exhibe su condición de **delincuentes a los que nunca ha podido detener la policía**. Se trata de 29 casos que suponen un 18,5% de la muestra y que en general mencionan robos, hurtos, estafas y trapicheo de drogas, aunque algunos describen impudicamente una compleja carrera delincencial haciendo alarde de su inteligencia para evitar ser detenidos. Se trata de un grupo que no había aparecido en otros estudios y que es el resultado de una metodología que permite, en una relación más directa y de mayor confianza, hablar de estas cosas. Se trata de una parte de los adictos que adopta una actitud muy contraria al anterior ya que exhiben sin sonrojo sus trasgresiones, así como su capacidad para evitar y rehuir a la policía.

El cuarto núcleo está formado por aquellos que **si han tenido problemas legales**, se trata de 66 casos, que representan el 44% de la muestra y que a la vez se dividen en dos grupos, el primer subgrupo se refiere a aquellos que **han estado en prisión**, en algunas ocasiones varias veces y con condenas de años, mientras que en otras ha sido sólo una vez y con una pequeña condena. Son en total 56 casos (el 37,8% de la muestra) y lo cierto es que la mayoría se sitúa en el marco de un estilo de vida delincencial, con numerosos delitos, la mayoría impunes. Conviene señalar que en ningún caso, ninguno de ellos alega su inocencia o se queja de la condena recibida.

Por si esto fuera poco, aparecen en este grupo diversas menciones positivas a las prisiones, al menos en dos temas: la prisión les permitió un mejor tratamiento de sus problemas de salud y también les supuso una oportunidad para replantearse el futuro y una posible opción terapéutica. Esto significa que estos “problemas legales” (y el propio estilo de vida delincencial) no se viven como un “problema” sino más bien como una forma de vivir que también ofrece algunas ventajas o al menos oportunidades.

El segundo subgrupo, con 10 casos (6,7% de la muestra) se refiere a aquellos que han tenido problemas legales pero **no han pasado por la prisión**, aunque si por arrestos, por juicios penales o de faltas, pero sin condenas penales. Algunos de ellos indican que están en libertad provisional y pendientes de juicio. De nuevo todos ellos, aun los que fueron declarados inocentes, reconocen haber cometido los delitos que les condujeron a esta situación.

En resumen el colectivo se divide en dos grupos antagónicos. El primero, que representa alrededor de un tercio de la muestra, está formado por “ciudadanos honrados” que se sienten muy responsables y que expresan fuertes sentimientos de rechazo hacia los adictos que delinquen y con los que no quieren verse confundidos. El segundo lo conforman dos tercios de la muestra y su actitud es la contraria, ya que exhiben impudicamente su condición de delincuentes atribuyéndose incluso y por este motivo, una cierta aureola de prestigio.

En este punto debemos preguntarnos ¿Es esta la proporción de adictos que delinquen? Y responder que no parece lógico, porque en tal caso el grado de deterioro de la seguridad ciudadana sería mucho mayor y de hecho en España no se comenten tantos delitos como para sostener que este es un comportamiento habitual de dos de cada tres adictos a drogas ilegales, ¿Cuál es la causa entonces de nuestros resultados? ¿Se ha producido una desviación o una selección intencional de casos con problemas judiciales?. Creo que no, sino que la selección es una consecuencia natural de la oferta asistencial, ya que de hecho, como hemos podido comprobar en el apartado anterior relativo a los problemas familiares, lo que sucede es que los “problemas judiciales” son un poderoso acicate para iniciar un tratamiento, pero a la vez, y como vamos a ver en los próximos capítulos, los sujetos con problemas judiciales, que son también los que muestran una trayectoria laboral más compleja, se cronifican con mayor frecuencia en la red asistencial, quizá porque su motivación sea un tanto expurea o quizá porque tienen mayores problemas para integrarse socialmente.

En este sentido, en los próximos capítulos, recurriremos a este perfil delincucional y a las dificultades que acumula, para justificar el angosto paso para transitar desde “lo meramente terapéutico” a la “integración social”.

3.2.3. Los problemas de salud⁵.

De nuevo una parte importante de los entrevistados no ha referido ningún problema de salud relacionado con el consumo de drogas, por lo cual, y por las mismas razones que apuntábamos en el apartado precedente, vamos a considerar que no los tienen. Se trata de 21 casos que representan el 14,1% de la muestra.

Otro grupo formado por 33 casos (el 22,3% de la muestra) menciona, en ocasiones de una manera muy extensa y explícita que nunca ha tenido problemas de salud relacionados con las drogas. La mayor parte indica, para justificar o explicar este buen estado de salud, las ventajas de la vía de administración utilizada, pero muchos también hablan de autocontrol, algunos de su “mayor inteligencia” y mejor formación, lo que se supone les ha permitido no cometer los errores de la mayoría. Resulta sorprendente, si observamos la composición por edad, sexo y droga de consumo, que en este grupo hay un poco de todo, desde “viejos consumidores de heroína” con decenios de experiencia a sus espaldas, aunque alguno de ellos indica que esta con achaques de “viejo” y lo atribuye a tantos años de consumo, hasta “jóvenes cocainómanos”. Desde mujeres con una trayectoria muy poco conflictiva, que indican que siempre han mantenido un hogar estable, lo cual les ha permitido “cuidarse”, hasta otras con una complicada vida que incluye prisión y prostitución. En todos ellos parece existir un cierto prejuicio, algo de soberbia incluso, que les lleva a sobrevalorar su competencia personal a la hora de preservar su salud.

Como las informaciones que mencionan se refieren a prácticas cuyos riesgos desconocían los profesionales hace un par de décadas, parece evidente que su supuesta competencia es una ficción que debería ponerse en entredicho, ya que esta actitud representa un factor de riesgo muy evidente.

En todo caso estos mismos perfiles aparecen representados en el grupo que reconoce padecer algún problema de salud causado por el consumo de drogas, lo que implica que efectivamente son algunas variables relacionadas con la actitud del sujeto las que nos permiten predecir los riesgos que va a afrontar. Es decir, si variables como el tipo de droga consumido, la vía de administración, el tiempo de consumo, el sexo o la edad, no resultan tan discriminatorias, el estado de salud de los adictos tiene que explicarse por otras causas, y la más inmediata parece ser su propia actitud y su supuesta competencia

⁵ En este apartado tampoco se incluyen ejemplos, por mor de una escrupulosa confidencialidad, aunque en este caso los riesgos para los entrevistados sean prácticamente nulos.

personal a la hora de cuidarse. Obviamente eso implica que la información sanitaria dirigida hacia este colectivo sigue siendo una prioridad.

En todo caso los que tienen algún problema de salud a causa de las drogas son 94 casos, es decir un 63,5% de la muestra. Lo que implica, por el tipo de patologías que se van a describir más abajo, y en las edades que tienen, una población con un estado de salud muy precario.

La patología más frecuente es la **hepatitis**, ya que uno de cada tres reconoce padecerla o haberla padecido. Se trata de 49 casos que suponen un 33% de la muestra. De ellos 7 no especifican el tipo de hepatitis, 32 menciona expresamente VHC, 3 menciona únicamente VHB y 10 indican que padecen a la vez VHC y VHB. Se trata sin duda de la patología más frecuente en el colectivo, pero convendría retener que en 9 casos indican que creen que se la contagiaron por vía sexual y en 8 casos que sólo compartieron jeringuillas con su pareja. Como muchos de ellos han sido diagnosticados con retraso o casualmente (al ingresar en prisión o al ir a vender sangre), aparece, en todo caso una cierta confusión en cuanto a la vía de transmisión, que quizás sea más de una, lo que a su vez nos conduciría a un tema difícil de valorar como son las reinfecciones adquiridas a través de diversas vías.

La segunda patología aludida son los **trastornos psiquiátricos** o psicológicos graves, que declaran 23 casos, es decir el 15% de la muestra, la mayoría habla de cuadros de ansiedad y depresión, mencionando también el tipo de tratamiento farmacológico al que han sido sometidos, lo que implica un diagnóstico efectivo. En algunos casos aislados se mencionan delirios, paranoias, diagnósticos de esquizofrenia, otras psicosis y alucinaciones. En 5 casos los entrevistadores mencionan de forma explícita que el entrevistado, por su descripción de los hechos y su propio comportamiento durante la entrevista, les parece un caso típico de patología dual.

El tercer problema de salud es el **VIH**, mencionado por 21 casos (el 14,1% de la muestra), en 3 casos se indica además que no sólo son portadores sino que padecen SIDA, asimismo en 14 casos se informa que están en tratamiento farmacológico y se suele añadir alguna frase esperanzadora relativa a continuas mejoras en las analíticas. Un dato llamativo es que en 7 casos, es decir una tercera parte de los que se declaran seropositivos, se realiza una precisa declaración, no solicitada, de que el contagio no vino por compartir jeringuillas sino que están seguros que la vía fue sexual e incluso identifican a la persona que los contagió.

La siguiente patología se refiere a la **pérdida extrema de peso** que mencionan 14 casos y que suelen relacionar con una fase muy activa de consumo o con otra patología. En estos casos la cuestión del peso, que en ocasiones por las cifras que facilitan resulta muy extrema, preocupa especialmente a los adictos como síntoma visible de su adicción y parece, de una forma coherente, relacionarse con muchos conflictos familiares. En este caso la cuestión no es tanto la salud, sino el “anuncio público de la enfermedad” lo que parece preocupar a los adictos y a sus familias.

A partir de lo anterior se citan una serie de patológicas con una incidencia menor, ya que en 6 casos se mencionan las sobredosis, en 5 casos tuberculosis, en 3 casos accidentes de tráfico por conducir bajo los efectos de las drogas, en 2 casos edemas pulmonares, en un caso tétanos, en otro derrame cerebral y en otro hemorragia interna.

En una visión global se puede además confirmar que los más jóvenes son los que gozan de un mejor estado de salud, lo que implica que “los cocainómanos están más sanos que los heroínómanos”, pero también resulta evidente que este es un factor que tiene que ver con la “antigüedad” en el consumo, así como la edad de los consumidores. Pero además muchos jóvenes consumidores de cocaína indican

padecer diferentes patologías. En cualquier caso, como ya se ha explicado en el primer apartado de este capítulo, la vinculación cocaína o heroína no es tan cierta como pretende establecer un cierto estereotipo y se vincula a diversos avatares de la trayectoria del adicto. De nuevo parece que esta trayectoria, es decir la evolución en el tiempo, que además no sigue siempre los mismos patrones, nos reitera un grado de complejidad, que debería ser una fuente de precauciones a la hora de establecer vínculos causales entre consumo de drogas y salud.

Si bien en este apartado sólo se recogieron las informaciones de aquellas patologías que los adictos atribuían al consumo de drogas, está claro que, aunque el diagnóstico haya sido realizado por profesionales, no se trata de una historia clínica recogida sobre un registro continuo, sino de la versión que los propios adictos manejan a partir de la información que les facilitan estos mismos profesionales.

— |

| —

—

—

— |

| —

capítulo

4

El contexto en el que se
desarrolla el consumo
y la adicción



4.1. La trayectoria residencial.

La muestra de adictos posee un comportamiento residencial un tanto peculiar y algo diferente al conjunto de la población de Castilla la Mancha, aunque, a la vez, este comportamiento no parece inteligible sin considerar las dos grandes variables que conforman el modelo de movilidad residencial de la población de la región en los últimos 30 años. De una parte la emigración externa a otras Comunidades Autónomas del Estado y otros países europeos, y de otra parte la emigración interna que ha concentrado la población en las mayores ciudades de la región.

La trayectoria residencial de más de la mitad de los adictos, 76 casos que representan el 51,3% de la muestra, refleja su condición de **castellano manchegos de origen y que apenas se han movido de la región**, salvo desplazamientos provisionales por razones laborales, o lo que es más frecuente en este colectivo, por utilizar algún recurso asistencial de tipo residencial situado en otra Comunidad Autónoma. Una parte de ellos sigue viviendo en el municipio donde nació, aunque casi todos han cambiado de vivienda una o varias veces. Entre estos últimos se sitúa el grupo que tras algunos cambios de vivienda en el municipio y en el entorno, ha vuelto, como resultante de la evolución de su adicción, con la familia de origen a la vivienda donde nacieron.

Conviene retener que algo más de la mitad de estos 76 casos han realizado una emigración interna, desplazándose desde los pueblos hasta las capitales de provincia y algunas de las ciudades más importantes de la región, en particular Talavera y los grandes pueblos de la Mancha Central. En las entrevistas surgen tanto situaciones en las que parece que esta migración interna la han protagonizado las familias al margen de los posibles problemas de drogas, como situaciones que reflejan que es el propio adicto quién, por los problemas que le ocasionaba su adicción, es el que ha abandonado el pueblo

(MTG10/GU/M24CO) Nace en (1979) en Fontanar, Guadalajara. Reside en la casa paterna hasta los 21 años (2.000) momento en el que se traslada a Guadalajara a vivir a la casa de los padres de su novio y comienza a convivir con ellos hasta la fecha. El motivo del cambio de domicilio tiene que ver con la situación familiar tensa que vivía en su casa a raíz del consumo "...con mi madre juntas no podemos estar, me llevo mejor así, viviendo fuera de casa". Refiere lo siguiente sobre el cambio de domicilio a Guadalajara "...al venir aquí cambió todo: las compañías, las peleas con mi madre se acabaron...", "...voy al pueblo y me hace falta hasta el aire".

El segundo tipo, que agrupa a 37 casos, es decir un 25% de la muestra un comportamiento residencial muy especial y, que sepamos, nadie había considerado, ni por supuesto estudiado, hasta ahora. Se trata de adictos cuyas familias, o ellos mismos, son originarias o han nacido en Castilla la Mancha, que habían emigrado hacia otras regiones (en especial y por orden de preferencia Madrid, Valencia, Mallorca y Cataluña)¹, así como a otros países europeos como Francia o Suiza, y que han **retornado a la región impulsados, al menos en parte, por la adicción del hijo o la hija**. Parece existir, en estas familias y en los propios adictos, una visión negativa en relación al grado de contaminación social y de drogas de aquellos territorios a los que acudieron en busca de oportunidades y que sin embargo han provocado una cierta situación de "ruina familiar" por la vía de las drogas.

Una cierta idealización de Castilla la Mancha, como un territorio pobre y rural, pero digno y libre de los riesgos de las drogas que concurren en los barrios más o menos marginales de las grandes ciudades, aparece en la base de esta opción. Pero el retorno también parece tener otros componentes ligados a la adicción, como pueden ser el fracaso de las expectativas de mejora familiar por medio de la emigración y que la adicción del hijo o hija ha truncado. Asimismo se expresa la idea de que un dispositivo de atención más cercano en términos culturales y atendido por personas que tal y como expresa la lógica campesina del "bien limitado" son "conocidos", es siempre mejor que un "sistema de atención" con más medios pero mucho más impersonal.

En algunos casos el adicto incluso volvió antes de que se iniciara su consumo de drogas, porque los padres suponían que al llegar a la adolescencia "en el pueblo con los abuelos" iba a estar más seguro. En realidad ocurrió lo contrario porque, como veremos en un próximo apartado, este desplazamiento en la estructura familiar constituye, por sí mismo, un importante factor de riesgo.

(DCAHV/LM/V31HE), nació en H. (Ciudad Real), pero a los pocos meses sus padres se trasladaron a Valencia, siempre vivió en barrios muy conflictivos y empezó muy pronto con las drogas. Sus padres no habían abandonado la casa del pueblo, pasaban en ella las vacaciones, semana santa y las navidades, e incluso "venían para los puentes y se organizaban para recoger las cuatro cosas de cosecha con los hermanos". A la vuelta de la mili quiso hacer su propia vida y con la especialidad de soldadura submarina estuvo en Andalucía, Bilbao y otros lugares. Pero como el consumo iba a más volvió con sus padres a Valencia, allí empezó los primeros tratamientos con muy poco éxito. En una visita al pueblo vieron como funcionaba el EAD y el ya se quedó con una tía. Después su padre, "vendió el piso de Valencia y sacó una indemnización del trabajo" y volvió al pueblo, piensa que "para que yo pudiera seguir el tratamiento viviendo con ellos". Con el dinero que sacó de Valencia arreglaron la casa del pueblo, su padre compró maquinaria agrícola con la que se alquila para trabajos agrícolas y entre los dos se ocupan de las tierras de la familia. A pesar de que nunca lo ha hablado con su padre cree que la idea de volver al pueblo, que fue por su problema con las drogas, en realidad ha beneficiado mucho a su padre que trabaja más a gusto y gana más dinero, y además "la vida en el pueblo dice mi madre que es muy barata"

¹ Hay que tener en cuenta que este orden no se corresponden con los flujos de emigración, sino con el orden que establece este grupo de retornados. Es decir puede que haya más castellano manchegos en Cataluña que en Mallorca y quizá tantos como en Valencia, pero los retornos de Cataluña son inferiores a los retornos de Mallorca o la cercana Valencia y por supuesto que de Madrid, donde el flujo es permanente. Esta distribución muestra a las claras la importancia del factor cercanía geográfica en esta opción de retorno.

(EBT11/TO/V34HE) Nace en (1969) en Delemont (Suiza), donde vive hasta los 28 años en que viene a Sonseca (Toledo) a la casa que tienen sus padres. Hasta los 19 años (1968) vive con sus padres en Delemont, edad en que termina *"mi aprendizaje de Vendedor de Ferretería"*. En éste mismo año marcha a vivir a *"Cantón de Neûchatel"* para comenzar a trabajar y permanece hasta (1989). En (1990) vive en Bienne (Suiza) durante un año, tras el cual se queda en paro y se traslada a *"Lago Lemán"* en (1993). *"Siempre trabajando en mi oficio de Ferretero"*. Durante tres meses vive en *"Veveg"* en una pensión, mientras tiene una experiencia de trabajo con otra empresa. Se queda en paro y vuelve a Delemont y *"me cogí un estudio"* para comenzar a trabajar de vendedor en un supermercado durante seis meses y de *"montador de andamios"* durante tres meses. Tras los nueve meses de trabajo vuelve a casa con sus padres. En (1996) vive en Basilea (Italia) durante un año trabajando en una oficina. Después *"estuve de ocupa"* en casa de unos amigos durante un tiempo y, *"con la condición de ingresar en un Centro"* viene a Toledo (España) a casa de sus padres en (1997).

El tercer grupo, con 18 adictos, un 12,1% de la muestra, es aun más peculiar ya que se trata de personas sin vínculos con la región pero que se traslada a la misma, a consecuencia de su adicción y buscando lo mismo que el grupo anterior, es decir mejores condiciones de vida, porque se supone que la vivienda es más barata, se puede vivir en contacto con la naturaleza, hay más tranquilidad y menos *"tentaciones"*. Además la atención terapéutica de la región se visualiza con mayor grado de cercanía en lo personal, frente a los dispositivos más masificados de otras regiones. En síntesis podemos decir que estamos ante de un grupo de inmigrantes, que han acudido a Castilla la Mancha a causa de su adicción a las drogas y que se han instalado en la región porque esta les ofrece una serie de ventajas.

Puede que alguno de ellos posea algún tipo de vínculo con la región, bien por ser la familia, o la familia de la pareja, originaria de la misma, pero este vínculo ni se especifica ni parece haberse mantenido de forma continua, como para considerarlos retornados, sino más bien **adictos inmigrantes**.

(EVP07/PU/V33HE) Nació y se crió en Madrid, concretamente en la zona de Pacífico (1970). Durante dos años, se fue a Barcelona con el único propósito de dejar de consumir (1996). Regresó de nuevo a Madrid porque en Barcelona el consumo era más elevado (1997). Definitivamente decidió intentar una nueva vida en Puertollano a la vez que comenzó el programa de metadona (2000). *"Venir a Puertollano fue la gran decisión, gracias a Dios me salió bien"*.

(MVG9/LM/V37HE) Nació en Carabanchel Madrid en 1966 donde residió hasta el 2000 (34 años) cuando se fue a vivir con su pareja a Quintanar de la Orden en Toledo. *"...He vivido en Madrid hasta hace 3 años que tuve la equivocación de venir a esta zona...es un agobio todo el mundo te conoce..."* *"...me he quedado aquí porque de alguna manera me he visto pillao..."* *"...tengo una casa que no tendría en Madrid, y animales que no los puedo meter en un piso...se agobiarían...los considero mi familia...me han ayudado mucho..."*

El cuarto grupo esta formado por castellano manchegos de origen, cuyas familias no se han desplazado de la región, pero ellos y a consecuencia de la propia adicción, han mantenido en lo personal a lo largo de años **una compleja trayectoria residencial fuera de la región**, que incluye en ocasiones varias Comunidades Autónomas y algunos países europeos. Estamos ante el 9,4% de la muestra (14 casos) que han emprendido una especie de huida permanente que les ha llevado a ir saltando de un lugar a otro en busca de *"nuevos territorios"* en los que *"buscarse la vida"* y mantener su estilo de vida adicto. Al final cuando la vida nómada ya no daba más de si han vuelto a la región e incluso a la residencia familiar.

(MDC13/TO/V53HE) Nació en mayo de (1950) en Villaluenga de la Sagra (Toledo). Prácticamente ha vivido siempre en su pueblo natal con sus padres. Refiere haber residido temporadas en países fuera de España relacionado con actividades ilegales y otras relacionadas con su estilo y filosofía de vida. Con 16 años manifiesta haber estado 3 meses en Tailandia de forma ilegal. En (1976-77) se va a Ámsterdam y está 7 u 8 meses viviendo allí, vuelve a España y a los pocos meses se marchó a Jamaica *“me fui a probar la marihuana de allí hasta que se me fue acabando el dinero”*. Actualmente reside en Villaluenga con sus padres.

Finalmente aparece un grupo de hijos de inmigrantes a la región, una categoría que esta muy presente en otras Comunidades Autónomas, pero que en Castilla la Mancha es muy residual porque en los últimos cuarenta años apenas se han recibido inmigrantes. Son sólo 3 casos que representa el 2% de la muestra.

Como conclusión se puede decir, sin ninguna duda, que el primer tipo de trayectoria residencial no es demasiado diferente al que aparecen entre los nativos de otras Comunidades Autónomas, pero en cambio los otros tipos de trayectoria residencial son un tanto peculiares, ya que el segundo tipo, es decir el 25% de casos que han retornado a la región, parece propio de Castilla la Mancha, aunque quizá también aparezca en otras Comunidades Autónomas, como Andalucía y Extremadura, que han sufrido un fenómeno similar de emigración hacia regiones industriales.

Se podría proponer la hipótesis de que el factor cercanía a las regiones receptoras, en especial Madrid y Valencia, lo que implicaba mantener la casa en el “pueblo” e incluso poder utilizarla durante las vacaciones y fines de semana, ha supuesto un acicate, que los emigrantes de otras Comunidades Autónomas no tenían, para esta emigración de retorno. La hipótesis se completaría si consideramos el tipo de vivienda tradicional de Castilla la Mancha, así como la titularidad de la misma, porque cuando se mantiene una propiedad en el “pueblo” la atadura es mucho más firme que cuando se abandona un alquiler o se vende la vivienda porque se emigra a un lugar lejano con el que resulta, o resultaba en los años 60 y 70, difícil mantener un vínculo continuo.

Sin embargo este tipo de explicación relacionada con las distancias resulta insuficiente y debemos contar con la presencia de las otras categorías de trayectoria residencial en la muestra, en especial con el tipo 3, es decir los adictos inmigrantes en Castilla la Mancha (12,1%), que se acogen en la región, atraídos por factores materiales como coste de la vida y disponibilidad de viviendas, pero también por la idea de un “espacio natural”, y por tanto puro y limpio, en el que superar los problemas de drogas resultara más fácil. Si consideramos además que el tipo 3, los adictos que retornan sin que sus familias hayan emigrado (9,4%), se mueven por motivaciones similares, resulta que **casi la mitad de los adictos que atiende la red asistencial de Castilla la Mancha están en la región atraídos por las posibilidades, materiales y emocionales, que les ofrece la misma.**

Estos resultados contrastan abiertamente con la forma tradicional de considerar el factor migraciones en los estudios sobre drogas y que se articulan en torno al eje jerárquico centro versus periferia. Hasta ahora sabíamos que las regiones rurales periféricas y menos desarrolladas aportan población que se desplaza a las regiones industriales centrales más desarrolladas. Los estudios sobre drogas, cuyos instrumentos han sido diseñados y realizados básicamente en estas últimas, consideran que la condición de emigrante, interpretada como dificultades para integrarse en la nueva sociedad, es un factor de riesgo, que explicaría las mayores tasas de adictos sobre el total de población que se supone aparecen en las mismas y que justifican un mayor esfuerzo, e inversión, en los programas sobre drogas.

Sin embargo algunos autores alegan que cuando se tiene en cuenta la pirámide de edades de cada región en relación a las edades de los adictos, los resultados obtenidos parecen diferentes y algunas regiones periféricas arrojan tasas de adictos, en las mismas edades, muy superiores a las regiones industriales y urbanas más desarrolladas. Entonces se atribuyen las diferencias al factor “condiciones de precariedad” en las regiones menos desarrolladas. Se trata de un factor ajeno a las políticas sobre drogas y que se supone se está resolviendo con los Fondos Estructurales y otras ayudas de la Unión Europea.

En el caso de Castilla la Mancha esta hipótesis ha sido claramente desmentida, primero porque las condiciones de precariedad que escenifica la “crisis de la sociedad agraria” produjeron justamente lo contrario, es decir menores de tasa de consumo y adicción, que en parte hemos atribuido al efecto del factor migraciones. Las mayores tasas de consumo aparecieron cuando se inició el despegue económico de la Región. Pero además estas hipótesis tan banales y lineales que tratan de establecer una especie de determinación causal entre menor nivel de renta y mayores problemas de drogas, no tiene en cuenta las actitudes y comportamientos de los propios adictos. Al mostrar como **los adictos, en su condición de tales, se desplazan buscando aquellas condiciones que les permiten alcanzar una mejor calidad de vida, una respuesta asistencial más directa y personalizada, así como mejores posibilidades para desarrollar un proyecto de vida**, y como esto es algo que ofrecen las regiones periféricas (siempre que no sean demasiado periféricas) frente a la saturación de las regiones centrales, permite introducir sobre todas estas hipótesis lineales una cuña naturalista que impide se vuelvan a formular.

4.2. Los vínculos familiares.

La cuestión de los vínculos familiares, que tratamos de forma recurrente en este estudio, ya que ha aparecido en el apartado “problemas familiares” del capítulo anterior y reaparecerá, como “personas de apoyo” en el siguiente, porque han sido tratadas como cuestiones independientes en los Informes.

En este apartado se han mencionado cuestiones relacionadas con los vínculos familiares que también aparecen en dichos apartados, pero que aquí vamos a analizar desde una perspectiva muy formal.

En primer lugar se han considerado **las relaciones con la familia de origen**, cuestión que se menciona, desde un punto de vista formal, en 82 informes, de los cuales 61 reflejan que se mantiene la relación con la familia de origen, y aunque se hayan producido discusiones y desencuentros con motivo de la adicción, es una buena relación, en la que se destaca con frecuencia la presencia de “una buena madre cuidadora”, así como actitudes de “discreción” por parte del adicto que no debe exhibir nunca las aristas más duras de su consumo, entrando en un juego de “se sabe” pero no hay que “rememorarlo”. Asimismo más de la mitad de los casos resalta que la familia de origen (o algún miembro) le ha apoyado en el proceso terapéutico, aunque también es cierto que en muchos casos esta relación se mantiene por que el adicto aceptó “un tratamiento” y por ello la familia “le apoya”.

(EBT4/TO/V30HE) La relación con sus padres ha sido muy buena, habla con ellos “absolutamente de todo” y “siempre” le han apoyado. Es el menor de tres hermanos. El hermano mayor “fue la leche” desde que supo de sus consumos le ha estado apoyando. Con el otro hermano no tiene la misma relación, yéndose de casa “cuando vio el tema” y “me pegaba muchas veces”. Con 23 años se encuentra sólo porque sus amigos empiezan a dejar las drogas y empieza a robar a los

amigos y “por desgracia “a sus padres “de hecho, les arruiné”, “yo cogía el dinero a espuertas”. En una ocasión su madre le vio “enjuagando” una jeringuilla en el servicio y “se puso...”, a raíz de eso le da una angina de pecho. Va a visitarla al Hospital y “me ponía” en el servicio, sin pensar “en nadie” y “me daba igual” romper la relación con su familia. Su madre ya no le dejaba entrar en casa. En alguna ocasión el padre le daba un bocadillo y le dejaba entrar. “un día me vino bien” ya que venía de Madrid en mal estado “llevaba cuatro meses sin ducharme, en mal estado, lleno de mierda y sin zapatillas”. Realiza tratamiento varias veces para poder entrar en casa pero sin ganas de “dejarlo”, “ha sido una vida continua de engaño”.

En 16 casos se precisa la existencia de una cierta relación con la familia de origen, aunque se describe como una relación muy conflictiva y basada únicamente en la existencia de dicho conflicto. Finalmente aparecen 4 casos que indican que se ha producido lo que consideran una ruptura absoluta y definitiva con la familia de origen, aunque esto, como hemos tenido ocasión de ver en otros casos, puede ser perfectamente una situación provisional.

(MDC14/TO/V37HE) La familia de origen está formada por el entrevistado, los padres y una hermana de la que apenas hace mención. Las referencias familiares son escasas. Las relaciones establecidas con su familia han sido prácticamente en la distancia. Decide tomarse un descanso en su carrera militar de unos meses y vuelve a Madrid a casa de los padres, conoce a una chica “nos enrollamos y se quedó preñá, yo no estaba enamorado y no quería saber nada de ella pero mí madre insistía y mí padre me compró un piso en Alcalá para que me casara. Apechugué con la historia, se me pasó el plazo para volver a la legión, así que me agobié de tal manera que en esas Navidades probé la cocaína y se descarriló todo”. Actualmente “menos con mis padres y mi hermana, me hablo con toda mi familia de Toledo que es mucha. A mis padres no los quiero ni ver, porque en quince años que estuve en la cárcel no fueron a verme ni una sola vez ni me escribieron una sola carta, así que, ahora, tampoco quiero saber nada de ellos. Mi primo me ha invitado a su boda y no voy a ir porque van mis padres”

De manera general podemos reiterar, en estrecha relación con todo lo dicho en el capítulo precedente, la permanencia del factor familia de origen en el sistema relacional de una mayoría de adictos de la muestra. Este intenso grado de familismo consanguíneo parece ser muy propio de las sociedades católicas mediterráneas, en contraste con las sociedades protestantes del norte y centro de Europa que presentan un mayor grado de individualismo y por tanto vínculos más débiles con la familia de origen. En todo caso se trata de un familismo que combina aspectos positivos (más apoyo por parte de la familia) y negativos (exceso de protección y embrollo familiar).

En segundo lugar podemos hablar de la **constitución de una familia propia**, que se ha citado en 37 casos (se supone que los demás no han tenido una familia propia, aunque seguramente se habrán producido algunos “olvidos”), en todos los casos se utiliza para hablar de “familia propia” el criterio de matrimonio y en algunos casos el de pareja de hecho siempre que hubiera hijos. En este sentido parece que, en el ideario de estos adictos, las parejas sentimentales, aun cuando se convive un largo tiempo, no conforman una familia salvo si se casan formalmente o hay hijos de por medio. En este sentido sólo 12 de los 37 casos mantienen la primera pareja con la que ha conformado esta familia, ya que la mayor parte de los casos (23) se ha producido uno o varios divorcios o separaciones, asimismo en dos casos la pareja ha fallecido.

En el capítulo 5 observaremos además la aparición de las llamadas “parejas terapéuticas” que se constituyen, formas en muchas ocasiones por dos adictos, en el contexto que ofrece un dispositivo terapéutico. Es decir hay pocas familias propias y además son muy inestables. También es cierto que los

hijos son muy frecuentes ya que 32 familias (un 86%) los han tenido, apareciendo varias familias con dos, tres o cuatro hijos e incluso nietos. Asimismo en 6 casos se cita la existencia de una familia reconstituida, con otra pareja y con los mismos criterios de matrimonio e hijos.

(EVP02/PU/V35HE) Desde su punto de vista, pertenece a una clase media alta. Su padre ha trabajado siempre en Repsol y donde ha tenido un puesto muy bueno. A nivel económico siempre han estado muy bien. “ *Mi padre es un hombre con cultura*”. Tiene un hermano con el que se lleva muy mal y no se habla desde que es consumidor. De su primera relación tiene un hijo de 12 años. El primer matrimonio fracasó por el consumo de drogas. Pasado más o menos un año comenzó una relación con una monitora del un centro de tratamiento de Ciudad Real. Con ella tuvo un hijo que ahora tiene 8 años. Han tenido muchas dificultades en su relación y se han separado hace unos 3 meses. Tiene un fuerte sentimiento de culpabilidad en cuanto a la relación que tiene con sus dos hijos. “ *Mis hijos?, nunca he sido padre. Que tengo de padre...!!*”.

En resumen mientras **se mantiene un alto nivel de relación con la familia de origen, las “familias propias” son escasas y muy inestables** a pesar de la existencia de hijos. Este hecho puede ponerse en relación con los resultados obtenidos en el capítulo anterior, que no sólo mostraban como se recuperaban las relaciones con las familias de origen, mientras la rupturas con las familias adquiridas eran más definitivas, sino que además este hecho se relacionaba con las diferentes actitudes, resultado de la pertenencia generacional y el tipo de valores en los que han sido socializadas respectivamente las madres (en la posguerra) y las esposas (a partir de los años 60 y la posterior transición democrática). Las primeras asumen de forma acrítica su rol de cuidadoras mientras que las segundas han sido educadas en el seno de una cultura más igualitaria y pragmática, en el seno de la cual la “mujer sacrificada” ha dejado de ser una imagen positiva y representa más bien un tipo de alineación poco recomendable. Por este motivo estas esposas no están dispuestas a “aguantar” sin más las manipulaciones, las mentiras, los problemas económicos, los acosos psicológicos y físicos, el abandono afectivo y otras circunstancias similares que rodean la adicción.

En el fondo la misma lógica envuelve el tema de los hijos, porque muchos adictos suponen que sus hijos van a representar el tipo de relación paterno-filial presente en sus familias de origen, es decir “un amor absoluto y desinteresado a cuenta del cual todo es posible”. En este sentido se supone que los hijos les van a “salvar” porque le van a ayudar a cambiar y dejaran de ser egoístas para convertirse en seres desinteresados, sin darse cuenta que este “amor desinteresado” es el producto de una determinada época y unos determinados valores que están muy lejos de su propia forma de pensar y sentir. El “milagro de los hijos” se convierte entonces en la decepción de los hijos, porque el adicto sigue siendo la misma persona antes y después del tener el hijo, es decir no se convierte de forma repentina en su propia “madre desinteresa” y capaz de todo (incluso dejar la vida de adicto si esta fuera su realidad), para ayudar al nuevo hijo.

En tercer lugar se menciona diversas **incidencias, o rasgos, en la familia de origen**, y que de alguna manera se citan porque se relacionan con la adicción. El primero de ellos es una fuerte presencia de familias numerosas, con al menos cuatro hermanos, pero en muchos casos con nueve, diez e incluso once. Son en total 36 casos y teniendo en cuenta que algunos entrevistados quizá no mencionaron este hecho, está claro, por la edad de los adictos y la evolución de las tasas de fecundidad en España que estamos ante una clara anomalía demográfica, que debería de alguna manera relacionarse con la adicción. Aunque también podría deberse todo a un mero efecto de clase social de pertenencia.

Esta característica, es decir la pertenencia a una familia numerosa, se completa con el hecho de que en 11 casos se cite el alcoholismo del padre y en 29 la adicción a drogas ilegales por parte

de los hermanos, además casi todas estas citas sobre problemas de drogas y alcohol en la familia, se corresponden con el rasgo de familias numerosas. En este sentido algunos entrevistadores utilizan el concepto de familia multi-problemática (9 veces) para referirse a ciertas familias numerosas con problemas cruzados de alcohol o drogas.

(NGC10/AL/M27HE) Procede de una familia marginal, ubicada en el barrio de las seiscientas, compuesta por los padres y nueve hermanos (tres hermanas y seis hermanos). El mayor con 30 años y el menor 15 años. Los siete hermanos mayores han tenido problemas de adicción a la heroína. Los dos menores (una chica de 16 y un chico de 15) por el momento residen en el domicilio familiar y no han tenido problemas. Actualmente cinco se encuentran en prisión. Uno en el centro penitenciario de Zaragoza y cuatro en el de Albacete. Su padre ha estado trabajando siempre como albañil, ahora está jubilado por una incapacidad, recibe una prestación. Ha tenido problemas con el alcohol. Su madre se dedica a sus labores. En el domicilio familiar también viven los dos hijos mayores de la usuaria (7 y 3 años). Con su madre no mantiene buenas relaciones, no se dirigen la palabra *“voy a mi casa a bañar a mi hijo, a cambiarlo de ropa, pero ella en un sitio y yo en otro. Siempre viene, que si estás fumando y no estoy fumando, pero te ve los ojos y ya se piensa lo peor”*. Su hermana mayor también está en tratamiento con metadona, y de los que se encuentran en prisión, dos de ellos también están realizando programa de tratamiento con metadona, en el centro penitenciario de Albacete.

Pero también aparece otra incidencia o rasgo aún más llamativo y menos conocido, ya que en 32 casos se ha producido una orfandad total o parcial por fallecimiento de uno o ambos progenitores en la minoría de edad del adicto. A esto hay que añadirle 17 casos de “desaparición”, por abandono o por separación, de uno de los progenitores, con el que no se ha vuelto a tener relaciones. La casi totalidad de estos 49 casos son distintos a las familias numerosas citadas más arriba y por tanto se refiere a familias con un solo hijo o con un par de hermanos. Además en ocho casos los niños se han criado con los abuelos, seis en instituciones y cinco con otros familiares, lo que de nuevo refleja una anomalía demográfica extraña para las edades de estos adictos. Algunos entrevistadores indican que esta circunstancia ha supuesto una “ruptura traumática” en el proceso de socialización del menor.

(CGL10/AM/M30CO) Su madre los abandonó cuando eran niños y ella cuidó de sus tres hermanos mayores y asumió el papel de la madre (1987) Tras el fallecimiento de su padre, (1997), sus problemas con las drogas aumentaron. 14 años después de la ruptura de sus padres, retoma el contacto con su madre, con la que vuelve a Almansa para intentar recuperarse. La relación con su madre la define como *“fatal”*. *“Mi madre nunca me ayudó, nunca se portó como una madre”*.

(EVP/PU/V40HE) Su padre fallece cuando era un niño. Sus abuelos y sobre todo su madre se tuvieron que ocupar de los tres hermanos. *“Mi madre tuvo que trabajar, la pensión que quedaba era pequeña, éramos tres hermanos...”*. Las dificultades para sacarlos adelante, hizo que una tía que vivía en Madrid se ofreciese para hacerse cargo de él por ser el menor de los hermanos. *“Mi madre tiene una hermana en Madrid, con familia y todo, pero tenían dos hijas, querían tener un hijo, me cogieron a mi, también por ser el más chiquitajo...”*. Convivió con sus tíos desde los 9 años hasta los 14 (1972- 1977). En Madrid comenzaron los consumos y por ello las primeras discusiones familiares, en este caso, sobre todo con su tía que se ocupaba de él. *“Me vine a vivir aquí, no era chico bueno, mis tíos dijeron que tal...”*. Regresó al pueblo con su madre, hasta que a los 24 años (1987) dejó embarazada a su novia y se casaron.

Como consecuencia se presentan dos dinámicas diferentes en la familia de origen y que parecen relacionarse con la adicción. La primera, que afecta alrededor del 25% de los casos, tiene que ver con

una familia extensa y compleja, cargada de problemas y dificultades. La segunda, que afecta a un tercio de los casos, tiene que ver con situaciones traumáticas o de duelo en el seno de familias nucleares de baja fecundidad. El resto de casos no parece reunir ninguna característica especial.

4.3. Los estudios.

La descripción de la trayectoria escolar de los adictos tropieza siempre con algunas dificultades metodológicas, ya que en general la determinación de estas trayectorias escolares contiene tantas variables que su determinación exige estudios ad-hoc que traten exclusivamente esta materia y aún con estos estudios tan especializados no resulta fácil establecer cuales son estas trayectorias. El asunto se complica cuando además la población de referencia ha sido escolarizada en tres sistemas distintos, en este caso el sistema de la antigua enseñanza primaria y el bachillerato previas a la reforma de 1972, el sistema EGB/BUP/FP que se mantuvo durante algo más de 20 años y desde la primera mitad de los noventa la progresiva implantación de la LOGSE.

Cada uno de los sistemas tiene edades obligatorias distintas, así como modelos de promoción y trayectos antagónicos. Ciertamente, por las edades, una gran parte de los adictos entrevistados (más del 80%) pertenecen a la etapa EGB/BUP/FP, pero 8 han crecido en el sistema anterior a la reforma de 1972 y 9 casos vivieron la transición de este sistema y la implantación de la EGB. En el otro extremo aparecen 9 casos que ya se han formado con la ESO. Obviamente este último grupo irá creciendo en los próximos años.

Estos problemas nos llevan a plantearnos la pregunta ¿resulta posible establecer un criterio relevante en torno a la escolarización y las drogas?, una pregunta que siempre se ha respondido, en los cuestionarios y protocolos, intentando recoger un máximo de información sobre el nivel de estudios alcanzado, iniciado o terminado, con resultados que han sido siempre poco satisfactorios y nada explicativos. En cambio en las entrevistas de este estudio, al no existir ninguna batería de opciones prefijada, tanto entrevistados como entrevistadores describieron la trayectoria escolar en unos términos muy pertinentes en relación a la cuestión de su posible influencia sobre el comportamiento adictivo. Sin pretenderlo se ha realizado un trabajo de carácter exploratorio que pensamos puede aportar una nueva forma de definir el “nivel de estudios”, al menos en trabajos sobre drogas.

Vamos a establecer y a describir cinco categorías, ya que de hecho no son necesarias más, para reflejar la posible relación entre las trayectorias escolares y las drogas.

La primera categoría es la de los **fracasados**, es decir aquellos que no han concluido la etapa obligatoria según el sistema vigente en cada momento, es decir primaria o su equivalente a 2º de bachillerato elemental hasta 1972 (12 años), EGB a partir de esta fecha (14 años) y ESO a partir de mitad de los 90 (16 años). En total nos encontramos con 54 casos es decir con el 36,4% de la muestra. Incluye a todos aquellos que no tienen graduado escolar, aunque algunos (5) indican que a pesar de todo poseen un certificado de escolar. El grupo incluye dos casos de analfabetos absolutos, es decir que no aprendieron a leer y escribir, y dos amplios grupos más o menos equivalentes, aquellos que no concluyeron la etapa obligatoria porque manifestaron comportamientos de rechazo escolar y otros problemas relacionados con el inicio precoz en el consumo y aquellos, la mayoría procedentes de ámbitos muy rurales, que dejaron de estudiar para ponerse a trabajar, generalmente en forma de ayuda familiar.

La segunda categoría se refiere a aquellos que concluyen la etapa obligatoria, es decir **obtienen el graduado escolar**, pero no siguen estudiando porque este no es el proyecto familiar y una vez superada la etapa obligatoria sin demasiados problemas se incorporan automáticamente a algún tipo de trabajo. Son en total 28 casos (un 18,9% de la muestra) en los que, casi siempre, este trabajo un tanto precoz se asocia con los primeros consumos.

La tercera categoría es la más numerosa con 46 casos (el 31% de la muestra) que se refiere a los que superada la etapa obligatoria continuaron estudiando pero acabaron **abandonando los estudios**, por los problemas que les ocasionan las drogas, sin concluir los objetivos que se habían planteado. El tipo de abandono más frecuente (32 casos) se refiere a los estudios de FP en el modelo de EGB/BUP/FP, en el que era posible iniciar estudios de FP1 con sólo el graduado escolar. Le siguen 7 casos de abandono en algún curso de BUP o en COU y 3 casos de abandono con estudios universitarios iniciados. Obviamente los niveles educativos de esta categoría son un tanto divergentes, pero todos tienen en común la ruptura de su proyecto educativo a causa de las drogas.

Sin duda esta categoría cambiará radicalmente con los casos más jóvenes ya que la prolongación de la edad obligatoria con la ESO y la conformación de la FP como un nivel de estudios post-bachiller, retroalimentará la categoría “fracasos” al tiempo que los abandonos en FP se reducirán ostensiblemente.

La cuarta categoría la componen aquellos que **completan su proyecto escolar** más allá del graduado escolar o la etapa obligatoria, son 15 casos (el 10% de la muestra) que no ven interrumpido su proyecto vital por las drogas. Así 12 de ellos concluyen la FP, 2 la etapa de secundaria y 1 la universidad, y casi todos ellos comienzan a desempeñar algún puesto de trabajo idóneo al concluir estos estudios.

Tabla 4.1 CATEGORÍAS DE TRAYECTORIA ESCOLAR²

VARIABLE	%	DESCRIPCIÓN
Fracaso Escolar	36,4%	No concluyen los estudios obligatorios vigentes en cada momento
Concluyen Primarios	18,9%	Concluyen los estudios obligatorios y no siguen estudiando porque este no es el proyecto familiar
Abandonan Proyecto	31,0%	Inician estudios post-obligatorios pero los abandonan en un nivel anterior al previsto en su proyecto personal o familiar
Completan Proyecto	10,0%	Completa un proyecto escolar post-obligatorio
Estudios post-tratamiento	9,4%	Retoman estudios como parte de su proceso de tratamiento o con posterioridad al éxito obtenido en el mismo.

Estas cuatro categorías agrupan a la totalidad de la muestra, pero además se ha detectado una quinta categoría de carácter transversal y que por tanto debe ser considerada estadísticamente al margen de las anteriores, pero que posee un indudable interés. Se refiere a aquellos que han **retomado algún tipo de estudio** en el contexto de las oportunidades que les ofrecía la atención terapéutica y la normalización de sus vidas. En principio pensamos que este tipo de estudios iba a aparecer en muchos casos, pero

² Las cuatro primeras categorías no suman 100 porque hay cinco casos (3,4%) en los que ha sido imposible determinar el nivel de estudios alcanzados. La quinta categoría se superpone lógicamente a las anteriores.

sorprendentemente sólo aparece en 14, es decir en un 9,4% de la muestra, la mayoría de ellos (9) se ha limitado a algún curso del INEM o a otros cursos de capacitación relacionados con programas de integración sociolaboral. Otro grupo (5) se ha empeñado en proyectos personales de estudios, al margen de los sistemas de prestaciones, recurriendo esencialmente a la UNED y a los estudios nocturnos de FP.

Debemos también mencionar que pesar de que un 36,1% de los entrevistados no tienen graduado escolar, no se ha detectado ningún caso de estudios destinados a obtener el mismo a pesar de que nos consta su existencia en algunos dispositivos. Se trata en todo caso de cifras sobre las que tendremos que reflexionar en las conclusiones.

4.4. La actividad laboral.

Si el análisis de las trayectorias escolares ha sido siempre complejo porque no se ha establecido una categorización relevante del nivel de estudios alcanzado, en el caso de las trayectorias laborales la cuestión es aún más complicada, porque a la falta de una definición precisa de las distintas situaciones laborales, se le añade la absoluta carencia de determinación formal de las diversas opciones que ofrece el mercado de trabajo, es decir, mientras la situación escolar puede describirse fácilmente con frases como “abandono en 1º de BUP o en 4º de ESO” que nos sitúan en un contexto formal identificable, la situación laboral no es tan fácil de describir. De una parte las definiciones de los tipos de empleo y contrato son muy complejas y además han cambiado a lo largo de los años de una forma constante con cada reforma de mercado laboral, pero por otra parte y a efectos comparativos, carecemos de información sobre las trayectorias laborales del conjunto de la población española.

Tales dificultades nos impiden valorar adecuadamente la experiencia laboral de los adictos de Castilla la Mancha, ya que, por ejemplo, podemos hablar de “precariedad” pero puede ocurrir que la supuesta precariedad del colectivo sea menor que la que padece la población general de sus mismas edades. Ciertamente, en el ámbito de la sociología y la economía del trabajo, aparece una versión, comúnmente aceptada, que muestra cómo en los dos últimos decenios se ha producido la transición entre un modelo muy mayoritario de trabajo estable con contratos fijos y para toda la vida, hacia un modelo cada vez más frecuente de contratación temporal en precario.

Pero una vez consensuado dicho modelo de transición laboral, comienza un debate en torno al momento en el que se ha producido dicha transición. Se trata de un debate que no sólo se refiere a la temporalización del cambio sino al “volumen real” de uno y otro tipo de relaciones laborales. Así, mientras que para algunos en el viejo modelo todos eran trabajadores fijos, para otros este tipo de contrato podía ser mayoritario pero no estaba tan generalizado como se presenta, ya que siempre existió una extensa franja de economía sumergida y además el trayecto hacia el contrato fijo requería un cierto tiempo y diversos avatares, en este sentido señalan, además, que esta visión del contrato indefinido puede aplicarse efectivamente a un segmento importante de varones pero no a las mujeres.

El consenso parece mayor cuando hablamos del trabajo actual ya que los altos índices de temporalidad y precariedad son, en la estadística y en la vivencia personal, muy evidentes. Pero en este caso, al producirse una ruptura tan drástica de tipos de contrato por edad, se produce otro debate ya que mientras que para algunos, sin duda los que manejan de forma más precisa los datos empíricos, la temporalidad y la precariedad son características permanentes e indelebles del nuevo tipo de relaciones

laborales, para otros la temporalidad y la precariedad reflejan sólo una etapa laboral que se va superando con la edad.

Todos estos debates afectan profundamente el análisis que vamos a realizar sobre este tema, ya que no es lo mismo situar la línea que diferencia la trayectoria laboral del colectivo de adictos a drogas ilegales en un lugar o en otro, es decir, si consideramos que ciertas formas de temporalidad y precariedad son “normales”, no podemos considerar como “peculiares” a aquellos adictos cuya trayectoria laboral coincide con estas formas de trabajo. A la vez resulta casi surrealista el planteamiento de algunos cuestionarios y protocolos de evaluación que consideran sólo como un éxito de integración sociolaboral el contrato indefinido, cuando, especialmente en ciertas edades, este tipo de contrato es una rareza.

En todo caso la información disponible nos permite establecer, con muchas más dudas que en el caso de las trayectorias educativas, un esquema de modelos de trayectoria laboral.

En primer lugar hay que diferenciar dos grandes núcleos en cuanto a su experiencia laboral. De una parte aparecen aquellos que muestran una **trayectoria laboral muy deficiente** en la que, a lo largo de los años, apenas han adquirido ninguna experiencia laboral, porque han sido trabajos de muy corta duración y nula especialización, que se inscriben en un estilo de “buscarse la vida” peculiar, en el que también suelen aparecer actividades de tráfico de drogas, prostitución, robos y otros delitos, combinados con estancias en la prisión y la utilización de prestaciones y recursos socio-laborales protegidos. De otra parte aparecen aquellos que han mantenido de forma, más o menos permanente, algún tipo de relación laboral y por tanto, muestran un **currículo de empleo normalizado** que no parece muy distinto al del resto de la población de sus mismas edades y nivel educativo.

No hay una línea de separación nítida entre ambos grupos, ya que los factores edad y años de consumo determinan los parámetros evolutivos, de tal manera que la menor edad suele ofrecer un perfil con una experiencia laboral más precaria y fragmentada, lo que estaría acorde con los tiempos y la evolución del mercado laboral, al tiempo que más años de consumo y por tanto mayor edad, se produce la paradoja de una mayor estabilidad a lo largo de tiempo combinada con crecientes dificultades relacionadas con el deterioro personal que produce una adicción prolongada. En todo caso se han podido identificar de una forma clara a 39 casos (26,3% de la muestra) con el primer grupo que realizan trabajos esporádicos y precarios y a 78 casos (52,7% de la muestra) con el segundo grupo que tienen una trayectoria laboral normalizada. El resto (31 casos que representan el 20,9%) son difíciles de clasificar en uno u otro tipo.

Pero ambos grupos muestran también una cierta fragmentación interna, ya que en el primero aparece un polo de aquellos que no han trabajado nunca o casi nunca, aunque si se han buscado la vida y han delinquido, frente a otro polo en el que están aquellos que han tenido, a veces por periodos de más de un año, trabajos que han combinado con este estilo de vida marginal y delincencial. En el eje que enlaza ambos polos se van situando todos los casos posibles, sin que parezca predominar ningún tipo de trayectoria laboral.

(NGC7/AL/V37HE), Su primer trabajo fue en una pastelería de Madrid, al terminar los estudios. Estuvo trabajando en ella hasta que se fue a la mili, al volver de la mili volvió a trabajar otra vez en la pastelería, estuvo durante un año y medio “*lo dejo, me echan, estaba fijo, pero como me hacía falta dinero y yo trabajar en esas circunstancias no podía porque estaba consumiendo, me dieron la liquidación*”. Posteriormente se fue a trabajar a un camping, en un pueblo de Madrid, donde estuvo unos 6 meses en 1985. Después de un parón de unos dos años, empieza a trabajar con un carpintero durante tres meses en el pueblo de Toledo “*lo dejé porque me robaban, no me pagaban bien*” Luego estuvo trabajando recogiendo aceituna durante un par de meses, y el

siguiente trabajo con el padre de su primera pareja, como albañil durante unos cuatro años. Su siguiente trabajo fue como carpintero en Toledo durante tres meses (1995). De (1995) a (1998) apenas trabajó debido a su estancias en las comunidades terapéuticas. Su último trabajo fue como autónomo, después de finalizar el programa HORIZON de la CEE (1998), durante unos meses, después le dieron la incapacidad.

(NGC14/AL/V28HE) Su primer trabajo fue como temporero en el campo (1989). Le ofrecieron otro trabajo como carpintero en una fábrica de muebles de Albacete, estuvo tres años. (1990). Se marcha a la mili y al regresar empieza a trabajar de pintor como autónomo, trabajaba para "Oscar Mayer" (1992), estuvo dos años trabajando. Lo dejó porque no tenían trabajo para él. Después se empezó a ganar la vida recogiendo a las prostitutas de sus casas, llevándolas a los locales y cuando terminaban al contrario, las recogía de los locales y las llevaba a su casa. Empezó también a traficar con cocaína. Cuando salió de prisión estuvo trabajando siete meses con su hermano de albañil "no tenían mucho trabajo, los demás albañiles estaban casados y con hijos y me dijo a mí que me fuese, además no me tenía asegurado ni nada porque yo estaba cobrando la prestación de prisión".

En el segundo grupo, es decir aquellos que han tenido una trayectoria laboral más o menos normalizada, predomina (con casi 60 casos lo que representa el 40% de la muestra) el tipo de adicto que ha trabajado casi toda la vida de una forma continua, aunque poco estable y con frecuentes cambios. Trabaja ejerciendo un oficio, en sectores como la hostelería o la construcción en los que este estilo laboral de precariedad y temporalidad en los contratos, que se sitúa en la difusa frontera de la legalidad y el trabajo sumergido, resulta habitual para todos los que trabajan en estos sectores. Resulta interesante constatar como este subgrupo se ha venido conformando con una parte sustancial de aquellos casos de fracaso escolar o que sólo han concluido la etapa obligatoria y han sido **trabajadores muy precoces**.

En referencia a los dos sectores citados (hostelería y construcción) conviene señalar que mientras el sector de la hostelería ha sido ampliamente mencionado como uno de los componentes en los procesos de adicción, el sector de la construcción sólo es mencionado como "un lugar de trabajo". Pero en ambos casos se produce una sobre-representación de ambos sectores de actividad entre los adictos. Para tratar de clarificar las diferencias del tipo de relación que mantienen ambos sectores con el consumo de drogas, se puede proponer la hipótesis de que mientras la hostelería supone un ámbito en el que la oferta de drogas es muy intensa, la construcción es en cambio un ámbito libre de drogas pero en el que se obtienen, sin tener demasiada preparación, elevados ingresos que permiten comprar drogas y mantener esta adicción.

(STJ19/TA/V33CO) Comienza a trabajar con 17 años (1987) en "la escuela taller de mi pueblo". Desde entonces "nunca he estado parado, siempre trabajando en el sector de la construcción, como albañil".

(RLG3/LM/V36HE) Inicia la vida laboral a los catorce años, "yo el trabajo no lo he dejao nunca, me he gastao mucho pero todo ha salido de mi espalda", "los vicios, si estás pa tomarlos estás para pagarlos". Ha trabajado siempre como albañil y ayudando en faenas agrarias a su padre.

Pero aún siendo este el subgrupo más numeroso, entre aquellos que han tenido un empleo normalizado, aparecen otras dos categorías, minoritarias pero interesantes, la primera se refiere a aquellos que han mantenido por largos periodos, en ocasiones de más de 20 años, empleos estables con contratos fijos. Se trata de menos de una docena de casos (sobre el 7% de la muestra) pero, curiosamente casi todos ellos personas de edad avanzada, clasificados como casos de heroína.

(CGL06/AM/M37HE) Ha trabajado en la misma empresa de calzado desde los dieciséis años,(1982) “no he faltado y dentro de lo que cabe con un poco de conocimiento, que en estos casos casi siempre se pierde y mi jefe me conoció bien, me dio un margen de confianza, hablaba conmigo cuando me veía mal, me aconsejaba dentro de lo que podía. Muchas veces me he levantado de mono y me iba a trabajar y gracias al trabajo yo me he sujetado mucho.”

(RGP03/CR/V31HE) Desde los 20 años se encuentra empleado en una empresa de ambulancias de manera discontinua “lo que pasa es que por mis recaídas en las drogas he entrado y he salido de la empresa” “me echaron de las ambulancias y estuve trabajando para una empresa de maderas volví a las ambulancias me echaron y cuando me desenganché me volvieron a coger”.

El último subgrupo, aun más pequeño, identifica a aquellos que han mantenido una cierta continuidad en el trabajo, porque se situaban en sistemas ayuda familiar, en agricultura o comercio, o con pequeñas empresas familiares. En todo caso no hay que confundir este grupo con los “trabajos provisionales en régimen de ayuda familiar” que aparecen en diferentes momentos de algunos currícula laboral.

(FSM8/AL/V29HE) Siempre ha trabajado en la peluquería, en Alicante desde los 16-19 años, (1990-93), y con posterioridad en “su peluquería propia”, en la que lleva trabajando 9 años, desde los 19 años, en (1993), hasta la actualidad, (2003). En la mili (Alicante) fue cuando inició el consumo de hachís, 17-18 años, en (1991-92).

Conviene señalar que efectivamente los casos de jóvenes cocainómanos parecen mostrar, hasta el momento en el que la cocaína se convierte en un problema, un buen nivel de integración sociolaboral, e incluso se da con una cierta frecuencia el estereotipo del joven cocainómano con un buen trabajo y muchos ingresos. Pero entre los “viejos heroinómanos”, aparte del sorprendente grupo de aquellos que han tenido un trabajo estable a lo largo de todos sus años de consumo, también nos encontramos historias laborales que comenzaron con el éxito y la cocaína y que, tras los primeros problemas con esta drogas, se han convertido en marginales a lo que se califica de heroinómanos.

Por último, aunque volveremos a tratar esta cuestión en el capítulo 7, conviene señalar que la “situación actual” del colectivo muestra un grado de deterioro laboral muy superior al que se podría prever si consideramos sólo la trayectoria laboral anterior. Así casi todos los que han transitado sobre una trayectoria laboral deficiente con estilos de vida marginales, están, con algunas loables excepciones, sin trabajo y no parecen tener expectativas de lograrlo. Algunos están trabajando en algún tipo de trabajo protegido o público, pero obviamente se trata de empleos provisionales con pocos visos de continuidad.

Además una parte importante de aquellos que pertenecen al bloque de las trayectorias laborales más estables tampoco tienen ahora trabajo.

La explicación es mucho más simple de lo que imaginamos. Ocurre que en un momento determinado de su historia, cualquier adicto comienza a tener problemas de salud y relaciones conflictivas con su entorno. Tales problemas se reflejan rápidamente en el ámbito laboral, al tiempo que el adicto comienza a plantearse seriamente la cuestión asistencial. Si tomamos una muestra de adictos que han sido objeto de una intervención terapéutica, no es raro encontrarnos con estos problemas laborales, aún después de un historial de estabilidad en el trabajo. Se trata por tanto de una muestra intencional de “adictos con experiencia terapéutica” que ha sido conformada al menos en parte por esta problemática laboral.

Ciertamente la intervención asistencial incluye algunos objetivos relacionados con la inserción socio-laboral y de hecho algunos adictos están, precisamente en este momento, participando en estos programas, pero la mayor parte no participan al menos por dos tipos de razones: algunos están cobrando algún tipo de prestación y no se plantean la alternativa del trabajo, mientras otros no se plantean la “cuestión laboral” hasta que no hayan resuelto algunos problemas, físicos o emocionales, relacionados con la adicción, lo cual les conduce a un círculo vicioso en el cual la estabilidad personal no se logra por falta de una adecuada inserción socio-laboral, al tiempo que la falta de inserción impide alcanzar un cierto nivel de estabilidad personal.

Hay que tener en cuenta que las prestaciones, obtenidas al margen de la red asistencial de drogas, aunque en ocasiones gestionadas por la misma, son bastante frecuentes, aunque difíciles de estimar salvo si se recoge una información muy detallada sobre las mismas. Podemos decir que en el grupo marginal con trayectorias laborales deficientes es más habitual cobrar, o haber percibido, algún tipo de ayuda no contributiva, mientras que en el grupo con una trayectoria laboral estable se ha recurrido con más frecuencia a prestaciones por desempleo, a las bajas laborales e incluso a las jubilaciones anticipadas, asimismo se mencionan en ambos casos las pensiones por VIH/SIDA. Se trata de una situación más común de lo que se suele mencionar, quizá para no exacerbar la estigmatización que ya envuelve al colectivo. Pero de hecho una parte importante del colectivo no se plantea opciones laborales, que le reportarían ingresos muy discretos con trabajos poco o nada gratificantes, porque puede mantenerse en este “buscarse la vida” que incluye diversas prestaciones, ayudas familiares, así como algún trabajo temporal y parcial.

En este sentido la situación de los adictos no es tan diferente a la de otros colectivos con problemas de integración sociolaboral, aunque la actitud social frente a unos u otros resulta diferente, ya que se considera que si bien otras minusvalías que dificultan la actividad laboral deben, en justicia, compensarse con ayudas y prestaciones, en el caso de las adicciones, que son interpretadas en clave de “vicio personal u opción voluntaria”, se produce un evidente rechazo social.

En todo caso no podemos obviar que algo más de una cuarta parte de la muestra expresa una situación laboral más o menos estable y que incluso aparecen algunas personas que viven de “sus rentas”.

(CGL10/AM/M30CO) Sin trabajo en la actualidad. “Tengo una economía suficiente para vivir; tengo casas y pisos, y cosas que me dejó mi padre”. Después especifica que poseen dos pisos en Alicante y tres en Almansa.

4.5. La sexualidad.

La cuestión de la sexualidad sólo ha aparecido en un número muy reducido de entrevistas. La mayor parte de los entrevistados no se refirieron para nada a esta cuestión y sólo figura alguna mención en 41 informes es decir el 27,7% de la muestra. Además, como veremos, estas menciones no se refieren al tema de la sexualidad en sentido estricto, sino más bien a las relaciones afectivas y a la cuestión de las parejas formales. Una primera explicación tiene que ver, al menos en parte, con algunos aspectos metodológicos, ya que con una única entrevista no parece fácil conseguir el suficiente grado de confianza como para que se traten ciertos temas, a pesar de que la propia temática de la entrevista se centre en otros aspectos muy “delicados” de sus peripecias vitales y que parecen exigir una cierta confianza

Pero por otra parte las propias respuestas de aquellos que contestaron a este tema nos ofrecen una explicación alternativa, ya que de una parte uno de cada tres sujetos que mencionó el tema de la sexualidad hizo hincapié en que las drogas resultan poco compatibles con la misma. Se supone que la adicción a drogas reduce la libido, bien porque la propia sustancia produce este efecto, o bien porque el ritmo vital cotidiano está tan centrado alrededor de las drogas que otros aspectos de la vida simplemente desaparecen.

(ERB8/TA/V48HE) Durante la época de consumos “Con las tías no te enterabas, lo dejaba todo a medias”

(DCAHV/TA/V36CO), “Con la mujer tratas de que todo siga igual, que a ella no le afecte, pero se nota enseguida la falta de dinero, además se mosquea, porque piensa que tienes algún rollo, porque tu..., bueno que nada, que cuando has consumido pasas, que llegas a casa y nada, claro, ella piensa ¿y este tío con quien andará? Pues con una muy delgadita y blanca”, aunque opina que para algunos esto es mejor que cuando se enteran ya que entonces suelen separarse, en su caso no fue así y su pareja le ha apoyado siempre.

Claro que algunos, identificados o clasificados como jóvenes cocainómanos, también relatan algunas experiencias sexuales satisfactorias en el propio contexto del consumo. Aunque este tipo de placer sexual parece efímero, exige una pareja consumidora y no implica ningún tipo de garantía en las siguientes relaciones que se verán sometidas a la presión de un estilo de vida centrado en la sustancia. Quizá por este motivo algunos rechazan a las posibles parejas consumidoras.

(RLG3/LM /V36HE) Ha tenido relaciones heterosexuales esporádicas, “yo sí, rollos no me han faltado... pero nunca con mujeres toxicómanas... no me gustan, una mujer viciosa es mucho peor que un hombre vicioso...”

En este sentido se produce una extraña paradoja que refleja a las claras la complejidad de la vida del adicto: se refiere a la estabilidad de las relaciones y al hecho de que la causa de las frecuentes rupturas sean las propias drogas. En este sentido se trata de un colectivo poco promiscuo, porque cuando las relaciones sexuales se convierten en una cuestión secundaria, hay pocas infidelidades y por tanto las rupturas provocadas por este motivo son escasas. Pero a la vez el consumo y los problemas asociados al mismo han provocado, como hemos constatado en el apartado de “vínculos familiares”, un índice de rupturas muy elevado en el colectivo, lo cual ha supuesto que, en la mayoría de los casos, debamos hablar más bien de parejas sucesivas, aunque pocas y siempre buscando algún tipo de estabilidad que compense el desajuste que produce la adicción.

(CGL07/AM/V35HE) Vida en pareja estable durante 14 años, que ha vuelto a reanudar tras una separación de dos años. No hace referencia a experiencias sexuales o sentimentales durante esa etapa de separación.

La conclusión obvia es que el colectivo se caracteriza globalmente por un bajo nivel de práctica sexual, al menos cuando el consumo y la adicción se convierten en el componente esencial de su estilo de vida. Tal conclusión contrasta abiertamente con el intenso grado de morbosidad sexual con el que los MCS tratan el tema de las drogas. Se trata de una fantasía más del imaginario social, ya que incluso, cuando se dan situaciones de prostitución, esta suele ser una mera opción de supervivencia, que suele producirse en aquellos casos en los que ambos miembros de la pareja son consumidores. Además, según pudimos constatar en una investigación mediante un grupo de discusión de adictas que habían ejercido la prostitución y que nunca se ha publicado, se trata de “una prostitución sin apenas sexo, con la que

engañas a los incautos, porque además no estas en condiciones físicas de hacer mucho más”, con la que se gana poco dinero y que exige “un trabajo de calle muy duro”

(EVP05/PU/M32HE) Según ella ha estado *“tirada en la calle”,* ejerciendo de prostituta. Esta parte de su vida prefiere ni hablar de ello. El consumo les trajo muchos problemas económicos. Tuvieron que pedir préstamos y les quitaron el piso.

(EBT15/TO/M31HE) Su pareja mantiene relaciones con hombres *“para ganarse la vida”, “muy duro”.* Se contagia del VIH a través de su pareja ya que *“no usaba preservativo”.*

Toda esta precaria vida sexual aparece además cruzada transversalmente por los problemas que ocasiona el VIH, que produce rechazo y plantea problemas relacionados con las inevitables precauciones. Lo que da lugar a diferentes tipos de respuestas, desde aquellos que parecen obviar esta realidad, hasta aquellos que renuncian a tener cualquier tipo de vida sexual.

(STJ7/TA/V37HE) Aunque es VIH positivo, *“esto no me ha afectado nunca con mi pareja”.* Es *“consciente de lo que la puedo transmitir”* y en sus relaciones *“tomo precauciones”.* No ha tenido parejas anteriores.

(STJ11/TA/VA32HE) Es padre de una niña en (1989), cuando tiene 18 años *“entonces estaba enganchado y no me daba cuenta de la responsabilidad”.* Refiere que *“nunca he tomado precauciones para no ser padre”* y en relación a que es VIH positivo *“eso nunca me ha afectado, ni siquiera en la cama”.*

(RRM3/CU/V28HE) *“Claro que ha influido, porque mi mujer y yo queríamos tener otro chiquillo y no podemos por mi problema (es VIH. positivo), y tener que hacerlo siempre con el preservativo y eso, pero bueno hay que hacerlo así...”*

(ERB9/TA/V30HE) No han mantenido relación estable *“he tenido amigas por que soy consciente de lo que tengo y no todas están dispuestas a aguantar eso [VIH]. Si alguna quiere tener hijos se va en cuanto se enteran y si no también”.* Considera incompatible el hecho estar infectado por VIH con una relación no tanto por él sino por la otra persona.

De los casos anteriores se deduce una fuerte presencia de parejas consumidoras, incluso entre los varones que, como hemos visto en el capítulo anterior no citan esta circunstancia cuando hablan de *“inicio de consumo”,* pero ahora al hablar no de drogas sino de parejas nos encontramos con el hecho de que una parte importante de los varones también tiene parejas consumidoras. Esto ocurre incluso en el caso de parejas homosexuales.

Parece como si las mujeres adictas atribuyeran a sus parejas masculinas consumidoras una especie de rol como responsables de su adicción, ya que si no hubiera sido por ellos estas mujeres no habrían iniciado el consumo, pero a la vez los varones atribuyen a sus parejas femeninas consumidoras otro rol como *“sostenedoras de la adicción”* ya que les impiden abandonar el consumo cuando ellos estaban dispuesto a hacerlo. Este juego de mutuas descalificaciones, en la que se atribuyen mutuamente el papel de Sátiros y de Harpías, parece corresponder a ciertos estereotipos de género, pero a la vez tales estereotipos conforman la realidad de las relaciones en las parejas de adictos.

(RRM5/CU/M31HE) Todas las relaciones que ha tenido han sido con chicos consumidores. Comenzó a consumir porque su primera pareja consumía. Tuvo una recaída como consecuencia de un embarazo no deseado que le llevó a abortar, lo que le produjo mucho malestar y volvió a consumir. Su última recaída también coincide con el comienzo de su actual relación. Ella tuvo una recaída y su pareja solo consumos ocasionales.

(RLG8/LM/V29HE) Sólo ha mantenido una relación de pareja que duró cinco años, y finalizó hace dos años, debido a que le suponía un obstáculo para su recuperación,: *“ella empezó a consumir, y me hacía chantaje para que yo consumiera, porque ella lo podía controlar pero yo no, así que la dejé”*.

La lógica de toda esta situación parece conducir en la mayoría de los casos, y seguramente a muchos de los que no han declarado nada en este apartado, hacia la soledad y la vuelta a la familia de origen. El proceso de adicción va rompiendo los vínculos familiares, las amistades y las posibilidades de estabilidad afectiva y como consecuencia el adicto está al final muy sólo, lo que, como veremos más adelante, le lleva establecer, o a tratar de establecer, relaciones preferentes con los equipos de atención.

Se trata de una soledad que, sin duda, conforma un conjunto de problemas que se convierten en graves dificultades a la hora de superar la adicción. Uno se encierra en su casa, con un núcleo familiar muy reducido o quizá solo, para evitar aquellas situaciones que puedan resultar tentadoras. Obviamente podría hacer otras cosas y relacionarse con otras personas, pero ha perdido todos los vínculos que le podrían permitir un estilo de vida, de ocio, normalizado y ajeno a las drogas. Eliminar estas situaciones de soledad debería ser una de las prioridades de cualquier programa de drogas.

(RLG16/LM /V27CO) Ha mantenido algunas relaciones de pareja. Actualmente no tiene ninguna, debido a que le cuesta mucho adaptarse a su nueva situación en el pueblo donde vive *“me da vergüenza salir por el pueblo y saber que pensará la gente”*.

(DCAHV/AL/V39HE), Afirma que no sale nunca de su piso salvo para trabajar e ir a ver su madre al pueblo, no quiere ver a nadie *“tendría que ir a sitios y no quiero ir a ningún sitio, a ningún bar ni a nada”*, afirma que sale del trabajo y consigue llegar a su casa sin que haya mirado a nadie, *“no se como se visten ahora las chicas o si son guapas”*. Mucho menos si se trata de un chico en el que pueda intuir una posible homosexualidad. Los compañeros de trabajo le invitan a veces a *“tomar una caña”* y el se niega. Lleva así dos años, desde la última recaída. No sabe si le gustaría tener algún tipo de relación afectiva porque la visualiza como un peligro.

— |

| —

—

—

— |

| —

capítulo

5

La experiencia terapéutica de referencia en el EAD.



5.1. Los componentes de la experiencia en el EAD.

En este punto llegamos a la cuestión central que motivó la investigación: mostrar la experiencia terapéutica de los adictos de Castilla la Mancha. Aunque de manera inevitable en el desarrollo de la investigación se han considerado otros aspectos de la trayectoria vital de los adictos el objetivo principal se refería a esta experiencia. Pero el resultado obtenido nos obliga a reconsiderar la centralidad del objetivo “experiencia terapéutica” entendida en términos de un acontecimiento bien delimitado, es decir, la experiencia de referencia en el EAD no es necesariamente el acontecimiento más relevante en la historia del adicto.

En parte esta pérdida de relevancia es, como veremos en el próximo capítulo, una consecuencia de la existencia de otras experiencias terapéuticas en la trayectoria vital del adicto. Pero no se trata de que alguna de estas experiencias sea en términos comparativos más importante sino de algo muy distinto: no podemos considerar nunca una experiencia terapéutica como un hecho aislado sino como parte de un proceso en el que las sucesivas repuestas asistenciales van conformando una trayectoria que sólo puede entenderse como una acumulación de refuerzos, algunos positivos y otros negativos. Y que además no son positivos o negativos por sí mismos sino en relación a los otros componentes de esta misma trayectoria, es decir, para un mismo sujeto, una determinada opción terapéutica puede resultar negativa en un momento y positiva en otro, o lo que es más frecuente aparecerá cargada de ambigüedades y dobles vínculos y será vivida de forma alternativa como positiva o negativa según varíen las circunstancias.

Porque, y esta es la cuestión clave, la experiencia terapéutica concreta e incluso el conjunto de experiencias terapéuticas cobran sentido en el contexto de unas dinámicas personales caracterizadas por la complejidad. Es decir “lo terapéutico” conforma una abstracción, un procedimiento, una experiencia,

relativamente simple, conformada por unos pocos mimbres que sin duda son muy importantes en la trayectoria vital del adicto, pero que sólo adquieren sentido en el contexto de la complejidad de la trayectoria vital de este adicto. Quizá por este motivo, por la posible simplicidad, exista mucha literatura científica sustentada en la abstracción de “lo terapéutico”.

Por todos estos motivos en este capítulo, que recoge los datos relativos al principal objetivo de la investigación, se van a presentar de forma paradójica los pocos mimbres que conforman esta experiencia terapéutica de referencia, es decir aquella experiencia en el EAD que ha conformado los 148 casos de la muestra distribuidos por año de consulta, droga principal según criterio SEIT y sexo. Debemos volver a aclarar que esta experiencia de referencia es sólo una parte de todo el conjunto de experiencias terapéuticas de estos mismos adictos, pero en este punto, para respetar el carácter muestral de los casos elegidos se va a analizar exclusivamente la experiencia de referencia en el EAD.

De entrada conviene explicar que se trata de una experiencia situada en diferentes momentos de la historia personal de adicción y que no es más que un acontecimiento particular situado entre otras posibles experiencias terapéuticas, ya que si bien en algunos casos (en torno al 17%) se trata del primer contacto realizado con un dispositivo de tipo terapéutico, para la mayoría se trata de un contacto más entre una larga lista de inicios de tratamiento y posteriores recaídas¹. Asimismo para muchos esta ha sido una experiencia de éxito, tras la que no se ha producido ninguna recaída, mientras que para otros se trata de una experiencia terapéutica fallida a la que siguieron muchas otras.

Tales datos se sitúan en un contexto temporal evidente, así las recaídas son más frecuentes cuanto más nos dilatamos en el tiempo para seleccionar el caso muestral, y son menos frecuentes cuanto más cercana se sitúa tal experiencia. Aparte del factor temporal, este resultado (cuanto más antiguo es el caso aparecen más recaídas) puede también relacionarse con la generalización de los Programas de Mantenimiento con Metadona que, por su propia naturaleza, parecen gozar de mayores índices de retención. Asimismo en los casos más recientes de cocaína también parecen detectarse buenos niveles de éxito, pero esto puede ser debido a que en una gran medida a que muchos de estos casos aún están en tratamiento o lo han concluido hace muy poco tiempo.

Volveremos a retomar este tema en el próximo capítulo, para centrarnos ahora en **la experiencia concreta en el EAD que ha sido seleccionada de acuerdo con los criterios muestrales**, y para ello comenzaremos mencionando la circunstancia que espontáneamente alegan los adictos para entrar en contacto con cada uno de los EADs de referencia.

La mayor parte de ellos (46) indican que acuden al EAD **para realizar un tratamiento con Metadona**, lo que resulta muy relevante, porque no refiere otras circunstancias, sólo la posibilidad de someterse a un tratamiento con metadona como una razón que motiva la decisión. Asimismo algunos hacen mención a fracasos anteriores en Programas Libres de Drogas (4), y algunas chicas a embarazos (3). En este sentido la metadona, parece para este grupo tan mayoritario una especie de oportunidad especial para conseguir, de una forma razonable, salir de una situación negativa y alcanzar algunos objetivos,

(EVP03/PU/V34HE) Desde el año (1998) está en el programa de mantenimiento con metadona. Aunque primero estuvo en tratamiento con antagonistas pero no le dio buen resultado. *“Con la metadona no es lo mismo, pero por lo menos te olvidas de que quieres consumir, la heroína tiene un componente euforizante que no tiene la metadona, pero bueno”*

(EVP01/PU/V53HE) Para él la experiencia del tratamiento está siendo muy buena, alrededor de (1994). *“Desde que me metí en el tema este de la metadona, la familia está mejor”*. *“Nunca antes*

¹ La elección al azar de cada una de estas experiencias garantiza su representatividad, pero a la vez supone correr el riesgo de que alguna de ellas resulte muy poco significativa.

había intentado un tratamiento, siempre me he quitado solo, personalmente lo he conseguido varias veces, lo he pasado muy mal, muy mal, pero lo he hecho”.

Pero no sólo metadona, sino que una parte, tanto en los casos antiguos como actuales, también indican como razón exclusiva para acudir al EAD una modalidad concreta de tratamiento, en este caso a la **Naltrexona** (8) y otros tantos indican que **la razón es comenzar un Programa Libre de Drogas** (8), de estos últimos en tres casos afirman haber sustituido un PMM por un PLD, en un caso por incompatibilidad, (CGL09/AM/V32HE) *después de la operación no podía seguir a la vez con la metadona y los medicamentos y comencé un programa libre de drogas”*. En todo caso vemos como en total 62 casos (un 42% del total de los casos y un 59% de los casos de heroína) refieren que la razón por la que acudieron al EAD era una modalidad de tratamiento concreto, lo que nos hace suponer que conocían previamente esta modalidad de tratamiento y que han acudido al centro en busca de la misma porque les parece útil o interesante como forma de resolver sus problemas.

Es decir estos adictos manifiestan que han acudido al EAD porque conocían la existencia de un tratamiento, por antagonistas, agonistas o a través de la abstinencia, que representa una oportunidad terapéutica en un determinado momento de sus vidas. De hecho en la narración aparecen personas, en ocasiones profesionales del propio EAD citados por sus nombres, o profesionales de recursos externos, figuras del entorno familiar o social del sujeto, otros adictos en tratamiento o ellos mismos en sus experiencias terapéuticas previas que han sido “la fuente de información”, que les ha convencido de la bondad y utilidad de una determinada modalidad terapéutica y ellos han acudido al EAD confiados de las posibles ventajas que ofrece la modalidad elegida.

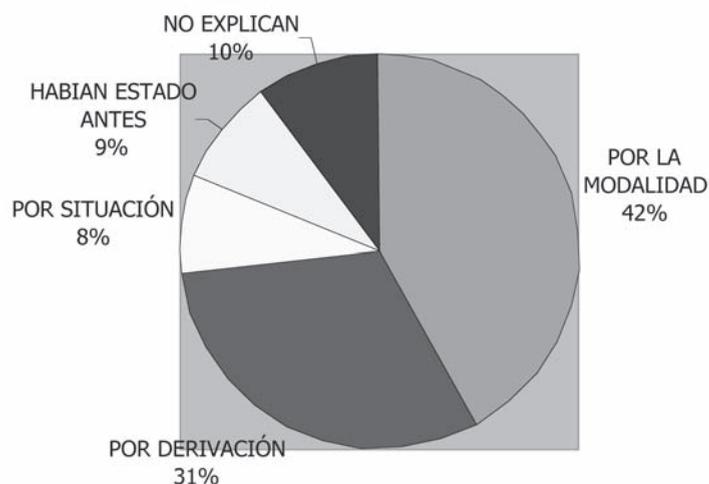
Otro núcleo importante nos indican como argumento para acudir al EAD la modalidad terapéutica, sino el hecho de haber sido **derivados desde un recurso explícito** (45 casos), siendo el más citado de todos ellos las prisiones, tras la libertad o por suspensión de condena (con 11 casos), seguido de otros recursos de la red del PRD, en especial la CCTT de “El Alba” (7)², de otros EAD (6) por razones de residencia u otras incompatibilidades, de Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (5), al que quizá habían sido derivados desde el propio EAD, de otros recursos públicos o privados de fuera de la CCAA (5), de médicos de cabecera (4), curiosamente siempre casos de cocaína y finalmente de asociaciones locales y el teléfono de información de la FAD (4).

En este sentido aparecen más narraciones que resaltan los elementos presentes en el propio EAD que un origen foráneo, es decir acuden directamente al EAD tras una determinada modalidad terapéutica, lo que implica la existencia de un numeroso grupo de adictos que ya tienen información sobre el dispositivo, mientras que hay menos relatos que hagan referencia al papel desempeñado por las distintas redes generales o específicas. En este sentido la información sobre los EADs forma parte de la cultura de un amplio segmento de adictos, lo que sin duda tiene sus ventajas (se trata de un servicio bien conocido que se difunde por vías informales) y sus inconvenientes (la información difundida puede ser incorrecta, tópica o malintencionada).

Se puede sospechar que las complejidades en la identificación como casos de heroína o cocaína por parte del EAD que se ha analizado en el capítulo 3, quizá tenga mucho que ver con este hecho, es decir **si el adicto acude al EAD en busca de una modalidad de tratamiento concreta, tiende a facilitar a los profesionales del dispositivo aquella información que le permite ser clasificado o identificado de acuerdo con una categoría que posibilitara su inclusión en dicho programa.**

² A la CCTT El Alba habrían llegado a su vez remitidos por el EAD, pero lo cierto es que muchos adictos consideran que acudir a un EAD para que tras un primer diagnóstico se les derive a otro recurso, como es el caso de El Alba “no es un tratamiento”, de ahí la aparente incongruencia de que un servicio especializado derive a uno de acogida, pero ellos lo han vivido así.

GRÁFICO 5.1 CIRCUNSTANCIAS POR LAS QUE ACUDEN AL EAD



En tercer lugar tenemos aquellos que acuden al EAD sin aportar en su relato **ninguna explicación** complementaria (15) salvo que acudieron al recurso. Finalmente aparece un cuarto grupo que utiliza argumentos como “**estaba mal**” o “**había tocado fondo**” (4), porque les había **presionado la familia** (8) y en algunos casos sólo indican que se trata de una **repetición**, sin especificar modalidad, ya que habían estado en tratamiento antes en el propio EAD (14)³.

En resumen, un 42% de los adictos han vivido el inicio de la experiencia de referencia con el EAD como la elección de una determinada opción terapéutica, la mayoría de ellos (el 33% de la muestra) han acudido directamente al EAD en busca de metadona. Asimismo vemos como un 31% fueron derivados por otros recursos, en general recursos específicos de drogas, un 9% indican simplemente que ya había estado antes, un 8% alega razones de tipo familiar o personal y un 10% no especifica esta cuestión.

Si diferenciamos estas cifras por droga principal motivo de consulta vemos como en los casos de heroína resulta que el 57% de los adictos a esta droga han acudido al EAD en busca de una determinada modalidad terapéutica y de ellos el 42% afirma haber acudido por la metadona. En cambio los casos de cocaína no acuden, en función de una determinada modalidad terapéutica, sino que definen más en función de situaciones personales, en especial por las presiones familiares, por que habían estado antes en el EAD (algunos de ellos por tratamientos relacionados con la heroína), por derivación de médicos de atención primaria, por los programas de prisiones y por suspensión de condena, así como por el apoyo de determinados colectivos sociales. Aunque una parte importante de los adictos a la cocaína no explica nada en torno a su presencia en el EAD.

La siguiente cuestión se refiere a la pregunta de ¿qué hacen estos adictos en el EAD?, proporcionando una foto que resulta a la vez compleja y muy limitada. Compleja porque los factores involucrados son muy diversos y simple porque se trata siempre de explicaciones muy directas y explícitas. Entre ellos aparece incluso un grupo que se limita a decir que están y que reciben atención (12). En todo caso el núcleo más importante lo representan aquellos que cuentan que **toman metadona** (54), mostrando a la vez su satisfacción porque han conseguido estabilizar su vida y reducir sus consumos gracias a la misma,

(EVP05/PU/M32HE), Lleva en el centro desde (1997). Desde que comenzó no ha vuelto a recaer. Está en el programa de metadona. Su marido fue la que la animó a buscar ayuda cuando

³ Como veremos en el próximo capítulo, una parte sustancial de los casos analizados son efectivamente repetidores, pero esta condición no se ha resaltado explícitamente, en el sentido de “volví a...” en la entrevista.

físicamente se encontraba muy deteriorada, ya que se quedó con 40 kilos. *“El que dijo de curarnos fue mi marido, el que tiro de mi y dijo venga vamos y nos ponemos en tratamiento que te mueres, es que yo estaba mucho peor que él”. “ya también quise, claro, porque si no, no se hace nada”*. A su juicio el programa de metadona la está haciendo muy bien. Se encuentra muy motivada y tiene muchas ganas de vivir. *“Ya me van rebajando poco a poco la dosis de metadona”*. No ha dado ni un solo positivo desde que empezó. *“No he dado ningún positivo y vamos no lo voy a dar, lo tengo muy claro”*. No ha necesitado nunca pastillas para dormir, a pesar de que en el centro le han preguntado si necesitaba alguna.”

En la narración de los que afirman estar tomando metadona, aparece con frecuencia la expresión de que esta modalidad terapéutica les ha ayudado mucho, tanto para mantener la abstinencia a otras drogas o controlar su consumo, como en la idea de “normalizar su vida”, lo que conduce a algunos, especialmente los que llevan más de cuatro años en un PMM, a expresar un cierto temor ante la posible finalización de la dispensación. Ciertamente otros indican trayectos más cortos, con cambios en cuanto a la modalidad de tratamiento y, por supuesto, con abandonos y recaídas.

(CACHV/CR/M47HE) Recién salida del hospital y motivada por su marido, en (1995), que ya había iniciado él tratamiento con anterioridad. En el EAD de Ciudad Real, recibía atención Bio-Psico-Social con intervención individual y analíticas por parte del equipo del centro. Hizo algún consumo esporádico que no llevaron a recaída. En (1997) cuando se inicia el programa de Metadona en Castilla- La Mancha, ella continúa su tratamiento con el nuevo fármaco hasta la actualidad que está en dispensación farmacéutica y en seguimiento con entrevistas individuales cada dos meses.

En estas condiciones el tema de la prescripción y dispensación de la metadona condensa la totalidad de la narración de tal manera que para algunos la cuestión de las dosis se convierte en un componente esencial, cuando no exclusivo, de su experiencia terapéutica, que hasta sirve para enmarcar la toma de decisiones relacionadas con otros posibles componentes de sus proyectos de vida.

(STJ15/TA/M30HE) Entran en contacto con el E.A.D. a finales de febrero de 2000 *“y comenzamos a tomar la metadona los dos, pero a mí me daban una dosis muy bajita por el embarazo”*. Cuando inicia el tratamiento no está muy segura de la decisión *“no me quitaba el mono”* y reconoce que *“no abandonamos el consumo”*. Su hijo nace en mayo de 2000, cuando ella cuenta con 27 años. Tras el nacimiento del niño y una vez que él está mejor *“porque nace con el síndrome de abstinencia”*, la entrevistada vuelve a sufrir una fuerte recaída *“porque tenía una dosis muy baja”*, coincidiendo la misma con el periodo en que su hermana y un hermano de su pareja conviven con ellos. Lo pone en conocimiento del E.A.D. *“y me ajustan la dosis”*. A pesar de este ajuste, señala que *“al menos durante un año”* continúan haciendo consumos paralelos.”

La segunda cuestión que se menciona con más frecuencia son los **controles analíticos** (51) de tal manera que tomar metadona, o naltrexona o estar en una opción de abstinencia y acudir periódicamente a realizar controles de orina es lo único que describe algunos adictos de su experiencia terapéutica. No hay muchas valoraciones frente a esta exigencia de control, e incluso parece que la mayoría lo vive como algo natural y poco conflictivo, aunque si bien algunos afirman que es necesario y que les ha ayudado a auto-contenerse, otros relatan cómo los resultados de una analítica positiva, ha tenido consecuencias muy negativas sobre la evolución del proceso de tratamiento.

Muy ligada a la cuestión de los controles surge, en el discurso, la cuestión de **los consumos y las recaídas** (31), que una parte interpreta como “una maldición”, aunque la mayoría parece haber asumido

la idea de que resultan inevitables y lo que hay que hacer es enfrentarse a las mismas. En el mismo terreno muchos (36) relatan sus tiempos de **abstemia** como un componente esencial de su experiencia terapéutica⁴.

En cuarto lugar la fotografía de esta experiencia terapéutica se completaría con las menciones a la **naltrexona** (26), tanto históricas como actuales y que, con un menor nivel de reconocimiento en torno a sus ventajas, genera un discurso muy similar a la metadona, aunque en este caso las referencias a los problemas de salud son más frecuentes. Aunque en ocasiones los argumentos de los entrevistados parecen un tanto surrealistas ya que se trata de mantener la abstemia a las drogas durante cinco meses para poder después acceder a un PMM. Claro que quizá lo que se pretende es otra cosa: entrar en la categoría de crónico.

(NGC1/AL/V41HE) Alguien le habla del E.A.D. y decide acudir al recurso, allí inicia tratamiento con naltrexona, estando tomándola durante un mes “me lo echaba al estómago y reventao, yo que además estoy tocao de la Hepatitis B y C, no podía con la Naltrexona”. “Ya tenía claro que quería dejar el consumo, quería meterme en la metadona como fuese”. Estuvo cinco meses en lista de espera sin consumir hasta que pudo iniciar el programa de mantenimiento con metadona (1995).

Otro rasgo de la experiencia, situado en un nivel muy secundario del relato, se refiere a las otras intervenciones de los EADs, concretamente **la psicoterapia** (19), **las entrevistas** sin especificar con quien (15), **la atención médica** ajena a la prescripción (14) y las entrevistas de **orientación social** (9). Podemos observar que en total aparecen tantas menciones a la intervención de los distintos profesionales como a la metadona, pero tales menciones no sólo se concentran en determinados casos que citan a todos los profesionales del EAD por su nombre⁵, sino que además las menciones aparecen muy distribuidas entre los distintos profesionales que constituyen el equipo del EAD y sin que ninguno de ellos alcance, ni de lejos, un protagonismo equivalente a los propios fármacos especialmente si sumamos metadona y naltrexona.

Otro rasgo importante para configurar la narración de la experiencia terapéutica se refiere a los **problemas de salud**, tanto cuestiones físicas, de manera preferente infecciones relacionadas con el SIDA y hepatitis (24), como cuestiones de tipo psicológico (17), siendo las más frecuentes menciones a ansiedad, depresión e insomnio, con algunas referencias a los fármacos utilizados para controlarlas. En este sentido hay menos menciones a los “tratamientos” que a los problemas de salud padecidos, tal y como se han descrito en el capítulo 3, pero esto es normal porque aquí nos referimos a un momento concreto, mientras que en el capítulo 3 se ha establecido la historia de salud del sujeto. En todo caso llama la atención que aquí y salvo algún caso excepcional, no aparezcan las menciones a “pérdida extrema de peso”, se reduzcan los problemas físicos (lo que es normal), mientras que los problemas psicológicos y psiquiátricos se aproximen a la media de todo el historial lo que quizás indique que los EADs son utilizados por los adictos a modo de recursos de salud mental (buscando quizá algún tipo de tratamiento farmacológico) mientras que los problemas “físicos” se reparten con la red de atención primaria.

A partir de ahí aparecen toda una serie de temas menores, el más frecuente los **problemas con la justicia** (14), después la cuestión de la derivación y el papel de otros recursos del PRD, en especial los **pisos de acogida y las CCTT** (8), los **embarazos** (5), cuestiones de índole **sociolaboral** (5), el papel de los **médicos de Atención Primaria** (5), el papel de los **voluntarios** (3). De manera particular llaman

⁴ Las referencias a la participación en Programas Libres de Drogas, con o sin naltrexona, se deducen en muchas entrevistas, pero pocas veces se especifican como tales como ocurre con la metadona y en general no se describen como programas sino que se engloban en estos tiempos de abstemia.

⁵ En cinco casos se citan por su nombre al médico, al psicólogo, al trabajador social y al auxiliar administrativo que le atienden habitualmente, por su nombre e indicando que hacen con ellos, además en otros siete casos se cita al menos a dos profesionales del EAD. Como consecuencia, en total, sólo 31 casos citan algún tipo de intervención terapéutica distinta a la modalidad de tratamiento. Más adelante volveremos sobre esta cuestión.

la atención los relatos en torno a las posiciones más radicales, porque algunos afirman que no quieren dejar el consumo bajo ninguna circunstancia y utilizan el tratamiento como una estrategia puntual frente a determinadas situaciones.

(RGP10/CR/M25HE) Inicia su relación con el EAD, en el Programa de Mantenimiento con Metadona “para no pillar tanta heroína y consumir más cocaína” en (1998) con 20 años. Al principio sigue consumiendo heroína y cocaína “cuanto más metadona me daban más cocaína consumía”. Actualmente cree que no necesita intervención psicosocial y es al inicio de la relación con el EAD cuando realiza algunas sesiones semanales con la psicóloga y la trabajadora social. “No porque yo diga que no la necesito porque si a mí me dicen que la necesito,.. Sino porque de momento yo creo que no me ha hecho falta”. En el tiempo que lleva en el EAD ha tenido dos recaídas una de ellas cuando sale del centro penitenciario de Carabanchel. Actualmente la relación con este dispositivo consiste en ir una vez a la semana a recoger la metadona y dejar la analítica.

Otros en cambio consideran que el tratamiento implica un cambio absoluto de estilo de vida, incluida la abstinencia y una absoluta “normalización” familiar, social y laboral, en la que no caben excusas

(MTG2/GU/V36HE) Con 33 años (2.000) vuelve al EAD de Guadalajara y solicita Programa de Mantenimiento con Metadona. Acude a la dispensación y seguimiento médico. Permanece en el programa hasta junio de 2.003. “...llevo sin metadona desde hace 6 meses más o menos, tampoco lo sé muy bien, no he puesto mucho interés de cantidades y cosas de esas, como sabía que tenía que llegar el fin...me dijo JL (Director Médico del centro) que estaba tomando zumo.” A principio de junio de 2.003 termina la reducción de dosis y comienza Programa Libre de Drogas “...sólo subo a hacer los controles de orina...prefiero seguir yendo, me siento más seguro. Hablo con JL...” “...no recibí asistencia psicológica por el horario del EAD, en el trabajo no puedes decir todos los días que te vas y menos la verdad.”

Finalmente en los relatos sobre la cocaína surge con una cierta frecuencia una cuestión relacionada con la identidad y los vínculos sociales que no aparecía en las experiencias terapéuticas relacionadas con la heroína, porque en este caso la cultura de la heroína implica, por regla general, marginalidad y el tratamiento supone la superación de esta condición para integrarse, aunque sea bajo el paraguas protector de la familia de origen, en una cierta normalidad. Pero una parte importante de los consumidores de cocaína han construido una vida de integración social y en ocasiones de éxito económico en el propio ámbito de la cultura de la cocaína.

En este caso superar esta condición implica, a veces, retroceder en la escala social y reducir el nivel de integración, pero si no se hace resulta muy difícil abandonar el consumo y si no se abandona el deterioro personal y laboral se acentúa hasta niveles críticos ¿qué hacer entonces? ¿abandonar la vida que uno se ha construido para poder así abandonar el consumo? En ocasiones esta renuncia al propio proyecto vital parece ser lo único viable y por tanto hay que buscarse alternativas, lo que no siempre resulta fácil.

(DCAHV/TA/V36CO), en realidad no tiene consumos entre sus dos recaídas y tampoco tras el último tratamiento porque evita cuidadosamente todo lo que tiene que ver con los ámbitos y ambientes donde se consume cocaína. Su mujer y sus hijos “están muy contentos porque solo me dedico a ellos, estoy pendiente, trabajo, hago todos los recados, les acompaño, les hago cosas...” pero de sus palabras se deduce que no es tanto por ellos como para evitar “volver a tropezarme

con los que me vendían, con los sitios donde consumía". Utiliza a la pareja y a los hijos a modo de barrera física con la que delimita el "mundillo de la cocaína". Por esto no sale ni con amigos, ni tan siquiera con su mujer, así "no tiene que dar explicaciones" y esta en casa o va a visitar a familiares. Dice que no añora el viejo estilo de vida porque "estar todo el día mintiendo a unos y a otros es terrible, casi pero que la droga".

En ocasiones la dificultad es extrema y entonces ante la carencia de alternativas vitales se realiza una proyección hacia el propio EAD como un lugar idóneo en el que vivir sin cocaína.

(STJ20/TA/M31CO) La primera vez que viene al EAD fue "hace tres años (2000), pero a los seis meses sufrí una recaída y lo dejé". La segunda toma de contacto con el EAD fue hace seis meses (enero 2003). "No quería acudir a otro recurso" más que al EAD de Talavera, porque afirma que "el equipo es muy competente", así como que el hábito de la cocaína no puede dejarse en soledad, "necesitas ayuda", si bien señala que antes de comenzar a asistir al EAD, "lo intenté dejar yo sola unas cuantas veces, pero no fui capaz". Actualmente "asisto al E.A.D. una vez en semana para analítica", hace psicoterapia y terapias de grupo, y afirma que "en el EAD es en el único sitio donde he avanzado algo". Afirma también que la psicología la ha ayudado mucho, en concreto el trato con una profesional que antes trabajaba en el EAD y que ahora no está "era capaz de transmitirme mucha fuerza. Era maravillosa y la hecho mucho de menos". La entrevistada lleva sin consumir cinco meses, desde enero de 2003, y a la marcha de la profesional que la atendía "me sentía abandonada y volví a consumir", pero añade que fue algo ocasional "enseguida recapacité, me sentí fracasada y lo conté en el E.A.D." De esto hace, según dice, unos quince días. "No quiero decir que la nueva psicóloga sea peor, pero te amoldas a las cosas y es difícil abandonarlas. No quiero echar las culpas a nadie de mi recaída, porque cuando uno consume, él es el único culpable de lo que le pasa". Sin embargo, la respuesta de la entrevistada denota cierto reproche, como si creyera que su recaída no se habría producido de haber estado la psicóloga a la que tanto admiraba. "De todas formas, los médicos me han dicho que la recaída es normal dentro de lo que cabe, por eso sigo viniendo, porque quiero cambiar mi vida".

En cuanto a las diferencias por género son las tradicionales y eran las esperadas, así como las mujeres se reconocen en general como la pareja de un adicto y sus avatares terapéuticos aparecen marcados, tanto en lo positivo como en lo negativo, por esta pareja. De hecho lo mismo parece ocurrirles los adictos varones que tienen una pareja adicta, pero mientras esta condición afecta a la mayor parte de las mujeres, en cambio los varones con una pareja adicta a heroína o cocaína son una minoría. En todo caso se trata de una minoría que, como ya se ha descrito, sólo percibe de cara al tratamiento las dificultades que esta pareja consumidora le ocasiona.

Un matiz importante parecen ser los embarazos, ya que si bien algunos adictos varones mencionan "el nacimiento de un hijo" como una circunstancia decisiva en su trayectoria terapéutica, lo cierto es que en el caso de las mujeres adictas embarazadas, esta condición resulta central en el relato de su experiencia terapéutica.

5.2. Las expectativas terapéuticas y los resultados obtenidos.

La cuestión de las expectativas y los resultados en la experiencia terapéutica de referencia ha sido recogida de una forma un tanto peculiar porque así fue narrada, ya que ocurre que una parte de los adictos, en especial los que realizaron esta experiencia hace unos pocos años, tienen algunas dificultades en establecer cuáles fueron las expectativas de esta experiencia terapéutica o incluso diferenciarla de otras experiencias posteriores, especialmente cuando se han realizado en el mismo EAD, porque a fin de cuentas ¿cómo se delimita esta experiencia? ¿desde que se realizó la demanda hasta que se produjo el alta? ¿y en aquellos dispositivos que no dan nunca el alta o mantienen algún tipo de seguimiento durante años? ¿podemos considerar que una recaída con vuelta al tratamiento en el mismo dispositivo es un resultado negativo? Algunos adictos dicen que sí pero otros han aprendido, y así lo relatan, que las recaídas son “normales” y parte de un mismo proceso terapéutico.

Con estos matices ¿Con que expectativas acuden los usuarios a los EADs? ¿Sienten que se cumplen sus objetivos?, pues en la mayor parte de los casos, más de una tercera parte (53 casos que representan el 36% de la muestra), la expectativa es muy simple, ya que se limitan a decir que trataban de superar la adicción y los problemas que esta les ocasiona y que parecen haberlo logrado sin añadir matices. En este sentido aportan muy poca información, a pesar de que algunos hacen referencia a circunstancias personales para completar la descripción de las razones que envuelven su aproximación al dispositivo. En general los que adoptan esta expectativa tan genérica y parecen conformarse con los resultados obtenidos, sean estos cuales sean, se mantienen actualmente en PMM, aunque algunos de ellos han sido seleccionados en la muestra en etapas, y por tanto con una experiencia de referencia, que se inició con naltrexona o con un PLD clásico.

Podría parecer el típico discurso de un grupo de crónicos adaptados a su situación a causa de la modalidad de tratamiento, pero a la vez algunos de ellos ya no utilizan metadona y el mismo discurso reaparece entre algunos adictos a la cocaína, lo que indica que esta actitud pasiva y adaptativa, está presente en un amplio sector de adictos con independencia de la modalidad de tratamiento y el tipo de consumo. Aunque ciertamente la metadona lo refuerza porque ocupa este lugar en el imaginario de los adictos, incluidos los consumidores de cocaína.

(STJ20/TA/M31CO) La entrevistada afirma creer que todo va a salir bien, “al menos en el ámbito psicológico, porque lo de la cocaína es más psicológico que físico”. “Ahora tengo trabajo y vivo con mi familia”. “Creo que merezco curarme”. En varios momentos de la conversación, la entrevistada argumenta que el mundo de la cocaína es muy duro, porque no existen medicamentos para tratarla, “no hay medicinas como existen para otras adicciones, como la heroína, exceptuando las que combaten la ansiedad”.

En general la descripción que realizan los usuarios de los resultados parecen apuntar hacia un cierto nivel de satisfacción y éxito, si bien este es el discurso de aquellos que efectivamente sienten que están haciendo algo en relación a su adicción, aunque en este punto no parecen muy explícitos en la narración de las dificultades que han mencionado en otros puntos. Parece, cuando se habla de resultados y expectativas, como si se “obligaran” a visualizar el proceso terapéutico como algo “fácil” en el contexto de una adicción repleta de dificultades y problemas.

En las narraciones se produce una especie de disociación entre algo llamado “adicción” y algo llamado “tratamiento”, lo primero como ya se ha explicado en el capítulo 3, es muy complejo y misterioso, en una gran medida porque nunca se expresan los refuerzos positivos que han conducido a dicha situación, lo segundo en cambio es algo formal y estándar que no implica ningún tipo de misterio. En el fondo parece la vieja distinción antropológica entre lo inefable y lo ritual.

Pero al menos desde Emile Durkheim sabemos que ambos términos se refieren a maneras distintas de visualizar un mismo fenómeno, la primera implica situarlo en el terreno de lo “no racionalmente comprensible”, la segunda implica en cambio la búsqueda de “argumentos ad-hoc aseguibles a todo el mundo” (Durkheim, 1904). Por su parte Nircea Eliade ha venido a decir que ambos niveles no sólo responden a las dos caras de un mismo fenómeno, sino que además son necesarios para describirlo adecuadamente porque la “hierofanía” es la condición existencial de lo humano (Eliade, 1979). La cuestión que debemos plantearnos aquí es el orden causal de la selección, porque la adicción es, para los adictos algo inefable, mientras que el tratamiento adquiere una condición ritual.

Hace casi 20 años, en una investigación sobre CCTT (Comas, 1987), puede observar como se producía una continuidad inefable entre la adicción y el tratamiento en las CTD, una continuidad que era visualizada como una forma de “magia” tanto para los adictos como para sus familias, ya que ni la “dependencia a drogas”, ni la “curación por el mero internamiento” resultaban demasiado comprensibles y en consecuencia se visualizaban como la irrupción de una serie de fuerzas inexplicables sobre la vida.

Ahora este componente mágico, enmascarado tras los silencios, pervive en el proceso de la adicción, mientras que el tratamiento ha pasado a la categoría de una acción ritual que realizan aquellos que poseen determinado tipo de conocimiento. Un conocimiento científico y racional que, de forma paradójica, permite “resolver” un problema inefable. Todo esto nos conduce a plantearnos algunas preguntas ¿no sería conveniente atribuir el componente ritual a la adicción y el componente inefable al tratamiento? ¿por qué se ha producido esta inversión en los últimos años? ¿por qué sigue siendo inefable todo el proceso que conforma la categoría de adicto? ¿ya que se ha desencantado el tratamiento podríamos y deberíamos desencantar la adicción?

(STJ19/TA/V33CO) “Es como salir del infierno y encontrarte en el cielo”. Así define el entrevistado su situación actual. Se encuentra muy satisfecho de cómo le ha ido, aunque insiste a lo largo de todo el encuentro que tomó la decisión de abandonar su adicción desde el principio y que la ha mantenido. Cree que una recaída la puede tener cualquiera, pero que “existen los métodos para evitarlas o combatirlas”; él recuerda como se encontraba antes y como está ahora, y la vuelta hacia atrás no le seduce. “Me he ido con amigos que se han hecho una ralla delante de mí y les he dicho que no quiero. Aunque han insistido argumentando que por una vez no pasa nada, he repetido que me dejen en paz, que con su vida hagan lo que quieran porque yo haré lo mismo con la mía”. Cuando comenzó con la terapia lo primero que hizo fue cambiar de ambiente. “Me apunté al gimnasio, comencé a jugar habitualmente al fútbol sala y empecé a relacionarse con grupos de teatro y animación de calle en el castillo de mi pueblo”.

(EVP05/PU/M32HE) Está muy satisfecha con el tratamiento y con el trato recibido desde que comenzó. “Yo aquí estoy muy contenta”. Ella quiere dejar cuanto antes la metadona, aunque no tiene muy claro que quiera dejar de asistir al centro. “Ya le dije a C. (director del EAD), que para el verano quiero estar curada, que voy a poner mi Kiosko, y me encuentro bien”. Cree por lo que le han dicho que pronto la dejará. “Yo he pensado, que aunque yo me quite de la metadona,

yo voy a seguir viniendo al centro, por que yo que puede haber muchas habladurías... y puedo demostrar, que yo ya no consumo nada, y es bueno para mi, porque si necesito algún papel me lo hacen”.

Conviene destacar que una parte sustancial de las expectativas se refiere a una mejora en relación con la toma de metadona. Tales casos que coinciden con aquellos que acudieron al tratamiento motivados por la posibilidad de acceder a esta modalidad de tratamiento se plantea opciones antagónicas ya que mientras para algunos la metadona es algo a lo que no están dispuestos a renunciar, para otros se trata de una situación provisional que hay que dejar atrás.

(EVP07/PU/V33HE) En la actualidad le están rebajando la dosis de metadona. “Comencé con una dosis altísima, y poco a poco muy bien”. Espera poder dejar un día la metadona y tener una vida absolutamente normal. No tiene prisa por dejar el tratamiento, cree que hacerlo poco a poco puede ser beneficioso.

(EVP06/PU/V41HE) Está disminuyendo la dosis de metadona por el mismo. El ha manifestado al equipo del EAD que quiere dejar la metadona y como no se la han rebajado, cuando llega a su casa tira la mitad. “Llevo casi 7 meses que tiro la mitad de lo que me dan”. Manifiesta que siente que se preocupan por él, y sobre todo, recalca que le gustaría que le ayudasen a buscar un trabajo. “Como le digo a C., a ver si hubiera algo para mi, aunque sea dar consejo a los nuevos, como forma de prevenir...”. Lo que le gustaría es no volver a tener una recaída. “ya es todo tirar pa’ lante, ya he pasado lo difícil”.

(MVG11/LM/V26HE) Lleva 2 años sin consumir (2001). “Estoy tranquilo...sin buscarme la vida, no quiero estar así toda mi vida...” Quiere que la Metadona se la sigan dispensando pero en la Farmacia de CC.) “quiero ir a C. los martes a buscarla...”

Al margen de esta narración general que hace referencia a los refuerzos positivos del tratamiento, aparecen entre los usuarios otros tres tipos de discurso en torno a sus expectativas terapéuticas, menos frecuentes pero más intensos y coloreados de matices, el primero es un discurso que también hace hincapié en los factores positivos del tratamiento, pero a la vez refuerza la condición de crónico al considerar las posibles recaídas, es decir es también un discurso adaptativo pero más realista.

En algunos casos el realismo les conduce hasta una especie de pesimismo terapéutico que se combina con la adaptabilidad para visualizar una dinámica de “normalidad entre la cronificación y las recaídas”. La mayor parte de los que adoptan este discurso se sienten razonablemente seguros en relación a sus posibilidades de éxito que juzgan relativas pero a la vez exactas.

(STJ7/TA/V37HE) Aunque sus analíticas “son limpias desde que acudo al E.A.D.”, considera que esta fase aún no ha concluido “porque esto es de por vida”.

El segundo discurso, que rehuye cualquier forma de realismo y lo sustituye por una intensa intencionalidad, viene a decir que hasta ahora han sido todo fracasos pero como ya “ha tocado fondo” este intento va a ser el último y el definitivo. Obviamente todos los que manejan este discurso están muy seguros de sus posibilidades de éxito, aunque en algunos casos su propia angustia trasmite lo contrario

(CACHV/AL/M23HE) “ la recaída ya fue muy fuerte, y cada recaída es peor, llega un momento en que no tienes ganas de salir, por tu misma decepción, ¿qué estoy haciendo a mi familia?, ¿ Y a mí misma?, ya piensas que no hay salida, ya llegas a pensar tú misma que no tienes salida,... me sigo

enganchando y cuando me tenga que morir, pues me muero” “ y nada volví al EAD, yo no quería venir. Si quería por dentro, pero no quería, estaba cansada de luchar contra algo a lo que no veía salida”. Finaliza el decalaje de metadona en julio del (2000), actualmente está en seguimiento.

El tercer discurso supone reconocer que se acudió al centro obligado o sin ninguna motivación, pero que después la labor del equipo y el reconocimiento de la adicción han propiciado muy buenas expectativas. En esta narración en torno a las expectativas terapéuticas, los padres parecen ocupar un lugar muy relevante porque son ellos los que “obligan” o “engañan”. Pero este discurso muestra además tres variaciones complementarias, en la primera aparecen parejas interpuestas que establecen el tratamiento como condición para mantener la relación, en algunos casos, especialmente entre las mujeres, la pareja es un varón adicto que está también en tratamiento.

(STJ10/TA/M39HE) Cuando inicia tratamiento, al igual que cuando inicia el consumo, lo hace por su marido, por ayudarlo y estar con él. “Yo sabía que podía quitarme sola, porque ya lo había hecho antes, pero tenía que estar ahí por él”. Por tanto las expectativas estaban puestas en que su marido lo llevase bien, más que en llevarlo bien ella. En lo referente a los resultados “estoy muy contenta con la labor que el equipo ha realizado, fundamentalmente con mi marido, porque ahora vuelve a ser él. Conmigo se han portado muy bien, pero he necesitado menos ayuda”.

En la segunda variación más frecuente que la primera por las razones apuntadas en el capítulo anterior y que se señala explícitamente en 15 casos, la condición la pone el sistema judicial ya que se trata de casos de libertad condicional, multas, o medidas alternativas. En algunos casos no es ni tan siquiera una obligación formal sino el mero contacto con el sistema judicial y el ejemplo de la omnipresencia de los tratamientos en el mismo, lo que genera expectativas y el deseo de iniciar un tratamiento.

(MVG19/LM/V34CO) Está esperando que le salga el juicio y dice que en principio empezó el tratamiento en el EAD por el tema judicial, pero ahora está muy contento de que exista el EAD porque estaba mal y le están ayudando a superar su adicción a la cocaína; se encuentra mejor. Quiere seguir el programa, no volver a consumir y juntarse con su novia. El resultado del tratamiento en EAD es que lleva desde el 31 de diciembre de 2002 (33 años) sin consumir y piensa no volver a hacerlo; aunque manifiesta que lo está superando pero que todavía le falta mucho.

(MDC13/TO/V53HE) Acudió al EAD para eludir una multa y lo consiguió “yo llevaba varios meses quitado pero no quería pagar la multa, llegué al Centro y conté la verdad. Hablé con la psicóloga y empecé a ir todas las semanas, después cada quince días y luego cada mes”. Finalmente reconoce que en el EAD le ayudaron a mantener la decisión que había tomado unos meses antes “llevo un año y medio en el centro y ya estoy mentalizado”.

Finalmente la tercera variación se refiere a “los hijos” y sostiene que se acude a tratamiento, bien para que “no les quiten los hijos” (las mujeres) o bien porque “hay que protegerlos” de las consecuencias de la propia adicción (los hombres).

(STJ15/TA/M30HE) Cuando entró en contacto con el recurso no estaba muy convencida de querer ponerse en tratamiento “yo lo único que quería era que no me quitaran a mi hijo”. Esta es la causa por la que justifica sus consumos paralelos y la permanencia de estos durante tanto tiempo. Sin embargo, ahora que han pasado tres años desde el primer contacto, “me alegro de haberlo hecho”. Señala que “mi vida ha cambiado, tengo a mi hijo y mi compañero también está bien”.

En los cuatro casos, padres, pareja, justicia e hijos, las posibilidades de éxito se dicotomizan, ya que una parte percibe la “obligación del tratamiento” como una oportunidad que no se puede desperdiciar, mientras que otra parte la percibe como una condición que, una vez superada, permitirá reiniciar el consumo.

(STJ6/TA/V30HE) Cuando llegó al E.A.D. no tenía ningún tipo de expectativas “vine porque mis padres así lo decidieron. Estaban asustados por lo que les había contado de la heroína y demás”. Los resultados, sin embargo “no pueden ser mejores” “no he vuelto a consumir nada, además ya no lo necesito” “con el tratamiento que me ha puesto la psiquiatra tengo bastante, me siento bien”. Desde que llegó en (1996) al EAD, la evolución que ha sufrido el entrevistado “ha sido ideal, y la prueba está en que sólo tengo que venir una vez al año”.

Conviene darse cuenta que todos estos matices reiteran la propia descripción de los elementos que conforman el proceso de adicción, es decir los elementos que se describen como expectativas y resultados son prácticamente los mismos que sirvieron para describir las dinámicas del contexto de la adicción en el capítulo anterior. Esto significa que para describir lo que es el tratamiento hay que ampliar los elementos rituales expresados como “positivo” “ayuda”, “estar bien”, “metadona”, “profesionales” o “controles analíticos” y recurrir a otros contenidos que sin representar la inefabilidad de la adicción se supone que representan un conjunto de “realidades” que operan para mantener el silencio sobre lo que es la adicción.

5.3. Los apoyos recibidos en el proceso de tratamiento.

La cuestión de las personas o figuras de apoyo en el proceso terapéutico en el EAD surgió de forma espontánea en todas las entrevistas, lo cual resulta a la vez natural y significativo, natural porque la narración no puede desarrollarse sin tener en cuenta el papel que desempeñan “los otros” en la propia vida, y significativo porque la atribución de papeles concretos a estas otras personas nos proporciona mucha información en torno a las características de esta experiencia terapéutica.

Conviene primero destacar que 9 casos (6%) declararon explícitamente su **soledad** y que no habían tenido ningún tipo de apoyo en todo el proceso. De hecho esta opción por la soledad parecía más bien una característica personal, ya que como veremos en otros casos se han apoyado en el equipo del EAD o en amigos o voluntarios, pero parece existir un reducido grupo de misántropos cuyo aislamiento social quizá tenga que ver con la adicción, o quizá la adicción con este aislamiento social. En este último caso se trataría de una “soledad grupal” de la que formaría parte la red aún de consumidores. En todo caso conviene destacar, como ya se ha visto en el capítulo 3 al hablar de relaciones familiares, que salvo esta minoría, el adicto español tiene pocas semejanzas con los adictos anglosajones que pueblan la literatura científica y que se caracterizan mayoritariamente por la soledad y el alejamiento familiar.

(MTG4/GU/V29HE) No cuenta con ningún apoyo emocional y refiere sentirse solo. “poca gente apuesta nada por mí y eso es lo que más me duele”.

En segundo lugar hay que destacar que la mayor parte de los usuarios han recibido algún tipo de **apoyo familiar**, en concreto 120 casos lo que representa **el 81% de la muestra**, pero una vez realizada esta afirmación no podemos deducir sin más que “la familia es muy importante en el proceso terapéutico” tanto porque la intensidad y el compromiso familiar varían mucho, como por el hecho de que las figuras familiares de apoyo son muy diversas y con frecuencia un determinado tipo de apoyo implica el rechazo, la indiferencia o la oposición de otras figuras del entorno familiar. Es decir puede que alguien de la familia apoye el proceso terapéutico pero esto no implica que la familia, entendida en su conjunto, se comprometa con el mismo, sino más bien lo contrario. Incluso en muchos casos estas figuras de apoyo son tíos/as, primos/as, cuñados/as,... un tanto periféricos al propio núcleo familiar.

(EVP07/PU/V33HE) Los principales apoyos los ha encontrado de su mujer y las familias de ambos. *“Todo gracias a mi mujer”. “Mis padres y mis suegros también muy bien”. “Nunca se han cansado de apoyarme” “Todos deseando que me quitase”.* En la familia de su mujer ya había antecedentes de consumos y lo entendieron perfectamente.

(ERB1/TA/V26HE) Principalmente su novia y los padres de ésta fueron decisivos para lograr abandonar con éxito la metadona y mantenerse abstinente a todo tipo de sustancias. Actualmente mantiene gran control y apoyo por ellos *“12 horas me tiro con mi novia y otras 12 con su padre, trabajo con él.”*

La distribución de las figuras familiares de apoyo resulta, en este sentido, muy clarificador ya que en total se cita a 162 figuras, con una distribución desigual según sea varones o mujeres. Así en los **varones** la figura familiar más presente es la de la pareja (33 menciones), entre las que parece que en tres casos son también adictas, asimismo se citan en cuatro ocasiones a la familia de la pareja, y en estos casos no se cita a ninguna figura de la propia familia.

(RGP06/CR/V30HE) Relata tener apoyo de su mujer que en todos los momentos ha confiado en él aunque en las últimas recaídas *“le ha costado mucho recuperarse después de un consumo, ella siempre lo ha sabido al principio lo pasó muy mal, cuando hay un consumo vuelve otra vez al principio y le cuesta recuperarse pero yo a ella siempre la tengo”.* Relata apoyo de sus padres sobre todo de su madre que desde que inició el tratamiento con el EAD le ha apoyado mucho incluso colabora en la escuela de padres con el EAD de Ciudad Real. Con el padre mantiene una relación buena pero más distante *“mi padre es más frío no exterioriza tanto las cosas, porque se que esto le habrá afectado muchísimo seguro”*

Tras la pareja, la figura más citada es un genérico “la familia” (24 menciones), que incluye en algunas ocasiones a la familia propia, lo que implica un mayor refuerzo del protagonismo de la pareja. A continuación se cita a las madres con 22 menciones, seguidas de “ambos padres” con 17 menciones y de una o varias hermanas (10 menciones), aparecen luego los hermanos varones (6 menciones), lo mismo que el genérico “los hermanos” (6 menciones), finalmente aparecen los padres (varones) con 4 menciones, los hijos ya adultos que también arrojan 4 menciones, las cuñadas/os con 3 menciones, los tíos/as con 3 menciones y el genérico “primos” con 2 menciones.

(STJ6/TA/V30HE) *“Mis padres me convencieron para venir al EAD. Yo, la verdad, ni me planteaba que tenía que dejar las drogas, ni tampoco me gustaba mi situación de dependencia. En realidad me dejé llevar por mi familia. Posiblemente si aquel guardia no me hubiera denunciado, hoy seguiría consumiendo”.* *“Hoy estoy contento de haberlo dejado, y es algo que tengo que agradecer a mis padres; por mí mismo yo nunca hubiera tenido el valor de tomar aquella decisión. Yo no concebía mi vida sin la heroína”.* Su familia, básicamente sus padres, han sido su principal apoyo. Además,

sus hermanos han servido, de alguna forma, como modelo *“me daba mucha rabia ver que de seis hermanos que somos, sólo yo he caído en el mundo de las drogas; Quería parecerme a mis hermanos, no depender de la heroína ni de nada. Ese reto fue algo que me animó muchísimo cuando comencé con la naltrexona”*. *“Jamás me ha faltado la ayuda de mis padres; si les hubiera visto dudar o flaquear, quizá yo hubiera fracasado en el intento de abandonar definitivamente la heroína”*.

En resumen para los adictos varones las figuras familiares que más les han apoyado son claramente las mujeres de su familia, en orden decreciente la pareja, las madres y las hermanas. También aparecen figuras masculinas, pero casi siempre en compañía, salvo casos aislados, lo que conduce al entrevistado a realizar una mención expresa a las relaciones que mantiene con este varón.

En cambio las **mujeres** entrevistadas muestran otro perfil de apoyo familiar, ya que “ambos padres” están muy presentes con 8 menciones, seguidos de la pareja con 7 menciones, aunque en cinco casos se especifica que también es adicto y que el apoyo se relaciona con el hecho de que “se puso en tratamiento”, a continuación aparece el genérico “la familia” con 4 menciones, seguido de el padre (2), la madre (2), hermanos (2), hermana (1), tío (1) e hijos (1). Es decir entre las figuras de apoyo familiar de las mujeres adictas predominan los varones, aunque la diferencia no parece tan grande como ocurría en el caso del apoyo de las mujeres de la familia a los adictos varones.

(STJ10/TA/M39HE) Su apoyo han sido sus hijos, sobre todo el mayor, quien, cuando inicia el tratamiento, tenía 15 años *“yo los miraba, los veía muy grandes y pensaba, no quiero que mi hijo caiga, y si no quiero que él lo haga, no puedo hacerlo yo”*. Reconoce que ellos han sido conscientes en todo momento de lo que ha habido en su casa, y cuando inicia tratamiento con metadona les hace partícipes *“saben que tomo metadona y lo que eso es, porque hablamos muchas veces en casa del tema de las drogas y sus consecuencias”*, sobre todo con el mayor.

En todo caso podemos ver que de las 112 menciones de los usuarios varones en las que se especifica el sexo de la persona de apoyo (ambos padres, se considera dos menciones una de cada sexo), 82 son mujeres (73%), mientras que en el caso de las adictas, de 32 menciones, 21 son varones (66%). Es decir cada sexo es más apoyado por familiares del sexo contrario, lo que resulta inevitable en el caso del apoyo entre parejas, explicable, desde una visión psicoanalítica banal, en el caso de los padres, la madre con el hijo, el padre con la hija. Aunque ya es más extraño cuando los familiares son otros, cuando los varones son acompañados por hermanas, tías y primas y las mujeres por hermanos y tíos.

Ante tales resultados podríamos pensar que entre los familiares del mismo sexo surgen de relaciones de competencia, explicitadas como “lo bien que te conozco”, mientras que entre sexos distintos las relaciones pueden que sean más superficiales y por tanto es más fácil conseguir este apoyo porque son más manipulables. Esta explicación “popular” podría completarse con el hecho de que también parece existir un mensaje cultural, aprendido en el proceso de socialización, que atribuye a los respectivos roles de género la obligación de “cuidar y proteger” al otro género.

(RGP06/CR/V30HE) Relata tener el apoyo de su hermana que se da cuenta de su consumo y es la persona que habla con sus padres para contarles su problema con las drogas, ellos al enterarse reaccionan de manera muy positiva ya que le ofrecen ayuda en todo momento y confían en él *“no pensé que fueran a reaccionar así yo creía que se lo iban a tomar de otra manera”*. Confía mucho en su tía (hermana de la madre) que le ha apoyado desde que tuvo conocimiento de su adicción. Le ha ayudado siempre económicamente en su negocio de peluquería asociándose con él. Valora de forma positiva la ayuda prestada por los profesionales del EAD y reconoce que le han ayudado a sentirse más seguro para abandonar los consumos.

No podemos obviar tampoco el hecho de que estos resultados parecen contradecir el análisis que se realizaba en el capítulo anterior en torno a la evolución de los vínculos familiares, en el que se observaba como una mayoría de parejas de los adictos acababan por abandonarles y como estos “volvían” con la familia de origen. Aquí en cambio hemos visto mucho apoyo por parte de las parejas.

La explicación es sencilla, en el capítulo anterior se visualizaba la trayectoria completa del adicto, mientras que aquí se visualiza una experiencia terapéutica concreta que además puede que sea la primera. En realidad lo que ocurre es que las parejas apoyan las decisiones terapéuticas pero no aguantan las recaídas, es decir, ante un problema de drogas, la pareja comienza por apoyar al adicto especialmente cuando este se pone en tratamiento, pero cuando comienzan los engaños, las recaídas, quizá algún tipo de violencia doméstica, aunque sea psicológica y económica, la pareja se siente traicionada en su condición de cómplice y encuentra legítimo abandonar al adicto.

Es en este momento, es decir en una situación de reiterados fracasos y recaídas, cuando reaparece la familia de origen, que vive el apoyo al adicto como una obligación a perpetuidad (porque “yo le eche al mundo”), mientras que la relación de pareja, que habrá sido sin duda más íntima y comprometida, es una opción voluntaria y condicionada al cumplimiento de los compromisos adquiridos. En este sentido la pareja apoya ante un problema pero no parece dispuesta a prorrogar este apoyo más allá de ciertos límites.

Cabe también mencionar que al inicio de la investigación, al recoger las historias de vida previas y en algunos contactos con los entrevistadores mientras estaban realizando el trabajo de campo parece detectarse una cierta dualidad territorial en la presencia y el apoyo de las familias en el proceso terapéutico, así se llegó a pensar que cuatro EADs, en concreto La Mancha, Ciudad Real, Puertollano y Toledo, eran menos “familistas” que los otros cuatro, en concreto Cuenca, Albacete, Guadalajara y Almansa, lo que podía relacionarse tanto con “diferencias en los procedimientos terapéuticos”, como con la posible existencia de dos modelos de relación familiar que a su vez y de forma hipotética se podrían relacionar con diferencias entre una cultura rural típica de las áreas de grandes fincas y una mayor presencia de peonaje y una cultura rural en la que predomina el modelo de explotación familiar.

Sin embargo los resultados finales no coinciden con esta expectativa, así Talavera y Puertollano⁶ han resultado más familistas que la media y en cambio Albacete ha visto como los casos que no reciben apoyo familiar se situaban sobre esta media. En cualquier caso, como veremos más adelante, también aparecen otros factores que interfieren en esta posible dinámica.

Tales factores surgen en cuanto consideramos las menciones a los **profesionales de los EADs** en su condición de figuras de apoyo, se trata de 49 menciones, es decir el 33% de la muestra indican como persona de apoyo a uno o varios miembros del equipo del EAD. Aproximadamente la mitad de estas menciones son realizadas por usuarios que a la vez menciona una o varias figuras familiares de apoyo. No vamos a facilitar resultados cuantitativos de tales menciones y no los vamos a distribuir por EAD, en parte porque no es necesario y en parte para mantener nuestros compromisos de no realizar valoraciones comparativas de los EADs⁷, pero si debemos decir que aparece, en primer lugar, una mención genérica a “los profesionales” del EAD, más o menos repartida entre todos ellos, y a continuación se citan distintas figuras pero siempre la misma en cada EAD, de tal manera que en un EAD se cita siempre al médico/a, en dos al psicólogo/a, en uno al trabajador/a social y en otro a un ATS.

⁶ Quizá debería de haberse incluido de forma explícita el factor “hábitat” en las historias, pero como se ha explicado antes la movilidad del colectivo hace difícil determinar este factor. Podemos considerar que tanto en el EAD de Puertollano como en el de Talavera, a pesar de ser dispositivos no situados en las capitales provinciales, en los mismos parece darse un mayor peso de la “población urbana e industrial”, lo que resulta coherente con el grado de especialización de ambas ciudades y el peso demográfico de las mismas en la zona atribuida a cada EAD. En todo caso se trata de pinceladas que deberían tomarse con cautela.

⁷ Ciertamente esta información tampoco supondría una valoración comparativa, pero para evitar cualquier mala utilización de los datos hemos preferido no distribuir tales resultados.

En conclusión parece que estas figuras mantienen un cierto carisma, ya que todos los usuarios de este EAD citan siempre a la misma persona, parece también que no se trata de una preferencia disciplinar, aunque ciertamente se cita a dos psicólogos pero es obvio que estos tienen una mayor facilidad para ejercer este papel. Asimismo por el contenido de las citas parece también que, al menos una parte, de los usuarios se refieren a este apoyo no tanto por razones emocionales o por algún tipo de proyección sino porque se sienten “profesionalmente bien tratado”

Finalmente no podemos concluir este apartado sin referirnos al núcleo residual de otras menciones, en total 12, entre las que aparecen los amigos (6), los voluntarios o profesionales de la red social externa (5), un abogado y dos menciones a los compañeros de trabajo.

(STJ17/TA/V29CO) Sus apoyos “siguen siendo mis padres”. También se siente muy respaldado “por mis amigos del pueblo, que se preocupan por mí y están muy pendientes de mis movimientos”.

(MDC/TO/V28CO) Por parte de la familia, su padre le acompañó al EAD, pero no siente que sean un apoyo para él pues asume posiciones y responsabilidades en la relación de sus padres que no le corresponden y esa situación le agobia. Sin embargo reconoce que actualmente tiene un amigo no consumidor que le está ayudando mucho tanto en apoyo psicológico como en el plano laboral. También habla de su actual pareja como un apoyo importante dentro de su evolución en tratamiento aunque ésta sea relativamente reciente pues se conocen hace unos siete meses.

5.4. Las quejas y las sugerencias de mejora.

En el contexto espontáneo de la entrevista se esperaba que surgiera la cuestión de la imagen del EAD entre los adictos atendidos en el mismo, aunque también existía la posibilidad, en caso de que se produjera alguna valoración poco clara sobre el dispositivo, de que el entrevistador preguntara para tratar de obtener, clarificar o ampliar la información, ya que se supone que esta cuestión forma parte sustancial de los objetivos de esta investigación.

De alguna manera pensábamos que era relativamente fácil que surgiera esta cuestión cuando la conversación giraba en torno a las “expectativas, resultados y apoyos” y de hecho ya hemos visto que un alto porcentaje de usuarios manifiesta que el apoyo del equipo del EAD ha sido fundamental en su proceso terapéutico. Pero si consideramos sólo las referencias explícitas al dispositivo, resulta que en 74 de las entrevistas, es decir en el 50% de la muestra, no se consiguieron otro tipo de valoraciones sobre el EAD, quizá porque los propios entrevistados no estaban muy seguros, a pesar de la garantía de confidencialidad, del destino final de sus opiniones, y prefirieron no entrar en esta cuestión. En todo caso conviene señalar que en algunos casos (7) y sin que nadie les preguntara explícitamente declararon que no se atrevían a valorar el EAD porque no disponían de elementos de comparación para hacerlo, lo que significa que un silencio tan clamoroso también puede interpretarse desde esta perspectiva.

Por otra parte 26 casos (17,5% de la muestra) se limitaron a declararse explícitamente muy satisfechos con el EAD, aunque la mayor parte de ellos (19) indicaban que esta satisfacción se refería

al equipo de profesionales. Como no son exactamente los mismos casos que “se sentían apoyados por el equipo” en el apartado anterior, podemos pensar que una parte sustancial de los usuarios se sienten claramente satisfechos con el EAD porque confían en los profesionales del mismo. Hay un modelo de declaración estándar que se formula más o menos en los términos que resaltan aquello que hemos llamado “refuerzo positivo de la propia experiencia terapéutica”.

(MVG19/LM/V34CO) Está contento con los profesionales del EAD. Manifiesta que le ha venido muy bien iniciar tratamiento en el EAD porque en principio no era consciente de su problema, pero ahora se da cuenta de lo bien que está y lo mal que estaba antes.

El resto de los entrevistados que alegaron algo en este apartado, es decir 48 casos que representan el 32% de la muestra presentaron alguna queja o hicieron alguna sugerencia de mejora. Conviene destacar que no hay descalificaciones absolutas y que todas las quejas se refieren a cuestiones relativamente puntuales y que en general parecen bastante sensatas.

La mayor parte de las quejas recibidas se articulan en torno a una única y exclusiva cuestión: **los horarios de la dispensación de metadona (y en algún caso de naltrexona) y las condiciones materiales en las que se produce dicha dispensación**, ya que se dan situaciones de masificación en la que coinciden personas conocidas y con historias comunes, produciéndose una cierta visibilidad pública que algunos consideran inaceptable y otros contraproducente. En estas condiciones aparecen “trapicheos”, “señalamientos” y otras “historias” que algunos pueden vivir como una agresión. En este sentido reivindican horarios más amplios y una atención más personalizada, que algunos identifican con la descentralización de la dispensación y otros, como veremos más adelante, con una mayor presencia de recursos humanos en el dispositivo.

También se mezcla en ocasiones esta reivindicación con la cuestión de la confianza, los desplazamientos al EAD y el papel de las personas de la familia responsables del tratamiento con metadona.

(RGP09/CR/V23HE) Sugiere que el horario de dispensación de metadona debía ser más amplio para no coincidir usuarios “ se junta todo el mundo y me agobio veo a unos y a otros, con unas pintas..., tienes que saludar a todo el mundo”

(MTG10/GU/M24CO) No es una sugerencia como tal pero refiere que el EAD estaría mejor si separaran a la gente por programas. Comenta que le da miedo pasar por el EAD porque están los usuarios de metadona y “los que se pinchan”.

(MDC17/TO/V30CO) “En el centro me he sentido muy bien”, lo único que se le ocurre al respecto, es referir la situación de “trapicheo” que se produce en la entrada del EAD principalmente con los usuarios del programa de metadona.

(FSM3/AL/V30HE) Afirma que sería positivo que hubiera más profesionales “le falta gente”. También declara que hay muchos usuarios lo cual lleva a “muchos tiempos de espera”. Propone “ampliar plantilla o abrir otro centro”. Por otro lado sugiere que sería positivo “no mezclar gente que toma metadona con gente que no toma”. Y propone como alternativas un “Metabús” o que se cree otro centro donde vayan las personas que toman metadona.

El hecho de que las quejas aparezcan centradas casi de una forma exclusiva en la cuestión de la dispensación de la metadona, se une a los comentarios antes realizados en torno a la ambigüedad (si

no doble vínculo) con la que muchos casos relatan su relación con la metadona y a los problemas de identificación de la droga principal en el diagnóstico, parecen aconsejar una revisión en profundidad de esta cuestión.

Hay que reconocer que el actual sistema de prescripción y dispensación se puso en marcha para dar una respuesta urgente a determinados problemas de salud, tratando de propiciar además la emergencia de “poblaciones ocultas”, pero ahora que los programas de metadona ya están bien implantados y ofrecen respuestas a estos problemas parece llegada la hora de preguntarnos por su calidad. En este sentido no se puede obviar una cierta realidad que algunos usuarios tienen muy clara, pero con esto no basta.

(FSM4/AL/V38HE) “Ahora mismo tal y como está el EAD, tienen todos los requisitos”. “Tienen un buen equipo tanto de médicos, asistentes sociales y psicólogos. Lo tienen todo”. “Si me hubieras hecho esta pregunta hace años, te hubiera dicho que la metadona tenía que haber venido mucho antes, la gente no se hubiera muerto”

En torno a las quejas por la dispensación de metadona se extienden y articulan algunas reivindicaciones relacionadas con los **controles analíticos**, pero en este caso aunque algunas puedan parecer bien fundadas, ahí los argumentos deben considerarse con una mayor precaución ya que detrás de los mismos se adivinan algunas confusiones.

(ERB16/TA/V30CO) Mayor flexibilidad en la realización de analíticas para las personas que están trabajando “no puedes perder 2 días a la semana de trabajo o 1 vez a la semana para venir a hacer analítica por que sino te despiden” no nos negamos a hacer analíticas pero...podíamos hacerlas por la tarde, después del trabajo, o los Sábados en urgencias”. En cuanto a infraestructuras, personal, programas de desintoxicación, etc... “están bien aunque todo se puede mejorar”

El segundo bloque de sugerencias de mejora, menos amplio con sólo 19 casos y con argumentos más tímidos, se refiere en parte a los EADs pero trasciende el propio espacio del dispositivo porque se proyecta hacia los recursos externos. En esencia vienen a decir estos usuarios, hay un problema de **falta de recursos**, en el propio EAD y en la red asistencial del PRD, lo que provoca dificultades a la hora de emprender los procesos de atención.

(PMG18/CRV26CO) Se queja porque considera que en algunos sitios hay personal poco cualificado “o poca gente porque si unos se van de vacaciones tienen que cubrir esa plaza porque nosotros dependemos de ellos”. “El Estado debería dar más dinero para estos centros, que fuesen mejores y con más personal”

(RRM1/CU/V40HE) “Lo peor que valoro es la espera, el tiempo que tienes que esperar para poder ir a un centro. Cuando estás enganchao se ve todo muy mal, y cuando decides irte a un centro tiene que ser lo antes posible, porque en dos días cambian muchos factores. Debería haber más centros.” “La gente se tiene que marchar a su casa, después de dos meses de espera en un piso para ingresar en una comunidad, porque no hay plazas suficientes.”

Esta falta de recursos parece fijarse sobre dos áreas concretas, de una parte se solicita **una atención psicoterapéutica más individualizada** y de otra **recursos y programas de reinserción** especialmente en el área socio-laboral. Ambas reclamaciones parecen muy coherentes con las historias terapéuticas tal y como han sido descritas en los apartados precedentes, ya que en las mismas apenas aparecen referencias a los aspectos psicoterapéuticos en el tratamiento y muy pocas narraciones se refieren a algún aspecto relacionado con la reinserción social. Esto no significa que los profesionales dedicados a estas tareas no pongan en práctica iniciativas y actividades con objetivos psicoterapéuticos y sociales, pero de hecho en

el imaginario de los usuarios, el EAD es, como dicen dos de ellos, “un centro médico”, en el que los otros profesionales son calificados en un caso como “los ayudantes del médico”.

(MVG9/LM/V37HE) “Debería haber terapia de grupo a distintos niveles...clasificando a la gente por nivel psicológico y por tiempo de consumo...” “Falta acompañamiento...”. Propone que haya profesionales que salgan del EAD y los acompañe “ dar oportunidades salir de su círculo y empezar una nueva vida. ...”

(MTG3/GU/V38HE) Sus sugerencias son en torno a la reinserción laboral y las dificultades que tienen las personas con problemas de drogodependencias; propone la mejora de los programas de formación laboral “...que cuando haces un curso realmente tengas posibilidades de curro”.

En tercer lugar, como ya se ha visto en alguna de las declaraciones anteriores, aparecen una serie de reclamaciones en torno a la cuestión de los “trapicheos” y a la oferta de drogas en el centro, un tema asociado a los PMM, que parece muy lógico en un contexto con usuarios que tiene recaídas, pero que habría que intentar evitar al máximo para evitar comentarios tan directos o sangrantes, o al menos tratar de evitar que se relacionen con la dinámica establecida en el dispositivo.

Finalmente aparece una variada miscelánea de reclamaciones personales muy variadas, ya que en ocasiones se refieren a un profesional en concreto, por la bronca que le hecho cuando consumió, por que cree que no se respetan los turnos en las listas, por los tiempos de espera o porque no le facilitaron un determinado medicamento. Otros reclaman la presencia de ex-toxicómanos en el equipo, una mayor concienciación de la sociedad, ayudas para el transporte, que no les cuenten cosas a los padres sin su autorización, o que le den más libertades para desplazarse,... es decir temas que pueden ser importantes para un caso concreto, pero que son muy frecuentes en este tipo de dispositivos. De hecho el volumen total de estas quejas es tan bajo (8 casos) que más bien demuestra el buen funcionamiento de los EADs.

— |

| —

—

—

— |

| —

capítulo

6

Historia de las experiencias
ajenas al tratamiento de
referencia en el EAD



6.1. Características generales.

Entramos en uno de los aspectos más difíciles de analizar, tanto por la diversidad de experiencias como por el aparente desorden en el que se producen las mismas. Las experiencias ajenas, previas o posteriores, al tratamiento de referencia que configuraba la muestra, tal y como se explica en el anexo de instrucciones, se recogieron por orden cronológico, de la más antigua a la más moderna, y se consideraba como “experiencia”, tanto la utilización de dispositivos diferentes aunque fueran cercanos en el tiempo, como la utilización del mismo dispositivo cuando se efectuaba un reingreso, bien porque había pasado mucho tiempo, bien porque en el intermedio se había acudido a otros dispositivos.

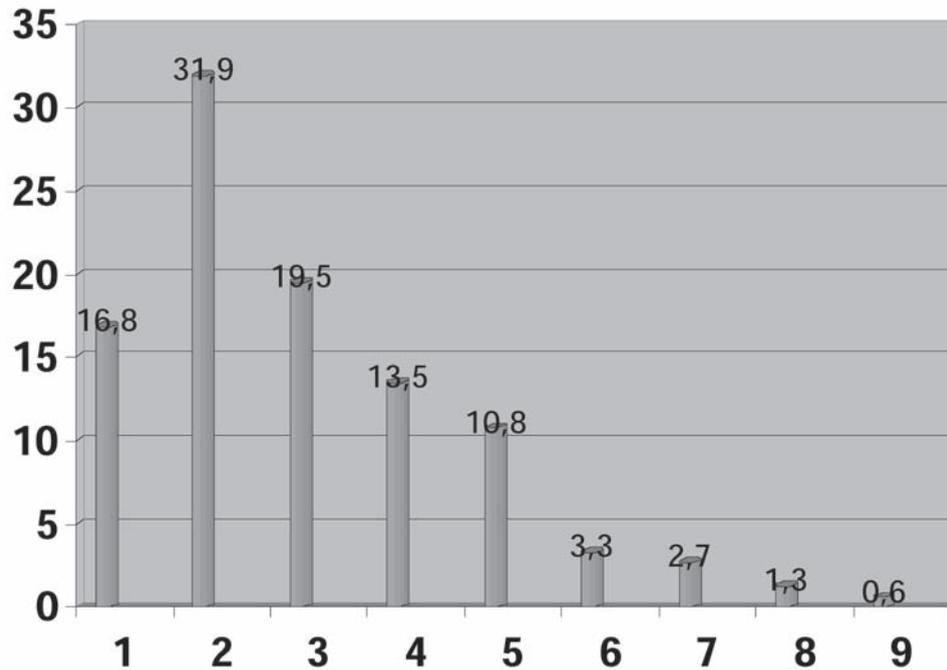
En este sentido se recupera, en el presente capítulo la visión “histórica” de “trayectoria del adicto”, lo cual nos devuelve a una cierta complejidad. De hecho en este capítulo nos vamos a encontrar con un cierto alubión de datos, pero esto no significa que nos vayan a proporcionar una información más relevante que la del anterior capítulo, porque de hecho, y desde la perspectiva de la experiencia terapéutica no se van a producir grandes novedades, pero a la vez, podremos reiterar las divergencias entre la trayectoria vital del adicto, incluidos aquí los elementos que complementan su experiencia terapéutica, y “una experiencia terapéutica concreta” visualizada desde sus contenidos formales.

Obviamente esta experiencia concreta, descrita en el capítulo precedente, forma parte de la trayectoria terapéutica del adicto, lo que implica que el proceso que vamos a describir ahora, es aún más complicado porque, en todos los casos, no se ha considerado la experiencia terapéutica de referencia con la que hemos establecido la línea base de la muestra.

Así del total de 148 historias, se ha podido observar como 123, es decir el 83% habían tenido al menos otra experiencia asistencial es decir han tenido relaciones con al menos dos dispositivos, más de la mitad (52%) han tenido experiencias con al menos tres dispositivos, un 32% con cuatro dispositivos, un 19% con cuatro, un 9% con cinco, un 5% con seis, un 2% han tenido algún tipo de experiencia

terapéutica con siete y ocho dispositivos respectivamente y en un caso la experiencia ha sido con nueve dispositivos diferentes.

GRÁFICO 6.1 NÚMERO DE EXPERIENCIAS TERAPÉUTICAS EN DISTINTOS DISPOSITIVOS



Si consideramos además una cierta presencia de abandonos y reingresos más o menos inmediatos en un mismo dispositivo y que se han considerado forman parte de la misma experiencia terapéutica, esta claro que estamos ante una población caracterizada por una evidente “movilidad entre recursos”.

Pero esto no significa que todos se mueven, en el gráfico 6.1 puede observarse como la mayoría se posicionan en torno a la utilización de 2-3 dispositivos a lo largo de una experiencia terapéutica que puede tener bastantes años de duración. Lo que supone que no todos realizan estos recorridos tan complejos, pero una parte si lo hace, en concreto un 42% ha utilizado al menos cuatro dispositivos diferentes.

En principio conviene destacar el perfil de los 25 casos que no tenían ninguna experiencia ajena a la de referencia en el EAD y que se ha estudiado en el capítulo precedente. Se trata básicamente de casos identificados como consumidores de cocaína en un 76%, con una mayor proporción de mujeres superior al conjunto de población (32%) y con una edad media de 28 años que han acudido a los EADs en los últimos tres años, lo que nos lleva a postular que la mayoría de los mismos no han tenido experiencia previa porque no han tenido aún ocasión de acudir a otros dispositivos ya que su trayectoria personal, y especialmente la demanda asistencial, es muy reciente.

Ciertamente se puede pensar que estos casos no van a acudir a ningún otro dispositivo, porque además ya hemos visto como son los que menos quejas tienen y los más satisfechos por la atención recibida frente a los casos de heroína, en especial los que están en mantenimiento con metadona, que denotan una actitud más ambigua. Pero esto está por ver ya que algunos de los actuales casos de heroína, hemos podido comprobar fueron en su día casos reales de cocaína/heroína satisfechos con la atención recibida en PLDs antes de recaer y comenzar a consumir sólo opiáceos.

En todo caso, a la hora de postular esta hipótesis conviene tener en cuenta que si observamos el conjunto de experiencias previas registradas (303), desde una perspectiva temporal y al margen del historial propio de cada caso, se puede apreciar una clara tendencia, en el orden cronológico, hacia la focalización de estas experiencias terapéuticas en los EADs y los recursos más directos del Plan Regional de Drogas, como la CCTT de El Alba, o los programas de prisiones. En este sentido las experiencias y los dispositivos a los que se acudía en los años 80 y principios de los 90 eran muy variados, mientras que las experiencias terapéuticas de los últimos años se vinculan básicamente al estricto marco institucional de los EADs y los recursos a los que estos derivan. Esto significa que una experiencia única y particular en el EAD es tanto el resultado de la presencia de “jóvenes con una trayectoria asistencial muy reciente” como de la creciente exclusividad del recurso a la hora de atender estos casos, lo que a su vez implica una mayor racionalización de la oferta asistencial, pero también la posibilidad de aumentar los posibles fracasos sistemáticos si estos dispositivos no adoptan un adecuado estándar de calidad.

En contraste ante esta actual racionalización e hipotética concentración de recursos institucionales, las experiencias terapéuticas del pasado parecen reflejar **una población de nómadas que se desplazan entre los diferentes dispositivos** de la región y que incluso acuden a dispositivos de otras regiones (o proceden de los mismos). Pero un análisis cuantitativo de todas estas experiencias previas indica algo un tanto distinto.

Primero porque 95 de estas experiencias tuvieron lugar en los propios EADS o en los dispositivos que les antecedieron. Conviene destacar que 51 de tales experiencias, es decir más de la mitad, fueron programas de Naltrexona.

En segundo lugar aparecen las diversas Comunidades Terapéuticas públicas o concertadas de la región, que suman en total 73 experiencias, comenzando por Proyecto Hombre de Guadalajara, que en este caso incluye el piso de Cifuentes (20) y siguiendo por la CCTT pública El Alba (19), la CCTT concertada de Incontro (11), la CCTT ya cerrada de “Tierra de Nadie” (4), Hogar Zoe (3), la CCTT concertada de “Casa del Alfarero” (3), el centro de Renacimiento en Albacete (7), el centro de Renacimiento en Ciudad Real (2), las Escuelas para la Vida de Huete (2) y el centro Siloe de Cáritas (2).

El tercer núcleo lo conforman otros dispositivos del Plan Regional de Drogas, que aportan 40 experiencias en primer lugar con las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (16), seguidas del Programa Ariadna de prisiones gestionado por el Grupo GID (8), los pisos de acogida gestionados por Epsilon de Cuenca (3), Ciudad Real (2) y Valdepeñas (3), así como el piso de ADAP de Villacañas (2), un centro desconocido que se identifica como “El Vivero” (1), también aparecen casos en la prisión de Herrera, bien en el programa de CRE (1) o en el de Proyecto Hombre (1), podemos añadir en este núcleo los casos tratados por Médicos de Cabecera (3).

El cuarto núcleo, con 39 casos, lo conforman una serie muy variopinta de dispositivos ajenos a la región, desde centros en otros países como Inglaterra (1), Suiza (1) o Italia (3), con una cierta presencia de dispositivos madrileños, como CADs o Centros de Día (9), el programa de Naltrexona del Ramón y Cajal (1), el centro BASIDA de Aranjuez (1), Punto Omega de Navalcarnero (1). En otra dirección geográfica aparecen los programas de Proyecto Hombre en Zaragoza (1) y en Valencia (1), la CCTT Hogar Luz en Gerona (2), el CEDEX de Jaraiz de la Vera (1), las UCAS de Castellón (2) y Valencia (2), la CCTT Llaurent la Llum (3) en Valencia, un CAD del ayuntamiento de Barcelona (2), el CCD de Lucena (1), la CCTT La Molienda en Sevilla (1), la CCTT Alborada en Vigo (1), la CCTT Arco Iris en Córdoba (1), Narconon en Madrid (2) y El Patriarca (1)

El quinto núcleo de refiere a los centros de orientación evangélica en los que se han desarrollado 32 experiencias, la mayoría en REMAR (12), fuera de la región y en lugares tan diversos como Segovia, Vitoria, Burgos, Santiago de Compostela o Salamanca, otras tantas en BETEL (11) pero estas, salvo algún caso, ya en la región, seguidas de RETO (4), en Salamanca, Laredo, Alicante y Elche, Sinai (2) en Gijón, Arca de Noe en Badajoz y por último Exodo en Marbella (1).

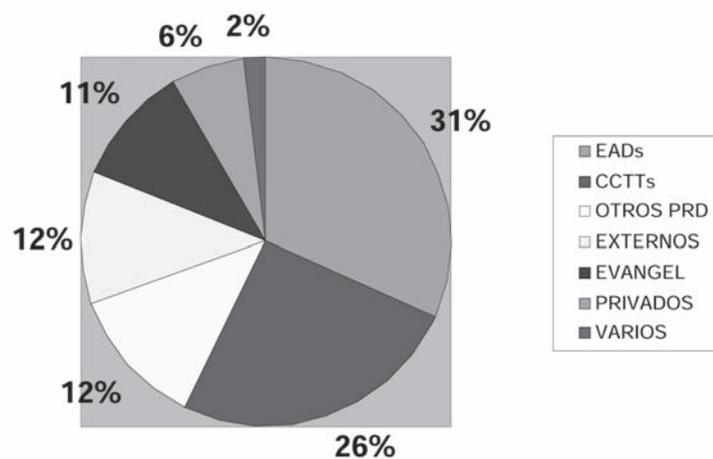
El último de los núcleos de experiencias terapéuticas recoge los tratamientos privados, en total 19 casos, entre los que se citan explícitamente la “consulta del doctor Gaona” (8) y el Hospital López Ibor (2), sin especificarse el resto aunque todos se sitúan en Madrid, salvo 2 casos en Albacete. Conviene destacar que el número de experiencias en la “consulta del doctor Gaona” es superior al mencionado porque varios de ellos indican como “una experiencia” varios procedimientos de “desintoxicación” realizados a lo largo de los años (uno hasta 15 veces) en dicha “consulta”. Como parte de este núcleo también podemos considerar los 4 casos en los que algunos entrevistadores han considerado como una “experiencia terapéutica”, el abandono más o menos espontáneo del consumo. Una situación que se cita en más casos pero sin codificarlo como una experiencia particular. Asimismo en dos casos se indica la experiencia en un dispositivo pero el entrevistado se niega a identificarlo.

En total tenemos 298 relatos, que parecen conformar una tela de araña, en la que los mencionados nómadas se han desplazado. Pero de hecho (grafico 6.2) casi un 70% han sido movimientos realizados en el interior del propio Plan Regional de Drogas y en una lógica en la que dominaban las derivaciones formales entre dispositivos, el resto, apenas un 30% se refiere a experiencias terapéuticas, básicamente ajenas al ámbito regional y que se inscriben en las típicas dinámicas que establecen estos dispositivos, es decir, desplazar a los adictos fuera de su región de origen, para alejarlos de las fuentes de suministro y de los ambientes tentadores. En este sentido en los centros privados de Castilla la Mancha (en especial los de orientación evangélica), la mayor parte de los internos procederá también de otras regiones.

Conviene en todo caso reconocer que se han producido 18 atenciones (la mitad en los CADs el ayuntamiento de Madrid) por dispositivos públicos de otras regiones, lo que supone un 12,1% de la muestra, lo cual, comparando con los datos aportados en el capítulo 3, implica que el saldo de atención a foráneos de los EAD de Castilla la Mancha resulta muy favorable a estos dispositivos situados fuera de la Comunidad. Además debemos diferenciar entre atenciones más o menos coyunturales y el hecho de “trasladarse a vivir”.

El problema que nos plantean estos datos se refiere a su representatividad, o expresado de

GRÁFICO 6.2 DISTRIBUCIÓN DEL CONJUNTO DE EXPERIENCIAS TERAPÉUTICAS



otra forma: ¿esta imagen tan rotunda de hegemonía de la red asistencial pública y concertada puede aplicarse al conjunto de adictos a drogas ilegales de Castilla la Mancha?. La posible respuesta no está empíricamente fundada pero se corresponde con un principio de racionalidad: la proporción de casos de origen castellano manchego atendidos en todos estos dispositivos, y en otros equivalentes, no supera en ningún caso la equivalencia total de la proporción de casos establecidos en esta muestra de entrevistas, es decir por el “consultorio privado del doctor Gaona” ha pasado el 2,64 de la muestra lo que equivale a afirmar que si la población de adictos a drogas ilegales que utilizan los recursos públicos en Castilla la Mancha está formada por 4.000 sujetos, 106 han pasado, muchos de ellos varias veces, por dicho consultorio, o que se han producido 480 estancias de adictos castellano manchegos en los diferentes centros evangélicos, lo que en ambos casos parece ajustarse a las “cifras” que pueden estar manejando estos dispositivos.

El único caso en el que las cifras parecen poco acordes con la realidad es el antiguo El Patriarca ya que según estos datos sólo 13 castellano manchegos habrían ingresado en esta entidad a lo largo de toda su historia y esto parece imposible con el alto volumen de adictos que, al menos en los 80, ingresaron en la misma. También habría que tener en cuenta que Castilla la Mancha fue una de las pocas Comunidades Autónomas que nunca tuvo un centro, asociación o dispositivo de acogida de esta entidad en su territorio y que además la Región mantenía un bajo umbral de consumo de drogas en aquellos años. Por otra parte el “efecto dispersión” de la metodología de El Patriarca impide que podamos localizar a “antiguos internos” en sus localidades (y recursos) de origen.

En cuanto a los procesos que envuelven todas estas experiencias terapéuticas, hay que resaltar dos lógicas de partida que ya se han mostrado en los capítulos anteriores. En el primer tipo de narración se acude al dispositivo sin ninguna intención ni objetivo terapéutico, bien porque existe una presión familiar y en algunas ocasiones judicial, o bien porque se pretende obtener alguna ventaja (como medicación). La segunda lógica se refiere a la obtención de algún resultado terapéutico, visualizado como reducción o control del consumo y/o modificación del estilo de vida, aunque tales expectativas se sitúan en una escala que distribuye los casos desde la búsqueda de una mínima normalización, o la superación de una situación conflictiva, hasta el deseo de lograr una plena integración social y/o la abstinencia total y permanente.

Algo menos de la mitad de las experiencias registradas responden al primer tipo de narración y algo más de la mitad a la segunda. En general los primeros contactos y las edades más jóvenes responden a la primera y en cambio las sucesivas experiencias (y una mayor edad) se corresponden con la segunda.

Parece además que de manera inexorable el primer tipo de narración contiene la idea de un fracaso radical por falta de una “motivación adecuada”, en este sentido se describen abandonos rápidos, en ocasiones en el día, así como los conflictos, que casi siempre se racionalizan en discursos que señalan las carencias del dispositivo: demasiado rígidos o demasiado tolerantes, mala comida o presión para que coma y engorde, demasiado trabajo o nada que hacer y aburrimiento,... Aunque, a la vez, en las experiencias sucesivas, los mismos sujetos que nos cuentan su historia se desdecirán de esta racionalización afirmando que *“entonces ya me lo tomé en serio”*.

Por su parte el segundo tipo de narración expresa tres posibilidades diferentes, en primer lugar el mismo tipo de fracaso radical, relacionado básicamente con los casos situados en la parte baja de la escala de motivación, en segundo lugar los abandonos y recaídas producidos en pleno proceso terapéutico, que a veces se atribuyen a carencias del dispositivo y en otras ocasiones a circunstancias del entorno o a “debilidades” del sujeto y en tercer lugar las altas terapéuticas, una parte de las cuales se resolverán en posteriores recaídas.

En este punto no conocemos la proporción de resultados positivos, porque la metodología de la investigación no puede medir, caso a caso, esta situación, pero si podemos afirmar que las altas terapéuticas son pocas y las recaídas posteriores son muchas. También es cierto que en esta parte de la entrevista tratábamos de establecer las experiencias ajenas a la de referencia en el EAD y que en esta noción subyace la idea de “experiencias fracasadas”. Volveremos a esta cuestión en el próximo capítulo, pero está claro que aquí nos enfrentamos a un efecto metodológico relacionado con la selección de los casos: desde el equipo investigador se determinó el perfil del sujeto a entrevistar, pero la selección y la contactación se realizó a través del EAD, y aunque no fue una selección basada en “casos de éxito” (este principio quedó bien establecido, se justificó y como ya hemos dicho creemos que se respetó), lo cierto es que de forma inevitable se produjo una selección a partir de las dificultades en la contactación, es decir acudieron a la cita aquellos que habían sido localizados con mayor facilidad y obviamente estos eran los que mantenían un mejor contacto con el EAD, lo que implica una cierta selección de casos con una buena relación con el EAD y que quizá por ello arrosten un mayor índice de fracasos en otros dispositivos.

En todo caso esta aclaración no supone ningún tipo de problema para esta investigación que como ya se ha explicado una y otra vez no pretende evaluar ningún tipo de resultado sino sólo describir la experiencia terapéutica desde la perspectiva de los propios adictos.

En este sentido queda claro que hay una estrecha relación entre motivación e implicación, la cual se traduce en resultados. Asimismo parece claro que la motivación puede ser inducida, pero en todo caso, como expresan, de distintas formas, casi todos los entrevistados, debe ser “verdadera” es decir sentida como tal por parte del sujeto. No vale la motivación inducida por presiones familiares o del entorno si a la vez el sujeto no la interioriza.

(DCAHV/TO/V42HE), “si te interesa puedes parecer lo más convencido del mundo, pero por dentro... lo que importa es que tu pienses en dejarlo, en ponerte a ello, te pueden machacar, pero tu igual estas buscando la trampa, mientras piensas en la trampa no atiendes, no te interesa, no haces nada, y a la primera ocasión..., es que somos los mejores actores”

Debemos también señalar en el análisis de estos complejos procesos terapéuticos la presencia de tres dinámicas familiares muy distintas. En primer lugar aparecen aquellos que realizan alguna de las experiencias al margen de la familia, en algunos casos porque se trata del primer contacto con un dispositivo y la familia no sabe nada sobre la adicción y en otros casos porque se trata del enésimo intento y en el proceso ya se ha perdido el apoyo de la familia. Los primeros suelen conducir a fracaso radicales mientras los segundos parecen tener, sorprendentemente, un buen nivel de éxito, relacionado quizá con la idea de “tocar fondo” y recuperar a esta familia. Esta experiencia en soledad es por tanto más frecuente de lo señalado en el capítulo anterior, porque suele ser “una experiencia fallida” que muchos adictos realizan en algún momento de su trayectoria, o bien porque se trata de alcanzar algunos objetivos para recuperar a la familia.

En segundo lugar están las presiones familiares sin apoyo explícito, es decir aquellas experiencias que se inician por la presión familiar pero en las que esta misma familia no se involucra y que parecen corresponderse casi siempre con fracasos radicales.

En tercer lugar podemos hablar de una mayoría de experiencias en las que aparece algún tipo de apoyo familiar, aunque con matices, porque estos apoyos se refieren preferentemente a dos figuras, la madre y la pareja. Los hermanos/as también tienen un cierto protagonismo, pero los padres (varones) apenas aparecen en el proceso. El apoyo varía con el tiempo y las circunstancias, y en el caso de parejas

consumidoras el apoyo de la pareja tiene una clara utilidad terapéutica pero también es un importante factor de recaída.

Estas tres dinámicas en las “otras experiencias terapéuticas” permiten establecer un cierto enlace entre las conclusiones que aparecían en el apartado de “figuras de apoyo” del capítulo precedente y el apartado de “problemas familiares” del capítulo 3, es decir los apoyos y las figuras familiares de apoyo varían a lo largo de la trayectoria y en las diferentes experiencias con los diversos dispositivos, de tal manera que en un corte muestral nos podemos encontrar con un mayor o menor apoyo protagonizado por diferentes figuras familiares, pero esta visión no tiene porque coincidir ni con la historia de los problemas familiares ni con la actual situación familiar del sujeto que estudiaremos en el próximo capítulo.

Un elemento inédito y que aparece por primera vez en esta investigación es el tema de las parejas que se forman mientras se está desarrollando el proceso terapéutico, a veces las parejas son también adictos/as con los que se comparte el programa y a veces son parejas no consumidoras con las que se establece una relación inesperada en pleno proceso terapéutico. La aparición de estas parejas parecer obedecer a un proyecto de cambio de vida (o se justifican en el mismo) y se consideran siempre como “un apoyo” aunque en ocasiones conduzcan a recaídas y a abandonos. En general quienes relatan estas situaciones son los varones que no tenían pareja en el momento que inician dicho tratamiento y aparte del argumento del “cambio de vida” esta situación se relaciona con el tema de las parejas analizado más atrás, es decir los varones son abandonados por su pareja no adicta después de un determinado tiempo de fracasos y los varones abandonan a sus parejas adictas porque les “impiden abandonar el consumo”. En este contexto las “nuevas parejas” representan una esperanza terapéutica y un ideal de apoyo del que en este momento carecen.

Finalmente cabe recalcar el alto volumen de citas que refieren apoyo que les han prestado los profesionales de los dispositivos y programas, especialmente entre los que ya gozan de otro tipo de apoyos familiares y entre los más motivados. En general aparecen menciones positivas a los dispositivos profesionales públicos y concertados y bastantes comentarios del tipo “no me sirvió de nada” ante los dispositivos privados y no profesionales. Sorprende en todo caso que estos últimos mantengan una cierta demanda.

6.2. Presentación de casos.

Para proporcionar una descripción lo más completa posible en torno a los elementos que se han expuesto en el apartado anterior relativos a la trayectoria asistencial y terapéutica ajena a la experiencia de referencia en el EAD, se presentan a continuación una serie de narraciones de algunos casos elegidos tanto por su diversidad, como por la amplitud de su trayectoria y por su posible significación. Cada caso viene expuesto en un solo bloque de texto continuo, es decir a la propia descripción de experiencia terapéutica se le ha añadido formando un texto único los “componentes estructurales”, las “expectativas y resultados” y los “apoyos” que se relatan en cada una de ellos.

Para analizar cada uno de estos casos se diferencian las experiencias terapéuticas identificadas por el entrevistador que han sido numeradas cronológicamente (I, II, III, IV, V, VI,...). Esta forma de presentar las narraciones permite realizar una lectura a modo de “historia de vida” de cada uno. Obviamente, en todos ellos, falta la experiencia de referencia que se ha analizado en el capítulo anterior.

En todo caso se han conformado una serie de “testimonios de vida” parciales, que son el resultado de la ordenación del entrevistador, porque cada uno de estos aspectos se podía obtener en momentos diferentes de la entrevista y era el entrevistador el que lo “colocaba” en cada apartado, que posteriormente hemos unificado como un texto continuo.

La parcialidad del caso tiene que ver con el hecho de que en todas las historias falta una experiencia terapéutica, que en la mayor parte de las ocasiones resulta además la experiencia más significativa, y que ha trascendido en el EAD. Esto significa por tanto que el papel de los EADs aparece minusvalorado en este apartado y que su protagonismo es mucho mayor del que se deduce de estas historias. Pero a la vez se ha considerado que esta visión que elude la experiencia terapéutica de referencia en el EAD nos ofrece una interesante visión del “el entorno terapéutico del sujeto cuando acude al EAD”, es decir de aquello que se suele calificar de historia clínica. A la vez en esta historia aparece el propio EAD, justo en la proporción en la que suele aparecer cuando los sujetos realizan una nueva demanda en un EAD.

A la inversa conviene reconocer que la selección de casos realizada en este apartado puede resultar engañosa en su propia complejidad y en la amplitud de la trayectoria terapéutica. Es decir debemos reconocer que hay muchos casos sin ninguna experiencia ajena a la de referencia en el EAD y además, como se ha explicado más arriba, la mayor parte de los casos se sitúa en una trayectoria en la que aparecen sólo una o dos experiencias más. En cambio los casos aquí presentados son, de alguna manera, los más llamativos, los que más información nos aportan, pero que no reflejan las situaciones más habituales entre los adictos que han conformado la muestra de nuestra investigación.

Por este motivo, para tratar de comenzar con los casos más típicos, más próximos a la experiencia de los EADs y que reflejan el estándar más habitual en la demanda, se han elegido de entrada ejemplos en los cuales las diferencias experiencias terapéuticas transcurren exclusivamente en los propios EADs (FSM3/AL/V30HE)* o en los recursos complementarios que conforman la red pública del Plan Regional de Drogas de Castilla la Mancha (CACHV/AL/M23HE; RPG09/CR/V23HE, NGC9/AL/V25HE*; NGC5/AL/M29HE¹). Se ha incluido además el caso de un joven adicto a la cocaína que establece un evidente paralelismo con los anteriores casos típicos de heroína (RPG16/CR/V22CO)*, así como un caso en el cual la sucesión de experiencias que implican una continua mejora, una acumulación de refuerzos que al final, al cabo de los años, conduce al objetivo deseado (RRM3/CU/V32HE)*.

Para este conjunto de casos, que reiteramos conforman un segmento un tanto marginal de la muestra, conviene retener algunas ideas. La primera que los sujetos parecen desplazarse entre un conjunto limitado de recursos que se utilizan más con criterios de oportunidad que con criterios de indicación, es decir los recursos se limitan a “existir” y a formar parte de la red las derivaciones se realizan en función de las oportunidades (en forma de plazas disponibles) que ofrece cada uno de ellos. Pero a la vez, como se trata de casos difíciles, se producen “problemas de contención” lo que implica la expulsión y una nueva derivación.

La segunda idea se refiere a que el orden de los dispositivos en el recorrido implica una valoración particular de cada uno de ellos, es decir, cuanto más “al principio” peor es la valoración y según vamos avanzando en la trayectoria las valoraciones, las impresiones y las propias actitudes de los adictos se van modulando y van siendo más positivas. Esta evolución general aparece matizada por el papel atribuido a la CCTT El Alba, que quizá por su carácter público y su dependencia a las decisiones de los EADs en comparación con las entidades privadas concertadas que poseen un mayor grado de discrecionalidad, se hace cargo de situaciones de pura contención en casos cuya trayectoria demuestra su inestabilidad y por tanto su extrema complejidad.

¹ A efectos de la publicación y para reducir la extensión se ha seleccionado uno solo de los casos, ya que reflejan la misma trayectoria, tanto con este como en los apartados siguientes. El caso elegido se señala con un asterisco, los demás se pueden consultar en el informe original.

(I): (FSM3/ALV30HE) Su primer contacto con el EAD de Albacete lo realizó en 1994 (con 21 años). Se enteró porque fue al Hospital de Albacete, a la Unidad de Psiquiatría (CAS), y desde allí lo enviaron al EAD. Allí realizó un tratamiento de desintoxicación con pastillas con un seguimiento del psicólogo y controles de orina. Estuvo 7-8 meses. Después de este tiempo le dieron el alta. Recibió apoyo psicológico y médico (especialmente). Al principio de entrar en el EAD creía que *“enseguida iba a salir de la droga y que pronto iba a llevar una vida nueva”*. Después se dio cuenta de que *“no era tan fácil como creía.”* Siempre ha tenido el apoyo de su familia (padres y hermana) y el de los profesionales que le han ayudado.

(II): (FSM3/AL/V30HE) En (1995) (con 22 años) contactó por 2ª vez con el EAD de Albacete. Estuvo un año. Intervenciones psicológicas, médicas y sociales (asistente social). *“No esperaba gran cosa, venía de una recaída y mis ánimos estaban por los suelos” “Al salir después de un año de tratamiento, me sentía bien, creía que estaba recuperado”*. A nivel familiar siempre ha tenido el apoyo de sus padres y de su hermana. A nivel profesional destaca los apoyos de la psicóloga y médico del EAD.

(III): (FSM3/AL/V30HE) En (1997) (con 24 años) se le derivó desde el EAD de Albacete a la Comunidad Terapéutica Alba de Toledo. Allí estuvo 9 meses. Salí peor de lo que entré”, *“Se consumía y había poco control”, “ Cuando salí estaba consumiendo en un mes”*. *Afirma que aunque había profesionales no se realizaba ni tratamiento, ni un control estricto por parte de las personas que trabajaban allí, y que “ sólo se tenía un grupo semanal donde no se hablaba de ti”*. Apoyo familiar (durante todas las etapas).

(IV): (FSM3/AL/V30HE) Es derivado (desde el EAD de Albacete) a Proyecto Hombre. Después de realizar durante nueve meses el programa en Toledo (Alba), y volver a tener una recaída, desde el EAD de Albacete se le hicieron dos propuestas: iniciar el programa de mantenimiento con metadona o irse a Proyecto Hombre. Eligió irse a Proyecto Hombre donde lleva tres años (desde el 2000) (Fase de Acogida Piso Cáritas en Cuenca, durante 4 meses y posteriormente a Guadalajara (Abril-2000) hasta la actualidad que se encuentra en la fase de reinserción en Albacete). *“Allí (en Proyecto Hombre) ha realizado un trabajo serio e importante a nivel personal y familiar. “He trabajado también en grupos y he aprendido a afrontar los problemas de forma adecuada, a ser maduro, a conocerte a ti mismo, a valorarte y a saber qué es lo que te ha llevado a drogarte”. “se trabajan también los sentimientos, la vergüenza, los mecanismos de defensa.....”*. Y todo eso afirma, le ha llevado a madurar. Al principio confiaba poco en conseguir algo. Ahora está muy contento con todo lo que ha conseguido.” *Allí hay buenos profesionales que te ayudan mucho, además de la familia”*. Apoyo familiar a todos los niveles y apoyo muy importante de los profesionales de Proyecto Hombre.

(I): (NGC9/AL/V25HE). Inicia tratamiento en el E.A.D. (1999). Le derivan a la comunidad terapéutica “El Alba” (Toledo). Después de dos años consumiendo decide que no puede seguir así, no se encuentra bien, no le gusta el estado en el que está. Dejó de consumir él solo, en su casa, estuvo quince días. Saben que tiene que existir algún recurso que ayude a los drogodependientes (no se acuerda como conocen el E.A.D.) *“a los quince días vengo desintoxicado, me hacen una analítica y pido irme a un centro. Estoy dos ó tres meses en casa, sin trabajar, hasta que me llega la plaza del Alba”*. En la Comunidad Terapéutica a los tres meses de iniciar tratamiento en el centro decide irse voluntariamente. *“La primera vez bien, pero no conseguí quitarme. Me gustó porque volví luego otra vez”*. Estuvo tres meses más sin consumir, hasta que llegó la feria de Albacete, empezó a beber y prueba la heroína esnifada, al final por vía intravenosa. Estuvo cinco meses consumiendo. Apoyo de sus padres

(II): (NGC9/AL/V25HE) Inicia tratamiento con naltrexona en el E.A.D. (2001) Duración 9 meses. Está cinco meses consumiendo heroína y cocaína, hasta que su padre se entera que está consumiendo por vía intravenosa *“solamente estuve quince día pinchándome”*, un día le dijo

que le enseñase los brazos y se echó a llorar. *“Era consciente de lo mal que estaba y decido dejar de consumir”*. Deja de consumir él solo en casa, y vuelve de nuevo al E.A.D., en el E.A.D inicia tratamiento con naltrexona. Estuvo nueve meses en tratamiento con naltrexona, la abandona voluntariamente. Está dos meses consumiendo y vuelve al E.A.D. *“pedí irme otra vez al Alba”*. Está un mes en lista de espera y lo vuelven a derivar al Alba. Estuvo nueve meses en tratamiento con naltrexona, *“con naltrexona mal porque había días que no me la tomaba y consumía”*. Después de abandonar el tratamiento de naltrexona estuvo nueve días abstinerente y volvió a recaer. Sus padres

(III): (NGC9/AL/V25HE) Es derivado desde el E.A.D. de Albacete a la comunidad terapéutica “El Alba” (Toledo) (septiembre 2001). Duración: 6 meses. Allí inicia programa de tratamiento con metadona (octubre 2001). Después de estar dos meses consumiendo decide irse de nuevo al Alba. Estuvo seis meses y le dieron el alta terapéutica. En el Alba estuvo seis meses en tratamiento, *“Al Alba me voy sin tomar nada y vuelvo tomando metadona, sinogal, tranxilium, tranquimacin ... Allí iba todo el mundo colocado, es un centro psiquiátrico. Vengo con guacheras en la boca, vine zombi perdido”*. Cuando llegó al E.A.D. del Alba lo derivaron al psiquiátrico, el psiquiatra le fue quitando medicación *“se lo pedí yo”*. Ha estado un año asistiendo al psiquiatra. Ahora toma un tranxilium para dormir. Sus padres.

(I): (RGP16/CR/V22CO) En (1997) inicia el primer contacto con el EAD motivado por sus padres que ven en él un comportamiento inadecuado, mostrándose cada vez mas irascible y agresivo con ellos *“mis padres vieron en mi un cambio de actitud, lo normal de consumir, y me trajeron al EAD”*. A la edad de 16 años, (1997) decide acudir al EAD para pedir ayuda, presionado por sus padres. El entrevistado no reconoce problemática ni está motivado *“vine un par de sesiones y no vine más”*, solo estuvo dos semanas. El entrevistado no reconoce problemática ni está motivado, no tiene expectativa de éxito, piensa que no necesita ayuda. Recibe apoyo de sus padres que le promueven a que acuda al EAD.

(II): (RGP16/CR/V22CO) En el año (2000) a la edad de 19 años reinicia el contacto con el EAD. En este mismo año es detenido y evita entrar en prisión poniéndose en tratamiento. Realiza analíticas semanales durante dos años hasta principios de (2002) que tiene una recaída y vuelve al patrón de consumo anterior *“me enfadé con mis padres, tuve una serie de problemas y fue a peor”*. Inicia el tratamiento con poca motivación ya que le fue impuesto, pero a medida que ve resultados favorables tiene mayor implicación. Recibe apoyo de su familia que durante estos dos años le acoge en casa sobre todo de su madre *“mi madre más, mi padre se cansó y mi madre ha estado siempre ahí”*

(III): (RGP16/CR/V22CO) A finales del año (2002) vuelve a tener contacto con el EAD. Durante un año acude al EAD de Ciudad Real y reinicia tratamiento biopsicosocial con analíticas semanales. El entrevistado no abandona el consumo de cocaína y de cannabis en ningún momento *“estaba con una chica que también consumía y ya era a diario 2, 3 gramos diarios de cocaína, iba al EAD me hacían los controles pero daban mal, me daban consejos pero claro estaba más pendiente de lo de fuera que de los consejos y decidí irme al centro de Alcázar de San Juan”* No tiene expectativas de éxito, ya que le falta motivación personal y solo acude al EAD presionado por sus padres y el dueño del restaurante donde trabaja. Recibe apoyo de sus padres que le animan a que acuda a las sesiones en el EAD y le vuelven a acoger en su casa cuando inicia tratamiento.

(IV): (RGP16/CR/V22CO) En Febrero de (2003) ingresa derivado por el EAD de Ciudad Real en el “Centro Integral de rehabilitación de drogodependientes” de Alcázar de San Juan donde permanece hasta finales de mayo del mismo año. Recibe atención psicosocial durante los cuatro meses de permanencia en el centro hasta que es el propio entrevistado quien decide abandonar el programa terapéutico. Al principio con pocas expectativas de éxito ya que cuando ingresa en el centro es la época de mayor consumo. Actualmente se encuentra muy contento con los

resultados obtenidos ya que desde hace un mes, fecha en la que se dio el alta voluntaria, no consume y se siente más seguro de sí mismo. Relata sentirse apoyado por toda su familia, sus padres y sobre todo por su hermano de 19 años, con quién además comparte mas tiempo libre al tener ahora amigos comunes.

(I): (RRM3/CU/V32HE) Su primer contacto con el E.A.D. fue cuando tenía 23 años aprox. (1995), inició su primer tratamiento de desintoxicación con naltrexona. La primera vez que acude al E.A.D. es en el año (1994-95) y después de desintoxicarse en casa sin medicación comienza tratamiento con naltrexona, pero solo durante unos meses ya que se dedicaba a cambiarla por agua o por aspirinas. *“Si al principio me la tomaba pero luego empecé a cambiar los botes por agua. Me los cambiaron por cápsulas, pero las abría con una cuchilla y las cambiaba por aspirina, y seguía consumiendo”*. En esta época, tenía el apoyo de su familia, sobretodo de su madre que le acompañaba al E.A.D.

(II): (RRM3/CU/V32HE) Después de su abandono del tratamiento con naltrexona, se le deriva al piso de acogida de Proyecto Hombre en Guadalajara, tenía 23 años. (1994-5). En el año 1994/5 se le deriva a piso de acogida de Proyecto Hombre, estuvo de tratamiento durante 9 meses, toda la fase de acogida. Cuando estaba a punto de iniciar la fase de Comunidad es expulsado por mantener una relación con una de las chicas que también estaba realizando tratamiento. *“La primera vez que entré allí coincidió que era la hora de la limpieza y pensé: estos estás todos locos. Le dije a mi madre: vámonos de aquí que están todos locos”. “Al principio, las normas y todo eso me parecías muy estrictos, pero reconozco que de todos los sitios que he estado es donde mejor he estado. Muchas veces pienso que ojalá hubiera terminado el programa.”*. Su familia, en concreto su madre es la que le apoya en todos los tratamientos.

(III): (RRM3/CU/V32HE) En (1995) estuvo en un piso de acogida en Cifuentes, Guadalajara. Solamente estuvo 2 días porque no le daban medicación para el síndrome de abstinencia. Después de su expulsión de Proyecto Hombre, se va a desintoxicarse a un piso de acogida de Cifuentes, Guadalajara, en el año (1996). Solamente está 2 días porque no le dan medicación y además todavía continua saliendo con la chica por la que le expulsaron y se vuelve a Cuenca para estar con ella. No tiene ninguna expectativa, realiza el tratamiento presionado por su familia.

(IV): (RRM3/CU/V32HE) Comunidad terapéutica “El Alba” en el año (1996/7). Hace 6 años y medio (1996/7) fue derivado a la comunidad terapéutica El Alba, allí estuvo durante 4 meses. Le expulsaron porque se escapó a consumir y le pillaron. *“También he estado en el Alba, es un centro más liberal, más macarra que digo yo, más casa de la abuela” “Estuve 4 meses allí, pero allí entraba bebida entraba droga... y un día tuve visita de mi familia... Les engañe y me dieron 2000 pesetas. Un día a la hora de la siesta, le dije a mi compañero que me iba a pillar, y cuando volví me estaban esperando. Llamaron a mis padres y como hasta el lunes no podían ir a recogerme, estuve todo ese fin de semana aislado hasta que pudieron ir a por mí.”* Su familia es el único apoyo que comenta.

(V): (RRM3/CU/V32HE) Inicia tratamiento con metadona en el E.A.D. en el año (1998). Después de su expulsión de la comunidad terapéutica “El Alba”, continúa consumiendo durante unos meses. En el año (1998), inicia tratamiento con metadona en el E.A.D. en el que está durante 4 años. A raíz de su trabajo de camionero se plantea reducir dosis y dejar la metadona porque quiere realizar portes el extranjero y no puede prefiere dejar el tratamiento. Durante esos 5 años recupera las relaciones con su familia, mantiene una relación estable con una chica, no consumidora, se compra un coche y está a punto de irse a vivir con su novia a un piso. En julio del año pasado (2002), causa baja en el trabajo por una sinusitis. A los 4 meses de baja empieza a consumir y no pueden operarle hasta que no deje el consumo. Desde diciembre del (2002), su familia le ha echado de casa en varias ocasiones, y ha dejado la relación con su novia por el momento. Una de sus expectativas era poder dejar el tratamiento con metadona para realizar

viajes al extranjero en su trabajo como transportista. Sin embargo, el resultado no ha sido el que esperaba, ya que al dejar el tratamiento ha vuelto al consumo. En estos momentos realiza pauta de desintoxicación. Durante su tratamiento con metadona recupera el apoyo de toda su familia, incluso mejora la relación con su padre y su hermano. La relación con su novia también es muy buena, tenían previsto comprarse un piso para irse a vivir juntos.

(VI): (RRM3/CU/V32HE) En Mayo de este año se le deriva a la unidad de desintoxicación hospitalaria. Después de casi 5 años de tratamiento con metadona, la deja para poder realizar viajes al extranjero en su trabajo como transportista. Como consecuencia de una baja por enfermedad y tras alargarse su diagnóstico, comienza de nuevo a consumir, por lo que después de algunos meses de consumo se le deriva a la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria. A las 4 horas del ingreso en el Hospital, abandona el tratamiento. No se esperaba que fuera tan duro. *“Ese no es el lugar donde nos tenemos que ir a quitarnos nosotros, porque allí hay mucha gente, y uno te viene con un problema, otro con otro y claro tú en ese momento lo que necesitas es tranquilidad...”*. No tiene ningún apoyo de su familia, por eso decide hacer la desintoxicación en el Hospital.

La cuestión que nos plantean los casos anteriores, es decir la existencia de un proceso de maduración en el seno del cual la trayectoria de los adictos va mostrando una progresiva mejoría, que a su vez se traduce en la aparición de juicios más exactos y positivos sobre el papel de los distintos dispositivos, aparece reforzada por aquellas narraciones que describen este proceso al margen de la aparente calidad terapéutica de cada uno de estos dispositivos.

Al ir explorando las diferentes rutas de la experiencia terapéutica, podemos constatar la falta de caminos preestablecidos y de sentido único, de hecho encontramos una diversidad de rutas que se cruzan, entrecruzan, que se cierran en un determinado momento, que pueden ser de doble dirección, o incluso mostrar un perfil azaroso que desafía cualquier interpretación topológica. Así en determinadas ocasiones comienza la andadura con rotundos fracasos en los dispositivos menos profesionales e institucionales y se acaba con éxito en la institución más profesional (ERB4/TA/V45H3*; ERB9/TA/V28HE), en cambio en otras ocasiones ocurre justamente lo contrario y los sujetos encuentran su camino a través de ofertas extemporáneas (RPG03/CR7V31HE*; NGC01/AL/V41HE), asimismo vemos que aquello que sirve a unos resulta a veces inútil o contraproducente para otros y viceversa (MTH4/GU/V29HE*; PMG4/CR/V35HE), y en ocasiones se producen extrañas elipsis difíciles de entender y que se resisten a cualquier explicación (MDC8/TO/V36HE).

Para estos casos ¿en que asignamos el valor y la indicación terapéutica? No parece fácil hacerlo, porque a consecuencia de la complejidad del recorrido son “casos incompletos”, no tanto porque falta la “experiencia de referencia en el EAD” sino porque su trayectoria no ha concluido, aún en los casos de aparente “normalización” ya que en muchos de ellos las recaídas son posibles e incluso previsibles. La única posibilidad de establecer algún tipo de criterio que implique valor y posibilite la correspondiente indicación terapéutica, puede encontrarse en un adecuado conocimiento (y en el posterior análisis) de esta trayectoria asistencial.

No sé hasta qué punto se realiza una valoración adecuada de esta trayectoria en el momento de recibir una demanda, esta claro que en determinado tipo de dispositivos no hay ninguna valoración, pero en otros puede que sí. En todo caso está claro que, de una forma implícita, el propio sistema de la red asistencial realiza este tipo de valoraciones y las proyecta sobre el adicto provocando algún tipo de respuesta por parte del mismo. Cuando se habla del “sistema de la red asistencial” se incluyen aquellas ofertas que no han sido reconocidas por las instituciones pero que forman parte de dicho sistema.

(I): (ERB4/TA/V45HE) Ingreso hospitalario en Clínica privada López Ibor (Madrid) para Tratamiento de desintoxicación (1991), con 33 años. Cuando solicita ayuda profesional a la familia de origen ésta le ingresa en una clínica de Madrid para desintoxicación que conoce a través de conocidos. La intervención realizada era farmacológica únicamente *“muy cara pero el tratamiento que tenían allí era absurdo: te quejabas y te ponían inyecciones y en ese plan”*. No refiere el tiempo de estancia por que no lo recuerda. Tras conclusión del tratamiento está 5 meses sin consumir *“empecé una procesión de despropósitos: te abandonas físicamente, se te cae la dentadura “* No valora positivamente el tratamiento recibido. Apoyo familiar son quienes la acompañan e ingresan y costean el tratamiento de desintoxicación en la Clínica como opción más factible.

(II): (ERB4/TA/V45HE) Ingreso hospitalario en Clínica privada López Ibor (Madrid) para Tratamiento de desintoxicación (1991), con 33 años. Debido a la recaída tras su salida del anterior ingreso en la misma clínica vuelven [familia] a ingresarle con el mismo tratamiento *“un fracaso, me fui al segundo día por que ya me habían hablado de esto [EAD Talavera de la Reina]”*. Escasa implicación en el tratamiento. Debido a la posibilidad de ingreso en red pública de atención a drogodependientes no concluye el tratamiento. Apoyo familiar tanto en el ingreso como en la opción de cambio de centro. Su mujer se conforma como responsable del fármaco para el tratamiento.

(III): (ERB4/TA/V45HE) Ingreso en Tratamiento de desintoxicación y posterior inclusión en Programa Libre de Drogas (1992). Tras abandonar anterior tratamiento en pro de su ingreso en EAD Talavera realiza tratamiento de desintoxicación hospitalaria de 7 días y tras ello se le incluye en Programa de Naltrexona(1992) *“no había metadona en esa época”*. La intervención realizada es de seguimiento Médico-Social semanal. A pesar de haber superado con éxito el tratamiento de desintoxicación y lograr una abstinencia de 2 años a heroína *“yo consumía otras drogas que no eran heroína [cocaína]”*. Falta de motivación por la deshabituación a sustancias psicoactivas. Durante el tiempo de espera para el ingreso en Programa en EAD Talavera la familia le costea los consumos diarios y los permite en su ámbito *“me daban dinero y todos los días me iba a la Celsa”*

(IV):(ERB4/TA/V45HE) Inclusión Programa de Naltrexona (1994) en EAD Talavera de la Reina. Habiendo resultado inoperante la continuidad del anterior tratamiento con naltrexona y tras dos años de continuidad de consumos vuelve al EAD para iniciar tratamiento de Naltrexona tras superar el tiempo de sanción por consumos. La intervención realizada es médico-social con analítica semanal. Aun cuando refiere 4 años de abstinencia continua consumiendo cocaína mientras realiza el programa. Realiza un uso inadecuado del Programa. No refiere apoyos.

(V): (ERB4/TA/V45HE) Inclusión en Programa Mantenimiento de Metadona (1999) en EAD Talavera de la Reina. Debido a los continuados consumos de otras sustancias [cocaína] a la que se ha unido consumos incontrolados de alcohol e ineficacia de los anteriores programas de Naltrexona *“por que sigo moviéndome en el mismo círculo y mi familia tiene negocios de hostelería”*. El EAD le propone inclusión en Programa de Metadona ante lo que acepta. La intervención realizada, además de farmacológica, es Médico-Social con analíticas y seguimientos semanales. Aún cuando realiza programa de metadona continúa consumiendo. *“ya soy yo quien quiere ingresarse”* ya que la situación familiar cada vez es más inestable debido a los consumos de todo tipo de sustancias. La motivación para el cambio e implicación en el tratamiento es mayor que en otros intentos ya que es consciente del deterioro integral que le provoca su situación actual. No realiza con éxito el programa a causa de los consumos continuados. Debido a la voluntariedad para el cambio el apoyo familiar se mantiene. Su mujer continúa siendo responsable de metadona.

(I): (RGP03/CR/V31HE) En (1994) inicia el primer contacto con el EAD de Ciudad Real, iniciando tratamiento con Naltrexona durante tres meses y abandona el tratamiento voluntariamente ya

que no puede dejar el consumo de heroína y no realiza el tratamiento correctamente. *“me metí con la naltrexona porque pensaba que la metadona es un retraso, es una forma de quitar a los delincuentes de la calle”*. No tenía expectativa de éxito, ni motivación al no reconocer su problemática con las drogas, *“no quería quitarme de las drogas, me daba todo igual no me preocupé demasiado en seguir ningún tratamiento”* *“lo primero que le dije a mi psicóloga es que pasaba de ella porque no creía en los psicólogos”*. Recibe apoyo de su familia que le anima a que inicie la relación con el EAD.

(II): (RGP03/CR/V31HE) En (1996) ingresa en el centro de rehabilitación cristiano “REMAR” en Santiago de Compostela. A la edad de 24 años, (1996) durante ocho años de consumo de heroína, decide acudir al centro de rehabilitación cristiano REMAR para pedir ayuda. Allí permanece durante dos años, pasado este tiempo decide darse de alta voluntariamente y abandona el centro *“acabe de subdirector del centro y luego me cambiaron a subdirector de tratamiento hasta que no me cuadraron las cosas con mis superiores”* Al principio no tiene expectativas de éxito ya que no está de acuerdo con la metodología empleada por los profesionales del centro *“veía que la única ayuda era levantarse a las cinco de la mañana y a rezar”*. Al finalizar el tratamiento reconoce que ha sido duro pero que le ha servido para abandonar el consumo de heroína. En estos momentos recibe apoyo de su familia y de su pareja.

(I): (MTG4/GU/V29HE) En (1995) comienza programa de metadona en Inglaterra. En (1995) con 21 años acude a su médico de cabecera para iniciar programa de la metadona. La intervención consistió en la prescripción de la dosis por parte del médico del centro de salud y dispensación. No realizaba controles toxicológicos. Permanece en el programa un año y vuelve a consumir. Cuando llegó a Inglaterra inició una nueva vida libre de consumos, tuvo una recaída y comenzó a consumir. Cuando inicia el programa tiene la expectativa de abandonar el consumo a partir de iniciar el tratamiento. Refiere sobre el programa *“Era un dispensario de droga legal para combatir la delincuencia; lo que hizo la metadona fue engancharme más, empecé a vender metadona porque podía hacer mis trapis y fui a peor...los bancos tenían derecho a tus informes médicos entonces la gente que tenía VIH la compraba en la calle, sino figuraba que tomabas metadona y entrabas dentro de los grupos de riesgo”*. No refiere apoyos.

(II): (MTG4/GU/V29HE) En (1998) regresa a España y con 24 años en (1998) inicia tratamiento en el EAD de Guadalajara en programa libre de drogas. Estuvo menos de un año y recayó. Recibió atención psicológica y sanitaria. *“somos seres costumbristas...cogemos un patrón y lo seguimos y no sabe la gente lo que cuesta cambiar un comportamiento”*. *“la adicción es un problema muy gordo que requiere que se trabajen todos los campos de las personas y eso en los centros no se hace”*.

(III): (MTG4/GU/V29HE) En el (2.000) inicia programa libre de drogas en una comunidad terapéutica. No quiere decir cuál. Con 26 años ingresa en una comunidad terapéutica en Guadalajara e inicia programa libre de drogas. Permanece en el recurso dos años. Recibe atención biopsicosocial. *“...en este programa haces una anamnesis de tu vida...un trabajo muy completo y profundo sobre los sentimientos. A pesar de todo el fracaso que me supuso es lo que más me ha ayudado...volví a consumir a saco”*, no solo volvió a consumir sino que estuvo viviendo en el poblado marginal de las Barranquillas unos meses *“...todo el que se engancha vive en la marginalidad y en la soledad más absoluta”*. La fase de reinserción fue la más dura y en la que comenzó a tener dificultades que no pudo resolver *“...al salir de la burbuja y empezar a poner en funcionamiento los mecanismos, aplicarlo al mundo real, se me fue de las manos...no supe llevarlo”*. *“la reinserción a la sociedad es una mierda no se tiene en cuenta que somos gente que nos hemos jodido la vida...percibo que mucha gente cree que lo mejor es que nos fusilen...nos ven como apestados...el alcoholismo y la cocaína se ve de otra forma, no es el yonky...la heroína siempre tuvo muy mala prensa, éramos escoria”*.

(I): (MDC8/TO/V36H) el Centro de día Toledo en el E.A.D en (1997). *“La primera vez que vine a un tratamiento vine aquí a Toledo en el Centro de día en el E.A.D en (1997) empecé a tomar naltrexona e iba una vez cada 15 días, hasta que me echaron por dar positivos y yo decía a mis padres que era mentira que si me había tomado una medicina, que si la máquina falla, nada milongas. Al final me echaron, me dijeron bueno guapo pues te vas a tu casa y dentro de tres meses vuelves, te lo piensas y si quieres vuelves. Ya ni volví ni nada”*, “en esa temporada es que no quería dejar el consumo si, quería que viniera un hada con una varita mágica y quitarme.” *“enganchón otra vez”* Continua consumiendo más de un año hasta intentar de nuevo tratamiento. Considera que su familia tanto sus padres como sus hermanos le apoyaron en todo momento.

(II): (MDC8/TO/V36HE) en (1998-99) Reto en Laredo. *“ Me fui a Reto en Laredo y aquello fue un desastre, llegué.. que si no podía fumar que.. si tal, me fui, la primera noche llamé a mis padres como pude, pidiendo para sacar dinero”*. La razón del contacto se produjo porque después de permanecer más de un año en consumo desde su exclusión de programa de naltrexona en su primer contacto con el EAD de Toledo vuelve a éste y no le admiten por considerar baja motivación para realizar el programa y *“por mediación de una hermana mía conocía a una chica que su hermano había estado enganchado y ahora era monitor en Reto.”*, “y aquello fue un desastre, llegué.. que si no podía fumar que.. si tal, me fui, la primera noche llamé a mis padres como pude, pidiendo para sacar dinero”. Considera que su familia tanto sus padres como sus hermanos le apoyaron en todo momento

(III): (MDC8/TO/V36HE) En (1999) en Proyecto Hombre. *“De Santander me fui a Bilbao a Proyecto Hombre, allí me dijeron que me fuera para Madrid, pues tú vives en Toledo. Y ¿qué pintas aquí? Y fui a Madrid. Y estuve en el proyecto 7 meses, aproximadamente, en el (1999)”*. *“Entré a proyecto hombre enganchado, hice la desintoxicación sin que lo supiesen, porque mis padres no sabían que estaba enganchado. No consumía mucho, dije que estaba malo, pillé heroína y me metí en mi casa y estuve unos días en la cama. Iba todos los días a Madrid e hice la primera fase hasta que me echaron también”, “me echaron también, yo entonces no quería dejarlo, estaba deseando ponerme, obsesionado con ponerme”* Continua en consumo hasta que nuevamente y por el apoyo que recibe de sus padres se ve en la obligación de ponerse en tratamiento. *“yo tuve una época que a mis padres les dijeron que me echasen de casa.. en proyecto hombre, Paloma etc. les dijeron echarle de casa pero mi padre siempre dijo no yo no le echo de mi casa y no hay cosa que más odie que lo que está haciendo pero yo no puedo echarle es mi hijo, y creo que en mi caso hicieron bien porque yo no tenía ninguna intención de dejarlo y me hubiese ido mal porque yo no estoy acostumbrado a sobrevivir en este mundo. Y mira no he tenido problemas.. pero yo en la calle me hubiese perdido del todo, hicieron en mí caso muy bien en no echarme”*

Con todas estas narraciones y las conclusiones a las que nos han conducido parece llegado el momento de plantearnos: ¿podemos detectar en estas trayectorias terapéuticas elementos útiles a la hora de establecer estas valoraciones diagnósticas? ¿o al menos para establecer algunos criterios de indicación útiles?, pues en principio parece que no ya que en realidad la miscelánea es tan variada que ya no sólo resulta difícil hablar de un modelo de experiencia terapéutica sino que además las trayectorias rebelan contrastes tan profundos que resulta casi imposible determinar algún punto en común que nos permitan orientarnos.

Así podemos observar como para algunos la prisión se convierte en una oportunidad (STJ11/TA/VA32HE*; RRM4/CU/V28HE), mientras que otros, en cambio, dependen del apoyo constante de una madre que no les abandona hagan lo que hagan (MTG6/GU/V33HE), tenemos casos de sujetos que se sienten desarraigados y sólo se recuperan volviendo a sus raíces (EBT11/TO/V34HE), coincidiendo con ellos otros sujetos, por ser gitanos, se sienten diferentes y hacen de la propia diferencia un argumento

positivo, pero que les sirve para poco (ERB5/TA/M36HE), encima, en ocasiones, todo parece fruto de la casualidad (STJ12/TA/V25HE) y en otras la adicción se convierte en una faceta más de la vida que se resuelve no tanto en lo terapéutico sino en las propias circunstancias de la vida que van conduciendo al adicto hacia un determinado lugar (STJ10/TA/M39HE).

Pero la paradoja que se produce, para contestar adecuadamente la pregunta que planteábamos sobre la existencia de elementos útiles para el diagnóstico, es que todos estos casos si tienen algo en común: son adictos a drogas ilegales y además están en el sistema asistencial. Hemos visto que ser adicto implica un alto grado de complejidad que no se puede delimitar a través de parámetros sencillos, **luego la complejidad del sistema asistencial es un reflejo de la complejidad de la adicción, lo que significa que cualquier intento de simplificación añade complejidad al propio sistema, porque es un cajón más en un sistema de tuberías.**

(I): (STJ11/TA/VA32HE) En el Centro Penitenciario Ocaña I en 2002 en Programa de Metadona con el Programa Ariadna. En noviembre de 1999 entra en contacto con los servicios médicos del C.P. de Ocaña I para solicitar inclusión en el Programa de metadona *“pero no me la dan, porque dicen que es mejor que me tome la naltrexona”*. El entrevistado desestima esta opción y no se incorpora a ninguno de los tratamientos *“yo lo que quería era la metadona, porque lo otro hace más daño al hígado”*. En mayo de 2002, de nuevo solicita inclusión *“y esta vez sí me dan la metadona”*. A partir de este momento *“también me incorporo al programa Ariadna, y voy a grupos de terapia y hablo con los profesionales que lo llevan en su despacho”*. En el programa de Intervención Psicosocial, programa Ariadna, se mantiene hasta que sale en libertad y el programa de metadona *“lo continúo en Talavera”*. Cuando decide iniciar el tratamiento con metadona *“lo hago porque veía que me iba a la calle igual que entré y no quería estar igual”* decisión de la que está muy satisfecho *“ya en la calle me di cuenta de que había tomado una buena decisión, porque veo a los que estaban enganchados conmigo, que algunos siguen igual, y yo no tengo nada que ver con ellos”*. En cuanto a su incorporación al Programa de intervención Psicosocial *“los que iban me contaban lo que hablaban en los grupos, y como yo quería aprender, también iba” “aprendí cosas que luego, algunas, me han servido en la calle”*. Antes de iniciar el tratamiento con metadona *“sobre todo me ayudaron los profesionales de la prisión, explicándome que tratamientos había y ayudándome a tomar una decisión” “también me ayudaron mis compañeros, yo les veía bien y quería estar como ellos”*. La familia *“nunca se ha preocupado por estos temas”* pero toman bien la decisión *“y ahora se alegran, porque me ven bien”*.

(I): (MTG6/GU/V33HE) (1990) acude al CAD de Torrejón de Ardoz *“...entonces los llamaban los día...”* Con 20 años en (1990) acude al CAD de Torrejón e inicia un programa de desintoxicación ambulatoria *“...no te daban nada, sólo pastillas, un montón de pastillas para que pasaras el mono y ya está...”*. Permanece en el programa 6 meses durante los cuales asiste a las terapias grupales y a un taller de manualidades dos veces por semana. Fue acompañado de uno de sus hermanos *“...y hablé con mi hermano el mayor y se lo dije porque siempre tienes que llevar una persona responsable”*. La decisión de iniciar tratamiento fue suya aunque *“...la primera vez lo haces más que nada por la familia, por la madre...”*. Refiere no tener una buena experiencia de los CAD ni de las terapias grupales *“...A mí los CAD no me han valido para nada todo depende de la persona...en los programas se habla mucho de las drogas y cuando estás en ellos te dan más ganas de consumir... cuando estás en un grupo de terapia y se ponen a hablar de los rollos y de cuando consumían lo que quieres es consumir...cuanto más lejos y menos hables de ello mejor. Se sintió muy respaldado por su familia, concretamente por su hermano mayor y su madre.*

(II): (MTG6/GU/V33HE) (1991) Hospital Ramón y Cajal. Programa de Naltrexona. Con 21 años en (1991) comienza programa de naltrexona en el Hospital Ramón y Cajal. *“...en el CAD (de*

Torrejón de Ardoz) *me habían hablado de la naltrexona...y mi madre me convenció un poquito...*". Acude durante un año, el que permanece en programa a tomar la medicación diariamente al Hospital. Sólo está un año en programa de naltrexona "*...mi madre creía que era un cuento y luego vieron que era verdad que a mí me hacía daño al estómago...*" tiene que dejar el programa por los efectos secundarios que le producía el tratamiento. Se sintió muy respaldado por su familia, concretamente por su hermano mayor y su madre.

(III): (MTG6/GU/V33HE) En (1992) se va a Vitoria a un centro de Remar. Con 22 años en (1992) viaja a Vitoria para ingresar en un centro de Remar. Era un recurso conocido por él y la gente que consumía. Después de haber iniciado tantos tratamientos decide probar algo distinto. Sólo permanece en el centro de Remar de Vitoria una semana y regresa a Torrejón de Ardoz a la casa de sus padres. Sobre el recurso no hace más comentarios.

(IV): (MTG6/GU/V33HE). Con 23 años (1993) ingresa en el Centro Penitenciario de Navalcarnero y comienza programa libre de drogas en este centro en (1996). En esta prisión el programa era gestionado por la Asociación Punto Omega. Recibe atención psicosocial, realiza controles toxicológicos semanales y asiste a las terapias grupales. Su motivación para iniciar tratamiento "*...la cárcel es muy difícil, es otra historia, no es como estar en la calle...muchos se apuntan por recibir beneficios penitenciarios...habrá alguno que lo haga por quitarse pero la mayoría lo hacemos para conseguir cosas*". "*...en la cárcel es donde más tiempo me he tirado, han sido tres años pero lo hacía por los beneficios, porque aunque te lo propongas...estás en el patio día tras día...en la calle estás con tu familia, es otra cosa, a parte cuando salí, salí con las ideas un poquito claras porque no quería salir enganchado y otra vez preso...era coger tener una mujer y un hijo e intentar tirar para adelante...*". En (1999) sale en libertad condicionada a tratamiento en el EAD de Guadalajara. El apoyo fundamental fue su madre con quien comunicaba semanalmente y le reforzaba el que se mantuviera en el programa.

(I): (EBT11/TO/V34HE). En (1994) comienza tratamiento con metadona en Suiza con el Médico de la Seguridad Social. Son los padres quienes le dicen que se ponga en tratamiento para poder estar en casa. Durante nueve meses realiza tratamiento con metadona en farmacia, tras los que tiene una recaída. Después de un tiempo decide iniciar de nuevo el tratamiento continuándolo dos años más y "*me la quité a pelo para entrar en un Centro en Italia*". "*Estaba en mona y el dinero no me llegaba*". Sus amigos estaban en tratamiento con metadona, por lo que decide iniciar tratamiento. Su familia, especialmente los padres que "*me recogen en casa*" con la condición de iniciar tratamiento.

(II): (EBT11/TO/V34HE). En (1997) ingresa en Mondo "x" (Italia) y permanece durante siete meses. Vive en comunidad, "*son comunidades de vida*" y están en varias ciudades. Un tío suyo de Nápoles, es quien le pone en contacto con el recurso. En un principio es derivado a Luzzara donde permanece tres meses tras los cuales le derivan a Bolonia tres meses más y finalmente permanece un mes en Montemaggio. Realiza trabajos en el huerto y grupos de autoayuda "*te obligaban a hablar delante de los demás para aprender a expresarte y perder la vergüenza*". No tiene expectativas, sus amigos habían hecho tratamiento y habían vuelto a recaer. Cuenta con el apoyo de sus padres y de su familia. Con los padres se escribe cartas un a vez al mes y cada seis meses podía visitarles.

(I): (ERB5/TA/M36HE) Ingreso hospitalario para Tratamiento de desintoxicación (1993), con 26 años en EAD de Talavera de la Reina. Ingresó durante días para desintoxicación a Opiáceos "*era jaja para un drogadicto: con habitación, gimnasio...y 7 días son muy poco*". Conocía de la existencia del centro por oídas de otros consumidores. Tras esta intervención puntual no se inserta en ningún programa de deshabitación. Escasa motivación por el cambio ya que éste es un primer contacto de un "tour" por diferentes recursos para drogodependientes, aunque la estancia en el

centro le resulta satisfactoria pues el tratamiento es farmacológico [benzodiazepinas]. Apoyo por parte de los padres ya que son quienes la acompañan al EAD aún cuando se sentía presionada para realizar desintoxicación con éxito.

(II): (ERB5/TA/M36HE) Centro de carácter Religioso REMAR Salamanca (1993), con 26 años. *“Mis padres a través de unos familiares conocen del sitio este”* ingresa en REMAR para intentar deshabituación a opiáceos *“estuve un par de días: el mono a pelo y trabajando, la comida caducada...imposible”* Solo permanece en Salamanca dos días. La intervención realizada se basaba en el trabajo diario [con mono o no] y *“Fe en Dios”*. Nula motivación pues fue obligada por el entorno familiar. Tras el contacto y posterior vivencia en el centro se viene abajo y abandona el centro sin éxito de desintoxicación. Son sus padres quienes la acompañan e ingresan en el centro, aun cuando, según refiere la entrevistada, *“lo hacían más por ellos que por mí. Seguro”*

(III): (ERB5/TA/M36HE) Ingreso en Comunidad Terapéutica “El Arca de Noé” en Badajoz (1995), con 28 años. Por oídas de familiares los padres la acompañan e ingresan en la comunidad en la que los destinatarios son principalmente de raza gitana. La intervención realizada consistía en deshabituación a opiáceos sin farmacología e intervención psicosocial *“no se trabajaba tanto por que ya sabes que los gitanos somos muy vagos”*. En este recurso permanece 8 meses *“fui monitora de los nuevos que llegaban”*. El entorno favorece la motivación que se refleja en el tiempo de permanencia, la abstinencia total a opiáceos y el grado de responsabilidad que ocupa en el organigrama de funcionamiento. Sus padres continúan apoyando el proceso de deshabituación aunque el entorno del centro y los monitores supusieron un elemento más de apoyo.

(IV): (ERB5/TA/M36HE) Refiere dos entradas mas en Comunidad Terapéutica “Arca de Noé” (1996-97). No refiere mas datos por que, según la entrevistada, no los recuerda. *“recuerdo que una de la veces que entré cumplí allí los 30 años ”* aunque podemos presuponer que al ser el mismo recurso y no distanciarse mucho en el tiempo con respecto a la anterior entrada no diferirá mucho de la mencionada. No refiere ni apoyos ni expectativas.

(I): (STJ12/TA/V25HE) Cedex de Jaraíz de la Vera, donde inicia tratamiento con metadona en (2002). A raíz de un accidente de tráfico sufrido en mayo de (2002), de camino a Losar de la Vera después de *“pillar mercancía”*, es ingresado en el hospital de Navalmoral de la Mata, donde tras analítica positiva a cannabis y opiáceos, inicia tratamiento con metasedín para paliar los síntomas del síndrome de abstinencia que sufría. Cuando es dado de alta en el hospital, en junio de ese mismo año, es derivado al Cedex de Jaraíz de la Vera, donde inicia tratamiento con metadona. Según expone, *“lo peor lo pasé en el hospital y decido continuar tratamiento porque ya que había comenzado no quería volver atrás”*. En ese momento *“me planteo cómo podrá ser mi vida en España sin la droga”*, porque desde su llegada siempre ha estado en consumo activo. Para él el apoyo fundamental lo encontró en su novia *“estuvo a mi lado en todo momento”*. Su madre, según relata, *“cuando estuve mejor se volvió a Francia y me dejó quedarme aquí, será porque confía en mí”*. Los profesionales del Cedex. *“también han estado siempre ahí, preocupándose por mí, pero yo tampoco he recurrido mucho a ellos porque no me ha hecho falta”*.

(I): (STJ10/TA/M39HE) *“yo me quité sola. Decidí dejarlo y me quité en mi casa”*. (1997). Explica que a ella no le costó dejarlo, cuando su marido inicia tratamiento en el EAD y estuvo abstinento unos meses, Aunque reconoce su adicción a la heroína, nunca se ha identificado con los toxicodependientes y señala *“Sabes que es malo, y tú misma lo odias y lo rechazas, pero es un momento en el que estás tan sumamente mal, que lo necesitas, lo buscas y lo consumes, pero jamás me he sentido una más”*. Ella se siente capaz de superarlo sola, porque *“mi adicción la inicié y mantuve sólo por mi marido”*. *“hay un problema y es que si yo me quito y no veo a nadie, yo no me relaciono, pero si tengo en casa a alguien que lo consume, yo también lo voy a consumir”*. Ambos vuelven a tener una recaída en (1998) porque *“él no llevaba bien su tratamiento, y estaba consumiendo”*.

Llegamos así al último grupo en el que hemos recogido a aquellos que no encuentran la salida, los que se comportan como vagabundos que van circulando sin más entre los recursos y dispositivos (PMG14/CR/V40HE; EVP06/PU/V41HE*), los que se sienten permanentemente perdidos en su intento de dejar las drogas, porque en realidad no saben lo que quieren hacer con su vida (STJ13/TA/V45HE*; RRM1/CU/V40HE; RLG4/LM/V41HE), para acabar a vueltas con las normas de los centros y con un deber ser ajustado a sus propias creencias (EBT1/TO/V39HE).

Pero entonces ¿quienes son estos adictos? ¿casos especialmente difíciles o conflictivos?, la respuesta, desde una perspectiva micro es decir desde cada uno de los dispositivos o programas, es que efectivamente sí, que se trata de casos muy difíciles. Pero a la vez la respuesta tiene que ser negativa desde la perspectiva de su condición y su trayectoria global como adictos. Porque en el fondo son el prototipo del verdadero adicto, frente a aquellos a los que una oferta concreta les supone una “solución definitiva”.

De hecho no hay ninguna solución definitiva, no hay ninguna intervención definitiva, drástica e infalible, sino que se trata de **intervenciones paliativas** que en ocasiones, y en un porcentaje que desconocemos, mantienen al sujeto abstemio o estable a lo largo de muchos años y hasta es posible que toda la vida, con o sin ayudas farmacológicas. En este sentido deberíamos tomarnos más en serio la celebre y en ocasiones ridiculizada frase de AA que al comenzar a hablar, aunque lleven años alejados del alcohol afirman “soy un alcohólico”.

(I): (EVP06/PU/V41HE) (1994) Asistía a un centro de día en Ciudad Real. Cuenta que se trataba de especie de mesa redonda. Asistía una vez a la semana, concretamente los viernes. Le mantenían un seguimiento analítico pero él falseaba los análisis. Cuenta que estuvo asistiendo algunos meses y no le aportaba mucho. A veces le servía de excusa para salir y consumir. Sus padres fueron su apoyo a lo largo de todos estos años.

(II): (EVP06/PU/V41HE) (1997) Llegó un momento en que se sentía impotente y no sabía como afrontar la situación. *“Empecé el trasiego de los centros”*. Se fue entonces a una Comunidad Terapéutica Incontro (italiana). Estuvo tres meses. *“me quitaba a pelo, y luego volvía, duele mucho”*, *“Eso no valía para nada”*. El centro tenía una importante carga religiosa lo que no le gustaba nada. Tenían una serie de imposiciones en cuanto al orden que para él eran un poco humillantes. *“lo llevaba un cura, parecía más un sitio de renegados, de locos”* *“Eran cosas absurdas, la ropa había que ponerla mirando al norte..., les llamaban capo a los responsables,...”*. *“Tomaba un opiáceo, que me quitaba un poco la diarrea, pero nada, tenía un monazo increíble”*. *“Teníamos que trabajar como en un campo de concentración”*. El precio que le costaba a su familia eran 40.000 pts. Relata que esta experiencia no le sirvió de nada. *“Nada más salir compré”*. Estuvo durante tres meses, la metodología de la intervención no le convenció y se fue enseguida. Sus padres eran su apoyo.

(III): (EVP06/PU/V40HE) (1997) Se fue a otra comunidad terapéutica en Sevilla “La Molienta”, estaba junto Morón de la Frontera. Se mantuvo durante un año *“Había allí un psicólogo. Muy buena gente, que sabía mucho del tema”*. Para él este tratamiento era muy diferente al anterior, sobre todo porque de vez en cuando, salían de ocio. Sus padres tenían que pagar 85.000 pts al mes. Se queja de que trabajaba un montón y encima tenía que pagar él. *“Cocinando toda la semana, sin pagarte, pagando tú, hay que tener ganas...”* *“cuesta mucho, encima, pagando tú”*. Comenta que hay que tener mucha fuerza de voluntad para aguantar eso. Hoy en día, mantiene una relación de amistad con una mujer con la que compartió esta época. Fue en este momento cuando él cree que empezó a replantearse el asunto del consumo. El apoyo como en ocasiones anteriores fueron sus padres.

(I): (STJ13/TA/V45HE) Conviene reseñar que el entrevistado intentó en diversas ocasiones abandonar el consumo por sí mismo pero no lo logró. *“Me tiré alguna vez 7 u 8 meses sin consumir, por las buenas, pero nunca conseguí llegar tan lejos como ahora”*.

(II): (STJ13/TA/V45HE) El entrevistado toma contacto hace un año (2002) con el MAPI en la Barranquillas y comienza a tomar metadona en febrero de 2002, cuando cuenta 44 años de edad. *“Era un martirio, tenía que ir a Madrid a comprar mi dosis casi todos los días. Muchos amiguetes me decían que la metadona podría venirme bien, y yo les contestaba que me dejaran en paz. Si no me metía con la metadona, es porque antes tardaban mucho en dártela, y yo no tenía paciencia para esperar”*. Él iba a comprar las dosis a Las Barranquillas, donde entra en contacto con los profesionales *“ellos me comentaron que tardaban dos días nada más en dártela, y decidí probar. En dos días me lo dieron, pero si hubiera tenido que esperar más, seguro que no hubiera comenzado el tratamiento”*. *“Lo primero que me motivó para empezar a tomar la metadona fue no tener que ir todos, o casi todos los días, a pillar a Madrid”*. Sin embargo, una vez iniciado el tratamiento *“me di cuenta de que me encontraba mejor, controlaba más y poco a poco mi calidad de vida fue mejorando”*. Esto es lo que *“me animó a seguir”*. Sobre todo los profesionales que trabajaban en las Barranquillas *“me hacían sentir bien con las cosas que me decían”*, y gracias a ellos, *“sobre todo al principio que es cuando más dudas tienes sobre los efectos secundarios y todo eso”*, mis dudas se fueron disipando *“y decidí seguir adelante, porque ya no soy un niño para andar dudando o tonteando con las cosas serias”*.

(I): (EBT1/TO/V39HE) En (1986) inicia tratamiento en Narconón (Madrid). *“el mono lo pasé a palo seco”*. Realiza terapia de grupo, taller de Habilidades Sociales y *“había un cacharro como un detector de mentiras para sacar cosas que tenías dentro”*. Acude al recurso condicionado por su familia. No especifica el tiempo que permanece en el Centro. No se plantea ningún objetivo. *“No me sirvió para nada”* ya que va condicionado por su familia. Básicamente su familia que le dicen que *“no puedes seguir así, tienes que hacer algo”*.

(II): (EBT1/TO/V39HE) En (1988) inicia tratamiento de desintoxicación en el Centro de Día de Toledo. Recibe atención psicológica, sanitaria y social y permanece en el Centro durante siete meses *“me fui porque no me dejaban fumar porros”*. Hasta (1993) realiza varias desintoxicaciones ambulatorias en el EAD volviendo a recaer. No se plantea expectativas ya que lo decide condicionado por su familia y vuelve a recaer después de cuatro meses. Su madre y sus hermanos le han apoyado *“mucho”*.

(III): (EBT1/TO/V39HE) En (1993) decide iniciar tratamiento en “Hogar de la Luz” (Gerona) y es derivado a Hogar de la Luz (Córdoba), donde permanece tres meses tras los cuales, es expulsado *“por consumir alguna cosilla”*. Tras una semana en la que se queda en Córdoba *“muy mal, tirado por ahí”*, vuelve al Centro y le derivan a Hogar de la Luz (Cáceres). Permanece un año y le vuelven a expulsar por reincidir en el consumo repetidas veces, *“veían que ponía poco interés”*. Pasa un mes y vuelve a Gerona admitiéndole de nuevo. Permanece en esta situación hasta (1998), en varias ciudades pero en el mismo Centro. No reciben intervención psicológica *“ni nada”*, *“básicamente trabajamos”*. *“Me vi mal de verdad y decidí entrar en el Centro pero no me dio resultado”*. No comenta apoyos concretos, únicamente su familia.

Las conclusiones a las que nos ha ido conduciendo el precedente análisis en relación a las experiencias terapéuticas ajenas a la experiencia de referencia en el EAD, unidas al contenido endógeno de esta experiencia de referencia, nos permiten enfocar el próximo capítulo relacionado con el post-tratamiento y el restablecimiento del vínculo social de una forma un tanto novedosa, ya que la definición de un “crónico complejo” nos obliga a considerar estas cuestiones desde una perspectiva un tanto diferente de la que venía siendo habitual.

Conviene retener que en ningún caso hemos hablado de “enfermo crónico” pero tampoco se ha descartado esta definición, de la misma manera que no hemos hablado de un “desviado social”, ni de “conducta desviada”, ni tampoco de “comportamiento adictivo”, pero tampoco lo hemos descartado, en una gran medida porque siguiendo el modelo de la elección racional y la síntesis práctica presente en el ámbito de las adicciones, nada nos impide considerar la adicción, y al adicto, como **el resultado de la confluencia de dos componentes, el primero biológico y el segundo cultural**. En ambos casos se trata de componentes que determinan de una forma permanente la vida del sujeto, es decir la “cronifican” y en ambos casos estos componentes se expresan además en el territorio de los trastornos de conducta y en el territorio de los problemas sociales.

capítulo

7

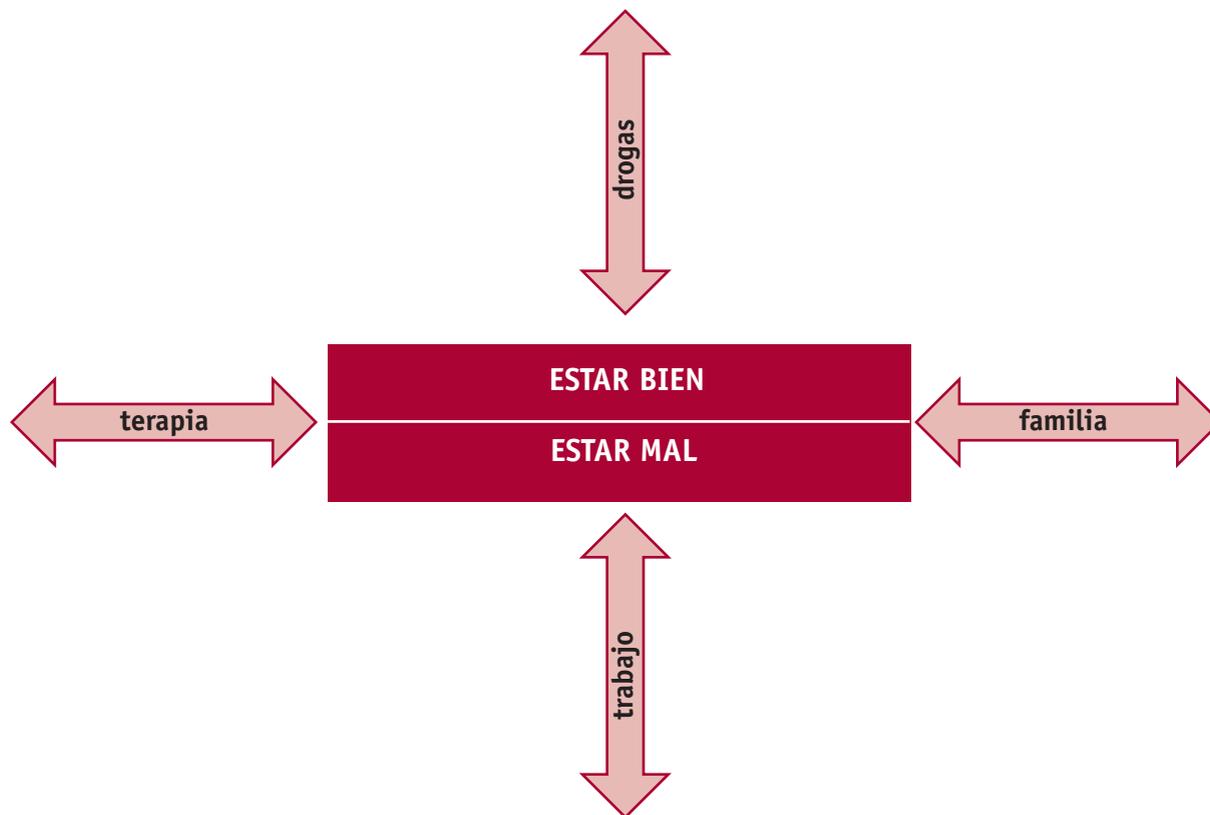
El juego de los conceptos



7.1. Situación actual y perspectivas de futuro.

Uno de los temas que los entrevistadores entreveían como una constante siempre presente en los relatos y en la propia actitud del entrevistado se refería al “ahora”, es decir al “como estás en este momento”. Se trata de un tema recurrente en un colectivo para el cual esta “percepción del presente” es muy importante, aunque aparezca descrita en trazos muy gruesos: en esencia la información sobre el presente se limita a decirnos si se consumen o no se consumen drogas (y a cuales), a describir el vínculo con el programa terapéutico, con la familia, con el trabajo o la supervivencia que en algunos casos se relaciona con la situación judicial. Al final todos estos trazos se condensan para expresar un estado anímico general, bueno o malo según los diversos sujetos, sobre el que se suele asentar, la imagen que el adicto devuelve, a la gente de su entorno, a los profesionales del EAD y por supuesto a los entrevistadores.

En este sentido “estar bien” o “estar mal” parece ser la piedra angular que define de forma global la situación del adicto, pero a la vez esta piedra que sostiene la bóveda se fundamenta en otras cuatro piedras: drogas, vínculo terapéutico, familia y trabajo. La primera indica si se está consumiendo o no, la segunda se refiere a tener motivación o no (y en menor medida a cumplir o no con las normas, disposiciones y reglas del dispositivo), la tercera a si se tiene apoyo familiar o no y la cuarta a si se tiene trabajo o no. Estas cuatro piedras principales traducen sus respectivas dicotomías (si/no) en otras tantas fuerzas, ya que cada una de ellas representa bien “un apoyo” o bien “una carga”, y como en toda cúpula cuando los apoyos superan a las cargas la piedra angular se sostiene (“está bien”) y a la vez sirve para reforzar y asentar el resto de piedras que conforman el armazón, en cambio cuando las cargas son superiores a los apoyos la piedra angular deja de encajar (“está mal”) y el edificio se viene abajo.



Como ya se ha explicado en el primer capítulo una investigación sustentada en técnicas cualitativas trata de superar algunos marcos conceptuales y abrir “maneras alternativas de ver la realidad”. En este sentido “estar bien” o “estar mal” implica un mensaje formal, que supone la existencia de una “carga negativa” que vamos a tratar de desvelar: ¿una recaída en el consumo? ¿algún incidente familiar? ¿malestar en el dispositivo? ¿crisis en las expectativas laborales?... porque se supone que este desvelamiento permite realizar una intervención compensatoria que reestablecerá el equilibrio entre los elementos de apoyo y los elementos de carga.

Pero este esquema formal que ha orientado durante décadas las investigaciones, las intervenciones de los profesionales y hasta las dinámicas sociales, al ser asumido por los adictos se convierte en su propia jaula de hierro: todo se explica con estos trazos gruesos y por tanto cuando las cargas son superiores a los apoyos se “está mal” y poco se puede hacer, salvo esperar a que cambien las condiciones y la estructura vuelva a orientar las flechas en un sentido propicio para “estar bien”.

Para tratar de superar este estrecho marco, se pidió a los entrevistadores que ligaran un presente que se preveía muy poco expresivo a las perspectivas de futuro y el resultado no fue mucho mejor, aunque nos permitió entrever que en el horizonte vital de los entrevistados aparecían una serie de variables que hasta ahora apenas habíamos considerado.

En este sentido ha ocurrido lo que preveía Harold Garfinkel, es decir si diseñamos la entrevista como una “conversación natural” las “formulaciones” del entrevistado se extenderán hacia “contenidos no previstos” de tal manera que así “se iniciará una serie de nuevas secuencias” cuya “explicación, aclaración, caracterización, traducción o resumen” nos permitirá alcanzar una mejor comprensión de la realidad (Schwartz y Jacobs, 1984).

De entrada la revisión de los resultados obtenidos nos desvela que este horizonte de apoyos y cargas se expresa exclusivamente sobre tres planos, el primero es el plano terapéutico y adictivo, es decir el tipo de relación que mantienen con el EAD que a la vez incluye la cuestión de los consumos, porque en realidad los dispositivos asistenciales son los lugares donde la conciencia del consumo se hace realidad, es decir las recaídas no serían tales sin el concurso de una definición terapéutica, y de hecho, como veremos en los testimonios, hay consumos que casi siempre implican una carga negativa (heroína, cocaína, alcohol para algunos casos de cocaína...) aunque con excepciones, como es el caso de los consumos puntuales de cocaína por parte de los casos de heroína en tratamiento con metadona. Mientras que otros consumos como cannabis o algunos fármacos aparecen como factores de apoyo o de carga según cual haya sido la asignación realizada por el EAD, es decir vemos cómo algunos sujetos consumen cannabis porque en el contexto terapéutico estos consumos han sido definidos como “no problemáticos y positivos para la estabilidad del sujeto”, al tiempo que el consumo no prescrito de fármacos ansiolíticos o tranquilizantes es vivido como una grave trasgresión en un contexto terapéutico caracterizado por el uso más o menos habitual de los mismos.

En este sentido el adicto ha aprendido, especialmente cuando se integra en la modalidad de tratamiento con metadona, que un determinado consumo es bueno o malo según lo determinen los profesionales de los dispositivos, lo que implica unificar bajo un mismo plano de fuerzas (apoyo/carga) la cuestión del vínculo terapéutico y el consumo de drogas. Como consecuencia intervención terapéutica y consumo (o adicción), se imbrican sobre una única línea de fuerzas, que de una parte implica las actividades y las prácticas del EAD, como el espacio que garantiza la abstinencia (total o parcial) y de otra parte a un sujeto que acude al dispositivo asumiendo esta misma condición, es decir acude al dispositivo y al hacerlo acepta que va a tener que dejar el consumo de ciertas drogas. La cuestión a dilucidar es ¿quién determina a quien?, ¿el dispositivo con sus normas al sujeto, o por el contrario el sujeto con su decisión al dispositivo? De forma tradicional se ha colocado la flecha de la causalidad en la actitud del sujeto y se le ha llamado motivación, pero a la vez, desde el dispositivo esto mismo se ha percibido como “demanda”.

En este punto hay que recordar que en los capítulos precedentes se ha podido constatar como la motivación es muy espuria, y que en una gran medida dependen de la intensidad de los problemas que ocasiona la adicción en el sujeto, de tal manera que incluso es ya un lugar común considerar que la motivación aparece cuando el sujeto “toca fondo”. En este sentido la motivación es una variable dependiente de todos estos problemas y a la vez el sujeto acude al dispositivo sabiendo que es “para dejar de consumir” porque esta es la condición que articula la propia existencia de los dispositivos.

De hecho no hay dispositivos que no contemplen que su propia condición es que los adictos “dejen las drogas”¹, e incluso cuándo el sujeto acude a otras redes, por ejemplo atención primaria, es remitido a los recursos del PRD, porque se sobreentiende que sus problemas están causados por la adicción y deben ser tratados en dispositivos especializados. En todo este lío las variables van cambiando de estatus y lo que en la historia del sujeto era la variable dependiente de los problemas, es decir la motivación, adopta, en el momento que se convierte en una demanda en un dispositivo, el papel de una variable independiente. Entonces el sujeto ¿está motivado por o está motivado para? Vamos a tratar de averiguarlo.

En cuanto a los otros dos planos coinciden con las fuerzas descritas y así el segundo plano se refiere a las relaciones personales, que casi siempre tienen como protagonistas a la familia de origen (incluida en algunas ocasiones las pareja) y muy puntualmente los amigos y el tercer plano se expresa como una cuestión de supervivencia física.

¹ Ciertamente en las narcosalas y en los programas de heroína la lógica es otra. Desgraciadamente en su diseño y planteamiento no se han considerado las reflexiones que realizamos en este texto. Todo lo contrario, se han dado implícitamente cosas por sabidas y que no son tan claras. Esta falta de reflexión y la fundamentación excesivamente racional (y poco empírica) de tales dispositivos, tiene mucho que ver con su situación poco brillante, lo cual constituye un grave problema ya que se trata de alternativas más que interesantes que deberían haberse diseñado desde una óptica más multidisciplinar.

Si comenzamos por el primer plano podemos observar cuatro situaciones muy diferentes, la primera es la de aquellos que ya están lejos de ámbito terapéutico, en una gran medida porque llevan bastantes años sin consumir, aunque de vez en cuando acuden a EAD de “visita” o a hacer algo que nunca especifican. Vamos a llamarlos **abstemios con alta terapéutica** y vamos a suponer que el mantenimiento de un cierto vínculo con el EAD es casual y que además han sido elegidos para la muestra justamente por este factor causal, es decir, como hay un contacto se les ha avisado a ellos para realizar la entrevista, en vez de aquellos que estando en la misma situación ya no mantienen ninguna relación con el EAD y son casi ilocalizables.

En segundo lugar aparecen aquellos que en términos clásicos se diría que forman parte de un **programa de seguimiento**, ya que acuden al EAD siguiendo un determinado ritmo, hablan con el psicólogo o el trabajador social, e incluso se someten a algún tipo de control, en general argumentan que no consumen pero que necesitan, de vez en cuando, rememorar las exigencias terapéuticas.

El tercer grupo es el más numeroso, de hecho son la inmensa mayoría de nuestros entrevistados, y está formado por todos aquellos que actualmente **están en tratamiento** en uno de los programas estándar del EAD, lo que implica que están en una situación terapéutica relativamente estable, en los casos de heroína casi todos en PMM, y en la que se sienten razonablemente cómodos, aunque a la vez relatan algunas recaídas y otros consumos no problemáticos en el sentido de resultar “aceptables o prescritos” en términos terapéuticos.

Finalmente el cuarto grupo aparece representado por aquellos que están vinculados al EAD pero sin ubicarse sobre una verdadera perspectiva terapéutica, ya que utilizan el dispositivo más bien como un **refugio** ante las adversidades de un estilo de vida toxicómano que siguen manteniendo a pesar de que, algunos de ellos llevaban, en el momento de la entrevista, algunos días o semanas sin consumir.

En cuanto a las relaciones personales que conformarían el segundo plano de la realidad actual de estos sujetos, aparecen también cuatro grupos. El primero está formado por aquellos que están solos, sin nadie, sin familia ni pareja, sin amigos, viviendo **desamparados** y a veces acogidos en los propios dispositivos del PRDs, el segundo grupo está formado por aquellos que viven, como mal menor, **en precario con su familia de origen**, muchas veces solo con las madres, encerrados en la soledad de dos personas cuyo único rédito parece ser el de estar juntos y ayudarse en lo cotidiano. El tercer grupo lo forman aquellos que refieren **relaciones familiares** en un sentido amplio que incluye a padres y a hermanos, apareciendo en ocasiones una pareja más o menos estable cuya existencia suele depender de circunstancias puntuales relacionadas con su trayectoria terapéutica. Finalmente se encuentran aquellos que parecen gozar de una cierta **estabilidad familiar** y emocional, en general con familias propias e hijos.

El tercer plano tiene que ver esencialmente con el la integración sociolaboral, y se producen tres situaciones diferenciales, en primer lugar aquellos que poseen un alto grado de **integración sociolaboral** porque tienen una profesión, un trabajo o incluso desarrollan una actividad empresarial, con contratos fijos o la posibilidad de mantener, por su especialización o dedicación, un vínculo laboral permanente. En segundo lugar aparecen los que no tienen trabajo ni muchas posibilidades de lograrlo, pero que a la vez manifiestan **exageradas expectativas** en torno al mismo, simplemente porque van a hacer algún tipo de cursillo o se han planteado que van a comenzar a buscar trabajo. En tercer lugar están aquellos que ni tienen trabajo, ni manejan ninguna expectativa y se conforman con encontrar alguna fórmula que les permita obtener algún tipo de ingresos y **sobrevivir** aunque sea bajo mínimos. En los dos últimos casos resulta relativamente frecuente recibir diferentes tipos de prestaciones sociales, bien por minusvalía, por VIH, por desempleo, una ayuda social municipal o una pensión no contributiva.

¿Cómo se relacionan estos tres planos?, pues conformando a la vez tres grandes grupos, dos minoritarios, pero perfectamente definidos, que se sitúan en los extremos y uno muy mayoritario y confuso situado entre ambos. En el primer grupo, que se puede identificar por un **óptimo de normalización social**, está formado por un par de docenas de adictos, considerados como modelos y ejemplos positivos por parte de los profesionales de los EADs, sus familias y la sociedad en general. Son además los que parecen “dotar de sentido” a la red asistencial, al menos para una parte de los profesionales, para las familias y para la sociedad en general, la cual supone “que se está gastando dinero público para que estos chicos, justamente estos y no otros, puedan dejar las drogas y recuperar la vida”

ÓPTIMO DE NORMALIZACIÓN	CRONIFICACIÓN	MÁXIMA EXCLUSIÓN
Abstemia consolidada con o sin seguimiento por parte del EAD	En tratamiento	Viven el tratamiento a modo de refugio provisional
Familia propia o estabilidad afectiva	Relaciones familiares estables o precarias con familia de origen, ruptura de familia propia	Desamparo familiar y soledad o pareja adicta
Integración sociolaboral	Expectativas laborales exageradas	Supervivencia por la vía de prestaciones, trapicheos y delitos

El tercer grupo, que se puede identificar con aquellos que se encuentran en un **máximo de exclusión**, es aún más pequeño, aunque es posible que la proporción de adictos excluidos sea mayor, en parte porque ha resultado difícil localizar e incluir en la muestra este tipo de adictos, aunque también puede ocurrir que al tratarse de sujetos que mantienen contactos esporádicos pero continuos con la red asistencial en realidad estén bien representados en la misma. En todo caso se trata del grupo que a través del “protagonismo mediático” de su imagen ha creado, para el gran público, la representación social dominante en torno a las consecuencias de las drogas.

En cambio el grupo intermedio, que vamos a identificar en este punto como **los crónicos**, no suele estar demasiado presente en el imaginario colectivo, pero a parte de representar el prototipo de adicto real es el grupo **que constituye la gran masa de adictos presentes** en la red y en los diversos dispositivos asistenciales, en parte porque son muy numerosos y en parte porque su condición les lleva a mantener un contacto relativamente fijo y permanente con los dispositivos asistenciales. Por este motivo los identificamos como “crónicos”, aunque después vayamos a matizar este término.

¿Cuántos casos pueden adscribirse a cada uno de estos grupos?, pues en este caso resulta difícil determinar ya que no disponemos de todos los elementos que nos permitirían establecer un “diagnóstico de situación” para cada caso. Ciertamente podemos realizar una aproximación, pero en este caso se entendería como “el nivel de éxito de la intervención”, es decir como un resultado evaluativo y éste no es, bajo ningún concepto, nuestro objetivo. De hecho no podemos dar ningún “resultado” porque la metodología utilizada no ha partido de una “línea base” sino de una muestra temporal en la que la representatividad de los sujetos gira alrededor de una serie de variables (EAD, año de la primera demanda, sexo y droga de referencia) que conforman una “muestra intencional” ajustada a los objetivos de esta investigación.

A continuación pasamos a analizar estas tres situaciones, pero distinguiendo los casos de adictos a la heroína de los casos de adictos a la cocaína, y separando en cada una de estas categorías a los varones de las mujeres.

Vamos a comenzar por los ejemplos de MÁXIMA NORMALIZACIÓN en varones adictos a la heroína, que se describen a sí mismos como personas que “están bien” y que se encuentran satisfechos y contentos, mostrando como estos sentimientos se sostienen, de manera destacada, sobre la abstinencia a drogas. Es decir, están bien, en primer lugar y de manera destacada, porque llevan mucho tiempo sin consumir drogas y esto les ha permitido rehacer sus vidas, tener una familia propia (o recuperarla) e incluso estudiar tratando de superar los déficits que la adicción produjo en sus vidas. También están satisfechos con su trabajo (aunque no todos), algunos practican deportes y una gran parte exponen ambiciosos proyectos de futuro que parecen bastante realistas.

(STJ7/TA/V37HE) Actualmente está terminando cuarto curso de la E.S.O. en la Escuela Para Adultos de Talavera *“cuando salgo del trabajo, me aseo y me voy a clase. Es un reto personal, una forma de mantenerme ocupado cuando salía de trabajar, porque la cabeza, cuando estoy en casa sin hacer nada, comienza a ponerse un poco tonta”*. A la entrevista acude con libros y cuadernos señalando *“es que cuando salga de aquí, tengo que ir a hacer un examen”*. Ahora se mantiene abstinentemente *“a día de hoy sigo trabajando, estudiando, tengo estabilidad emocional, una pareja” “no he vuelto a probar ni la heroína, ni la cocaína ni el alcohol, nada de nada. Sólo fumar, mucho tabaco, pero de lo demás, nada”*. Afirma estar muy seguro de cómo quiere que le salgan las cosas *“tengo muy claro lo que quiero hacer, por la mañana el trabajo, por la tarde los estudios y por la noche y los fines de semana, pasear con mi pareja, evitando los sitios donde se vende o se consume” “cada vez pienso menos en ello. Sé lo que hay, sé que te merma la calidad de vida y no es eso lo que quiero”*.

(RGP13/CR/V27HE) Actualmente reside en Ciudad Real donde comparte piso alquilado con un compañero. Algunos fines de semana cuando puede se marcha al domicilio familiar en Valdepeñas. Se encuentra en tratamiento con Naltrexona (Abril de 2003). Trabaja como operador de cámara de televisión. Ha cambiado el estilo de vida ya que pasa la mayor parte del tiempo ocupado realizando ejercicio físico y actividades de ocio y tiempo libre. Mantiene el consumo de alcohol moderado y el consumo de cannabis.

(MDC12/TO/V29HE) Continúa en tratamiento en el EAD, va a controles analíticos una vez por semana, le han comunicado que probablemente le den el alta en septiembre. *“Ahora me encuentro genial, ves las cosas de otra forma”*. Se ha comprado una casa con su pareja *“ella tiene un sueldo fijo y en cuanto nos den el piso nos iremos a vivir juntos”*. Con la familia siempre ha tenido una buena relación, actualmente mejor porque él se siente bien. *“Siempre he vivido con mis padres”*. Se encuentra trabajando en una empresa de espectáculos *“en el trabajo no tengo ningún problema porque mi jefe es íntimo amigo de mi madre y cuando veía que estaba mejor pues volvía a trabajar con él”*. También está enviando currículums para conseguir un puesto fijo como diseñador gráfico en alguna imprenta o agencia. Con respecto a su afición por la música, toca la batería en un grupo de música fusión funky-pop, están preparando un repertorio de canciones propias para ver si consiguen conciertos a través de la empresa de espectáculos.

(EVP04/PU/V40HE) En la actualidad quiere olvidarse de todo lo sucedido. Lleva ya casi cinco años sin consumir y tiene muy claro que no lo volverá a hacer. *“Esta etapa prefiero olvidarla totalmente”*. Tiene una estabilidad laboral y económica gracias al negocio que tiene de tatuaje en el que trabaja también su mujer. Viven con su madre porque necesita cuidados. *“A nosotros nos viene bien, el piso se quedaba chiquitajo”, “y bueno, parece que hay buenas perspectivas de futuro”*. Quiere que sus hijas estudien.

Pero en algunos casos, quizá porque el peso de la adicción ha sido tan fuerte y los déficits acumulados tan intensos, que el sujeto se conforma con mantener la abstinencia y entonces los sentimientos positivos se mantienen, sólo porque ya no se “vive en el mundo de las drogas”. En este sentido la normalización es relativa, porque la adicción ha dejado algunas huellas perennes que parecen difíciles de superar, entre tales huellas encontramos problemas de salud mental, dependencia de la familia de origen (que se vive como “cuidado a los padres”), miedo a la recaída, juicios pendientes, dificultades para encontrar trabajo o una pareja adecuada.

Se trata en todo caso de situaciones que también afectan a muchos otros ciudadanos, pero que en el caso de estos adictos introduce un cierto grado de angustia ya que entonces perciben una vida sujeta a limitaciones, en parte porque la falta de alguno de los elementos de apoyo (que en ningún caso se refiere a la pérdida de condición de abstemios porque entonces ya pasaríamos a otra categoría, o a carencias en la intervención terapéutica cuyos logros ya figuran en el haber del pasado), pero que puede tener que ver con la familia o con el trabajo.

En estos casos los “adictos normalizados” adquieren el estatus de “solterón que vive, que ayuda, que cuida y que hace los recados de la familia”, lo que les permite vivir con estas limitaciones y evitar al mismo tiempo el consumo. Una figura muy tradicional en la sociedad española, que con la modernización creíamos que había desaparecido pero que la realidad nos devuelve disfrazada de problemas para conseguir una efectiva emancipación. Aunque quizá la verdadera razón que explica la situación de estos adictos reside en el hecho de que, en un momento determinado de sus trayectorias, salieron a la vida para “comerse el mundo” y ahora se encuentran adscritos a un papel subordinado y dependiente. Aunque a la vez es un papel que les permite vivir alejados de las drogas, tener una cierta calidad de vida, e incluso mantener la propia vida, porque de haber continuado con la adicción quizá ya habrían fallecido. Se trata, para resumir, de casos que ni están bien ni están mal. No están mal porque se sienten terapéuticamente apoyados y no consumen drogas, pero tampoco están bien porque no consiguen integrarse adecuadamente bien en una perspectiva relacional o bien en una perspectiva laboral.

(RGPO3/CR/V31HE) Trabaja actualmente como conductor en una empresa de ambulancias. Refiere estar sin consumir heroína desde (1998) aunque destaca un “pequeño desliz” hace dos años con cocaína (2001) “intentamos montar una empresa y claro los empleados no te ayudaban, trabajaba 21 horas diarias de noche y de día y empecé a tocar la cocaína para no dormirme conduciendo la ambulancia”. Mantiene una relación estable con su pareja desde hace seis años “nos va muy bien dentro de dos meses nos casamos”. Se encuentra muy seguro de sí mismo: “yo creo que de las drogas se quita todo Dios, lo que hace falta es querer quitarse, esto dura lo que tu quieras que dure y yo ya, hasta aquí” “de las drogas no me acuerdo ni un solo momento al día” No tiene muchos planes de futuro a largo plazo ya que está pendiente de juicio y no sabe si volverá a ingresar en prisión o podrá ingresar en un centro para seguir con su tratamiento de rehabilitación.

(MVG1/LM/V34HE) Está en tratamiento ambulatorio en EAD de Mancha-Centro, Alcázar de San Juan y le queda dos años más de tratamiento, lleva sin consumir desde entonces “me estoy desconectando del mundo este... me dedico al tema de familia”. Le preocupa mucho el no tener trabajo y si algún día lo tendrá “quiero trabajar en lo que sea. ...mientras me dé para vivir” “no es que esté muy bien porque vamos...ahora no estoy trabajando...no estoy mal ha pasado más tiempo que voy encontrando estabilidad... de ver las cosas...”

Pero a la vez, las renunciaciones que les permiten vivir, que les permiten mantener la abstinencia pueden conducirles a situaciones anímicas negativas, porque, aunque la mayor parte de las fuerzas que sostienen

la piedra angular de “estar bien” sigan presentes, el propio sujeto puede percibir sensaciones, mantener deseos y sentirse afectado por circunstancias. Todo ello pronostica posibles recaídas y una vuelta a empezar. Lo que nos indica que, al menos una parte de la minoría de sujetos “normalizados” se sitúan muy cerca del territorio de los “crónicos” que se va a explorar más adelante.

(FSM12/AL/V30HE) A nivel laboral lleva trabajando de “carrocero” un año. Se está pensando si montar su propio taller, es oficial de 2ª. Continúa fumando hachís y lleva sin consumir heroína dos años y medio. Ha consumido dos veces cocaína (desde diciembre del 2002 hasta hoy). Últimamente tiene ansiedad, y ganas de no vivir *“ahora va a hacer un año que mi hermano se suicidó y me agobio al pensarlo”*. Por otra parte también nos cuenta que *“Tiene miedo porque la gente del barrio consume y no se relaciona con ellos”* (no lo plantea en el sentido de no saber hasta cuando “aguantará” sin hablar con esas personas de su barrio). Continúa con su pareja y tiene una niña de 3 años.

Vamos a ocuparnos a continuación y para la misma población de varones adictos a la heroína, de los sujetos que presentan un perfil de MÁXIMA EXCLUSIÓN. Se trata en general de casos que están en tratamiento, obligados por alguna circunstancia entre las cuales destaca su propia precariedad, su deterioro psico-físico, así como las causas judiciales pendientes, que además se presentan como poco motivados ya que algunos dicen mantener la abstinencia a drogas ilegales por obligación o por no tener ya medios para conseguirlas. Viven en la calle o en los recursos que les ha buscado el Plan Regional de Drogas, ya que en los pocos casos que conviven con la familia (sólo con la de origen) las relaciones y la convivencia no son buenas.

(RRM7/CU/V31HE) Actualmente se encuentra en tratamiento con metadona y con tratamiento psiquiátrico con seguimiento en el E.A.D. y en el Hospital. Asiste todos los días al centro de día donde participa en los talleres de ocio y en un curso de cocina. A nivel laboral no tiene previsto trabajar por el momento, ya que cuenta con los ingresos de una pensión no contributiva por invalidez (67%)

(EVP02/PU/V35HE) El entrevistado se encuentre bastante mal a nivel emocional. Está muy reciente su separación y está en una crisis importante. *“Estoy en una situación crítica, crítica, como otras veces, esta no es la primera vez, jodida..., por la puta droga”*. Tiene unos sentimientos muy fuertes de culpa. *“Tengo tanta reconcomia, tanto sentimiento de culpa por todo lo que he hecho, no sé en qué terminará todo esto”*. Cree que si su pareja le diese una oportunidad sacaría fuerzas para intentar dejarlo definitivamente. *“Yo necesito una persona para salir, porque yo no me importo, me entiendes?”*. En la actualidad quiere cambiar de vida. *“No quiero ser el guarrera que se vende por cuatro duros”*.

En tercer lugar vamos a considerar aquellos varones adictos a la heroína que muestra un perfil de CRONIFICACIÓN y que suelen ser casi siempre sujetos que se mantienen en tratamiento con metadona, lo que podría llevarnos a pensar que dicha cronificación es el resultado de la modalidad de tratamiento. Esto parece muy evidente en una serie de casos en los cuales la metadona es vivida como una inadecuación a sus necesidades, como algo que les ha impuesto su propia situación y el EAD, pero que sólo han aceptado a regañadientes. En ocasiones el rechazo es del propio adicto y en otras de la familia. En todos estos casos, de los que obtendremos más ejemplos en los apartados siguientes, la metadona es vivida como una intervención terapéutica que no les conduce hacia una plena situación de normalización a pesar de que las otras fuerzas que conforman la posibilidad de “estar bien” (abstinencia, familia y trabajo) estén operando de forma positiva.

En este sentido no consiguen efectivamente “normalizarse del todo” porque según ellos falla uno de los elementos, una de las fuerzas que permiten concebir la piedra angular de “estar bien”, claro que esta es la perspectiva individual del “estar motivado por”, porque desde la perspectiva del “estar motivado para” de los dispositivos asistenciales, lo que necesita tras un buen diagnóstico es justamente metadona.

(STJ11/TA/VA32HE) En cuanto al tratamiento refiere “yo ya estoy bien, y quiero dejar la metadona, porque ya no la necesito, pero aquí no me dejan” “como aquí no me quieren rebajar la dosis, a veces lo hago yo solo, por mi cuenta, en mi casa, y no me tomo toda la metadona que me dan para ese día”. Lo que más le preocupa en este momento “es tener un trabajo para no depender de mi familia y dar a mi hijo todo lo que necesite”.

Por el contrario en otros casos aparece una estrecha ligazón con la metadona, con la que se ha conseguido alcanzar un determinado nivel de estabilidad al que no se va a renunciar por ningún motivo. De hecho es en estos casos cuando podemos pensar que la metadona **si es**, y por sí misma, un factor de cronificación.

(MVG11/LM/V26HE) Lleva casi tres años en Programa de Mantenimiento con Metadona y no piensa dejarla. “No me apetece salir, voy a trabajar con mi padre al campo....compro tabaco y me voy a tomar una cerveza...”

Pero de hecho tanto el rechazo como la aceptación sin reservas de la metadona puede considerarse tanto una causa como un efecto, porque en la mayoría de los casos de “crónicos” que también están en tratamiento con metadona, la cronificación se articula sobre otras circunstancias, entre las que conviene destacar los consumos de cocaína, la falta de integración sociolaboral (y las dificultades para conseguirla en el futuro), los juicios pendientes, los conflictos familiares o las familias inestables, las enfermedades crónicas, la falta de amigos y la imposibilidad de ocupar el tiempo de ocio en actividades significativas.

En los casos de consumos de cocaína, si consideramos todo el análisis sobre la relación heroína versus cocaína que se ha realizado en el capítulo 3, resulta evidente que los consumos se realizan porque los sujetos siguen manteniendo la condición problemática de adictos, es decir no es tanto la metadona la que conduce a la cocaína sino el hecho de que el tratamiento con metadona no se visualiza como algo que “modifica la condición de adicto”, porque en realidad no lo modifica, **pero no por la metadona en si misma, sino por las condiciones de prescripción y dispensación en los propios EADs que como hemos visto generan abundantes quejas y que, especialmente en algunos centros, lo convierten en una modalidad terapéutica de segunda, o al menos en algo que es vivido como tal por parte de los adictos.** En este sentido los sujetos “no están bien” porque la forma en la que se les dispensa la metadona no les hace sentir que se encuentran “fuera o al margen de la adicción”.

De hecho, y creo que este es un hallazgo importante de esta investigación, la creciente sanitización de la red, que ha supuesto un avance significativo ya que ha permitido reducir de una forma muy notable la mortalidad y la morbilidad del colectivo, también ha producido sus efectos paradójicos: los adictos ya no son tratados como adictos, sino que se intenta considerarlos de manera similar a la que suele ser tratado un hipertenso o un diabético en la atención primaria. Pero ocurre que ellos son adictos, se sienten adictos, las familias, la sociedad y hasta los profesionales de las redes generales les tratan como adictos, y ser adicto aquí y ahora, en esta cultura e inevitablemente durante muchos años, no es lo mismo que padecer una enfermedad crónica como las que son tratadas en la atención primaria².

Porque este tipo de atención “al estilo sanitario”, al que no deberíamos renunciar porque sus ventajas son evidentes, implica la pérdida de una de las fuerzas positivas que le permiten “sentirse bien”

² Esto no quiere decir que rechace aquellas teorías que plantean que la adicción es una enfermedad crónica como las demás y deba ser tratada como ellas, simplemente señalo que en esta sociedad no lo es y tratarla como tal produce determinadas consecuencias.

y como consecuencia en cuanto falla otro elemento, otra fuerza, como por ejemplo la familia, el edificio se viene abajo. Obviamente la dispensación en farmacias acentúa este proceso, mientras que la presencia de familiares responsables de la metadona lo ralentiza. Asimismo los controles analíticos son vividos positivamente porque implican que “se le trata como un adicto”.

En conclusión la creciente cronificación del grupo de casos de heroína en tratamiento con metadona, no es tanto la consecuencia de esta modalidad terapéutica sino el resultado de la forma de prescribir y dispensar la metadona. Para evitar la cronificación la dispensación de metadona debería ir acompañada de un tratamiento psicoterapéutico más completo, del desarrollo de proyectos individuales de inserción social, de entrenamiento en habilidades sociales, de la oferta de actividades de ocio y de programas de prevención de recaídas. Claro que todo esto también es un problema de suficientes recursos.

(RGP08/CR/V34HE) Actualmente vive con su mujer y sus dos hijos de 13 y 9 años en el domicilio familiar. Trabaja como encofrador durante la semana y los fines de semana junto a su mujer en la rama de la hostelería ayudando a preparar bodas, bautizos y comuniones. Inicia el programa de mantenimiento de metadona en (1998) encontrándose actualmente en pauta de reducción “no creo que volviera nunca a la heroína, no creo que volviera a pasar otra vez por lo mismo, no quiero”. Le preocupa el inicio reciente de consumo de cocaína. No ha abandonado la dependencia del cannabis aunque la ha reducido bastante.

(FSM4/AL/V38HE) Actualmente no trabaja, “hace chapuzas”. No tiene pareja. Se encuentra “mejor que nunca a nivel emocional y afectivo” “está supercontento, tiene mucha paz”, “me convertí al señor, y cambié totalmente”. Ha dejado de fumar y de beber, y “espera que le salga trabajo”. Lleva cinco años sin consumir y con el programa de metadona. Sus objetivos son empezar el 2004 sin metadona y sin el tratamiento de interferón.

En el fondo lo que se pide para la metadona es lo que ya se hace en muchos casos de naltrexona, ¿Es mejor la metadona que la naltrexona?, pues no lo se, lo que sí puedo observar es que los casos de naltrexona reciben un mejor trato asistencial, aunque quizás lo que ocurre es que por recibir este tipo de trato se les prescribe naltrexona.

(RGP06/CR/V30HE) Su pareja está nuevamente embarazada van a ser padres de nuevo transcurridos de 11 años del nacimiento de su primera hija. Tiene expectativas de ampliación de la peluquería a un local mayor en el centro de Ciudad Real donde ofrecerá mayores servicios. Ha realizado varios cursos de peluquería para perfeccionar, este mes de Junio esta realizando un curso en Madrid. Actualmente esta en tratamiento con Naltrexona desde Marzo de (2003) y es “ahora cuando mejor estoy y es cuando viene la recaída porque te ves mejor y te crees que todo lo controlas, hay días que lo paso muy mal que de buenas a primeras me vienen unas ganas muy fuerte de consumir o momentos en el día como si hubieras consumido de golpe”

(MTG4/GU/V29HE) Vive con su madre en la casa de esta en Guadalajara y piensa seguir allí de momento hasta que se encuentre mejor y esté estabilizado. En estos momentos en el trabajo solicitó una baja para estar tranquilo y poder llevar bien el tratamiento. Así expresa su situación personal “me encuentro renacido pero no puedo cantar victoria tengo que tener conciencia toda la vida. Ahora pienso que me he frenado mucho, ahora pienso en todo lo que he perdido, todos los líos en los que me he metido, todo lo que no he visto, todas las chicas a las que no he hecho el amor, todo el dinero que tendría si no me hubiera metido...”. “Estoy en un momento majete y quiero seguir con naltrexona hasta que me vea seguro de mi mismo, no consumo ni tabaco ni

alcohol...mi proyecto es ponerme a trabajar en breve y crearme nuevas ilusiones, hacer deporte y viajar que me pone mogollón”.

Debemos también mencionar que tanto en los programas de naltrexona como en los de metadona aparecen una serie de casos que expresan una cierta “esperanza terapéutica”, es decir parece que están en puertas de llegar a una cierta normalización, pero a la vez esto no está tan claro por diversas circunstancias entre las que cabe destacar VIH, imposibilidad de conseguir un empleo o al revés, tener la vida solucionada. Tales casos nos indican que si no se tienen todas las piezas la efectiva normalización no resulta tan fácil.

(NGC14/AL/V28HE) Actualmente está en tratamiento con naltrexona, desde hace tres semanas. Reside en el domicilio familiar. Está en paro, pasa el día en una parcela de su propiedad, allí manifiesta entretenerse mucho. Está cobrando la prestación por excarcelación y además tiene unos millones en el banco. Económicamente está bien. Tiene una pareja desde hace un año

Pasamos a continuación a analizar al grupo de mujeres identificadas como casos de heroína, en las cuales la principal diferencia parece residir en la pérdida de relevancia del factor trabajo ya que su condición de mujeres les permite mantener roles dependientes³. Se trata de un rol que en general resulta poco deseable para otras mujeres de su misma edad, pero para ellas puede ser una opción que les permite vivir una cierta normalidad, ocupándose de la casa, los hijos y cuidando quizá a otros familiares, sin tener que considerar la necesidad de una efectiva integración laboral. Ciertamente volvemos a encontrar aquí la paradoja de unas mujeres que se “saltaron todas las normas” y participaron activamente en “la vida” y que ahora solo pueden desempeñar un rol tradicional que quizá, por verlo en sus madres o en sus tías, fue el origen del rechazo a un estilo de vida convencional.

De hecho algunas trabajan o tratan de trabajar, pero no todas como ocurría en el caso de los varones “normalizados”. De hecho quizá sea la posibilidad de normalizarse sin que entre en juego el factor trabajo lo que explica que la proporción de mujeres normalizadas sea superior a la de varones en su misma situación. Aunque a la vez nos toca reconocer que hemos hablado más arriba de los varones que adoptan el antiguo estatus de “solterón dedicado a la ayuda familiar” y aquí podríamos sostener que en el caso de las mujeres es lo mismo, sólo que la proporción es mayor.

(CACHV/AL/M23HE) Finalizó su tratamiento de Metadona en Julio de (2002), actualmente va al EAD a seguimiento y controles de orina. Tiene un grupo de amigas nuevo. Actualmente no trabaja, “pero a mi no se me quitan los ánimos, yo siempre con mi sonrisa”. Le gustaría conseguir titulación específica para trabajar en jardín de infancia.

(MVG5/LM/M34HE) Está casada y mantiene buenas relaciones con su familia. Lleva sin consumir desde (1998) y no siente la necesidad de hacerlo. Trabaja los fines de semana y fiestas en un picadero de caballos. “Ahora estoy muy bien no hago controles ni nada...en el pueblo muy bien no agacho la cabeza ni nada...no me voy escondiendo...la gente me dice que como estaba antes que daba pena... pero no me cabreo...” “Ahora soy feliz, muy feliz...”

En cuanto a las que “están mal” y padecen una situación de exclusión son también pocas como ocurría en el caso de los varones. Las circunstancias parecen similares aunque no están tan “en la calle” y la cuestión judicial parece más indirecta, pero en cambio sus sentimientos de frustración parecen más profundos.

³ Tampoco podemos obviar que actualmente la tasa de paro femenina dobla la masculina.

(MTG5/GU/M30HE) en relación al programa de metadona comenta "...casi metadona no tengo pero ¿voy a tener que estar pendiente de que me hagan un control para no dar positivo? ¿Me tienen que controlar como a mi hija de 10 años?, no sé cómo hacerlo...me pega el nervio y la mala hostia y paso de todo...el otro día me fui a Madrid y si no va a buscarme mi marido no vuelvo, si me muero mejor". "Con el programa tengo un frenillo pero me jode que tengo 30 años y voy a tener que estar toda la vida así". "No sé que hacer para cambiar mi cabeza, qué hago para tener ilusión, qué busco para que me llene, no sé divertirme...toda mi diversión es irme a fumar una base". "...no sé qué hacer para controlarme, sé que el problema es mío". Se está planteando buscar trabajo "...a ver si meto al niño en una guardería y me meto a trabajar...me hace mucho daño tener tiempo libre, me voy al bar tomo 4 botellines, se me cruzan los cables y la idea te viene a la cabeza todos los días, si tienes tiempo, dinero y coche para irte no te sujeta ni la Guardia Civil". La última parte de la entrevista la cierra verbalizando una lucha continua por intentar estar bien y la nostalgia por todo lo que pudo tener y no tiene "...se me ha deteriorado todo, era tan maja...ya no valgo para nada". "...tengo semanas terribles en lucha conmigo misma y con muchas ganas de consumir y otras en las que estoy bien pero sigo luchando pero cuando estoy triste no tengo fuerzas; tengo 30 años, sin casa, mis hijas con mi madre...a veces pienso que mi hijo estaría mejor con mi madre, que le daría mejor educación", "Estoy harta de estar en la casa de mis cuñados, pido permiso para todo; por las tardes voy a ver a mis hijos a la casa de mi madre, es como que no tengo ningún sitio. Me pongo a pensar todo lo que tuve y ahora no tengo nada y que estoy así porque yo quiero y me empiezo a agobiar a mi misma". "...ya te lo he dicho: la abuela yonki, con 60 años y en el poblado".

En cuanto a aquellas mujeres a las que podríamos calificar de crónicas, lo cierto es que hemos tratado de localizarlas en las historias haciendo paralelismos con la situación de los "varones cronificados", pero en realidad la mayor parte de ellas están más cerca de la normalización que de la cronificación. Se desdican así finalmente, y de una forma bastante consistente, los estereotipos de género presentes en las descripciones, porque en el capítulo 3 hemos visto que muchas mujeres, en especial el grupo de las precoces, que afirman comenzar a consumir "por su pareja" están, en realidad, buscando parejas consumidoras para reafirmar su consumo previo, a la inversa en el capítulo 5 hemos visto como los adictos varones sostienen que sus parejas consumidoras les impiden dejar el consumo, pero en realidad veos ahora como son ellas las que mejor se normalizan.

Es decir, a pesar de la fuerza del estereotipo debemos confirmar que ni ellos son Sátiros que pervierten a inocentes jovencitas o seducen a mujeres dispuestas a entregarlo todo, ni ellas son Harpías que impiden a sus parejas encontrar el camino de salida, en ambos casos son simplemente varones y mujeres sometidos a los avatares de su condición de género.

(STJ10/TA/M39HE) "El tratamiento con metadona nos ha cambiado la vida, porque si él lo lleva bien, yo lo llevo bien". Actualmente está trabajando "y ganando un sueldo", al igual que su marido. Con una indemnización por el accidente del marido "nos hemos comprado nuestro piso, que es lo que yo siempre quise", sus hijos "ven un buen ambiente en casa y yo les veo felices", y añade "ahora tengo lo que siempre quise tener". En cuanto al tratamiento, hace 6 meses, principios de (2003) está rebajando la dosis, porque en el centro la comentaron "que ya lleva mucho tiempo y que me veían muy bien como para empezar a reducir".

Pasamos ahora a los casos de COCAÍNA, comenzando por los VARONES, y lo primero que llama la atención, es que se trata de un colectivo caracterizado por un nivel de buenos resultados asistenciales que no habíamos visualizado en los capítulos precedentes. Obviamente esto produce un cierto sentimiento de desconfianza, pero ocurre que la mayoría de casos de cocaína nos ofrecen, a pesar de su edad, un perfil de normalización muy superior a los casos de heroína.

La sorpresa es mayor si consideramos que además que muchos casos de heroína son en realidad de cocaína (y que muchos casos de cocaína consumen puntualmente heroína). Una posible explicación podría ser que justamente la identificación de unos y otros se debiera más que a la droga consumida al grado de deterioro que presentan, es decir los que viven situaciones normalizadas tienden a ser considerados casos de cocaína, mientras que aquellos que tienen una trayectoria más marginal son considerados casos de heroína. Pero al revisar las historias encontramos que estos casos de cocaína también muestran diversos problemas previos, especialmente judiciales, lo que implica que no son tan distintos, salvo en la edad, que los casos de heroína.

Estamos ante un hallazgo inesperado, que no deja de sorprendernos porque en opinión de una gran parte de los profesionales españoles “los nuevos casos de cocaína son muy complicados frente a los viejos casos de heroína, para los que además se dispone de la metadona”. En este estudio obtenemos un resultado aparentemente opuesto y aunque no fuera cierto del todo, porque los entrevistados nos hayan mentido o hayan fantaseado con su historia, tendríamos que preguntarnos por las causas de un “error (en forma de mentira) sistemático” como el que aparece en los siguientes casos.

(MDC/TO/V28CO) Actualmente sigue en tratamiento en el EAD de Toledo asiste una vez al mes a control analítico y seguimiento psicológico. Ha tenido un consumo durante el año que lleva en tratamiento en presencia de sus padres. Refiere que empezó a salir con los amigos que consumían *“me he dado cuenta que lo mejor es alejarme, ahora salgo con mi novia en plan tranquilo”*. Con respecto a la justicia esta esperando juicio, tiene bastante miedo a las consecuencias legales de su delito *“ahora que tengo mi vida centrada si me encierran..”* En su casa las relaciones entre sus padres y con él van mejor. Tiene proyectado comprarse una casa, para irse a convivir con su pareja. Trabaja llevando la pescadería de su amigo, *“aquí puedo estar hasta que yo quiera porque estoy a un tanto por ciento a parte de mi contrato y la llevo yo sólo”*

(MDC16/TO/V33CO) Lleva desde el mes de noviembre de 2002 sin consumir y en tratamiento en el EAD. Vive con sus padres *“me he vuelto muy casero, tengo aparatos de gimnasio en casa y me tiro mucho tiempo en el ordenador”*. *“Actualmente no estoy haciendo nada, no trabajo, llevo cerca de un año sin trabajar un poco por todo este tema y ahora estoy en fase de recuperación”*. Ha estado haciendo entrevistas de trabajo y refiere que no quiere dedicarse a nada relacionado con su imagen pues le desestabiliza mucho. Se marcha a Galicia a pasar unos días a casa de un amigo en una granja, *“voy a ver como sale con este chico le he conocido por internet”*. Refiere que si le va bien puede que busque algún trabajo en Galicia y se quede de momento.

(MVG19/LM/V34CO) Actualmente no consume desde diciembre de 2002. Está trabajando desde hace dos años (2001- 32 años) en una empresa de estructuras metálicas manifestando su satisfacción por el trabajo y su ilusión por seguir ejerciéndolo. A nivel familiar, está contento, vive con su padre y su madre. A veces se va a dormir a un piso propiedad de sus padres, que está cerca de la casa de sus padres porque necesita estar solo. Dice que no echa de menos el consumo por ahora. Sigue con su pareja con la cual lleva 9 años de relación y en un futuro cercano quiere irse a vivir con ella en el piso de sus padres.

(RGP17/CR/V38CO) Vive con su mujer y dos hijas en Ciudad Real, desde Octubre de (2003) no ha vuelto a consumir *“yo creo que nunca estás curado, creo que es para siempre, te acuerdas del alcohol y con la cocaína pasa igual yo creo que nunca te olvidas”* Sigue en tratamiento con el EAD acudiendo una vez al mes a revisión. Actualmente toma tratamiento antidepresivo (prozac). Tiene planes de futuro con su pareja *“después de seis años con el bar me gustaría hacer un proyecto con mi mujer relacionado con educación ambiental y meter un encargado que lleve el bar”*

(RLG17/LM/V33CO) Dice encontrarse muy bien, con su familia y consigo mismo: *“esto lo hago por mí más que nada, por mi familia también porque los que están alrededor también sufren, pero sobre todo por mí”*. Confiesa tener miedo a una nueva recaída, aunque dice que tiene las cosas mucho más claras y puede llevarlo bien, reconoce que hay alguna posibilidad de recaer: *“es como al que le extirpan un cáncer, que siempre tiene miedo a que vuelva a aparecer”*

Pero no sólo nos encontramos con una amplia mayoría de sujetos “normalizados” sino que además entre los casos de cocaína no aparecen sujetos en situación de exclusión y aquellos que podríamos identificar como “crónicos” son casos recientes de tratamiento, o casos en los que aparecen otros rasgos o problemas que les impiden “normalizarse del todo” y que podríamos identificar con problemas que más bien pertenecen al área de la salud mental que a las drogas.

(EVP08/PU/V29CO) Su principal problema es que no tiene autocontrol. *“Yo sé que me veo con 30 euros en el bolsillo y soy el primero que me queman, si los tengo se que me voy a ir”*. Normalmente le pide a su padre que le acompañe a los sitios para evitar malas tentaciones. *“Papa vamos a tal sitio a tal lado, es mejor para mí”*. Incluso su sueldo se lo transfieren al padre *“Yo voy a cobrar y doy el número de cuenta de mi padre”*. Tiene más o menos planificado su futuro. Piensa casarse el año que viene. *“Tengo mi piso, mi trabajo, mi novia, una vida bien, pero llevo, como si dijéramos, esa sombra conmigo”*.

De hecho los casos menos “normalizados” de cocaína son casos que simplemente nos ofrecen dudas a la hora de clasificarlos, porque la mayoría de ellos “están bien”, aunque a la vez subsisten algunos elementos estructurales que nos conducirían hacia situaciones de cronificación en los casos de heroína. Así tenemos como dudas con la abstinencia, tratamientos psiquiátricos en paralelo, juicios pendientes, falta de trabajo y hasta intensas rememoraciones del consumo, sin que aparentemente pase nada.

(ERB18/TA/V28CO) Actualmente, realiza analíticas quincenales en el EAD aunque no continúa con psicoterapia. Mantiene residencia en domicilio materno, así como trabajo en negocio familiar. Mantiene mismo círculo de amistades *“aunque salgo menos con ellos”* ha reducido ritmo de salidas durante los fines de semana *“no salgo los viernes y algunos sábados tampoco”*

(EVP10/PU/V33CO) En la actualidad está esperando a que salga el juicio por la venta de cocaína. Siente mucha ansiedad cuando piensa en el juicio. Mantiene una muy buena relación con su pareja y los hijos de ambos. El ya ha conseguido la separación de su primera mujer y ella está en trámites. *“Me siento afortunado, siento que me quiere, me da gusto estar con ella”*. Ahora no consume ni siquiera alcohol *“ahora tomo zumos, cerveza sin alcohol”*

(FSM17/AL/V23CO) En estos momentos lleva tres meses sin consumir. A nivel emocional se encuentra muy bien *“con más ganas de vivir, con más ánimos”*. Espera *“tener un trabajo, curarse y salir adelante”*. Está muy contento con su actual pareja y trabaja días sueltos en el campo. También se está sacando el carnet de conducir (camión).

Por último vamos a presentar los resultados de los casos de cocaína en mujeres, y entre las mismas se puede también observar un fuerte componente de “normalizadas”, que afirman “haber superado su problema”, estar bien e incluso arrepentirse del pasado. Todas tienen estabilidad familiar y afectiva, trabajo con contratos fijos y unas expectativas vitales muy razonables.

(MTG10/GU/M24CO) Lleva de baja laboral dos meses porque se ha roto dos huesos del pie pero seguirá trabajando en la empresa de camiones ya que su contrato es indefinido. En relación al consumo refiere que desde que inició tratamiento en el EAD no ha consumido; le darán el alta terapéutica el mes que viene y seguirá asistiendo a los seguimientos oportunos. De lo que más se arrepiente en relación al problema que ha tenido con las drogas “...me gasté un dineral, si lo hubiera sabido...con lo que hubiera ahorrado me compraba de todo, con ese dinero ahora hubiera hecho maravillas” y agrega “...si no cambias no tienes nada en la vida, cambié y ahora tengo mi casa y mi coche”. En el mes de agosto de (2.003) se casa con su novio y se van a vivir solos al piso que compraron en Guadalajara. Sus expectativas para el futuro pueden resumirse en “...quiero casarme, tener hijos y pagar el coche”. En relación al tema de los hijos verbaliza que “...pensar en mi madre lo que pasó conmigo y tener que pasar lo mismo...te lo piensas...tener un hijo para estar sufriendo”.

En cuanto al resto de mujeres, expresan diversos problemas, en una proporción mayor que los varones que también son casos de cocaína. Entre tales problemas encontramos la falta de expectativas, el maltrato, las recaídas y diversos trastornos psicológicos, es decir se describen como fuerzas negativas elementos que para los casos de heroína habrían supuesto ser consideramos “crónicos” sino directamente “excluidos”, sin embargo estas mujeres “cocainómanas” no llegan a afirmar que “están mal”. En parte porque a pesar de todo algunas fuerzas siguen actuando de forma positiva.

(EBT20/TO/M28CO) Actualmente lleva un mes sin consumir y no tiene ninguna expectativa de futuro. Piensa en el día a día “a mi con hoy me vale, mañana no se qué haré”. No se siente segura y no se atreve a salir sola, “siempre” sale con su hermana y no se relaciona con “nadie”. Ahora está de baja en el trabajo por depresión y sabe que tendrá que trabajar otra vez pero “ahora no me lo planteo”. “Es difícil verme y decir que estoy mal, porque físicamente no me pasa nada. Ahora, en la cabeza tengo un cirio de puta madre.” “Yo se que me quieren ayudar pero yo quiero que me entiendan, y que entiendan que lo que me dicen ahora me da lo mismo”. Con su familia se lleva bien y la están apoyando en todo. Continúa viviendo en casa de sus padres.

Llegados a este punto nos tropezamos con dos sospechas, la primera que si la definición de caso de cocaína y de caso de heroína no depende, como se ha mostrado en el capítulo 3, tanto de las drogas consumidas y que además los adictos acuden a los EADs en busca de “determinadas modalidades de tratamiento” (capítulo 5), puede ocurrir que estas definiciones respondan en realidad a las expectativas y necesidades que cada sujeto maneja en relación con el dispositivo asistencial, es decir si uno cree que está en una situación de precariedad y acumula dificultades para una efectiva normalización, opta por aumentar su nivel de consumo de heroína y disminuir el de cocaína, en cambio si su vida está muy normalizada se define como consumidor de cocaína, en ambos casos busca un trato diferencial en el EAD y acorde con sus expectativas.

Pero como las opciones terapéuticas ligadas a las políticas institucionales sobre drogas se han ido modificando en los últimos años, al final nos encontramos con sujetos mejor y peor informados, con caso de una u otra época, con sujetos que pueden manipular esta situación porque en realidad son consumidores de ambas drogas y con sujetos que no pueden hacerlo porque sólo han consumido o bien heroína o bien cocaína.

La segunda sospecha surge de una pregunta ¿cómo es que los profesionales no pueden diagnosticar adecuadamente estas situaciones? Y la primera respuesta es fácil ya que nos indica que tales situaciones no han sido bien descritas e incorporadas al conocimiento que constituye el valor añadido de los profesionales, de tal manera que estos tienen que fiarse de lo que les cuentan los adictos en las

primeras entrevistas. Pero ¿por qué no han sido bien descritas? Pues porque, a pesar de que el tema es objeto de muchas conversaciones, la reflexión en torno a estar motivado por o estar motivado para no ha avanzado mucho. En este punto está claro que el adicto acude al dispositivo acuciado por una motivación que funciona como variable dependiente de una serie de problemas de su contexto personal, pero podemos comenzar a sospechar que **es el mismo adicto, y no el dispositivo, el que reconvierte la variable dependiente motivación (por) en la variable independiente demanda (para) y es el dispositivo, a lo largo del proceso terapéutico el que va a devolver al usuario a su condición original.**

Es decir el EAD (y cualquier otro dispositivo) recibe una demanda **para** acceder a un determinado tratamiento, que viene motivada **por** determinados problemas. De entrada el dispositivo atiende dicha demanda tal y como se le formula, pero después cuando trata de conseguir el objetivo de la normalización, debe volver a considerar los verdaderos factores causales (es decir los problemas familiares, legales, económicos y de salud que la motivaron) que subyacen tras la motivación. Pero esto no ocurre con todos porque no resulta posible cuando no se produce una adecuada intervención psico-social y actualmente en la red asistencial no todos los casos son atendidos individualmente desde esta perspectiva. En el caso de Castilla la Mancha hemos podido constatar la situación porque este tipo de intervención se produce en una parte importante de los casos. En algunos lugares fuera de la Región habría sido imposible porque las condiciones de masificación impiden los tratamientos individualizados.

En cualquier caso los propios contenidos de esta elipse están muy presentes en el universo discursivo de una mayoría de adictos, al margen de que hayan sido objeto o no de una adecuada intervención psico-social, ya que todos tienen claro que el factor problemas explica la motivación, tienen claro que a los dispositivos se acude para realizar una demanda que ellos mismos han rumiado y tienen claro que si el dispositivo no les ayuda a afrontar los problemas no hay nada que hacer, salvo utilizar el dispositivo para ralentizar el deterioro de la trayectoria vital.

7.2. Imprevistos.

En el informe de las entrevistas se dejó la posibilidad de expresar cualquier aspecto de la historia del entrevistado que no hubiera podido ser incluida en alguno de los puntos del guión y que ya han sido analizados en las páginas anteriores. En las instrucciones al entrevistador se indicaba que incluyeran en este punto “las cuestiones no previstas en el guión” y la mayor parte de los informes (106) dejaron este punto en blanco, lo que demuestra que el guión preveía la mayor parte de aquellos aspectos en torno a la experiencia terapéutica de los adictos que surgían en el relato de su historia personal, aunque podrían haber sido incluidas en el mismo.

Una parte importante de los imprevistos citados se refieren a muchas cuestiones banales como las aficiones, desde el “hacer punto de cruz” hasta “pasear con el perro”, así como otros comentarios similares que reflejan el grado de distensión en el que se realizaron muchas de las entrevistas. Aunque también en ocasiones algunos imprevistos se refieren a situaciones y experiencias dramáticas, a carencias vitales básicas y a ciertos aspectos familiares que no se han considerado en su apartado correspondiente

(MDC6/TO/V29HE) Su pareja es seronegativa y el hijo también es VIH-, ahora le analizarán pruebas a los seis meses para la hepatitis C. Refiere que ha tenido mucha suerte y que actualmente utiliza preservativo en sus relaciones.

Entre los imprevistos se reiteró de nuevo la cuestión de las mujeres, de sus parejas consumidoras, de los hijos, e incluso se denunciaron malos tratos. Tal reiteración refuerza la idea de la importancia del género en la experiencia terapéutica de las adictas, tema sobre el que existe una cierta literatura científica y del que nos hemos ocupado ampliamente en los capítulos anteriores, lo que no evita, que en lo concreto, en la dinámica de una “conversación natural” con las usuarias en las entrevistas, la cuestión surja aún como un “imprevisto”.

(MVG15/LM/M34HE) Cuando habla de problemas acusa también los problemas económicos “de poder tener un montón de cosas a no tener nada....”. Ha sufrido malos tratos por parte del padre de sus hijas “se enfadaba y me pegaba”

Al margen de las expectativas de futuro que se han analizado en el apartado anterior, los entrevistados hicieron referencia a algunos deseos propios que por sus componentes más afectivos fueron incluidos por los entrevistadores en este apartado. En algún caso el deseo se refiere a tratar de ayudar a aquellos que tienen problemas con las drogas, pero no cabe duda que el deseo más profundo se refiere al ideal de la amistad y la integración con el grupo de iguales, con la antigua comunidad, lo que parece describir el contexto personal que seguramente formó parte de los primeros consumos y al que ahora incluso se está dispuesto a renunciar, a pesar de la fuerza del deseo, para mantener la abstinencia.

(RLG17/LM /V33CO) “cuando me encuentre lo suficientemente bien no me importaría ayudar a gente que tenga problemas con las drogas pero eso será a largo plazo primero tengo que estar seguro de mi mismo” dijo cuando nos despedíamos en la puerta.

(PMG18/CRV26CO) Comenta que está dispuesto a recuperar lo que tenía antes “yo digo...si antes podía tener esto, ¿por qué ahora no?, y es por eso por lo que quiero luchar”. “en este tema se tienen pocos amigos pero luego tienes que dejar de verlos y eso es muy difícil”.

(CGL06/AM/M37HE) No sale los fines de semana. “Voy de casa al trabajo y del trabajo a casa”. “Almansa se me ha quedado pequeño, pero el trabajo me retiene aquí. Sólo me iría con un trabajo”.

Otro imprevisto se refiere a los intentos de dejar de consumir “por su cuenta”, un tema que esta investigación no ha tenido suficientemente en cuenta, ya que algunos entrevistadores no describen esta cuestión, otros lo relataron como una “experiencia terapéutica” y algunos lo incluyen como un “imprevisto”. De hecho creo que la frecuencia de estos intentos es mucho mayor de lo que suponemos, e incluso no estaría de más considerar la existencia de un posible colectivo de adictos que han abandonado el consumo “por su cuenta” y que resultan invisibles a cualquier investigación cuya línea base se sitúa sobre “aquellos que han acudido a un dispositivo”. Por otra parte el abandono espontáneo del consumo es también un mito, una especie de fantasía que dota de falsas esperanzas a muchos adictos. Estamos ante un tema pendiente que no va a ser fácil de dilucidar.

(MDC13/TO/V53HE) Con 51 años (2001) realiza desintoxicación de opiáceos por su cuenta, en casa con sus padres, “cuando decidí dejarlo todo, lo hice solo. Me até con una cadena a la cama con un candado y le dije a mi padre que durante un mes no me soltara le dijera lo que le dijera, con un barreño para mis necesidades y mi madre me asistía. Me tomaba contugesin y luego fui reduciendo”. El desencadenante de su decisión de dejar el consumo fue que estaba consumiendo bastante y tuvo una discusión con su hermano “me toco la moral, me dijo que si yo sabía lo que le estaba haciendo a mí madre. Y le dije que tenía más agallas que él y se lo iba a demostrar”.

Finalmente, aunque este era el tema para el apartado siguiente relativo a las “impresiones” de los entrevistadores, algunos consideraron los estados anímicos de los entrevistados como un “imprevisto” y lo citaron en este apartado. Se trata en todo caso de elementos que reiteran las difíciles condiciones a las que se enfrenta el colectivo cuando se ve obligado a reflexionar sobre su vida en los casos en los que no puede decir que “esta bien”.

(EVP04/PU/V40HE) Tiene importantes lagunas. Me comenta que casi no se acuerda de momentos del pasado, le cuesta sobretodo recordar fechas. “Me dices tu nombre y dentro de media hora no me acuerdo”.

(EVP03/PU/V34HE) El entrevistado a lo largo de la conversación tiene una actitud de huida, no quiere hablar mucho y me cuesta mantener la conversación con él. Está en tratamiento por depresión. En un momento determinado me habla de su afición por la filosofía de Kafka y Sartre y como le afectó. Se considera una persona pesimista y con un claro rechazo a la sociedad imperante y los valores que se promueven.

(CGL10/AM/M30CO) Estuvo llorando la mayor parte de la entrevista. Realiza continuos reproches a su madre. Habla de lo difícil que es vivir en un pueblo, porque todo el mundo te señala, hace continuas referencias a su vida en Alicante.

7.3. Impresiones.

Una parte importante de los entrevistadores, en total 96 de las 148, añadieron algunas impresiones al informe de la entrevista (64%). Se abrió este campo por si consideraban oportuno hacer algún comentario y el resultado ha sido de gran interés, ya que se han reflejado una serie de elementos que creo podemos considerar componentes básicos de la peripecia vital y la experiencia terapéutica de los adictos entrevistados.

El primero de estos componentes lo voy a denominar **alteración personal**, y se refiere a los sujetos que reflejan algún tipo de trastorno emocional, afectivo o motriz, en la entrevista, lo cual ha complicado la obtención de datos y a la vez es de nuevo un reflejo de la situación real de muchos sujetos.

(CACHV/CU/V33HE) Entrevista complicada por las experiencias del entrevistado y su estado de alteración.

(RRM9/CU/V27CO) Es una persona muy reservada, le cuesta mucho hablar de su problema. A pesar de haber tenido consecuencias graves por sus consumos, (varios episodios de alucinaciones), no parece tener una percepción del riesgo muy ajustada a la realidad. Desde hace un año y medio está en tratamiento en el E.A.D., aunque reconoce que hasta hace unos meses no se ha responsabilizado realmente de él. Afirma tener muchas dificultades para dejar el consumo, porque según él, por todos los sitios por donde va hay cocaína.*(RLG18/LM /V30CO)* En algún momento de la conversación tuve que desviar el tema de la cocaína por la ansiedad que le producía hablar de ella.

(RGP15/CR/M43HE) Hace constantes alusiones a la enfermedad de su madre y a su accidente de tráfico. Presenta habla apresurada y discurso tangencial con pérdida del objetivo inicial. En dos ocasiones he de parar la grabación debido a su deprimido estado de ánimo que le lleva a llorar. Durante la entrevista presenta inestabilidad emocional (lloros y risas inmotivadas).

(MVG10/LM/M35HE) Durante la entrevista se ha mostrado muy inquieta y nerviosa. Tenía prisa por irse y demandaba constantemente que le preguntara lo que le tuviera que preguntar, que se quería ir. En escasas ocasiones ha tomado la iniciativa de hablar de su situación. Ha pedido fumar en 5 o 6 ocasiones. Manifiesta que no le gusta la entrevista porque no quiere recordar el pasado. Se contradice en varias ocasiones y cuando no se acordaba de algo se quedaba varios minutos con la mirada fija sin contestar y mirando a la cara.

(CGL10/AM/M30CO) Había consumido antes de realizar la entrevista. Fue una entrevista muy complicada, que el entrevistador se vio obligado a interrumpir en varias ocasiones para consolar y tranquilizar a la usuaria.

(ERB2/TA/V30HE) Usuario con aparente deterioro cognitivo: Problemática avanzada en el establecimiento crono-temporal de fechas y sucesos; así como en el establecimiento y mantenimiento de una conversación normal

El segundo componente refleja también ciertas dificultades en la entrevista, pero en este caso se trata no tanto de una alteración propia del sujeto, sino más bien de un **desajuste institucional** que provoca resistencias que, en general, adoptan la forma de entrevistas precipitadas. Tales resistencias y precipitaciones pueden atribuirse en algunos casos al propio EAD y no pensamos que son intencionales sino la consecuencia de una demanda, por parte del equipo investigador, que se interfiere sobre la dinámica habitual del dispositivo.

Por otra parte, algunos sujetos utilizan la falta de información previa para rehuir los aspectos más comprometidos de la entrevista, indicando falta de tiempo u otras urgencias. Algunas de las entrevistas que presentaron este tipo de problemas fueron finalmente excluidas de la investigación (y repetidas con otros sujetos equivalentes según la muestra), aunque en algunos casos, al considerar que los datos aportados eran suficientes se han incluido en la base de datos y en este caso se han especificado como una información de tales dificultades.

(STJ20/TA/M31CO) Llega al E.A.D. para hacer analíticas, y es en ese mismo momento cuando la dicen que tiene que pasar a hacer la entrevista. Accede gustosa, pero señala “*me están esperando abajo y no tengo mucho tiempo, porque me he ausentado un momento del trabajo y no me puedo entretener*”. De modo que, aunque pone muy buena voluntad, se la nota nerviosa y pendiente del reloj. La entrevista se desarrolla en media hora. Esta circunstancia hace que sea muy breve en sus respuestas y referencias a lo que se le pide que cuente y por lo mismo, carezco de datos para poder concretar algunos apartados.

Frente a las alteraciones y a los desajustes aparecen aquellos usuarios que muestran un **comportamiento absolutamente normalizado y una actitud altamente positiva a la propia observación del entrevistado**, ya que no sólo parecen haber superado los problemas de las drogas sino que se han construido una vida plenamente satisfactoria con la que se sienten realizados. Podemos observar, por las identidades, de los mismos casos que afirmaban “estar bien” y que expresaban un alto grado de normalización.

(RLG13/LM/V39HE) Creo que es un hombre con las ideas muy claras y supongo que saldrá adelante. Tampoco tiene ninguna sugerencia de mejora para el E.A.D. de los que habla con una grandiosa admiración.

(MTG6/GU/V33HE) Me desplazo hasta la casa del entrevistado para realizar la entrevista. Conozco a su familia adquirida y se respira un buen clima familiar.

(MDC17/TO/V30CO) Realizo la entrevista en su domicilio y me recibe el entrevistado y me presenta a su madre, se respira un ambiente bastante tranquilo y confortable. A lo largo de la entrevista y observando sus características físicas, expresión verbal, no verbal y conductuales explican los apoyos que ha tenido por parte de bastante gente pues aparenta ser una persona tranquila, comprensiva y responsable.

(FSM4/AL/V38HE) La entrevista se realizó el 14 de Junio (2003). Había quedado con el entrevistado en el Parque Abelardo Sánchez de Albacete a las 20,30 h. Casualmente a esa hora se conoció el ascenso del Albacete a 1ª División por lo que el ruido de los coches era "ensordecedor", y fue imposible realizar la entrevista en dicho parque. El entrevistado "tuvo a bien" llevarme a una Iglesia Evangelista (previo contacto telefónico con su pastor), donde realizamos la entrevista en unas "condiciones espirituales" que favorecieron el buen clima de la misma.

El cuarto componente se refiere a un hecho que hemos reiterado una y otra vez en los distintos apartados del informe: **la condición de mujer** que comporta actitudes de sumisión y dependencia. En este sentido conviene retener que comentarios muy similares en torno a esta cuestión que han sido clasificados de "imprevistos" en el apartado anterior son aquí "impresiones", porque la cuestión de género comporta algo pero no se sabe bien donde colocarlo.

(STJ15/TA/M30HE) Se muestra como una persona muy sumisa e indecisa en todo momento, incapaz de tomar decisiones por sí misma y muy dependiente de su novio, repitiendo en numerosas ocasiones la frase "si él estuviese aquí, sabría decirme lo que tengo que hacer".

(CACHV/CR/M47HE) Hace constantes alusiones a su marido. Me refiere tanto la experiencia propia como la de su marido. Es consciente de la relación desigual y desventajosa para ella en relación con su matrimonio pero no es capaz de articular nada, lo vive como parte del destino.

En quinto lugar nos topamos con el problema de **las mentiras**, del hecho de que el entrevistador entrevé o intuye fabulaciones en la historia que le cuentan. En ocasiones podrían ser mentiras relacionadas con algún interés particular, por ejemplo retener la custodia de un hijo y contarle todo en función de este hecho aunque se sepa que el entrevistador no tiene nada que ver con el asunto de la custodia, pero por si acaso hay que reconstruir bien la historia,... en otras ocasiones las mentiras pueden ser mero intento de exhibirse, de tratar de mostrar las aventuras que uno ha vivido o el protagonismo que ha tenido en relación a viejas historias de trapicheos que ya no interesan a nadie. Finalmente, en especial las mujeres, tratan de ocultar historias relacionadas con la prostitución o mejor dicho con la utilización del sexo para obtener recursos para financiar su adicción.

(RLG7/LM/V46HE) Tiene verdadera fijación por el tema de la custodia de su hijo y durante todo el tiempo que duró la entrevista no dejó de hacer continuas referencias al asunto. No parecía decir siempre la verdad.

(CACHV/AL/M23HE) Tiene un discurso muy ordenado, parece elaborado y poco espontáneo. Tengo dudas de la veracidad de sus informaciones con relación al mantenimiento de consumo y los problemas derivados de su adicción. Oculta intencionadamente aspectos relativos a relaciones con el otro sexo.

Por último están **las historias particulares**, extrañas para una mayoría de ciudadanos, aunque más o menos habituales y conocidas para aquellos que tienen un cierto conocimiento del mundo, de la cultura, de las drogas ilegales en la España reciente: las familias que quieren mantener la ficción de normalidad no dándose por enteradas, el trapicheo con metadona, la vida en la calle, las oportunidades que ofrecen las prisiones, los propios sentimientos de culpa, la atribución de responsabilidades a terceros y de nuevo a vueltas con la metadona.

(ERB9/TA/V30HE) Es interesante recoger el periplo que vivió como indigente: Cuando vuelve al domicilio materno/paterno a Talavera (1991) tras su paso por Málaga (1989) por motivos de trabajo, ya estaba en plenos consumos y es cuando su familia comienza a darse cuenta de los mismos *“antes no sabían nada de que consumía”* Debido a discusiones en el seno familiar se marcha del domicilio a vivir a la calle. En Talavera conoce a un indigente (consumidor de heroína) y ambos se marchan Ciudad Real (1991). Allí permanecen tres años mendigando *“todo lo que conseguíamos era para los consumos. Comer comíamos poco”*. Continuando con su periplo se desplazan a Valdepeñas (1994) *“a buscar trabajo”* en el campo aunque nadie les contrata por lo que continúan pidiendo y viviendo en la calle *“una vida mu mala: dormías en la calle con frío y calor” eran las pintas...se nota que estas pidiendo”*. Pasado un periodo de tres años se marchan a Torrejón de Ardoz (1996) *“allí me quedé solo por que alguien reconoció al compañero y la familia le dio una nueva oportunidad. La cogió”*. Debido a que los consumos en Torrejón de Ardoz eran más baratos los consumos son más elevados. Durante este tiempo se dedica a pedir en la zona comercial de Torrejón donde la gente le ayudaba *“la gente muy bien conmigo: ayudaba a llevar la compra, me daban de comer...”* pasado un periodo el sustento de antes ya no era tal por lo que cierto día *un alma caritativa va al banco de enfrente y me echa un sobre con 50.000 pts. Me gasté casi todo el dinero menos 5.000 pts con las que me vine a Talavera”* (1997)

(RRM4/CU/V28HE) Es interesante constatar que su primera experiencia terapéutica y tal vez su historia terapéutica hasta hace muy poco tiempo, ha sido a través de prisión. Como él comenta en algún momento de la entrevista, la prisión ha sido un lugar que además de salvarle la vida, y a pesar de no ser el marco terapéutico más adecuado, es un medio donde es importante tener profesionales de referencia que puedan contactar con este tipo de población que no se acerca habitualmente a los dispositivos de la red, y ponerlos en contacto con ellos.

(CACHV/AL/V32HE) El largo bagaje con los Programas Libres de Drogas y su autoconcepto, le impiden mantenerse en el programa de metadona, a pesar de hacer una valoración muy buena de su experiencia en el programa y muy ajustada a la realidad.

(EBT9/TO/V28HE): Fue acompañado de su madre y no quiso que estuviese presente en la entrevista, lo cual me llamó la atención.

Aunque frente a estas historias extrañas relativamente conocidas aparecen otras narraciones, que deberían ser un motivo de reflexión por parte de los profesionales de la red.

(RRM8/CU/V29CO). No conoce el funcionamiento de la red asistencial. A pesar de pertenecer a la generación de los 80, cuando ya existía bastante información sobre las drogas, no parece conocer realmente los efectos y consecuencias de las sustancias que ha consumido.

(RRM7/CU/V31HE) A pesar de que su contacto con la red asistencial se produjo ya hace 2 años, empieza a conocer ahora su funcionamiento. No tiene mucha confianza con los profesionales, durante toda la entrevista apenas se ha referido a ellos y cuando lo ha hecho no sabe cual es su nombre. Destacar también que primer tratamiento se realiza dentro de prisión a través del programa de intervención con drogodependientes.

En resumen, las impresiones de los entrevistadores, unidas a los imprevistos que surgieron durante la entrevista amplían las impresiones obtenidas cuando analizábamos la situación actual y las perspectivas de futuro de los usuarios. Porque la experiencia terapéutica y la peripecia vital no es sólo lo que ha pasado, o lo que se cuenta que ha pasado, sino lo que esta pasando en la actualidad. Aquello que se visualiza, al margen de las narraciones que aparecen en la entrevistas, a partir del propio procedimiento metodológico.

En este punto reaparecen unos trazos gruesos que son los mismos mimbres con los que comenzaba la investigación: las drogas, los problemas sanitarios, psicológicos, familiares, sociales y judiciales que ocasionan, las consecuencias en el sujeto y en su familia de estos problemas, la historia de las diversas respuestas asistenciales, con sus virtudes y carencias y en medio de todo ello un grupo de ciudadanos que parecen movidos por vientos encontrados que en ocasiones parecen conducirles a puerto seguro y en otras ocasiones hacia el fragor de la tormenta, pero que casi siempre siguen navegando en el océano de la adicción.

Nada nuevo se dirá, comenzábamos con un grupo de adictos, muchos de los cuales han desaparecido y cuyos destinos parecían poco claros y acabamos con otro grupo, en el que la adicción parece relativamente controlada, pero en el que la cuestión de los destinos parece tan azarosa como antes.

Pero esto no es cierto del todo, porque ahora el juego se está desarrollando con cartas marcadas y estos azarosos destinos pueden ser dirigidos. La cuestión podría ser entonces ¿hacia un puerto adecuado? Sin que tengamos una respuesta certera ante la pregunta, pero nos consta y en parte se ha contribuido, al desarrollo de algunas cartas marinas que describen bien los derroteros, que aunque no nos han permitido saber con exactitud cual es el puerto de salida desde el que se ha iniciado la travesía, algo sabemos sobre los derroteros y los posibles escollos que aparecen (y desaparecen) en esta trayectoria. Entonces la pregunta pertinente es ¿utilizamos los mapas para orientarnos? Pues en ocasiones parece que si y en ocasiones parece que no, algunos profesionales tratan de consultar siempre los mapas mientras otros se dejan mecer en demasía por el arrullo verbal de los adictos. Claro que también debemos recordar que los mapas están muy incompletos.

— |

| —

—

—

— |

| —

capítulo

8

Conclusiones



La investigación realizada en las páginas precedentes tiene como objetivo principal describir y analizar la trayectoria vital y la experiencia terapéutica de los adictos a drogas ilegales en Castilla la Mancha. A la vez, tal objetivo se inscribe en una estrategia de conocimiento de la evolución de la realidad local para asentar futuras investigaciones y en particular las evaluaciones de la red asistencial.

Para realizar esta investigación se ha partido de un planteamiento metodológico cualitativo basado en historias de vida obtenidas a partir de entrevistas semiabiertas. La definición de semiabierto significa en este caso que la entrevista mantenía el carácter de conversación natural abierta pero que el entrevistador producía un informe protocolizado de la misma. Los entrevistados fueron elegidos mediante una muestra diseñada de acuerdo con los criterios del muestreo conceptual secuencialmente conducido, que implica saturar de información algunas cuestiones.

Asimismo la investigación se ha concebido a modo de “contraste empírico” con el modelo teórico y conceptual que nos ofrecen la teoría de la elección racional y el individualismo metodológico de Gary Becker y John Elser, entendiendo que ambas representan las ideas dominantes en el centro teórico y las que orientan las políticas de drogas en los países desarrollados al menos en el último decenio. En este sentido la investigación toma un caso local para contrastar una teoría general. Esto significa que esta es una investigación muy diferente a aquellas que se limitan a utilizar los instrumentos y conceptos que proporciona una determinada teoría para proyectarla sobre este ámbito local.

Utilizando la terminología marítima con la que se han descrito una serie de hallazgos en torno a la relación entre adictos y profesionales en los EADs, podemos afirmar que en esta investigación hemos tratado de avanzar por la mar oceánica de los grandes debates del centro teórico desde un lugar periférico, Castilla la Mancha, que además y al menos hasta ahora está muy lejos de cualquier mar.

Se ha comenzado por un **análisis del consumo de drogas ilegales y de los programas asistenciales en Castilla la Mancha**, lo que nos ha permitido visualizar una clara peculiaridad local. El consumo de drogas ilegales se inició en la Región de una forma más tardía que en el resto del Estado y al menos hasta

principios de los años 90 no se produce una confluencia relativa sobre las medias de consumo españolas. Tal situación parece relacionada con la prolongación del fenómeno de la emigración de los jóvenes castellano manchegos hasta bien entrados los años 80, en el contexto de la crisis de la economía, la sociedad y la cultura rural que habían sido la seña de identidad histórica de la región.

Sin embargo los años 90 han supuesto la superación de la crisis y la emergencia de una sociedad inmersa en un intenso proceso de modernización, que incluye la irrupción de unas cohortes juveniles que permanecen en la Región, el desarrollo económico, la creación de un Estado de Bienestar y la aparición de problemas típicos del desarrollo como es el consumo recreativo y festivo de drogas ilegales. Dicha situación ha ocasionado un incremento de las demandas asistenciales, que siguen estando en todo caso por debajo de la media nacional, pero también ha supuesto la posibilidad de crear una red pública de dispositivos asistenciales mejor dotados que en otras regiones.

De otra parte el análisis ha tenido muy en cuenta **los estudios empíricos realizados en España** sobre el mismo tema de la experiencia terapéutica y con similar metodología (Funes y Romani, 1986; Blanco 1986; Elzo, 1992, Comas, 1992). No deja de resultar paradójico que esta línea de estudios se interrumpiera hace más de diez años, al tiempo que comenzaba a aparecer mucha literatura internacional en torno a esta cuestión y con esta misma metodología.

Los primeros estudios mostraron algunos rasgos que se han convertido en ideas fuerza, como el hecho de que las figuras de apoyo fueran claves para “abandonar las drogas”, que las chicas se aproximaban a las drogas tras la estela de un “príncipe azul” (Funes y Romani, 1986) o que el inicio de la adicción tenía que comprenderse en el contexto de una “cultura juvenil” propia (Blanco, 1996), así como la demostración de que la alta exigencia era un pronóstico de buenos resultados, aunque esta opción sólo podía aplicarse a determinados casos (Comas, 1992; Elzo, 1992)

El análisis realizado ha partido de la descripción de **los procesos de iniciación de los adictos**, conduciéndonos hacia uno de los hallazgos más significativos de la investigación: los entrevistados no visualizan su proceso personal desde los componentes teóricos tradicionales del refuerzo que describió Hans Jürgen Eysenck y que forman la base de la teoría de la elección racional. Todo lo contrario, los adictos no sólo no mencionan tales refuerzos sino que construyen un imaginario mágico en el que las drogas aparecen como por casualidad y en el que los factores explicativos son los amigos, la edad, la disponibilidad, la falta de madurez, las disfunciones familiares y otros elementos endógenos. Una vez se inicia el consumo la explicación de los adictos se focaliza hacia el displacer de la abstinencia.

Resulta obvio que este imaginario mágico es una re-construcción que los adictos realizan **ahora**, desde una perspectiva que trata de superar la adicción. Parece que la estrategia adoptada supone el “olvido” de los refuerzos que explican la adopción de una conducta de riesgo y que les ha producido innumerables problemas. Conviene tener en cuenta que esta versión de los hechos se realizó en el contexto de una conversación natural, que permitió establecer una relación confianza en la que incluso contaron delitos que no conocía la policía, pero en la que nunca surgía la cuestión de los placeres o los refuerzos positivos que les producían las drogas.

En este sentido podemos manejar diversas hipótesis, la primera que no sea un olvido sino que efectivamente la relación con las drogas, especialmente el inicio en la relación con la heroína y la cocaína haya sido vivido por los adictos como un “proceso mágico” sin ningún refuerzo positivo que puedan recordar. Esta primera hipótesis ampliaría el papel de los que Elster ha llamado “las recompensas secundarias relacionadas con el propio juego” hasta convertirlas en “recompensas principales”, es decir la recompensa no está en la droga o las drogas que se consumen sino en el estilo de vida de los adictos.

La segunda hipótesis considera que los adictos son muy conscientes de estos refuerzos pero que tratan de olvidarlos porque: a) constituyen un poderoso estímulo para la recaída, b) en un rasgo muy habitual de la cultura española se sienten avergonzados por el placer, c) intentan ajustar la narración a los criterios profesionales de una serie de modalidades de tratamiento que aconsejan “olvidar el pasado y mirar hacia el futuro”, d) priorizan las recompensas secundarias que les supone su condición de crónicos victimizados por las drogas.

Todas estas hipótesis tienen en común la idea de que la conciencia de la adicción produce un sentimiento de culpa, cuyo origen podemos rastrear en el orden normativo y este sentimiento logra establecer un equilibrio con los condicionamientos positivos, lo cual otorga al sujeto un cierto grado de libre albedrío (Eysenck, 1964). Sin duda esta búsqueda del “libre albedrío” es positiva pero si al mismo tiempo no se reelaboran los procesos que condujeron a la adicción el pronóstico de recaída se incrementa. En este sentido la teoría de la elección racional adopta un criterio circular ya que si suponemos que las decisiones originales del adicto son racionales porque obtiene refuerzos inmediatos, mientras que los posibles problemas se posponen a un futuro, es decir la tasa de descuento le resulta favorable, esto implica que en los procedimientos asistenciales no deben tratarse estas cuestiones sino tan sólo afrontar los problemas producidos por la adicción, lo que a su vez supone considerar racionales las decisiones previas.

En cualquier caso este es un elemento que obliga a reconsiderar la teoría de la elección racional porque parece claro que las decisiones del adicto, al menos tal y como las vive y explica el mismo, se sustentan en una hipérbole imposible de la tasa de descuento.

Otros hallazgos importantes se refieren a **la cuestión del género**, ya que si bien las narraciones de las mujeres se ajustan al estereotipo del Sátiro tentador y corruptor de inocentes jovencitas (y de mujeres enamoradas), en las narraciones de los hombres también ha surgido con fuerza el estereotipo de las Harpías adictas y viciosas que encadenan a los varones que tratan de abandonar el consumo. Se ha profundizado en ambos estereotipos y se ha podido constatar como siendo ciertos en determinados casos no pueden generalizarse, ya que es igual de frecuente encontrar entre las mujeres que se supone iniciadas por su pareja casos de consumos muy precoces y previos. Asimismo entre los varones que recurren a la imagen de la pareja que les impide abandonar el consumo también es frecuente encontrar consumos posteriores a la ruptura de la pareja e incluso el establecimiento de nuevas relaciones con parejas que son también adictas.

Esto nos ha permitido visualizar que adictos y adictas son ante todo varones y mujeres condicionados por sus roles de género, lo que implica que la relación asistencial no debe reforzar estos estereotipos familiares sino sustituirlos por una opción más moderna, igualitaria y democrática.

Uno de los hallazgos más significativo aunque seguramente también controvertido se refiere a las relaciones entre **el consumo de cocaína y el de heroína**, un tema sobre que comienza a aparecer una abundante literatura y sobre el que se ha publicado una reciente revisión (Leri, 2003) que demuestra que estamos muy lejos de aclarar esta cuestión. En esencia el estudio ha demostrado que la identificación de casos de heroína y casos de cocaína no se corresponde con la realidad de las trayectorias de consumo, en una gran medida porque una parte de aquellos que fueron calificados como casos de heroína antes de 1998 en realidad eran casos de cocaína, es decir en la red asistencial siempre ha habido casos de cocaína (los cuales también consumían heroína aunque de manera más circunstancial) que fueron identificados como casos de heroína porque este era el diagnóstico más aceptable en aquellos momentos. Como los sistemas de notificación y registro son anuales podría estar ocurriendo incluso que viejos casos de heroína, con antiguos historiales, sean actualmente identificados como casos de cocaína.

Si esto es así podemos afirmar que la red asistencial no atiende en la actualidad más casos de cocaína sino que en realidad la proporción es la misma de siempre sólo que mejor diagnosticados. Esta conclusión nos permitirá superar la incongruencia de que, casi desde 1984, las diversas encuestas y otros trabajos epidemiológicos mostraban siempre como la proporción de consumidores habituales de cocaína era superior a la de consumidores habituales de heroína y sin embargo en la red asistencial sólo aparecían casos de adictos a la heroína.

Ciertamente el desarrollo de los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM), seguramente han propiciado un aumento notable de la cocaína inyectada (Hunt, 2003) e incluso en España se ha señalado recientemente como los Programas de dispensación de jeringuillas estaban provocando este efecto (Zulaica, 2003). Se están realizando incluso estudios en torno a estos consumos de cocaína desde la perspectiva de los usuarios de los PMM (Charro y Meneses, 2002). Pues bien, creemos que la relación entre los PMM y la cocaína no debe analizarse desde la perspectiva causa-efecto porque muchos adictos ya consumían cocaína con anterioridad e incluso deberían haber sido identificados como casos de cocaína y por tanto no deberían estar en PMM. Si este hallazgo se confirma está claro que el perfil de los consumidores no ha variado tanto como la forma en que los identifica la red asistencial.

El cuarto tipo de hallazgos es una consecuencia de las peculiares condiciones en las que se ha desarrollado el fenómeno en Castilla la Mancha. De entrada casi el 80% de los adictos entrevistados han sido **emigrantes**, aunque la mitad de ellos sólo se ha desplazado dentro de la región, desde los pueblos hasta las ciudades. Pero un 25% son emigrantes que han retornado, en ocasiones con sus familias emigrantes, para “atender mejor” su problema de la adicción. Además un 12% son adictos originarios de otras regiones que se han instalado en Castilla la Mancha atraídos por la calidad de vida, la naturaleza y las facilidades terapéuticas. Asimismo un 9% son jóvenes castellano manchegos que “huyeron” de la Región hace 20 o más años y que tras lanzarse en un periplo aventurero por diferentes países y culturas han vuelto a recalar en el pueblo.

Este perfil tan peculiar y exclusivo de la Región sólo se explica desde la perspectiva de los cambios sociales, demográficos y económicos acaecidos en Castilla la Mancha en este periodo. Una sociedad rural en crisis que expulsa emigrantes ha sido sustituida por una sociedad avanzada con una buena respuesta asistencial que atrae a aquellos expulsados que tuvieron problemas en su lugar de destino, así como a adictos que acuden a la Región en busca de mejores horizontes.

El estudio, sin que aporte hallazgos tan relevantes como los anteriores, también ha puesto en evidencia que la cuestión de **los vínculos y los problemas familiares** resulta a la vez central y elemental. Es central en primer lugar porque los conflictos familiares son un componente básico de los problemas de los adictos y en segundo lugar porque el apoyo de la familia (a en ocasiones la familia adquirida pero las más de las veces la familia de origen) es absolutamente esencial para un buen pronóstico en el tratamiento. Es elemental porque en general podemos decir que la trayectoria familiar de una parte sustancial de los adictos que están en tratamiento, al menos en España y particularmente en Castilla la Mancha, se presenta como una elipse: La adicción supone una ruptura con la familia de origen, seguido con la integración en la comunidad de adictos en ocasiones con una pareja o una familia adquirida, para volver finalmente a depender de la familia de origen.

La misma elipse se puede aplicar a **la sexualidad**, desde la infancia asexualada, pasando por las primeras experiencias que suelen coincidir con las drogas y una cierta actividad sexual en los primeros momentos de la adicción, para recuperar la condición asexualada cuando el estilo de vida de la adicción se impone. No sabemos si el tratamiento implica recuperar la sexualidad pero en algunos casos así parece.

Otras evidencias se refieren a la importancia de los **déficits formativos** en el colectivo así como a las carencias de la **trayectoria laboral**, circunstancias que nos permiten explicar las dificultades en la posible incorporación social de estos adictos. En este sentido emprender estudios como consecuencia del tratamiento parecen relacionarse más con tener una actividad significativa en la que ocupar el tiempo, que con la idea de mejorar la cualificación para alcanzar ciertos objetivos u oportunidades.

Asimismo se trata de un colectivo que ha tenido **más problemas con la justicia y un comportamiento delincencial superior** de lo que resulta habitual en este tipo de adictos. No sabemos si este resultado se debe a la metodología aplicada, - una conversación natural que facilita este tipo de confidencias-, a posibles peculiaridades de la región (incluida la existencia de un programa de prisiones) o a errores en las medidas de otros estudios. En cuanto a **los problemas de salud** son los esperados, aunque menores a los encontrados en otros estudios, en este sentido podríamos hablar de un mejor estado de salud y relacionarlo con el retraso con el que llegaron las drogas a la Región y con la eficacia sanitaria de los EADs.

Hay que mencionar en este punto lo que, para evitar inferencias causales hemos llamado **situaciones reiteradas**, que incluyen la pérdida de referentes ambientales, lo que es muy propio de los emigrantes en especial de los adolescentes que se desplazan para trabajar o estudiar, la constante presencia del sector de la hostelería y la importancia del extinto servicio militar obligatorio en las trayectorias de consumo.

Todos estos elementos confluyen sobre **las posibilidades de incorporación social** que no parecen demasiado favorables, ya que son muy pocos los que trabajan o que tienen expectativas de trabajar. Además a partir de cierta edad, que podríamos situar en los “treinta y tantos” comienzan a operar las ayudas sociales, especialmente entre aquellos que presentan un mayor perfil de deterioro o mayores handicaps. Estas ayudas les permiten mejorar su calidad de vida y si además consiguen un cierto grado de “normalización” manteniendo una abstinencia relativa a las drogas y cuentan con algún apoyo familiar, la ayuda social o la pensión no contributiva con las aportaciones de algún trabajo esporádico, resultan suficientes para adoptar un “estilo de vida de jubilado prematuro” que utiliza todos estos recursos para situarse en una especie de tierra de nadie entre la adicción y la normalización social (Swartz, 2003).

Resulta lógico, que en estas condiciones y con una trayectoria escolar y laboral muy deficiente la reinserción socio-laboral se considere un reto imposible al que sin embargo dedican sus mejores fantasías. Pero a la vez esta cuestión es el elemento que garantiza, mejor que otros, la efectiva superación de la adicción.

Los adictos **acuden a la red pública de EADs** porque están muy bien informados sobre la misma así como sobre las modalidades de tratamiento que se ofrecen y de hecho un 42% acude en búsqueda de una determinada modalidad de tratamiento. Se sienten bastante satisfechos de la atención recibida y de los resultados obtenidos por el tratamiento. Sin embargo esta satisfacción no se refiere al logro de objetivos de incorporación social sino exclusivamente a la estabilidad personal que les proporciona no seguir llevando el estilo de vida de un adicto. Como consecuencia adoptan un papel de crónicos, sometidos a riesgos y recaídas, pero más o menos controlados en el que se sienten cómodos especialmente si lo comparan con los tiempos de la “plena adicción”. Para conseguir esto ha sido básico el apoyo familiar y el establecimiento de una relación cargada de empatía con los profesionales de los EADs y otros dispositivos de la red. En todo caso todos estos factores se distribuyen de manera muy variable estableciendo diversas tipologías que han sido presentadas en los capítulos 5 y 6.

Esta situación, que en parte podemos atribuir a la influencia de dicha teoría, rompe frontalmente con la lógica del individualismo metodológico, porque el adicto ya no consume de una forma habitual y por tanto ya no percibe los refuerzos positivos que explican el mantenimiento de la conducta adictiva ¿por qué entonces no se normaliza socialmente? Pues porque padece algunos handicaps. Pero estos handicaps no han aparecido repentinamente sino que formaban parte de su propia adicción, e incluso alguno de ellos, como el fracaso escolar es previo al inicio en el consumo. Luego tales circunstancias tendrán que ver con la adicción, lo que implica que deberían considerarse en el modelo, como componentes de las elecciones que adoptan los adictos.

La única crítica importante al funcionamiento de los EADs se refiere a los **malestares que aparecen en las formas de dispensar metadona**, con protestas por la masificación, a los horarios, a la falta de atención individualizada y por la permisividad con los “trapicheos”. Todo esto se liga de pronto a manifestaciones de insatisfacción por la propia adherencia al programa, lo cual resulta sorprendente si tenemos en cuenta que la mayor parte de los adictos que están en PMM han acudido al EAD en demanda de esta modalidad de tratamiento. En este contexto se citan con frecuencia los consumos de cocaína y de otras drogas.

Se trata de un malestar que ya ha sido citado en diferentes programas de metadona y que se ha afrontado habitualmente de una forma endógena modificando las dosis de metadona. Creo que en una gran medida esta actitud es la consecuencia de que los PMM mantienen, a pesar de su generalización, una actitud defensiva frente a las críticas con las que en su día se defendieron de las modalidades que representaban los Programas Libres de Drogas. Se trata de críticas ya superadas pero que les hacen reacios a considerar la posibilidad de una serie de cambios en los PMM que redundarían en la calidad de la intervención. De hecho, en todas las revisiones de las evaluaciones de estos programas solo se obtienen resultados muy positivos (Hunt, 2003), lo que es revelador de un tomo defensivo que debería perderse en el horizonte, lo mismo que en su día se perdieron los argumentos morales que sostenían los PLDs. Una vez normalizados los PMM se trata de aplicar a los mismos aquellos argumentos científicos que contribuyan a su mejora.

Otro hallazgo interesante se refiere al carácter de **nómadas que van recorriendo recursos** que muestran algunas de las historias. Sin embargo esta es una falsa impresión, primero porque una parte sustancial de los adictos (48%) solo han estado en el tratamiento de referencia en el EAD y en otro dispositivo, lo segundo porque los verdaderos nómadas, los que al menos han utilizado cinco dispositivos son sólo el 19% de los entrevistados. Pero además una parte importante del recorrido lo han realizado en los propios recursos del PRD, es decir han sido derivados al realizar una nueva demanda pero siempre han vuelto al EAD de origen. Finalmente cabe decir que este papel exclusivo de la red del PRD y el uso de los EADs como dispositivos de referencia esta creciendo, lo que implica que en los últimos años esta disminuyendo la condición de nómada al tiempo que se refuerza la de cronificación in situ.

Asimismo se han presentado en extenso las historias de los 28 casos (19% de la muestra) que muestran un mayor grado de movilidad entre recursos, lo que nos ha llevado a establecer una especie de eje del que, en un extremo se sitúan aquellos que van madurando en el paso por los distintos dispositivos, bien porque les van ofreciendo respuestas útiles (7) o bien porque sencillamente ocurre así (7), en el centro se sitúan aquellos casos en los que la maduración parece relacionada con algún tipo de problema o situación desde la prisión hasta circunstancias azarosas pero que les obliga a tomar una decisión (8), hasta llegar al otro extremo del eje en el que se sitúa el grupo de los que no parecen avanzar y para los que cualquier recurso es una mera intervención paliativa situada entre dos intervenciones paliativas (6).

Al final resulta que toda esta historia se reduce a **dos conceptos, “estar bien” o “estar mal”** que a la vez son el resultado de la combinación de cuatro factores más o menos equivalentes y que se han descrito como “mantener una abstinencia absoluta o relativa”, “aceptar el proceso terapéutico”, “contar

con el apoyo de la familia” y “disponer de trabajo”, si estas cuatro fuerzas fallan se “está muy mal” y si las cuatro son operativas se “está muy bien”, pudiendo producirse según la combinación de fuerzas concurrentes las más diversas situaciones. En cualquier caso hay que recordar que el factor que más falla y más difícil de alcanzar es “disponer de trabajo”.

Los que “están muy bien” son una minoría y presentan un óptimo de normalización, los que “están muy mal” son también muy poquitos y ofrecen un cuadro bastante completo de exclusión. Los demás, la mayoría, se sitúan en un territorio intermedio que presenta muchos rasgos de cronificación.

Conviene resaltar dos cosas, la primera que los casos de cocaína “están” mucho mejor que los casos de heroína, lo que a su vez nos sirve para realizar dos reflexiones. La primera reiterar que la identificación de cada caso se relaciona con factores ajenos a la droga consumida y que los sujetos con una trayectoria social más normalizada tienden a ser considerados como casos de cocaína mientras aquellos que presentan un perfil más marginal son considerados con mayor frecuencia casos de heroína, aunque en ambos casos deben consumir la droga con la que van a ser identificados. La segunda reflexión se refiere a la creciente normalización del colectivo, ya que los más jóvenes, aun con independencia de que sean considerados casos de heroína o casos de cocaína, muestran una mejor situación personal. Esta creciente normalización de los más jóvenes podría considerarse un efecto estadístico de la edad y los años de consumo que acaban pasando factura, pero ocurre que la mayor parte de los “adictos experimentados” nunca gozaron de una situación similar.

Podemos apostar, por tanto, por **un cambio favorable en el perfil de los “nuevos adictos”**, un cambio en sus condiciones de vida que nos permite suponer tanto “mayores facilidades para estar bien”, como la posibilidad de cronificarse en una situación en la que al menos el factor “trabajo” no sea demasiado problemático.

La segunda cosa a resaltar es que en este proceso las actitudes del adicto, sus motivaciones, pronostican tanto la identificación del caso como su inclusión en uno u otro grupo, es decir el adicto acude al centro en pos de una determinada modalidad terapéutica, a “curarse”, a resolver un problema puntual sin renunciar a su estilo de vida o a cronificarse en una situación intermedia. En la mayor parte de los casos la decisión del adicto puede ser modificada en el EAD siempre que le preste una adecuada atención individualizada, en la que cada caso requiere además sus tiempos.

Esta última conclusión viene a indicarnos que la teoría de la elección racional se ajusta bastante al proceso del sujeto y que por lo tanto la tasa de descuento es una buena manera de visualizar este proceso. Pero a la vez la teoría de la elección racional (y sus diversas versiones como la teoría de la automedicación) “olvidan” que una intervención terapéutica adecuada modifica los parámetros sobre los que se sostiene esta decisión. De hecho creo que se trata de un olvido intencionado porque conduce hacia propuestas políticas antagónicas, ya que si nos olvidamos de los posibles efectos de la intervención terapéutica sobre las decisiones del sujeto estamos proponiendo un modelo de intervención sustentado en la idea de la cronificación, en cambio si las incluimos estamos proponiendo un modelo de intervención sustentado sobre la posibilidad de que al menos una parte de los adictos se incorpore a la sociedad.

En esta perspectiva se comprende el hecho de que John Elster y por tanto las ideas dominantes en el centro teórico sólo hagan referencia a dos posibles formas de actuar con los adictos: el “modelo mágico” de AA y las técnicas conductuales que modifican el ambiente social del sujeto. Porque **reconocer la existencia de opciones terapéuticas que pueden modificar la motivación del sujeto les llevaría, en la lógica del propio modelo teórico, a postular la posible superación de la adicción**. Y esto resulta inaceptable en el ambiente político de la elección racional porque implica más recursos públicos y la suya es una propuesta que pasa necesariamente por el adelgazamiento del Estado del Bienestar.



Bibliografía citada





- AACC (2002), **Anuario estadístico de Castilla la Mancha 2001**, Toledo, Junta de Comunidades de Castilla la Mancha.
- ACEVES, J. E. (1996), **Historia oral e historias de vida**, México, Ciesas.
- AGUINAGA, J. (1987), **La práctica de la atención primaria y su adecuación a la demanda de los usuarios**, Madrid, FIS.
- AGUINAGA, J. y COMAS, D. (2000), **La percepción de la trayectoria de las mujeres adictas**, Madrid, Instituto de la Mujer, reproducido como resumen en MEGÍAS, E. y otros (2000), **La percepción social de los problemas de drogas en España**, capítulo VI, *“La perspectiva de género”*, Madrid, FAD.
- ALVIRA, F. y COMAS, D. (1997), *“La medida de la evolución del consumo de alcohol: el caso español”* en ITACA, vol. II, nº 2.
- ATKINSON, R. (1998), **The Life Story Interview**, Londres, SAGE
- BECK, A.T.; WRIGHT, F.D.; NEWMAN, C.F.; BRUCE, S.L. (1993), **Terapia cognitiva de las drogodependencias**, Barcelona, Paidós, 1999.
- BECKER, Gary (1976), **The economy approach to human behavior**, Chicago, University of Chicago Press.
- BECKER, Gary; MURPHY, K (1988), *“A theory of rational addiction”*, en JOURNAL OF POLITICAL ECONOMY, nº 96.
- BLANCO, J. (1986), *“El consumo de drogas en la provincia de Cádiz”*, en COMUNIDAD Y DROGAS nº 2. Madrid, Delegación del Gobierno para el PNSD.
- BLEDA GARCÍA, José María (2002), **El Estado de Bienestar en la Comunidad de Castilla la Mancha**, Toledo, Parlamento de Castilla la Mancha.

- BOURDIEU, Pierre (1986), **La ilusión biográfica**, La Paz, Universidad de San Andrés, 1998.
- CAMPOS, R. (1997), **Alcoholismo, medicina y sociedad en España**, Madrid, CSIC.
- CANCRINI, L (1987), "*Hacia una tipología de las toxico-dependencias juveniles*" en AUTORES VARIOS (1987), **Enfoque relacional en toxicomanía**, Madrid, Delegación del Gobierno para el PNsd.
- CHARRO, B. y MENESES, C. (2002), **Los consumos de drogas en los programas de mantenimiento con metadona y los factores asociados**, Madrid, Universidad de Comillas.
- CICAD/OEA (2000), **Normas de atención. La dependencia de las drogas y su tratamiento**, Washington, OEA.
- COMAS, D. (1985), **El uso de drogas en la juventud**, Madrid, Ministerio Cultura.
- COMAS, D. (1986), "*Uso de drogas: del paradigma lewiniano al nuevo rol de las expectativas simbólicas*", en JANO MEDICINA Y HUMANIDADES, N° 713.
- COMAS, D. (1987), "*Las bases estructurales de la dependencia y la reinserción*", en COMAS, D.; GRAÑA, J.L. y GARCIA, J. L (1987), **Reinserción social y drogodependencias**, Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales.
- COMAS, D. (1987), **Las comunidades terapéuticas y el tratamiento de la drogodependencia**, Madrid, Delegación del Gobierno para el PNsd.
- COMAS, D. (1989), "*La ideología de la "cultura mediterránea del vino" y el consumo de alcohol en España*", en AUTORES VARIOS (1989), Problemas relacionados con el alcohol, Sevilla, Consejería de Salud y Servicios Sociales.
- COMAS, D. (1992), **Los estudios de seguimiento: una experiencia metodológica**, Madrid, GID/ Fundamentos
- COMAS, D. (1993), **Los jóvenes y las drogas desde la perspectiva de los años 90**, Madrid, INJUVE.
- COMAS, D. (1994), **Criterios y normas para la homologación de Comunidades Terapéuticas profesionales para toxicómanos**, Barcelona, APCTT
- COMAS, D. (1997), "*Representación social y estrategias sobre drogas: el caso español*" en AUTORES VARIOS (1997), **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*", en **ITACA**, Vol 3, nº 2, Madrid, ITACA.
- COMAS, D. (2000), "*Cannabis*", en Elzo, j. (Dir), **Las culturas de las drogas en los jóvenes: ritos y fiestas**, Vitoria, Gobierno Vasco.
- COMAS, D. (2000), **Estimación de la evolución de la producción, el consumo y los problemas asociados al alcohol en España (1950-2000)**, Madrid, Dirección General de Salud Pública.
- COMAS, D. (2003), "*El canon generacional: una aproximación topológica*", en **SISTEMA**, nº 178.
- COMISIÓN INTERMINISTERIAL, (1975), **Memoria del Grupo de Trabajo**, REVISTA DE SANIDAD E HIGIENE PÚBLICA, Número Especial, Mayo-junio 1975.
- CONSEJERÍA DE SANIDAD (1992), **Plan Regional de Drogas 1992-1995**, Toledo, Junta de Comunidades de Castilla la Mancha.
- CONSEJERÍA DE SANIDAD (1993a), **Protocolo para la intervención en drogodependencias**, Toledo, Junta de Comunidades de Castilla la Mancha.

- CONSEJERÍA DE SANIDAD (1993b), **Protocolo de reinserción para drogodependientes en proceso de deshabituación**, Toledo, Junta de Comunidades de Castilla la Mancha.
- CONSEJERÍA DE SANIDAD (1996), **Plan Regional de Drogas 1996-1999**, Toledo, Junta de Comunidades de Castilla la Mancha.
- CONSEJERÍA DE SANIDAD (2001), **Plan Regional de Drogas 2001-2005**, Toledo, Junta de Comunidades de Castilla la Mancha.
- DAVENPORT-HINES, R. (2003), **La búsqueda del olvido. Historia global de las drogas, 1500-2000**, Madrid, Turner/FCE.
- DENZIN, N. K. y LINCOLN, Y. (2000), **Handbook of Qualitative Research**, Londres, SAGE
- DURKHEIM, E (1912), **Las formas elementales de la vida religiosa**, Madrid, Alianza, 1993.
- EDWARDS, G. y ARIF, A. (1981), **Los problemas de la droga en el contexto sociocultural. Una base para la formulación de políticas y la planificación de programas**, Ginebra, OMS.
- ELIADE, N. (1967), **Lo sagrado y lo profano**, Madrid, Guadarrama.
- ELSTER, John (1983), **Uvas amargas: sobre la subversión de la racionalidad**, Barcelona, Edicions 62, 1988.
- ELSTER, John (1984), **Ulises desatado: estudio sobre racionalidad, precompromiso y restricciones**, Barcelona, Gedisa.
- ELSTER, John (1989), **El cemento de la sociedad: Las paradojas del orden social**, Barcelona, Gedisa, 1991.
- ELSTER, John (1998), **Sobre las pasiones: emoción, adicción y conducta humana**, Barcelona, Paidós, 2001.
- ELSTER, John (2000), **Alquimias de la mente: racionalidad y emociones**, Barcelona, Paidós, 2002.
- ELSTER, John y SKOG, O. J. (1986), **Getting hooked: Rationality and the addictions**, Cambridge, Cambridge University Press.
- ELSTER, John (1993), **Psicología Política**, Barcelona, Gedisa, 1995.
- ELZO, J (2000), **Lo que los adolescentes no cuentan a sus padres**, Madrid, Temas.
- ELZO, J. (Dir.) (1995), **Alternativas terapéuticas a la prisión en delincuentes toxicómanos: un análisis de historias de vida**, Vitoria, Gobierno Vasco.
- EYSENCK, H.J. (1964), **Delincuencia y personalidad**, Madrid, Morova, 1976.
- FERRET, J. (2000), **L'autre Europe des drogues**, Paris, IHESI.
- FREIXA, F. (1994), *"Perspectiva Médica y consecuencias sociales de la restricción de estupefacientes"*, en ADICCIONES, Vol 6, nº4, Palma de Mallorca, Sociodrigalcohol.
- FREIXA, F. (2000), *"Percepción crítica del movimiento asociativo en alcoholismo (1950-1999)"*, en REVISTA ESPAÑOLA DE DROGODEPENDENCIAS, Vol 25, nº 2, Valencia, AESED.
- FREIXA, F. y SÁNCHEZ TURET, M. (1999), *"Concepto histórico de enfermedad alcohólica"* en SÁNCHEZ TURET, M.(1999), **Enfermedades y problemas relacionados con el alcohol**, Barcelona, Espaxs.
- FREIXA, F. y SOLER INSA, P.A. (1981), **Toxicomanías, un enfoque multidisciplinar**, Barcelona, Fontanella.

- FRIEDMAN, D. (1990), **Teoría de los precios**, Madrid, Centro de Estudios Ramón Carrande.
- FUNDACIÓN CAMPOLLANO (2002), **Apuntes socioeconómicos de Castilla la Mancha**, Albacete, Fundación Campollano.
- FUNES, J. y ROMANI, O. (1985), **Dejar la heroína**, Madrid, CRE.
- GOLDSTEIN, A. (1995), **Adicción**, Barcelona, Neurociencias, 1995.
- GRAÑA, J. L. (1994), **Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento**, Madrid, Debate.
- GRUP IGIA (2000), **Contextos, sujetos y drogas, una manual sobre drogodependencias**, Barcelona/ Madrid; Ayuntamiento de Barcelona / FAD
- GUBA, E. y LINCOLN, Y. (1989), **Fourth generation evaluation**, Londres, SAGE.
- HACKING, I. (2001), **¿La construcción social de qué?**, Barcelona, Paidós.
- HOUSE, E.R., (1994), **Evaluación, ética y poder**, Madrid, Morata.
- HUNT, N (2003), **A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use**, Londres, FTD.
- IBÁÑEZ, J. (1979), **Mas allá de la sociología**, Madrid, Siglo XXI
- INCIARDI, J., (1999), **The drug legalization debate**, Londres, SAGE.
- LERI, F. (2003), *"Understanding polydrug use: review of heroin and cocaine co-use"* en ADDICTION, vol 98.
- MARINAS, J.M. y SANTAMARÍA, C. (1993), **La historia oral: métodos y experiencias**, Madrid, Debate.
- MEGIAS, E. -Dir.-, (1999), **La percepción de los problemas de drogas en España**, Madrid, FAD.
- MEGIAS, E. -Dir.-, (2000), **Los valores de la sociedad española y las drogas**, Barcelona, Fundación La Caixa.
- MILES, M.B. y HUBERMAN, M. (1994), **Qualitative data análisis**, Londres, SAGE.
- MISHLER, E.G., (1991), **Research interviewing: Context and narrative**, Cambridge, Harvard University Press.
- NOVILLAS, E. (2003), *"Atribución y cumplimiento terapéutico. Diferencias entre pacientes y profesionales de la salud"*, en MORALES J. F. y HUICI, C. (2003), **Estudios de psicología social**, Madrid, UNED.
- OUGHORLIAN, J.M., (1977), **La persona del toxicómano**, Barcelona, Herder.
- PALUMBO, D.J. (1987), **The politics of program Evaluation**, Newbury, SAGE.
- PAN-MONTOJO, J (1994), **La bodega del mundo: la vid y el vino en España (1800-1936)**, Madrid, Alianza.
- PAWSON, R. y TILLEY, N., (1997), **Realistic evaluation**, Londres, SAGE.
- PEREZ VIDAL, J. (1969), **España en la historia del tabaco**, Madrid, CSIC.
- PLAN REGIONAL DE DROGAS (2000), **Memoria 1996-2000**, Toledo, Junta de Comunidades de Castilla la Mancha.
- PLAN REGIONAL DE DROGAS (2001), **Memoria 2001**, Toledo, Junta de Comunidades de Castilla la Mancha.

- PLAN REGIONAL DE DROGAS (2002), **Memoria 2002**, Toledo, Junta de Comunidades de Castilla la Mancha.
- PLANT, S. (2001), **Escrito con drogas**, Barcelona, Destino.
- PROCHASKA, J. O. Y DICLEMENTE, (1994), “Un modelo de cambio en el ámbito de las conductas adictivas” en GRAÑA, J.L. (1994), Op. Cit.
- PUJADAS, J. J. (1992), **El método biográfico: el uso de historias de vida en ciencias sociales**, Madrid, CIS.
- PUTNAM, R. (1993), **Making Democracy work**, Princeton, University Press, existe una traducción en catalán, PUTNAM, R. (1993), **Per fer que la democràcia funcioni: la importància del capital social**, Barcelona, Proa, 2000.
- READING, B. y JACOBS, M. (2003), **Addiction: questions and answers for counsellors and therapists**, Londres, WHURR.
- REDONDO, A. (1991), “Intervención en Drogodependencias en Castilla la Mancha” en AUTORES VARIOS (1992), **Las drogodependencias: perspectivas sociológicas actuales**, Madrid, Colegio Nacional de Doctores y licenciados en CPyS.
- ROMANI, O. (1983), **Autobiografía de un grifota**, Barcelona, Anagrama.
- RUBIN, H.J. y RUBIN, I. (1995), **Qualitative interviewing. The art of hearing data**, Londres, SAGE.
- RUIZ DE OLABUENAGA, I. (1996), **Metodología cualitativa**, Bilbao, Universidad de Deusto.
- SAHLINS, M. (1985), **Islas de historia**, Barcelona, Gedisa, 1997.
- SCHNAITH, N. (1999), **Paradojas de la representación**, Barcelona, Café Central.
- SCHWARTZ, H. Y JACOBS, J. (1984), **Sociología cualitativa, método para reconstruir la realidad**, México, Trillas.
- SHAW, I. F., (1999), **La evaluación cualitativa**, Barcelona, Paidós, 2003.
- SOLE PUIG, J.R. (1981), “Drogas y contracultura” en FREIXA, F. y SOLER INSA, P.A. (1981), **Toxicomanías. Un enfoque interdisciplinario**, Barcelona, Fontanella.
- SWARTZ, J.A. (2003), “Disability payments, drug use and representative payees: an analysis of the relationships”, en ADDICTION, Vol 98.
- TAYLOR, S.J. y BOGDAN, R. (1975), **Introducción a los métodos cualitativos de investigación**, Barcelona, Paidós, 1985.
- UÑA, Octavio; BLEDA, José María y JIMÉNEZ, Gema (1997), “Indicadores sociales para una planificación educativa en Castilla la Mancha” en PAPERS, nº 51.
- VALLES, M.S. (2002), **Entrevistas cualitativas**, Madrid, CIS
- WALTON, S. (2003), **Colocados, una historia cultural de la intoxicación**, Madrid, Alba.
- WASHTON, A.M. (1989), **La adicción a la cocaína**, Barcelona, Paidós, 1995.
- WHOLEY, J. ; HATRY, H. y NEWCOMER, K. (1994), **Handbook of practical program evaluation**, San Francisco, Jossey-Bass.
- ZULAICA, D.; ARRILLAGA, A. y LORENZO, J.M., (2003), “Incremento del consumo de jeringuillas entre UDVPs y su posible relación con el uso de cocaína inyectada”, en CDD/DDZ, nº 103.

